SD

SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ DERGİSİ

12. YIL
KÖY ENSTİTÜSÜ
2020
YAZ
55

PROF. DR. HAYDAR SUR SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGI YÖNETİMİ | PROF. DR. OSMAN HAYRAN SAĞLIKTA İNFORMEL İLETİŞİME İLİŞKİN DENEYİMLER
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ HEKİM NE DİYOR, HASTA NE ANLIYOR? | DR. AYTEN DOĞAN KESKİN SAĞLIK İLETİŞİMİNDE ROL MODEL SAĞLIKÇI VE HEKİM ÖRNEKLERİ
DR. SALİH KENAN ŞAHİN ENGELSİZ İLETİŞİMDE DİL BİRLİĞİ | DR. MAHMUT TOKAÇ SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE İLETİŞİM EĞİTİMİ | PROF. DR. AHMET ERTAN TEZCAN
KÖTÜ HABERİ NASIL VERELİM? | SADIK YALSIZUÇANLAR 'KIDEMLİ BİR HASTA'NIN ANILARI | DR. İLKER KÖSE TAN EDEN BİZDENDİR, TAN ETTİREN BİZDEN DEĞİLDİR
DOÇ. DR. SEDAT BOSTAN HASTA ŞİKÂYETLERİ YÖNETİMİ | PROF. DR. FAHRİ OVALI ÇOCUKLARLA İLETİŞİM | DR. SEMA SELVİOĞLU ÇETİNKAYA 112'DE AŞK İLE
ÇALIŞMANIN SIRRI '1' OLMAKTAN GEÇER | DR. MAHMUT TOKAÇ AMBULANS PERSONELİNİN İLETİŞİMİ | PROF. DR. İBRAHİM İKİZCELİ ACİL SERVİSTE İLETİŞİM
PROF. DR. HÜSEYİN ÖZ - DR. İSMAİL YILDIZ YOĞUN BAKIMDA İLETİŞİM | PROF. DR. SELMA ALTINDİŞ PANDEMİLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE MEDYA
DR. İBRAHİM ALTAN KANIMIZA DOKUNUYOR(DU)... | HÜSEYİN ÇELİK SAĞLIKTA FİNANSMAN DİLİ VE GSS'NİN MESAJLARI | DR. İBRAHİM ERSOY SAĞLIK HABERCİLİĞİNİN GELECEĞİ
MUZAFFER MALKOÇ SOSYAL MEDYADA "SAĞLIKLI" İLETİŞİM | SERAP ÖCAL SAĞLIK KURUMLARININ HALKLA İLİŞKİLER ÇALIŞMALARI | PROF. DR. M. NURDAN TAŞKIRAN
TV DİZİLERİNDE SON TREND: MEDİKAL HİKÂYE ANLATICILIĞI | PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK HASTA HEKİM DİYALOGLARI; FANTEZİ DEĞİL GERÇEK! | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN
SALGIN DÖNEMİ ALIŞKANLIKLARIMIZI HASTANE BAŞVURULARINDA AVANTAJA ÇEVİRMEK | DOÇ. DR. ALİ RAMAZAN BENLİ TÜRKİYE'NİN MODERN YÜZÜ: ŞEHİR HASTANELERİ
DR. HASAN GÜLER - ERCAN KOCA - DOÇ. DR. MÜCAHİT AVCİL SAĞLIK HİZMETİNİN GİZLİ AJANLARI: KALİTE GÖSTERGELERİ | PROF. DR. CAFER MARANGOZ SOSYAL TUTUŞMA: BAZI
DAVRANIŞLARI AÇIKLAYAN YENİ BİR TEORİ | DR. NURŞEN AYDIN - PROF. DR. Ş. BURAK BEKAROĞLU SOSYAL AĞ ANALİZİ | PROF. DR. S. UFUK YURDALAN - RAFET UMUT ERDOĞAN
YEŞİL AKIL VE YEŞİL EGZERSİZ | PROF DR. ORHAN CANBOLAT REFERANS NOKTASINI DEĞİŞTİRMEK | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

MEDİPOL
UNV-İSTANBUL
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

ISSN 1307-2358
5,5
9 771307 235030

SD

YAZ 2020
SAYI: 55
ISSN: 1307-2358

TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE ARAŞTIRMA VAKFI (TESA) ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlan

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

EDİTÖRLER KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındiş
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Dr. Öğr. Üyesi İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özaltay
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Dr. Öğr. Üyesi Salih Kenan Şahin
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy–İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

BASKI
Özlem Matbaacılık ve Reklamcılık Ltd.Şti.
Maltepe Mahallesi, Litros Yolu,
2. Matbaacılar Sitesi, 2BB4
Zeytinburnu / İstanbul
Tel: 0212 612 06 62

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Kimseye etmem şikâyet

İletişimcilerin bizi çözmesi zor. Bizi birbirimize iliştirmeleri, bağlamaları da zordur. Zor bir milletiz. Derdini söylemeyen derman bulamaz belki ama, dertle ilişkimiz karmaşıktır. Duygularımız çabuk değişir. Derdimizi açığa vurmak beyhudedir, açığa vursak da ısrarcı olmayız. Akşamları depreşen derdimizi yalnız yaşamayı severiz. Derdimizin sebebi çoğu zaman kör talihimizdir. Her dert bir tecrübedir. Bu dertler bizi kimi zaman meyhaneye götürür, kimi zaman seccadeye... Bunları nereden mi çıkarıyorum? Şarkılarımızdan tabii ki. Bir toplumu en güzel yansıtan, sinelerden çağlayıp taşan duygu motiflerinden… Gelin şarkılarımızdaki desenlere bir göz atalım, bakalım çözülebilecek miyiz?

Uçlarda yaşamayı severiz. Şarkı bitmeden bile duygularımız değişebilir. "Aman cânâ beni şâd et" diye başladığımız şarkıyı, "beni öldür de azâd et, kimi ister isen şâd et" diye bitirebiliriz. Ya da bir şarkıda "öyle bir sevgili buldum ki, seni unutacağım" diye kestirip atarken, başka bir şarkıda "unuttum dese dilim yalan, vallahi yalan" diye dönüş yaparız. Daha olmadı "affet n'olur beni, söylediklerim doğru değildi, bir kızgınlık anında söylenmiş, gerçek duygularım değildi" diyerek yalvarırız.

Derdimizi söylemek de bize elem verir. "Âlâmını (elemlerini) kalbinde tutup kimseye açma, zîrâ elemin zikri de bir başka elemdir". Duyguları söze dökmek beyhudedir. Hele "kalbe dolan o ilk bakış

unutulmaz" iken, gözler neyimize yetmez ki? Ancak bakışımıza karşılık bekleriz. Aksi halde "derince bakınca gözlerinize, neden başınızı öne eğdiniz" diye sorarız. "Bir gönül hikâyesi anlatırdı gözlerin" diye seslendiğimiz sevgilinin gözlerinden dinlenecek nice hikâyeler vardır. Fakat aynı gözler acı da verebilir. "Kaşların çatık yine, dargınlığın nedendir" diye başlayan bir diyalog, "bakmıyor çeşm-i siyah feryâde" diye devam edebilir, o da olmazsa "beni öldürmeye hançer arama, bir mektup, bir mendil, bir veda yeter" diye sonlanabilir. Bir ihtimal kenarda bekler, "o da ölmek mi dersin?".

"Biraz kül, biraz duman, o benim işte" diye közlenmeye bıraktığımız derdimizden razıyızdır, zira "bülbülün çilesi yanmakmış güle". Dertler bizim hissemize düşsün isteriz. "Dertler benim, çile benim, hayat senin, senin olsun".

"Gücüme gidiyor böyle yaşamak" desek de, derdimizi ve derdi yalnız yaşamayı severiz. "Kimseye etmem şikâyet ağlarım ben halime" diyerek ilgi bekler görünsek de "söyleyemem derdimi, derman olmasın diye" diyerek de dermana yanaşmayız. Hatta çoğu zaman vaziyetimiz "olmaz ilaç siney-i sad pareme, çare bulunmaz bilirim yâreme" kıvamındadır. Daha ötesi, "dertleri zevk edindim, bende neş'e ne arar" dediğimiz de olur. Saçımızdaki beyazlığın sebebi "sana da benim gibi çektiren mi var" ile açıklanır, alnımızdaki kırışıklıklar ise "alnımdaki hattı yaşımın matemi sanma, her çizgi açıldı acı hicran ateşinden" ile…

Ah bu dertler, akşamları daha bir artarlar. Sıklıkla "akşam oldu hüzünlendim ben yine" diye başlarız, ama "akşam olunca yârelerim sızlar, derdim çoktur değmeyin bana kızlar" diyerek derdimizle baş başa kalmayı tercih ederiz.

Ağlamakla ilişkimiz ise değişkendir. Bazen "gözyaşımda saklısın ağlayamam ben" desek de genel görünümümüz, "ağlamakla inlemekle ömrüm gelip geçiyor, devası yok garip gönlüm günden güne eriyor. Feryadıma efganıma kimse ses vermiyor" ile daha uyumludur. Sitem etsek de gözyaşımızı silecek birini ararız. "Bekledim de gelmedin, sevdiğimi bilmedin, gözyaşımı silmedin, hiç mi beni sevmedin?"

Başımıza gelen derdi kör talihimize bağlarız. "Bir dâme (tuzağa) düşürdü ki beni baht-ı siyahım, vallahi bu sevdada benim yoktur günahım". Karşılık alamıyorsak mutlaka muhatabımızdan ötürüdür. Zira "sen kimseyi sevemezsin, sevmeyeceksin".

Derdimizden meyhaneye düşüp "kimi dertten içermiş, kimi neş'eden" desek de, dermanımız için dönüp yine Allah'a sığınırız. Zira, "Tanrı istemezse yaprak düşmezmiş", ayrıca "Kerimdir onarır kulun işini, ağlatırsa Mevla'm yine güldürür".

İşte biz böyleyiz. Ambulansla taşıdığımız, acil serviste karşıladığımız, hastanelerde tedavi ettiğimiz, ameliyat sonucunu yakınlarına bildirdiğimiz insanlar böyle bir milletin mensubu. Diğer taraftan onları tedavi eden hekim ve hemşireler de aynı milletin çok değerli fertleri. Ne zaman sağlıkla ilgili kötü bir haber okusam, ne tür bir iletişim hatası yapıldı acaba diye düşünürüm. Birbirimize bağlanmamız, iliştirilmemiz için önce kendimizi tanımamız, çözülmemiz gerekmez mi? Haydi iletişimciler, önce çözün, sonra bağlayın bizi!

İçindekiler

6
SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGI YÖNETİMİ
PROF. DR. HAYDAR SUR

10
SAĞLIKTA İNFORMEL İLETİŞİME
İLİŞKİN DENEYİMLER
PROF. DR. OSMAN HAYRAN

14
HEKİM NE DİYOR, HASTA NE ANLIYOR?
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

18
SAĞLIK İLETİŞİMİNDE ROL MODEL
SAĞLIKÇI VE HEKİM ÖRNEKLERİ
DR. AYTEN DOĞAN KESKİN

22
ENGELSİZ İLETİŞİMDE DİL BİRLİĞİ
DR. SALİH KENAN ŞAHİN

26
SAĞLIKTA ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE
İLETİŞİM EĞİTİMİ
DR. MAHMUT TOKAÇ

30
KÖTÜ HABERİ NASIL VERELİM?
PROF. DR. AHMET ERTAN TEZCAN

34
'KIDEMLİ BİR HASTA'NIN ANILARI
SADIK YALSIZUÇANLAR

38
TAN EDEN BİZDENDİR,
TAN ETTİREN BİZDEN DEĞİLDİR
DR. İLKER KÖSE

40
HASTA ŞİKÂYETLERİ YÖNETİMİ
DOÇ. DR. SEDAT BOSTAN

46
ÇOCUKLARLA İLETİŞİM
PROF. DR. FAHRİ OVALI

52
112'DE AŞK İLE ÇALIŞMANIN SIRRI
'1' OLMAKTAN GEÇER
DR. SEMA SELVİOĞLU ÇETİNKAYA

54
AMBULANS PERSONELİNİN İLETİŞİMİ
DR. MAHMUT TOKAÇ

58
ACİL SERVİSTE İLETİŞİM
PROF. DR. İBRAHİM İKİZCELİ

60
YOĞUN BAKIMDA İLETİŞİM
PROF. DR. HÜSEYİN ÖZ
DR. İSMAİL YILDIZ

64
PANDEMİLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE MEDYA
PROF. DR. SELMA ALTINDİŞ

66
KANIMIZA DOKUNUYOR(DU)…
DR. İBRAHİM ALTAN

70
SAĞLIKTA FİNANSMAN DİLİ VE GSS'NİN MESAJLARI
HÜSEYİN ÇELİK

74
SAĞLIK HABERCİLİĞİNİN GELECEĞİ
DR. İBRAHİM ERSOY

76
SOSYAL MEDYADA "SAĞLIKLI" İLETİŞİM
MUZAFFER MALKOÇ

78
SAĞLIK KURUMLARININ HALKLA
İLİŞKİLER ÇALIŞMALARI
SERAP ÖCAL

80
TV DİZİLERİNDE SON TREND:
MEDİKAL HİKÂYE ANLATICILIĞI
PROF. DR. M. NURDAN TAŞKIRAN

84
HASTA HEKİM DİYALOGLARI;
FANTEZİ DEĞİL GERÇEK!
PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK

86
SALGIN DÖNEMİ ALIŞKANLIKLARIMIZI HASTANE
BAŞVURULARINDA AVANTAJA ÇEVİRMEK
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

90
TÜRKİYE'NİN MODERN YÜZÜ: ŞEHİR HASTANELERİ
DOÇ. DR. ALİ RAMAZAN BENLİ

94
SAĞLIK HİZMETİNİN GİZLİ AJANLARI:
KALİTE GÖSTERGELERİ
DR. HASAN GÜLER - ERCAN KOCA
DOÇ. DR. MÜCAHİT AVCİL

98
SOSYAL TUTUŞMA: BAZI DAVRANIŞLARI
AÇIKLAYAN YENİ BİR TEORİ
PROF. DR. CAFER MARANGOZ

104
SOSYAL AĞ ANALİZİ
DR. NURŞEN AYDIN
PROF. DR. Ş. BURAK BEKAROĞLU

108
YEŞİL AKIL VE YEŞİL EGZERSİZ
PROF. DR. S. UFUK YURDALAN
RAFET UMUT ERDOĞAN

110
REFERANS NOKTASINI DEĞİŞTİRMEK
PROF. DR. ORHAN CANBOLAT

112
KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Sağlık hizmetlerinde algı yönetimi*

Prof. Dr. Haydar Sur

1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Halen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık iletişiminin; hastalık önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve yaşam kalitesi de dahil olmak üzere, sağlık ve refahın hemen hemen her yönüyle ilgisi olduğu görülmektedir. Küreselleşmenin getirdiği zorluklar da göz önüne alındığında, sağlık iletişimi uzmanları sağlığın geliştirilmesi, koruma ve önleme çalışmalarında olduğu kadar tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde de insan davranışını anlamanın politika ve hizmetler açısından bir ihtiyaç olduğunu bildirmektedir. İletişim, sağlık hizmetlerinin tam kalbinde ve beynindedir. Bilgi alışverişimizi, simgesel yeteneğimizi içermekte ve bir işlevi yerine getirmede başarımızın ana belirleyicilerinden biri olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan kadar hizmeti alanın da tutum ve davranışları önemli olduğundan, sağlık yöneticileri makro ve mikro planda her zaman hizmet verdiği kitleye/kişiye yönelik davranış geliştirme çabalarını da hizmetin önemli bir kısmı olarak görmektedir. Sağlık profesyoneli, hizmet verdiği kişilerin sağlık okuryazarlığını ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını profesyonel normları içinde doğru gördüğü yöne çekmeye çalışır. Bunu yapabilmesi için de sağlık iletişimi tekniklerinden yararlanmaktadır. Örneğin İngiltere'de NHS, her beş yılda bir hekimleri revalide ederken (yeniden geçerli kılarken) hekimin yetkinliğini klinik, iletişim ve yönetişim yetenekleri olmak üzere üç boyutta ele almaktadır. Birçok ülkede de sağlık profesyonelinin iletişim becerileri en az klinik becerileri kadar önemli sayılmaktadır.

Yirmi birinci yüzyılın sağlık hizmetlerini kendinden önceki bütün zamanların hizmetlerine göre farklı kılan en önemli özellik, onun hasta ve hizmet verilen birey odaklı hale gelmiş olmasıdır. Artık hizmet verdiğimiz kişilere de babacan (pederşahi, paternal) yaklaşım yerine karar sorumluluklarına ortak ettiğimiz birer paydaş gözüyle bakmamız gerekmektedir. Bunu yapabilmek için öncelikle hizmet verdiğimiz toplumun değerleriyle çatışma içine girmememiz, daha sonra da hizmetimizi alan ve alacak olanların sağlık okur yazarlığını yükseltmemiz gerekmektedir. Ancak her durumda kitlenin bir davranış değişikliği içine girmesini arzularız ve bu arzu net sınırlara kavuşturulduğunda "sağlığın geliştirilmesi", "toplumun güçlendirilmesi" vb. çerçevelerin içine alınmış olmaktadır.

Sağlık ve Hastalık Algısı ve Önemi

Klinikte görev yapan sağlık profesyonellerinin hastalarla, özellikle kronik hastalığı olan kişilerle iletişimi karşılıklı bilgi aktarımı, karar alma ve motivasyon açılarından kritik bir önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelinin iletişim becerisi büyük etkiler yapabilmektedir. Bu etkinin menzili hastanın hayatının artık kronik hastalıkla uyumunun derecesine bağlı olarak şekilleneceği dönemlerde onu destekleyip cesaretlendirerek olumlu ve uyumlu tutuma sokabilecek veya bütün motivasyonunu ortadan kaldırabilecek uçlara kadar uzanır. Akut durumlarda ise iletişimin kalitesi tıbbi hizmetin kalitesini belirleyecek kadar önem kazanır. Salgın durumlarında ve sağlıklı yaşam stillerinin desteklenip sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında ise doğru mesajların oluşturulmasından başlayarak onun doğru kanallarla topluma ulaştırılması salgının akıbetini belirleyen olmaktadır.

Algı ve yönetiminin sağlık hizmetleri yönetimindeki önemi yalnızca hasta ve yakınlarıyla ilgili kısımdan kaynaklanmaz. Buna ek olarak tedarikçilerin, hizmeti sunanların, yöneticilerin vb. tarafların yanında hizmetin finansmanını sağlayan mercilerin algıları da işin içine karışır ve kompleks bir sonuç ortaya çıkar. Bu bölümde yalnızca hizmetin sunumu esnasındaki algı ve önemi ile sınırlı kalınmıştır.

Leventhal'in bilişsel ortak akıl hastalık modeli, bireyin hastalığını algılaması ve hastalığa yanıt vermesine yönelik bireysel ve zihinsel kavramlar önermektedir. Burada, bilişsel ve duygusal başa çıkma stratejileri hastaların hastalık algısına dayanmakta ve kendi kendini düzenlemektedir. Hastalık davranışı, hastalıkla ilişkili semptomları algıladığı, değerlendirdiği ve buna göre hareket ettiği için hastanın sağlık durumunu ele almak için kavramsal modeldir. Hem hastalık algısı hem de hastalık davranışı kişisel hastalık yönetimini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini yönetmemizde bize önemli katkılar sağlamaktadır. Özellikle kanser vb. hastalığı olanlarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi hastaların hastalıklarını algılama ve tepki verme şeklinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Somut olarak, kanser hastalarının

hastalıklarını nasıl algıladıkları, kişisel başa çıkma stratejilerini ve tedaviye uyumlu veya uyumsuz olma durumlarını (hastalığın ve hastalık seyrinin kabulü veya reddedilmesi) belirlemektedir. Tedavi/kişisel kontrol algısı belirli başa çıkma yolları ile ilişkili değildir, ancak hastalık üzerinde kişisel kontrole olan inançlar hipertansiyonlu vb. hastalarda terapötik rejimlere daha iyi uyum ile ilişkilidir. Bu nedenle, hastalık algısının tanınması uyumsuzluk gösteren hastaları tanımlamaya yardımcı olabilir ve hastaların öz kontrolünü destekleyerek tedaviye daha iyi uyum sağlayabilir. Profesyonel hasta eğitimi, hastaların baş etme stratejilerine yönelik eğitim vererek semptom kontrolünü ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi sağlamaktadır. Hastaların öz kontrolünü desteklemenin hastalık seyri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir. Doktorlar tarafından hastalara verilen bilgi, hastalığın gerçek şiddetini ve seyrini yansıtmalı ancak demoralize etmemelidir. Hastaları bir kez daha yönetmenin ve desteklemenin bu ikili rolü, hastaların olumlu hastalık algılarını güçlendirmek için klinik psikologlarla iş birliği gibi disiplinler arası ekip çalışması, profesyonel psikolojik destek hastaların semptom kontrolü ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için duygusal ve bilişsel başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Hekim, hemşire gibi birebir hasta ile çalışan sağlık profesyonellerini psiko-eğitim konusunda eğitmek yararlı olabilir. Bu konuda bilinmesi gereken önemli bir husus daha vardır. Hastaların hastalık algıları tanısal sonuçlara yanıt olarak hızla değişmekte, böylece hastalık algısını terapötik başarıyı izlemek için bir araç olarak kullanma imkânı doğmaktadır. Bu amaçla, klinik çalışmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bir zorunluluktur (1).

Toplumun eğitim düzeyi görece düşük ve kültürel olarak farklılık taşıyan kesimlerinde yaygın olarak görülen sağlık sorunları ve bunların nedenlerine yönelik algılarının anlaşılması, politika yapıcıların bu topluluklara etkili entegre temel sağlık stratejileri tasarlamalarına yardımcı olabilir. Başarılı entegre temel sağlık hizmeti stratejileri için bu alanların üçünde de hastaların ihtiyaçlarını desteklemeye yönelik olmalıdır.

Gelişmekte olan ülkelerdeki nüfusun üçte birinden fazlasında, biyomedikal sağlık hizmetlerine erişim güçlükleri yaşanmaktadır. Fiziksel erişim engellerine ek olarak, biyomedikal sağlık hizmetlerinin güvenilirlik çerçevesinde kültürel engelleri de bulunmaktadır. Biyomedikal sağlık kurumları ve politikaları, kırsal sağlık hizmetlerinde, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, yerli sağlıksızlık inançlarının ve tıbbi bilginin oynadığı önemli rolü genellikle tanımamaktadır. Bu ülkelerin yerel kültür sahibi insanları genellikle Batılı eğitimli doktorların kendi ruhsal ve fiziksel kaygıları içerebilecek endişelerini giderecek donanıma sahip olmadığına inanmaktadırlar. Kötü sağlık inanç ve algıları sosyokültürel bağlamdan ve birçok toplumda, belirli sağlık sorunlarına yönelik en iyi yol olarak algılanmaları halinde yerli şifacılardan alternatif bir sağlık hizmeti oluşturabilir (2).

Çağımızın en önemli kronik hastalıkları arasında sayılan Tip 2 diyabetin insanlık tarihinin en büyük salgınlarından biri olduğu ve 21. yüzyılda insan sağlığına yönelik büyük tehditlerden biri olduğu belirtilmektedir. Biyomedikal bilimlerde teknolojik atılımla diyabetli kişilerin yaşamlarını iyileştirmedeki muazzam başarıya rağmen, Tip 2 diyabetin yönetimi büyük ölçüde diyabetli olanlara aittir. Hastalığın yönetimi ağırlıklı olarak hastaların kendileri tarafından yapılması gereken uygulamaları içerir. Bunlar arasında sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz yapma, ilaç reçete edildiği gibi alınması, kan şekeri düzeyinin izlenmesi, düzenli klinik ziyaretleri ve stresin yönetilmesi yer almaktadır. Aslında hasta-

> Birçok ülkede de sağlık profesyonelinin iletişim becerileri en az klinik becerileri kadar önemli sayılmaktadır. Yirmi birinci yüzyılın sağlık hizmetlerini kendinden önceki bütün zamanların hizmetlerine göre farklı kılan en önemli özellik, onun hasta ve hizmet verilen birey odaklı hale gelmiş olmasıdır. Artık hizmet verdiğimiz kişilere de babacan yaklaşım yerine karar sorumluluklarına ortak ettiğimiz birer paydaş gözüyle bakmamız gerekmektedir.

nın yapması gerekenlere bakıldığında bunların davranış gerektiren işlemler olduğu görülmektedir. Davranış değişikliği düzeyinde uyum ise hastalar açısından her zaman bir mesele olmuştur. Becker ve Maiman tarafından 1975'te geliştirilen sağlık inanç modeli (health belief model / HBM), diyabet yönetimi önerileri gibi kişisel bakım faaliyetlerini açıklamada yararlıdır ve hastalığın önlenmesi ile ilgili davranışlara odaklanmaktadır. HBM, bireyin davranışının, sağlığıyla ilgili belirli bir davranış hakkında karar verirken, bireyin düşünebileceği belirli konulara (algılanabilir duyarlılık, algılanan şiddet, algılanan faydalar ve algılanan engeller) dayalı olarak tahmin edilebileceğini belirtmektedir. Sağlık inancının algılanan duyarlılığı, özellikle komplikasyonlar hakkındaki bilginin gerekli önleyici tedbirlerin alınmasında etken olabileceğine odaklanılmaktadır (3).

Sağlıkla ilgili algı ve bu algıya dayanan sağlık aram davranışları konusuna iyi bir örnek olarak çocukların ateşi konusunda annelerin algısı verilmektedir. Ateş, çocuk polikliniğine ve genel sağlık hizmeti polikliniğine başvurularda şikayetlerin %70'ini oluşturan çok yaygın bir belirtidir. Çocuklarda ateşle ilgili birçok yanlış algı, 1980'de küresel olarak bilinen yüksek ebeveyn kaygısına yol açmıştır. Barton Schmitt ateşle ilgili ebeveyn endişelerini ve kaygılarını tanımlamış, bunu "ateş fobisi" olarak adlandırmıştır. Ateş fobisi, anne-babaların ve bakıcıların ateşi agresif bir şekilde yönetmelerine ve bazen çocukları tedavi etmek için yanlış ateş düşürücü ilaç kullanımına yol açar. Anne-babalar ateşin nedeni ve çocuklarının sağlığı üzerindeki etkisi hakkında bilgi eksikliği taşımakta, yanlış algı geliştirmekte ve kaygı duymaktadır (4).

Aynı durumu ve kaygıyı anne-babalarda çocuklarının ishali konusunda da görürüz. Dünya çapında ishal, her yıl 2 milyon çocuğun hayatını elinden almakta ve bunların %22'si Sahra-altı Afrika ülkelerinde gerçekleşmektedir. İshal morbiditesinin yükü, su kalitesi ve sanitasyonun ve genel yaşam koşullarının kötü kaldığı gelişmekte olan ülkelerde büyük ölçüde hakimdir. Gelişmekte olan birçok ülkede, ishal dönemlerinin çoğu evde tedavi edilmektedir ve anneler beş yaşın altındaki çocuklara kilit bakıcıdır. Çocuğa verilen yiyeceklerin türü ve hastalığın genel yönetimi hakkında karar verenlerdir. Bu nedenle, bu yaygın hastalık hakkındaki bilgileri kritik derecede önemlidir. İshalin bilinmesi ve algılanması ile hastalığın önlenmesi ve/veya yönetilmesi için bireysel ve hane halkı eylemleri, ishale bağlı hastalık ve ölümlerin azaltılmasında büyük önem taşımaktadır. Öte yandan, annelerin ishalin nedeni hakkındaki zayıf bilgi ve tutumları, uygun zamanında harekete geçmelerini kısıtlayabilir. Anne eğitimi, tehlike işaretlerini tanımlama ve hastalığın ciddiyeti gibi faktörler, diyare hastalıklarının tedavisinde sağlıklı uygulamaları destekleyebilir (5).

Sağlık hizmetlerinin her kademesinde ve aşamasında, her hastalık durumu veya sağlık durumu için hizmeti veren bütün ekibin işbirliğindeki etkililiğin artması için de algı yönetiminin hayati bir önemi vardır. Bu demektir ki, sağlık profesyonelleri birbirleriyle elbirliği veya konsültasyon ilişkileri içindeyken takımın diğer görevlilerinin algılarını da yanlışlık oluşmaması için yönetmek zorundadır.

Yirmibirinci yüzyılda hizmet verdiğimiz kişilerle paydaşlık ilişkisi isterken bir yandan da onların bu paydaşlığı istenilen düzeyde yürütebilmesi açısından sağlık okuryazarlığı yükseltmek zorundayız. Bu açıdan da sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesi, sağlığa risk oluşturan etkenlerden kaçınılması ve çevre ve toplumsal yaşamın tam iyilik haline uygun tanzim edilmesi için yine algı yönetimini ustalıkla yapmak durumundayız.

Hizmetler açısından kritik bir nokta ise akıl ve ruh sağlığı alanında verilen hizmetlerde algının ustalıkla yönetilmesi meselesidir. Bu açıdan psikolog ve psikiyatristlerin algı yönetimi konusunda zaten uzmanlıkları olduğu halde bile, algı yönetimine olan özenlerinin bir an bile eksilmeden sürmesi çok önem taşır.

Sağlık hizmetlerinde algı yönetiminin önemli bir boyutunu da sağlık endüstrisi içinde ele almak gerekmektedir. Özellikle özel sektör girişimleri kapsamında faaliyet gösteren sağlık hizmet kuruluşları açısından algı yönetiminin hayati bir önemi bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Algısı İlişkisi

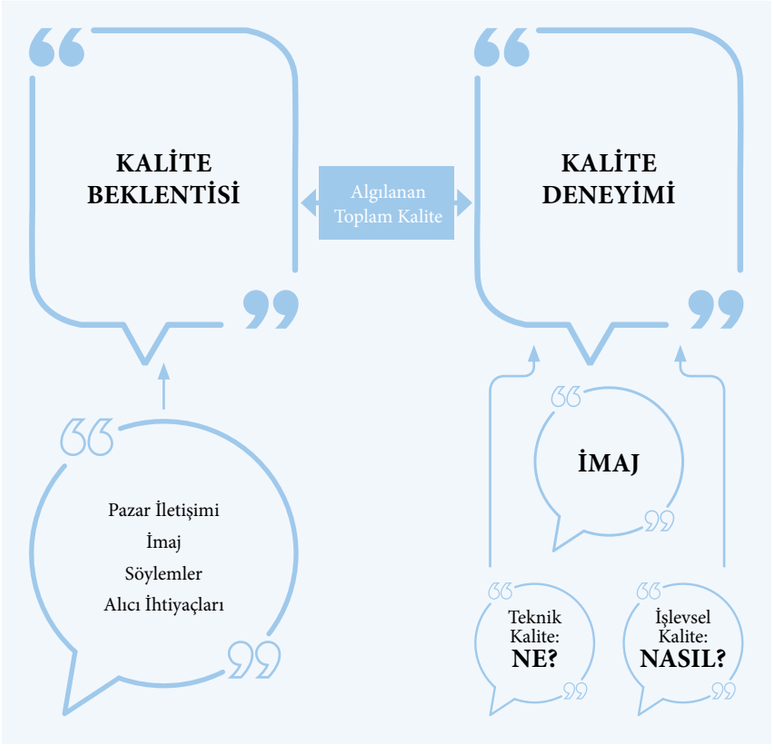
Yirmi birinci yüzyıl anlayışıyla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde hizmetin kalitesini hastanın ve yakınlarının algıları önemli bir konu olarak görülmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi profesyonel yaklaşım ve standartlara göre olduğu kadar, hizmeti kullananlara göre de ele alınmalıdır. Sağlık kuruluşu kâr amacı güden, finansal rekabet ortamında ayakta kalmak zorunda olan özel girişim kuruluşu ise hasta ve yakınlarının algılarının rekabet açısından da kritik önemi bulunmaktadır. İmaj oluşturmak ve rekabet avantajlarını sürdürmek için sürekli olarak profesyonel standartlara göre kalite yanında, hedef kitlesinin algıladığı anlamda kaliteyi de sağlayarak hizmet sunmak gerekmektedir. Hastaların alınan bakımla ilgili algılarının bakım kalitesine katkıda bulunduğu bulunmuştur (6).

Hem akciğer kanseri olan hastaların hem de ailelerinin görüşlerini, sunulan bakımın kalitesi ile karşılaştırmak hastaların ve aile üyelerinin bakımın farklı yönlerinin önemine ilişkin puanları arasında bir fark olduğu, aile üyelerinin hemşirelik bakımını hastalardan daha fazla önemsediği bulunmuştur (7).

Bu çalışmanın bulgularına benzer sonuçlar Hong Kong'da, birinci basamak kliniklerinde yapılan nitel bir çalışmada elde edilmiştir. Yazarlar, hastaların doktor bakım kalitesini ölçmek için hem konsültasyon sürecini hem de tedavi sonuçlarını algıladığını bulmuşlardır. Hemşirelerdeki ve hastaların görüşlerindeki bu farklılık literatürde ortaya çıkmaya devam etmiştir (8).

Hastanın sağlık hizmeti deneyimiyle ilgili boyutlarını tanımlamak için çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Hastanın kalite perspektifi, arzu ettikleri sağlık sonuçlarını, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile ilişkilerini, sağlık hizmeti sağlayıcılarının nitelikleri ve performansını ve sağlık hizmetlerine erişim ve seçimini içerebilir (9).

Kronik hastalık yönetimi ve hasta merkezli sağlık kavramını araştıran Amerikan Tıp Enstitüsü (IoM) sağlık profesyonelleri ve hastalar açısından hasta merkezli kaliteli sağlık bakımını yansıtan dokuz temel boyut belirlemiştir. Bunlar hasta değerlerine saygı, hasta tercihlerine ve ifade edilen ihtiyaçlara özen, bakımın koordinasyonu ve entegrasyonu, bilgi, iletişim ve eğitim, fiziksel rahatlık, duygusal destek, ailenin ve arkadaşların katılımı, süreklilik, bakıma



Şekil 1: Toplam Algılanan Kalite. (Grönroos, 1990, 41)

erişimdir (10). Yalnızca hizmet verilen kişi (hasta veya sağlam olabilir) değil aynı zamanda onun yakın çevresinin de işin içine katıldığı dikkate alınırsa sağlık hizmetlerini sunarken algı yönetiminde kimlerin bizim hedefimiz olduğu da ortaya çıkmaktadır.

Hizmet kalitesi bir ürün veya ürünü içeren bir faaliyet olarak tanımlanır ve hizmetin kendisiyle birlikte hizmetten sonra tatmin olmanın veya olmamanın sonucu olarak ortaya çıkar. Böylelikle kalite, hizmeti alan kişinin algılaması olarak kabul edilir ve hizmeti kullanan kişilerin ihtiyaçlarını, isteklerini ve beklentilerini karşılayıp karşılamadığına bağlı sayılmaktadır. Hizmet kalitesi, hizmetin kullanıcı beklentilerini ne ölçüde karşıladığının toplam değerlendirmesi olarak görülmektedir (11).

Özünde hizmet kalitesi hizmeti veren ve alan açısından aynı olması gerekirken araya algılar girdiğinden farklılıklar oluşmaktadır. Hizmet, kullanıcılar için hizmet kalitesinin istenen ve ihtiyaç duyulanı ile gerçek hizmet arasındaki farktır. Böylece kalite düşüklüğünün derecesi beklenen ile algılanan arasındaki fark olarak ortaya çıkar. Hizmetlerin yönetilmesinde hizmet kullanıcıların beklentilerinin yönetilmesi de en az algılarının yönetilmesi kadar önem kazanmaktadır. Etkili bir strateji için hem beklentileri hem de algıları belirleyen unsurları iyice anlamak yerinde olacaktır.

Şekil 1'de bunu gösteren bir model verilmiştir. Kişinin hizmet alma durumunda beklentisini pazarlama kapsamındaki iletişim faaliyetleri, ortaya çıkarılan imaj, söylemler ve bunların çağrıştırdıkları yanında alıcının ihtiyaçları belirlemektedir. Gerçekte olanı algılarken de kişi ne yapıldı ve nasıl yapıldı sorularına kendi içinde verdiği cevaplarla bir değer (imaj) belirler. Bu değerlemede sonucu ile ortaya çıkmış bulunan beklenti ne denli uyuşursa o kadar memnuniyet ortaya çıkar. Grönroos buna algılanan toplam kalite demektedir.

Kalite beklentisini oluşturan dış faktörler pazarlama kampanyaları ve programları aracılığıyla hizmet sunucudan alıcıya dış iletişimden kaynaklanmakta, imaj sosyal platform iletişimi de dahil olmak üzere sözcükten ağza iletişim yoluyla oluşturulmakta ve son olarak kişinin ihtiyaçları ile tamamlanmaktadır (12).

Sonuç

Sağlık hizmetlerinde tek doğru ve tek uygulama yoktur. Tanı koymada, şikayet ve bulguları değerlendirmede kesinlik olmadığı gibi hastalığa kesin tanı konulsa bile bunun tedavi ve bakımı uygulamalarında da tek çözümden fazla seçenek her zaman karşımızdadır. Bu durumda farklılıkların açıklanması dahil her uygulama ve işlemimizde başta kendi ekip arkadaşlarımız ve yöneticilerimiz olmak üzere, hasta ve yakınlarının da algılarını hiçbir zaman göz ardı etmeden hizmeti sunmalı ve iletişim çerçevesindeki faaliyetlerimizi de asli mesleki uygulamalarımızın bir parçası saymalıyız.

* Baskı sürecinde olan "Sağlık İletişimi" kitabındaki ilgili bölümden kısaltılmıştır.

Kaynaklar

1) Porkert S., Lehner-Baumgartner E., Valencak J., et all. (2018). Patients' Illness Perception as a Tool to Improve Individual Disease Management in Primary Cutaneous Lymphomas, Acta Derm Venereol 2018; 98: 240–245.

2) Kahissay M., Teferi G., et al. (2017). Beliefs and Perception of Ill-health Causation: A Socio-cultural Qualitative Study in rural North-Eastern Ethiopia, BMC Public Health (2017) 17:124 DOI 10.1186/s12889-017-4052-y.

3) Adejoh S. O., (2014). Diabetes Knowledge, Health Belief, and Diabetes Management Among the Igala, Nigeria, SAGE April-June 2014 Open: 1 –8, DOI: 10.1177 / 2158244014539966.

4) Eberechukwu L., Aderonke S. O., (2019). Perception and Management of Fever in Children, by Mothers in Port Harcourt Nigeria Yaguo Ide, International Journal of Tropical Disease and Health 36(4): 1-8, 2019; Article no.IJTDH.49599 ISSN: 2278–1005, NLM ID: 101632866 .

5) Merga N., Alemayehu T., (2015) Knowledge, Perception, and Management Skills of Mothers with Under-five Children about Diarrhoeal Disease in Indigenous and Resettlement Communities in Assosa District, Western Ethiopia, J Health Popul Nutr 2015 March; 33 (1): 20-30 ISSN 1606-0997.

6) Al-Hussami M., Al-Momani M., Hammad S. et all. (2017). Patients' perception of the quality of nursing care and related hospital services, Health and Primary Care, Health Prim Car, 2017, doi: 10.15761/HPC.1000110 Volume 1(2): 1-6, ISSN: 2515-107X.

7) Henoch I, Lovgren M, Wilde-Larsson B, Tishelman C. (2011). Perception of Quality of Care: Comparison of the Views of Patients' with Lung Cancer and their Family Members. Journal of Clinical Nursing 21: 585–594.

8) Fung C., Mercer S. (2009) A Qualitative Study of Patients' Views on Quality of Primary Care Consultations in Hong Kong and Comparison with the UK Care Measure. Family Practice 10: 10.

9) Measuring Patient Perceptions of Quality in Health Care: A Structured Review to Inform Service Delivery for Chronic Disease, https://phi.uhce.ox.ac.uk/pdf/ChronicConditions/ch11.pdf. (Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020).

10) Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21 st Century, Institute of Medicine, 2001.

11) Lacle R., (2013). Management Perception of Service Quality in the Hospitality Industry, Bachelour's Thesis, Haaga-Heila University of Applied Sciences, 2013.

12) Grönroos, C. (1990). Service Management and Marketing: Managing Moments of Truth in Service Competition. Lexington Books. Massachusetts.

Sağlıkta informel iletişime ilişkin deneyimler

Prof. Dr. Osman Hayran

İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütünce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

İletişim, insanların çeşitli kültürlerde, ortamlarda, kanallarda ve medyada ortak anlamlar oluşturmak amacıyla nasıl ve ne tür mesaj alışverişinde bulundukları anlamına gelmektedir. Tanımından da anlaşılabileceği gibi hem mesajların anlamı hem de alışveriş biçimi kültürlere, ortamlara göre farklı şekillerde olabilmektedir. Örneğin, pek çok toplumda konuşulan kişi ile göz teması kurmak, zaman zaman gülümsemek genel olarak olumlu karşılanmakta iken aynı davranışları sululuk, yılışıklık olarak gören toplumlar da bulunmaktadır. Beden dilini önemseyen ve iyi kullanma konusunda eğitime çocukluktan itibaren önem veren kültürlerin yanı sıra beden dilini kontrolsüz ve küstahça kullanmayı üstünlük sayan kültürlerle karşılaşmak da mümkündür. Mesaj alışverişi için kullanılan başlıca kanallar söz, yazı, işaretler ve beden dili olmakla birlikte son yıllarda bunlara elektronik ortamın da eklendiği görülmektedir.

Toplum içerisindeki bireyler arasında olduğu gibi bir örgütü oluşturan bireyler, birimler arasında ve örgütün çevresi ile de iletişim söz konusudur. Örgütsel iletişim adı verilen bu iletişim türü, formel ve informel şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Formel ya da başka bir deyişle resmi iletişim, örgüt içerisindeki yazışmalar, kurallar, düzenlemelerden oluşan iletişim şeklidir. Genellikle dikey, yani, yukarıdan aşağıya ya da aşağıdan yukarıya, bazen yatay veya çapraz kanallarla, düzenli ve kurallı bilgi alışverişi sağlanmasını amaçlar. İnformel iletişim ise, örgüt yönetiminin düzenlemelerinden bağımsız olarak gelişen doğal bir iletişim biçimi olup herhangi bir kurala bağlı değildir. Genellikle kişiler arasında, kendiliğinden gelişen ve rasgele tarzda yürüyen, dedikodu, söylenti ve fısıltı gazetesinden oluşan bir iletişim şeklidir. Bir dönem örgütsel amaçlar açısından son derece sakıncalı ve zararlı olduğu kabul edilmiş olsa da çağdaş yönetim anlayışında yararları olan, yararlanılması gereken bir iletişim biçimi olarak kabul görmektedir. Zaten bu tür iletişimi kurallarla, resmi yazılarla engellemek de mümkün değildir.

İnformel iletişim formel iletişimden daha hızlı yayılmakta ve daha güvenilir bulunmaktadır. Bazı durumlarda yıkıcı, zarar verici olsa da rahatsız edici duyguların ifadesine olanak sağlaması nedeniyle yararlı, üretkenliği arttırıcı etkisi de olabilmektedir. Kurum içi sohbetler, sosyal etkinlikler, şakalar, dedikodular, söylentiler ve fısıltı yoluyla mesaj paylaşımları informel iletişimin tipik örnekleridir. Bunlar, insan olmanın gerekleridir ve yadırganmamaları gerekir. Hatta, bazı iletişimcilere göre dedikodu, söylentiler ve fısıltı gazetesi dünyanın en eski medyasıdır.

İnformel iletişim, örgütü oluşturan bireyler arasında oluşturduğu sosyal bağlar yoluyla örgüt içerisinde bir tür sosyal destek ağı oluşmasını sağlamaktadır. Sosyal bağların sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğuna, sosyal destek ağlarının gelişmişliği ile sağlıklı olmak arasında pozitif yönde ilişki bulunduğuna ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuda yürütülen bilimsel çalışmaların bulguları doğrultusunda "sosyal epidemiyoloji" adında yeni bir disiplin ortaya çıkmıştır. Günümüzde son derece önemli bir bilim ve uygulama alanı haline gelmiş olan ve benim uzmanlık alanım dışında kalan iletişim konusunda kuramsal tartışmaları alanın sahiplerine bırakarak, şimdi haddimi aşmadan ilginç bulduğum bazı örnekler üzerinden konunun sağlık yönetimi açısından önemine değineceğim.

İyi Hekimin Özellikleri

"İyi iletişimci" olmak, Dünya Sağlık Örgütü tarafından sıralanan "iyi hekim" özellikleri arasında yer alan beş temel özellikten birisidir. İnsan ilişkilerinin ve iletişiminin yoğun olması nedeniyle sağlık hizmeti sunulurken yapılan bazı iletişim hataları, tıbbi hatalar kadar önemli olmakta ve hasta güvenliği sorunlarına yol açabilmektedir. Sağlık çalışanlarının hasta ve yakınları ile çalışanların kendi aralarında birbirleri ile kuracakları iletişimin niteliği hasta güvenliği açısından önem taşıdığı için uzun zamandır uluslararası akreditasyon kuruluşlarının değerlendirme kriterleri arasında da yer almaktadır.

İletişim becerileri gelişmiş hekimler yetiştirmek amacıyla ülkemizdeki tıp fakültelerinin birinci sınıfında öğrencilere zorunlu olarak "davranış bilimleri" dersi okutulmaktadır. Ne var ki bu dersi ge-

nellikle psikoloji veya psikiyatri hocaları verdiği için, derslerde iletişim konularından ziyade davranışla ilgili psikolojik bilgilere ağırlık verilmektedir. Hekim adaylarının uzun eğitim sürelerinde bu ders dışında iletişim konusunda aldıkları başkaca bir teorik ders yoktur. Ancak, tıp eğitiminin uygulama ağırlıklı ve interaktif olması nedeniyle, iletişim becerileri geliştirmeleri konusunda klinik stajlarda karşılaştıkları hekim örneklerinin, rol modellerinin özellikleri önem taşımaktadır.

Her konuda bilgileri öğrenme amacıyla teorik dersler ne derece gerekli ise, beceri geliştirme konusunda da günlük hayatta karşılaşılan örnekler o denli önemlidir. Teorik olarak hastaya yaklaşımda nasıl davranılacağını, empatinin, güler yüzün, ilginin önemini öğrenen hekim adayları klinik stajlarda bunun uygulama örnekleri ile karşılaşmaktadırlar. Bu uygulamalar bir tür iletişim becerisi eğitimi olarak değil de birlikte çalışılan hekim davranışlarından etkilenme, bunlarla özdeşleşme şeklinde gerçekleşmektedir. Ancak, ne yazık ki dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de yaygın olan hekim modeli, yani, öğrencilerin karşılaştıkları rol modelleri, havalı ve buyurgan davranışları ön planda olan modellerdir. İlk kez karşılaştığı, yeni tanıştığı hastasına "sen" diye hitap eden, beden dili ile sürekli olarak acelesi olduğu yolunda mesajlar veren, olabildiğince az göz teması kuran, hastasını sabırla dinlemek yerine kısa-net öneriler dayatan, çoğu zaman kibirli ve tıp öğrencilerinin hoşuna giden bir hekim modelidir bu.

Öğrencilik hayatları boyunca yaşıtları ile girdikleri çeşitli yarışlardan, sınavlardan başarı ile geçerek tıp eğitimine başlayan hekim adaylarının zaten şişik olan egoları, önlerindeki bu örneklerin etkisi ile bir kat daha şişmektedir doğal olarak. Bu süreçte oluşan "özgüven patlaması" pek çok hekimi önce küstahlık daha sonra ise neredeyse psikopatlık sınırlarına götürmektedir. İşin ilginç yanı uygulamalı eğitimler sırasında diğer sağlık mesleklerinin öğrencileri de bu modeli örnek almaktadır. Bu şekilde yetişen hekim ve sağlık profesyonellerinden oluşacak bir örgütün informel iletişimi doğal olarak sorunlu olmak durumundadır. Hekim ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitim sürecinde özgüven temelli iletişim becerileri geliştirmek yerine, saygı temelli beceri geliştirme eğitimine ağırlık verilmelidir. Egosu en şişik, özgüveni en gelişmiş kişilerin psikopatlar, seri katiller, mafya tetikçileri olduğu unutulmamalıdır.

Düello Mu, Pusu Mu?

Organizasyon sözcüğünün dilimizdeki karşılığı olan örgüt, "Ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlik" anlamına gelmektedir. Bu tanıma uygun olarak örgütlerde iki veya daha fazla kişi bulunması nedeniyle kişiler arası ilişki ve iletişim kaçınılmazdır. Bazı toplumlarda kişiler arası ilişkilerde açıklık ve doğrudan iletişim ön planda iken, bazı toplumlarda üstü kapalı imalar ve dolaylı ifade biçimleri daha çok tercih edilen iletişim yollarıdır. Gazeteci-yazar Çetin Altan'ın deyişi ile bu farklılık "Batı toplumlarında düello, doğu toplumlarında ise pusu kültürü" şeklinde özetlenebilir. Sorun çözme yöntemi olarak düello, tarafların kullanılacak silahları, yeri ve zamanı belirleyerek hakemler gözetiminde ölümüne çatıştıkları ve sorunun sonlandırıldığı bir yöntemdir. Bu yöntemden farklı bir yol izlenen pusu ise, taraflardan birinin karşısındakinin beklemediği bir anda, beklemediği bir yerde harekete geçerek, hiç ummadığı bir silahla zarar vermesi şeklinde gerçekleşmektedir. İkinci yöntemin daha uzun süreli, yorucu ve psikolojik açıdan yıpratıcı olduğu ortadadır. Öte yandan doğrudan ifade edildiğinde ortaya çıkacak tepkiyi yumuşatmak amacıyla geliştirilen diplomatik yaklaşım pusudan farklı olup o da batının sevdiği ve geliştirdiği bir anlayıştır.

> Pek çok toplumda konuşulan kişi ile göz teması kurmak, zaman zaman gülümsemek genel olarak olumlu karşılanmakta iken aynı davranışları sululuk, yılışıklık olarak gören toplumlar da bulunmaktadır. Beden dilini önemseyen ve iyi kullanma konusunda eğitime çocukluktan itibaren önem veren kültürlerin yanı sıra beden dilini kontrolsüz ve küstahça kullanmayı üstünlük sayan kültürlerle karşılaşmak da mümkündür.

Düello ve pusu şeklinde özetlenen farklılık, örgütsel çatışmaların, kişiler arası sorunların hem ortaya çıkışında hem de çözümünde kendisini gösteren bir farklılıktır. Örneğin, üst yönetimi, patronunu, amirini, arkadaşını yapılan bir hata nedeniyle doğrudan eleştirmek yerine dedikodu ve söylentilerle yıpratma yoluna gitmek bir tür pusudur. Pusu, doğrudan eleştirinin yani düellonun işe yaramayacağı düşünüldüğünde sıklıkla başvurulan bir yoldur. Doğrudan eleştirmesi, tartışması halinde azarlanacağını, aşağılanacağını, zarar göreceğini, hatta işinden olacağını düşünen her insan için başvurulması kaçınılmaz bir yoldur. Bu nedenle bu yolun kullanımını engellemek tamamen gücü elinde tutanın, yani örgütlerde yönetimin elindedir. Kültürler arasında farklılık gösteren sorun çözme yöntemleri sadece örgütsel sorunlarda ve çatışmalarda değil karıkoca, arkadaş ilişkisi gibi ikili ilişkilerde de kendisini göstermektedir. Özetle karşısındakinin hatasını, rahatsız edici bir davranışını anında ifade ederek tartışıp bir sonuca bağlamayı tercih eden bir kişi düelloyu, bunun yerine içine atıp uygun bir zamanda benzeri bir davranışla cevap verme yoluna gitmeyi düşünen, fırsat kollayan kişi ise pusu kurmayı tercih ediyor demektir. Pusu hem kuranı hem de karşısındakini çok yıpratan, psikolojik maliyeti yüksek ve zorunlu olmadıkça tercih edilmemesi, mümkünse engellenmesi gereken bir yöntemdir.

Cinsel Şakalardan İstismara, İstismardan Tacize Hastalıklı İletişim

Çalışma hayatında üst düzey yöneticilerin yakın çevresindeki personel ile hekimlerin hastaları, hastaların hekimler ve diğer sağlık personeli ile olan cinsel yakınlaşmalarına, istismarlara ve tacizlere ilişkin çok hikayeler dolaşır. Doksanlı yıllarda oldukça popüler olan ve önemli sorunları gizli çekimlerle gündeme taşıyan "Söz Fato'da" isimli bir TV programı bir ara bu konulara odaklanmıştı. Ünlü bir hekimin muayenehanesine gelen konu mankenine yaptığı cinsel taciz gizli çekimlerle görüntülenip yayınlandığında günlerce konuşulan bir olay haline gelmişti. O günlerde kendi çevremde yayınla ilgili olarak yapılan yorum ve değerlendirmelerin pek çoğunun hekimi suçlamak yerine yayını yapanı suçladığını ve "çok dikkatli olmak lazım çok" yaklaşımının ağır bastığını hayretler içinde gözlemiştim. Bu gözlem, aslında benzer istismar ve tacizlerin ne denli normalleştirildiğinin bir göstergesi idi. Gerçekten de her türlü ayrımcılığın yaygın olduğu ülkemizde iş hayatında, özellikle de sağlık sektöründe cinsel istismar ve tacizler sanılanın çok ötesindedir.

Asistan-hoca, öğrenci-hoca, hekim-hasta, hekim-hasta yakını, hekim-sağlık personeli arasında basit cinsel esprilerden, şakalardan istismara, ciddi cinsel tacizlere varan bir dizi informel iletişim ve ilişkilerin varlığı bilinmektedir. Yanında çalışan astlarının ekmek parası kazanmak, evini geçindirmek amacıyla değil de kendisinin cinsel cazibesine olan tutku nedeniyle bulunduğunu düşünecek kadar hasta zihniyetli bazı üst düzey yönetici, patron, amir ve hocalar başkalarının hayatını cehenneme çevirecek kadar ileri gidebilmektedir.

Ne yazık ki ülkemizdeki iş hayatında cinsel konulardaki ayrımcılık, istismar, taciz gibi durumlara yönelik yasal düzenlemeler de yeterli değildir. Hal böyle olunca "kol kırılır yen içinde kalır" mantığı ile yapılan tüm istismar ve tacizler yapanın yanına kar kalmakta, hatta şikayet konusu olan pek çok olayda tacize uğrayan suçlu bulunabilmektedir.

İletişim Aracı Olarak Gösteriş, Şatafat ve Teşhircilik

Üst düzey yöneticilerin işleri konusundaki bilgi ve yetenekleri ile makam odalarının büyüklüğü, gösterişi ve şatafatı arasında negatif yönde bir korelasyon olmalı diye düşünmüşümdür hep. Yani yöneticinin işine hakimiyeti, bilgi-beceri düzeyi ne kadar gelişmiş ise şatafatlı makam odalarına ihtiyacı o derece az olmalı, tersi de doğru. Tanıdığım hastane başhekimleri, CEO'lar, tıbbi direktörler, sağlık müdürlerinde eskiden çok yaygın olarak gözlediğim, neyse ki son yıllarda azalmaya başlayan bir özellik bu. Büyük makam odaları, alabildiğine pahalı ve gösterişli oturma grupları, odanın hemen arkasında yer alan dinlenme alanları, özel kalem için ayrı, yönetim asistanları için ayrı odalar, çeşitli bilgisayar ve iletişim araçları ile içeri gireni etkileme amacı taşısa da aslında hayrete düşüren mekanlardır bunlar.

Makam sahibi ile görüşme yapmak için gelinmiş ise bitmez tükenmez toplantılar nedeniyle kapıda beklemek zorunda kalmak bir başka özelliğidir bu mekanların. Bu tür düzenlemelere üst düzey yönetimin beden dili olarak bakmak gerekir. Tıpkı beden dilinin kötü kullanımında olduğu gibi burada da havalı, meşgul ve güçlü görünme arzusunun bir çırpıda görgüsüzlüğe, kıroluğa dönüşmesi mümkündür.

Gösteriş ve havalı görünme arzusu sadece makam odaları ile sınırlı değildir. Örgütlerin, kurumların görünürlüğü için hazırlanmış olan sosyal medya ve internet sayfalarında, tanıtım amacıyla yayınlanan dergilerinde de kendisini gösterir bu özellik. Gerekli gereksiz her yazıda, her vesile ile yöneticilerin resimlerine, isimlerine, sözlerine yer verilmesi bir başka kötü iletişim örneğidir. Oysa, övünmek her ne kadar insani bir duygu olsa da bunun teşhircilik düzeyine götürülmemesi gerekir. Her insanın ego tatminine, başarılarını duyurmaya, başarı sonucu oluşan duygularını başkaları ile paylaşmaya ihtiyacının olması çok doğaldır. Facebook, Instagram gibi çok sayıdaki sosyal medya araçları bu ihtiyacı karşılama amacıyla geliştirilmiş ortamlardır. Üstelik bu tür paylaşım yöntemlerinin sosyal medya araçlarının gelişiminden çok daha önce kullanılmaya başlandığı da bilinmektedir.

Altı yıl önce sosyoekonomik açıdan son derece geri bırakılmış olan Filipinler'in Bangsomoro bölgesine bir halk sağlığı projesi kapsamında yaptığım seyahat sırasında bölgenin en büyük kenti Marawi'nin girişindeki ağaçlardan başlayarak evlerin duvarlarında, meydanlarda, asılabilecek neredeyse her yerde gördüğüm resimli ve yazılı posterlerin nedenini merak etmiştim. Rehberliğimizi yapan Filipinli meslektaşımdan bu posterlerin, ildeki vatandaşlara ait olduğunu, okul mezuniyetleri, yeni bir iş kurmaları, yeni bir göreve atanmaları gibi kendilerince gurur verici gelişmeleri fotoğrafları ile birlikte duyurma amacı taşıdığını ve nesillerdir süren eski bir uygulama olduğunu, hatta asılan posterler için yerel yönetimlere vergi, ücret ödenmesinin de söz konusu olmadığını öğrendiğimde şaşırmıştım. Günümüzde gazete ve dergilerin, radyo ve TV'lerin, özellikle çok sayıdaki sosyal medya araçlarının yaptığı da bundan farklı bir şey değil aslında.

Övünmenin yanı sıra her insanın başka insanların özel hayatı hakkında bilgi edinme ve kendisine ait bilgileri paylaşma merakı ve arzusu hepimizin insani bir gerçeğidir. Başkası ile bir sırrı

paylaşırken kullanılan “aramızda kalsın” ifadesi bile aslında aktarılan mesajın daha hızlı yayılmasını sağlayıcı bir etkiye sahiptir. Dedikodunun yıkıcı etkilerinden zarar görmüş kişilerin bile günlük hayatta dedikodu yaptıkları, söylentileri ilgi ile dinledikleri bilinen konulardır. Akıllı telefonların henüz keşfedilmediği, Facebook/Instagram gibi sanal ortamların bulunmadığı dönemlerde bile insanların birbirlerinin özel hayatı hakkında mesaj alışverişinde bulunmaya çalıştıkları bilinmektedir. Özetle; başkalarında gördüğümüz zaman “görgüsüzlük”, “teşhircilik” ve “röntgencilik” nitelemeleri ile küçümsediğimiz bazı huy ve davranışlar aslında hepimizin ortak insani özellikleridir. Bunları ahlaki sorunlar olarak görmek ve ayıplamak yerine yıkıcı etkilerine karşı önlem alarak yapıcı etkilerinden yararlanma yoluna gitmek gerekir.

Formel İletişimin İnformel Sonuçları

Halk Sağlığı ihtisası sonrası zorunlu hizmetimi sağlık müdür yardımcısı olarak yapmakta iken müdürün görevden alınması üzerine vekaleten il sağlık müdürlüğünü de üstlenmiştim. Gençliğimin ve acemiliğimin verdiği heyecanı hissettirmeden tüm sağlık örgütünün amiri olmak gibi zor bir işim vardı. İldeki sağlık kuruluşlarını sık sık dolaşıp denetleme imkanı olmadığından kendimce bir yöntem olarak zaman zaman gizli yazılar yayınlayıp uyulması gereken kuralları sıralamakta idim. O zamanlar resmi yazıların üzerine kırmızı renkte basılan “gizli” damgası mahremiyeti vurgulamanın yanı sıra hem yazının etki gücünü hem de içeriğinin önemini arttırmak amacı ile kullanılan bir yöntem idi.

Yazılarımda, “Müdürlüğümüze gelen şikayetlerin önlenmesi için vatandaşa hizmet sunumu sırasında iyi davranılması, para gerektirmeyen hizmetlerden hiçbir şekilde ücret alınmaması, personelin mesaiye geliş gidiş saatlerine dikkat edilmesi, aksi halde ilgililer hakkında yasal işlemlerin başlatılacağı” şeklinde oldukça klişe ifadeler yer alırdı. Asıl amacı formel örgütsel iletişim sağlamak olan bu yazı ile ilk kez karşılaşan bazı yeni yöneticiler, genç hekimler, hemşireler birkaç gün sonra randevu alarak müdürlüğe damlamaya başlarlardı. Gelenlerin bazıları “aslında mesai saatlerine çok riayet ettiğini ama birkaç kez önemli mazereti nedeniyle geç gelip erken ayrılmak zorunda kaldığını” itiraf eder, bazıları ise “geçen gün bizim personelden birisinin hasta yakınından para aldığını ben de duydum ama benim böyle bir olaya karışmış olmam söz konusu değil” açıklamasında bulurdu. Yani kullandığım formel iletişim kanalı informel bir etkiye yol açıp bir anlamda olup biten gizli kapaklı işlerin ortaya dökülmesine neden olurdu.

İnformel İletişim Becerisinin Başarı Örnekleri

Şimdi özetlemeye çalışacağım ve tanığı olduğum iki olay, informel iletişimin bireysel rahatlamayı sağlayan yönünü göstermesi açısından ilginç örneklerdir.

Eskiden Sağlık Bakanlığının adı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” idi. Bakanlığın adından 1986 yılında “sosyal yardım” sözcükleri kaldırıldı. “Sosyal yardım”lı dönemde tanıdığım hazırcevap bir hekim, ilin valisi ile arası açıldığı için başka bir ile tayin edilen vali yardımcısına rapor vermiş ve tayinini durdurması için zaman kazanma imkanı sağlamıştı.

Buna sinirlenerek hekimi arayan vali ile hekim arasında şu konuşmalar geçmişti:

“-Doktor benim yardımcıma rapor vermişsin, hakikaten bir hastalığı var mıydı?”
“-Hayır sayın valim, yardımcınız hasta değildi”
“-Neden hasta diye rapor verdin o halde?”
“-Raporun nedeni hastalık değil, sosyal yardımdır sayın valim. Bakanlığımızın adına uygun davranıyorum.”

Hekimin dürüstlüğü ve zekice verilen cevap karşısında vali ne diyeceğini şaşırmış, hekime kızmak yerine içten içe sempati duymaya başlamıştı. Hazırcevaplığı ve şakacılığı ile tanınan bir başka hekim kendisi hakkında ortalıkta dolaşan “parasız iş yapmıyor, her şeyden rüşvet alıyor” şeklindeki dedikodulara aldırış etmez görünüyordu. Görev yaptığımız ilin Şehir Kulübünde birlikte olduğumuz bir akşam önümüzdeki masada briç oynamakta olan vali yardımcısı, emniyet müdürü, defterdar ve vergi dairesi müdürünü işaret ederek bana döndü:

“-Benim hakkımdaki dedikodulara inanmıyorsunuz değil mi? Aslında şu masadaki vali yardımcısı ve il yöneticileri de inanmıyor. Bakın şimdi inanmadıklarını göreceksiniz.” diyerek briç oynayanların masasına yöneldi, cebinden çıkardığı o zamanki para ile 40TL’yi vergi dairesi müdürünün önüne koydu:

“-Müdürüm bu 40 lirayı lütfen benim adıma vergi olarak kaydediniz”

“-Doktor nerden çıktı bu şimdi?”

“-Sizin dairenizde ‘Vergilendirilmiş kazanç kutsaldır’ diye bir yazı var ya, bugün tam 100TL avanta almışım vatandaşlardan. Hesabıma göre vergisi 40TL tutuyor, onu vereyim de kalanını kutsal kutsal harcayayım dedim”

“-Yahu doktor çekil git başımızdan, oyunumuzun içine etme. Bu dilin yüzünden insanlar senin hakkında ileri geri konuşup duruyor zaten”

Gülerek parayı geri alan hekim yanıma geldi,

“-Gördünüz mü kimse inanmıyor yaptıklarıma”

O hekim gerçekten vatandaştan rüşvet, avanta, adına her ne deniyorsa hak etmediği paraları alıyor muydu hiçbir zaman öğrenemedim.

Övünmenin yanı sıra her insanın başka insanların özel hayatı hakkında bilgi edinme ve kendisine ait bilgileri paylaşma merakı ve arzusu hepimizin insani bir gerçeğidir. Başkası ile bir sırrı paylaşırken kullanılan “aramızda kalsın” ifadesi bile aslında aktarılan mesajın daha hızlı yayılmasını sağlayıcı bir etkiye sahiptir. Dedikodunun yıkıcı etkilerinden zarar görmüş kişilerin bile günlük hayatta dedikodu yaptıkları, söylentileri ilgi ile dinledikleri bilinen konulardır.

Hekim ne diyor, hasta ne anlıyor?

Prof. Dr. Mustafa Bilici

1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi'nde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTÜ'de doçent (2000), Medipol Üniversitesi'nde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne kurucu başhekim olarak atandı. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesinde öğretim üyeliği görevini sürdüren, aynı zamanda özel muayenehanesinde hasta ve danışan kabul eden Bilici'nin çalışma alanları arasında "kişiler arası ilişki sorunlarının terapisi" ve "uyku bozuklukları" ön planda yer almaktadır.

İnsan iletişiminin kabaca iki yönü olduğu söylenebilir. İlki düşünceleri ifade etme, ikincisi düşünceleri anlama. Birinci başlık meramımızı ifade etmenin yollarını içerir. Konuşma, jest ve mimiklerimiz bu bağlamda ele alınır. Bu üç ifade aracından jest ve mimikleri diğer canlılarla da kullanır; ama konuşmanın insana özgü olduğu söylenebilir. Konuşma, düşüncelerimizi ve meramımızı ifade etmenin en kestirme ve en kolay yoludur. Zira pek çok karmaşık istek, arzu ve niyetimiz ses şeklinde sembolize edilerek ifade edilebilir. Jest ve mimiklerin bu kadar karmaşık düşünceleri ve niyetleri ifade etme kapasitesinin düşüklüğü göz önüne alındığında, konuşma yeteneğinin iletişimde ne kadar büyük bir imkân sağladığı daha rahat anlaşılacaktır. Konuşma birçok faktörle ilişkili bir iletişim becerisidir. Her şeyden önce, konuşabilmek için sağlam ve olgun bir beyne ihtiyacımız vardır. Beynimiz hem dışardan gelen uyarıları hem bedenimizden ve beynimizin diğer yerlerinde kayıtlı olan bilgileri işleyerek konuşmanın motor çıktısını hazırlar. Bu çıktı dil; yutak, dudak, gırtlak gibi periferik motor organları çalıştırarak ses şeklindeki konuşmayı gerçekleştirir. Beynin konuşmanın motor çıktısını hazırlaması için öğrenilmiş bir lisana ihtiyacı vardır. Öğrenilmiş bir lisan olmasaydı sadece bağırıp çağırma, ötme, haykırma, kükreme, homurtu gibi sesler çıkararak meramımızı ifade edebilirdik ki bu ifade biçimlerinin ne kadar kısır olduğunu söylemeye gerek yok sanırım.

Bu noktada bazı az gelişmiş insanların ya da konuşma becerisini kullanmayı düşünemeyenlerin, konuşma dışındaki seslerle iletişim kurmaya çalışmaktan başka çarelerinin kalmadığı daha iyi anlaşılmaktadır.

Buraya kadar anlattıklarımızdan, hekimlerin iyi bir konuşma becerisine sahip olmaları gerektiğini söylemeye gerek yok. Hekimlerin konuşmanın biyolojik kısmı, yani beyin ve periferik organlar konusunda bir sıkıntısı olduğunu düşünmüyorum; hekimlerdeki en büyük sıkıntı "öğrenilmiş dil" konusunda kendini göstermektedir. Burada sebeplerine ayrıntılı olarak değinmeden sadece şu kadarını söylemek gerekir: Hekimlerin büyük kısmı içinde hastalarıyla birlikte yaşadıkları kültürün dilinin inceliklerini öğrenme konusunda yetersizlik göstermektedir. İyi bir Türkçe ile yazılmış bir romanı ya da hikâye kitabını en son ne zaman okudunuz şeklindeki bir soruya çoğu hekimin yetersiz cevap vereceğini düşünüyorum.

Konuşma dışındaki meramımızı ifade etmemizi sağlayan diğer araçlar ise; jest ve mimiklerdir. Genel olarak vücut postürümüzden tutun, göz kürelerimizin etrafındaki minicik kaslara kadar pek çok hareket meramımızı ifade etmemizde konuşmamıza yardımcı olur. Ellerimizi göğsümüzde çaprazlama kavuşturup koltuğumuzda geriye doğru kaykılarak yaptığımız konuşma ile hafif öne eğilip hastamızın gözlerine bakarak yaptığımız konuşma arasındaki etki ve anlaşılma farkında büyük değişimler söz konusu olabilir. Bağırıp çağırarak, başka tarafa bakarak, büyük el kol hareketleri yaparak, yüzümüzü buruşturup kaşlarımızı çatarak yaptığımız bir konuşmanın içeriği ne kadar doğru ve bilimsel olursa olsun, karşımızdaki hastada oluşturacağı etki tek kelime ile olumsuz olacaktır.

Gelelim ikinci başlıktaki anlama mevzusuna. Anlamanın da konuşma gibi hem biyolojik hem öğrenilmiş lisanla ilgili yönleri vardır. Biyolojik yönden kastımızın sağlam ve olgun duyu organları ile beynin anlama merkezleri olduğu ortadadır. Karşımızdakinin çıkardığı ses, jest ve mimik şeklindeki sembolleri beynimiz bir "dekoder" gibi çalışarak deşifre eder ve bir anlam üretir. Üretilen bu anlam ya hemen ya daha sonra geliştireceğimiz davranışların şekillendirilmesinde önemli bir rol oynar. Anlamanın biyolojik ön şartı aktif dinlemekten geçer. Anlatılanları aktif olarak dinlemezsek, anlatılanlardan anlam çıkarma ihtimalimiz azalır. Sadece dinlemek de bazen yetmez, dikkatle izlemek hatta bazen dokunmak, tatmak ve koklamak gibi duyularımızı da sağlıklı anlam üretmek için devreye sokmak gerekebilmektedir.

İletişimi anlaşılsın diye bu şekilde kabaca ikiye ayırdığımıza bakıp bu iki sürecin birbirinden bağımsız olarak çalıştığı izlenimine kapılmak hatalı olur. En baş-

ta şunu vurgulamamız gerekir: Sağlıklı bir konuşma için konuştuğumuzu anlamamız lazımdır. Dikkat ederseniz kendi konuşmamızı duymamız ve anlamamız, meramımızı ifade etmemizi olgunlaştıran en önemli etkendir. “Bu adam ne dediğini duymuyor” ya da “ağzından çıkanı kulağı duymuyor” derken tam da bu durum kastedilir. Hastalarımızla konuşurken dikkatimiz kafamızı kurcalayan başka bir meseleye yoğunlaşırsa doğal olarak konuşmamızı duyamayız. Kendi konuşmamızı duyamazsak, hastalarımızın bizi duymasını ve anlamasını da beklememeliyiz.

İletişimin her aşamasında devrede olan ve buraya kadar saydığımız etkenlerden belki de en önemlisi empati becerisidir. Empati becerisi kısmen eğitimle ve deneyimle ilgili olsa da, bu beceri büyük oranda yapısaldır. Empati, kendimizi karşımızdakinin yerine koyup onun zihniyle düşünebilme ve anlama becerisi olarak tanımlanabilir. Bu beceri bazı kişilerde yapısal olarak yetersizdir, bazı kişilerde -mesela antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda- ise yok denecek kadar azdır. Bu nedenle bazı antisosyal özelliği olan kişilerin zeki ve yetenekli olsalar dahi hekim olmamaları gerekir. Tüm hekimlerde optimal düzeyde bulunması gereken empati becerisinin, psikiyatristlerde ve psikoterapistlerde maksimum düzeyde olması gerektiği söylenebilir. Belki robotik cerrahi konusuyla ilgilenen hekimlerde ortalama bir empati becerisi yeterli olurken, aile içi sorunlarla bağlantılı olarak dikkati ve uykuları bozulan kişiyi değerlendiren bir psikiyatristin maksimum empati becerisine sahip olması gerektiğini söylemek meramımızın anlaşılmasını kolaylaştırabilir.

Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde; hasta-hekim ilişkisinin, sağlık hizmetlerinin sonucu üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu gösterilmiştir. Hasta-hekim ilişkisinin kendine mahsus bir takım ayırt edici özellikler taşıdığı söylenebilir. İşin ilginç yanı, her bir hasta-hekim ilişkisinin bile kendine özgü bazı karakteristik özellikler içermesidir.

Hasta-hekim ilişkisi eksenindeki “tarafların”, hastalıkların etiyolojilerini anlama biçimlerinin örtüşme düzeyi doğal olarak farklılık gösterecektir. Ancak bu fark ne kadar az olursa işlerin o kadar iyi gideceği söylenebilir. Tüm kişiler arası ilişkilerde anlamak ve anlaşılmak, güvenmek ve güvenilmek, saygı duymak ve saygı görmek temel öğelerdir. Hasta ve hekim ilişkisi de bu temel öğelere dayanmak durumundadır. Hasta-hekim ilişkisinin bu temel öğelere dayanması genelde herkes için birçok yarar sağlasa da, hastalıkların etiyolojilerini anlama özelinde ortak bir dil kurulmasını da sağlar. Hekim, “hem hastalığı tanımlama hem hastalığı tedavi etme yetki ve becerisine sahip olan kişi” şeklinde tanımlanabilir. Bu nedenle hekimin rolü söz konusu ilişkide oldukça “belirleyici” bir konumdadır. Bu belirleyicilik, iki tarafı keskin bir bıçak gibidir; zira bir tarafı ile hekime müthiş

Konuşma, düşüncelerimizi ve meramımızı ifade etmenin en kestirme ve en kolay yoludur. Zira pek çok karmaşık istek, arzu ve niyetimiz ses şeklinde sembolize edilerek ifade edilebilir. Jest ve mimiklerin bu kadar karmaşık düşünceleri ve niyetleri ifade etme kapasitesinin düşüklüğü göz önüne alındığında, konuşma yeteneğinin iletişimde ne kadar büyük bir imkân sağladığı daha rahat anlaşılacaktır. Konuşma birçok faktörle ilişkili bir iletişim becerisidir. Her şeyden önce, konuşabilmek için sağlam ve olgun bir beyne ihtiyacımız vardır.

bir rahatlık ve manevra alanı sağlarken, diğer tarafı ile ciddi bir zarar verme potansiyeli taşır. Kısacası hekim, hastayla kurduğu ilişkide bu iki uç arasında uygun bir yerde bulunur.

Hekimi merkeze alan ilişki biçiminde hastaya ayrılan zaman çok azdır. Bu ilişkide hekim, hastaların duygularını anlamak konusunda isteksiz olursa hastayla sahici bir ilişki kuramaz. Bu durum, hekimin sevimsiz olmasıyla sonuçlanır. Oysa hastayı merkeze alan ilişki biçiminde dinlemek, katlanabilmek, hastanın endişelerini yorumlamak, açıklamada ve geri bildirimde bulunmak ve geri bildirim almak önemlidir. Hasta, tedavi ihtiyacını bir tabip üzerinden gidereceği için; kaçınılmaz biçimde hekimle ilişki kuracaktır. Hasta bir yönü ile zora düşmüş biri iken, diğer yönü ile hekimin ihtiyaç duyduğu parayı veren ve hekime tedavi etme hazzını yaşatan kişidir. Dolayısı ile hasta yoksa hekim diye bir şeyden bahsetmek mümkün değildir. Yani ortada bir hekim olmadığında bile hastalar varlığını sürdürebilir, ama tersi zorunlu değildir.

Hastanın sıkıntısının hekim tarafından anlaşıldığının, ya da en azından anlaşılmaya çalışıldığının, hasta tarafından hissedilmesi yalnızca empati içeren bir ilişkide mümkün olur. Etkin ve empatik iletişimin sağlık hizmeti neticelerini olumlu etkilediği bildirilmiştir, ancak empati; sadece hekimin anlamasına ve hastanın anlaşılmasına yönelik olursa eksik kalır. Hastanın da doktorun verdiği bilgileri anlaması gereklidir. Bu durumda etkin empatik iletişimde, "anlamak" için olduğu kadar "anlaşılmak" için de çaba gösterilmelidir.

Hekimle hastanın etiyoloji konusunda ortak bir dil gelişimini engelleyen risklerden bir diğeri ise, hekimin empatik tutum yerine "sempatik", ya da daha da kötüsü "antipatik" bir tutum takınmasıdır. Sempatik tutum, duygusal atıf içeren tutum olarak tanımlanabilir. Yani hekimin hastasını ya ailesinden biri gibi, ya da duygusal ilişki içinde olduğu biri gibi görmesidir. Çeşitli nedenlerle tarafların sahip olduğu iletişim becerilerinin dengesi bozulduğunda ilişkinin niteliği de doğrudan etkilenir ve etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma ihtimali azalır. Hasta-hekim ilişkisine devlet, töre, din, teknoloji, kültür, ekonomi, etik ve hukuk gibi pek çok faktörün müdahil olma potansiyeli vardır. Bu faktörler hasta ve hekimi ne kadar ayrı saflarda konumlandırmaya zorlarsa, etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma ihtimali o kadar azalır.

Hekimle hastanın etiyoloji konusunda ortak bir dil kurması, hekimin ve hastanın psikolojik özellikleri, ilişkinin başlama biçimi ve ilişkiyi başlatan unsurlar gibi pek çok etken tarafından belirlenir. Çocuk hastalarla, bilinç bozukluğu olan ya da aklî melekeleri ortadan kalkmış ağır mental retarde (zekâ geriliği olan) kişilerle, ya da gerçeği değerlendirme yetisi ileri derecede bozuk psikotik bir hastayla ortak dil kurulması beklenemez. Böyle durumlarda bırakın hekimin hastasına etiyoloji hakkında bilgi vermesini, doğru dürüst karşılıklı bir konuşma bile gerçekleşmeyebilir.

"Öğrenci" konumundaki hasta ile "öğretmen" konumundaki hekim arasında etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma ihtimali zordur. Hekim genellikle bilgiyi verir, hasta da ne anlarsa onu kâr sayar. Böyle bir ilişkide hasta, hekimin açıklamalarını anlamadığında soru sormaktan imtina eder, zira hem hekimi kızdırmaktan hem anlamamış görünmenin getirdiği utançtan çekinir. Hasta ve hekimin "aynı safta" yer aldığı ilişki; etiyoloji konusunda ortak bir dil kurmada ideale yakındır, zira empati düzeyi en yüksek ilişki budur. Hâl böyle olunca tarafların birbirinden beklentileri net bir şekilde ortaya konur ve karşılanır. Sonuçta etiyolojiyi anlama konusunda da empatik tutum etkisini gösterecek ve ortak bir dilin kurulması mümkün hâle gelecektir.

Konuyu derinlemesine anlamak için pratik bir örnek verelim: Günde ortalama on dakika arayla hasta muayene ve tedavi edilmesi istenen bir devlet has-

tanesinin polikliniğindeki hasta-hekim ilişkisi (A tipi ilişki) ile günde en fazla altı hastanın kabul edildiği, hastalara en az elli dakikanın ayrıldığı muayenehanedeki hasta-hekim ilişkisini (B tipi ilişki) gözünüzde canlandırmaya çalışın. Tahmin edileceği gibi A tipi ilişkinin, yüzeysel, soğuk, kopuk, empatiden yoksun, zaman baskısı altında ezilen, tatminsiz, def'i belâ kabilinden ve tükenmeyle sonuçlanmasının kaçınılmaz olduğunu söylemek mümkün. Oysa B tipi ilişki, A tipi ilişkinin karşılıklı iş birliğine dayanan, empatik, saygılı, tatminkâr, tarafları geliştirici ve sürdürülebilir özellikte olduğu gün gibi aşikârdır. Çünkü A tipi ilişkide hekim ve hasta arasına pek çok "karıştırıcı" etken girmekte ve güven zedelenmektedir. B tipi ilişkide ise mümkün olduğunca "dolaysız" bir ilişki kurulmakta ve güven sürekli tazelenmektedir. A tipi ilişkide araya giren etkenler hasta ile hekimin en başta kurması gereken iletişim becerilerini baltalayarak güven ilişkisinin oluşumunu engellemektedir. Elbette tüm hasta-hekim ilişkileri A ve B kutuplarında yer almamaktadır. Ancak başta da belirttiğimiz gibi bu iki kutup arasında dağılan ve neredeyse tüm ilişkilerin toplam sayısı kadar ilişki biçiminden bahsetmek mümkündür.

Etiyoloji konusunda ortak bir dil kurmayı bozan etkenlerden biri de hekimin omnipotent (tüm güçlü) bir konuma yükseltilmesi ya da deyim yerindeyse "tanrılaştırılması"dır. Hekime, sahip olmadığı bir takım "mistik" özellikler atfedilerek hem hekimin ayakları yerden kesilmiş olur, hem de ilişkinin niteliği değiştirilmiş olur. Hastaya ayrıntılı bilgi vermemek, onunla konuşmamak ya da konuşsa bile hastasının anlayamayacağı Latince ağırlıklı bir dille konuşmak bu tür hekimlerin özellikleri arasında sayılır. Hekimin kendi içinde taşıdığı omnipotensini dizginleyememesi de bu olumsuz durumun ortaya çıkmasına yol açabilir. Hasta, dert sahibi biri olarak ister istemez "yüce" bir varlıkla ilişkiye girme ihtiyacı hisseder; hekim de şifanın kendisinden sâdır olan bir özellik olduğu zehabına kapılarak omnipotansını besler. Bu durum iki tarafın eseri olsa da, burada omnipotans tuzağını görmek ve bu tuzağı etkisiz hâle getirmek hekimin görevidir. Sonuç olarak etiyoloji konusunda ortak bir dil kurma için aradaki ilişkinin mümkün olduğunca "demistifiye" edilmesi, yani ayaklarının yere basması gerektiğini söyleyebiliriz.

Günümüzde etiyoloji konusunda ortak bir dil kurmayı mecrasından saptırma potansiyeli taşıyan en önemli unsur, teknolojik gelişmelerdir. Herkesin ekrana baktığı bu dönemde hekim de ister istemez bu akıma kapılmış ve hastanın yüzü yerine ekrana bakmayı tercih eder hâle gelmiştir. Hasta ne söylerse söylesin teknolojinin sunduğu verilerin esas alınması, "hastanın" baypas edilmesine neden olmaktadır. Bu durum, hekimin, sadece "hastalığın" kendisiyle iletişim kurduğu tuhaf bir ilişkinin doğmasına yol açmaktadır. Aynı durum hasta cephesi için de geçerlidir: İnternetin söyledikleri hekimin söylediklerinden daha inanılır hâle gelince, bu kez "hekimin" baypas edildiği ve hasta ile teknolojinin ilişkiye geçtiği garip bir durum ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, hasta ile hekimin etiyoloji konusunda ortak bir dil oluşturmasını bozan çok sayıda faktör bulunsa da ortak bir dil oluşturulmasını sağlayan en önemli etkenin hekimin empatik tutumu olduğunu söyleyebiliriz.

Kaynaklar

Crandall SJ, Marion GS, Identifying Attitudes Towards Empathy: An Essential Feature of Professionalism. Acad Med. 2009; 84:1174–1176.

N. Yasemin Oğuz. Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. T Klin Tıbbi Etik, 1995, 2-3: 59-65.

Mustafa Bilici, Sena Yenel Özbay, Hasta ve Hekimler Etiyoloji Konusunda Ortak Bir Dil Oluşturabilir Mi? SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2015. 35.sayı, sayfa 70-71.

DÜZELTME

54.sayımızda yer alan Dr. Öğr. Üyesi Murat Dinçer Çekin imzalı "İnsan ömrü ne kadar uzadı?" başlıklı makalede yer alan iki tabloda sütunlar kaydırılmıştı. Yazarından özür diliyor, tabloların doğru haline burada yer veriyoruz.

İngiltere ♂ | ♀ nüfus verileri				
Yıl	**Bebek ölüm oranı (%)**	**Doğumda ömür beklentisi ve ulaşılması beklenen yaş (yıl)**	**65 yaşında ömür beklentisi (yıl)**	**65 yaşında ulaşılması beklenen yaş (yıl)**
1841	16,4 | 13,6	40,2 | 42,2	10,9 | 11,5	75,9 | 76,5
2011	0,48 | 0,39	79,0 | 82,8	18,3 | 20,9	83,3 | 85,9
		Doğumda ömür beklentisine göre 1841 - 2011 arasında ömür farkı (yıl)	**İleri yaşta ömür beklentisine göre 1841 - 2011 arasında ömür farkı (yıl)**	
		38,8 | 40,6	7,4 | 9,4	

170 yıl içinde ömür, doğumda ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 38,8 yıl, kadınlarda 40,6 yıl; ileri yaşta ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 7,4 yıl, kadınlarda 9,4 yıl uzamış görünmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri ♂ | ♀ nüfus verileri				
Yıl	**Bebek ölüm oranı (%)**	**Doğumda ömür beklentisi ve ulaşılması beklenen yaş (yıl)**	**65 yaşında ömür beklentisi (yıl)**	**65 yaşında ulaşılması beklenen yaş (yıl)**
1900	14,6 | 12,0	46,3 | 48,3	11,5 | 12,2	76,5 | 77,2
2010	0,66 | 0,55	76,2 | 81,0	17,7 | 20,3	82,7 | 85,3
		Doğumda ömür beklentisine göre 1900 - 2010 arasında ömür farkı (yıl)	**İleri yaşta ömür beklentisine göre 1900 - 2010 arasında ömür farkı (yıl)**	
		29,9 | 32,7	6,2 | 8,1	

110 yıl içinde ömür, doğumda ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 29,9 yıl, kadınlarda 32,7 yıl; ileri yaşta ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 6,2 yıl, kadınlarda 8,1 yıl uzamış görünmektedir.

Sağlık iletişiminde rol model sağlıkçı ve hekim örnekleri

Dr. Ayten Doğan Keskin

1984 yılında İzmir'de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir'de tamamladıktan sonra Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi bölümünü bitirdi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde çocuk gelişimi doktorasını tamamladı. Otizm tanılı çocukların eğitim ve rehabilitasyonu ile ilgili bir merkezde çocuk gelişimci olarak görev yaptı. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü bünyesinde çocuk gelişimi uzmanı olarak çalışmaktadır.

Sağlık iletişimi, hastalıklar ve hastalıklardan korunma konusunda toplumu bilgilendirme, toplumda farkındalık oluşturma, kamu bilincinin gelişmesini sağlama amacıyla sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişkileri düzenleyen bir disiplindir. Sağlık iletişimi; sağlık-hastalık ve toplum, sağlık personeli ve hasta-hasta yakını, sağlık personeli ve sağlık personeli arasındaki iletişimi kapsamaktadır. Bir diğer tanıma göre sağlık iletişimi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi süreçlerinde iletişim kuram ve kavramlarının kullanılmasıyla toplumsal ve bireysel sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayan bir araçtır. Sağlık iletişimi; hekim-hasta iletişimi, grup iletişimi ve kitle iletişimi gibi çeşitli düzeylerde gerçekleşebilmektedir. Bu düzeyler sağlık iletişiminin çok geniş bir yelpazede ele alınabileceğini göstermektedir.

Sağlık çalışanı ve hasta arasında iyi bir iletişim kurulduğunda sadece mevcut problemin çözümü değil aynı zamanda ileriki dönemlerde davranış değişikliği de sağlanabilmektedir. Çünkü hekim/sağlık çalışanı ve hasta/hasta yakını arasında kurulan sağlık iletişiminin niteliği, sağlık başarısını etkileyebilmektedir.

Sağlık gibi hastalığın da sosyal ve psikolojik özellikleri bulunmaktadır. Sağlıklı bir insan, sosyal bir varlık olarak hayatını devam ettirirken iyilik halindedir. Ancak hastalık durumunda iken insanın en fazla ihtiyaç duyduğu 'şey' sosyal destektir. Desteğe ihtiyaç duyulan hastalık döneminde de ilk başvurulan yer sağlık tesisi, ilk başvuru yapılan kişi de sağlık çalışanıdır. Bu sebeple hastalık döneminde bulunan insanların hayatlarında sağlık çalışanlarının yeri oldukça özeldir. Öyle ki zor şartlar altında doğumu gerçekleştiren hekimin adının doğan bebeğe verilmesi, afet yerlerinde travmaya uğramış afetzedelere yardım eden sağlık çalışanlarının hiç unutulmaması ve aileden biri olarak anılması, ameliyat sonrası sağlığına kavuşanların ameliyatı gerçekleştiren ekibe vefa duyması, operasyon bölgelerinde askerlere müdahalede bulunan sağlık personellerinin desteğiyle askerlerin onlardan güç alması sağlık çalışanlarına verilen değeri göstermektedir. Bunun yanı sıra bir sanatçının bir konser sırasında onu sağlığına kavuşturduğu için binlerce kişi huzurunda hekimine teşekkür etmesi, sağlık çalışanının bir bebeğin elini tutup konuşarak müdahalede bulunmasıyla bebeğin kendini güvende hissetmesi, bir öğrencinin kendisini tedavi ettiği için hekimine olan takdir ve beğenisini hekimlik mesleğini seçerek göstermesi sağlık çalışanlarına güven duyulduğunun kanıtıdır. 60 yaşında bir teyzenin-bir amcanın çocuğu yerine koyduğu sağlık çalışanlarını görmesiyle onlardan destek aldığını söyleyerek değerli olduğunu hissetmesi, rutin kontrolleri için hekime giden bir çocuğun hekime doktor teyze, doktor amca diyerek onu aileden biri gibi görmesi, hekimlerin bir insanın yaşama gözlerini açtığı anda ilk temas kurduğu ve hayata gözlerini yumarken de son temas kurduğu kişi olması gibi örnekler hekimlerin hastaların hayatında çok önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir.

"Şifa veren eller" olarak tanımlanan sağlık çalışanları, hizmet sunumlarında fedakârca davranmaktadır. Sağlık çalışanları, teorik ve pratik bilgi birikimi dışında insanla çalıştıkları için çoğunlukla vicdani özellikleri, merhamet duygusu ve empati becerisi gelişmiş kişilerden oluşmaktadır. Birçok meslek grubu için mesleğinin gerektirdiği teorik ve pratik bilgi birikimine ve becerisine yeterli düzeyde sahip olması, mesleğini icra etmesi için yeterli iken sağlık çalışanları için durum farklılık göstermektedir. Sağlık hizmeti sunanlar hastayla, bebekle, çocukla, gençle, yaşlıyla ve özel gereksinimli bireylerle çalışmaktadır. Bu nedenle mesleki yeterliliklerin yanı sıra, insana özgü özellikler ve insani değerler taşıyan ve etkili iletişim becerisine sahip çalışanlar tarafından sağlık hizmeti sunulması önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlık iletişiminin farklı düzeylerinde rol model olduğu birçok iyi örnek bulunmaktadır. Bu bağlamda; 2020 yılında, yılın hekimi seçilen 162 hekimin seçilme kriterleri ve gerekçelerini içeren Sağlık Bakanlığı verilerinden ve mesleği ile ilgili yaptığı başarılı çalışmalarla medyada yer alan haberlerden oluşan iyi örnekler aşağıda sunulmuştur.

Sağlık İletişimde Rol Model Hekimlerin Özellikleri

Hekim/ Hizmet Sunan Yönü

Hekimin Kişisel Özellikleri
Dürüst, başarılı, pozitif, şefkatli, içten, etkin, uyumlu, hoşgörülü, idealist, sabırlı, sevgisini gösteren, disiplinli, önyargısız, özverili, fedakar, gayretli, aktif, güleryüzlü, çalışkan, görevlerini eksiksiz yapan, sorumluluk bilinciyle çalışan, iletişim becerileri güçlü, duyarlı, yeniliklere açık, etik davranan.

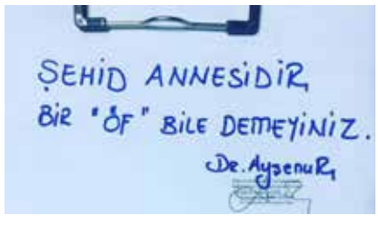
İstenmeyen durumlara rağmen hekimin görevini ifa ettiği durumlar:
- Ciddi sağlık problemlerine rağmen
- İlerlemiş yaşına rağmen
- Yaralanmasına rağmen
- Yoğun bir şekilde çalışmasına rağmen
- İlde branşında tek hekim olmasına rağmen
- Devlet hizmet yükümlülüğü bitmesine rağmen

Hekimin Mesleki Özellikleri
- Üstün mesleki tecrübe sahibi
- İşini daha iyi yapabilmek için alanındaki gelişmeleri yakından takip etmesi
- Akademik çalışmalar yapması
- Hastalara yeterli zaman ayırması
- Çocuk hastalara yaklaşımı
- Askeri operasyonlar ve afet gibi durumlarda vakalara müdahalesi
- Meslektaşlarına ilham kaynağı olması, gönüllü çalışmaları
- Mesai saati gözetmeksizin çalışması, mesai saatlerine uyumu
- Hastalık/sınıf/yaş vb. ayrımı gözetmeden çalışması
- Vatandaş odaklı sağlık hizmeti sunması
- Yaptığı çalışmalardan dolayı sevk işlemlerinin azalması
- İlinde ilk uygulamaları yapması
- Halka eğitimler vermesi
- Tarama ve izlemelerde olağanüstü performans göstermesi
- Ameliyatlardaki başarısı

Hasta/ Hizmet Alan Yönü
- Hastaları tarafından takdir edilir
- Hastaları tarafından sevilir
- Hasta memnuniyeti yüksektir
- Hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkisi iyidir
- Hiç şikayet edilmemiştir
- Cezai işlemi yoktur
- Övgüyle bahsedilir
- Halkın saygı ve sevgisini kazanmıştır
- Ailelere manevi destek verir
- Hastasını kendi çocuğu/ aile üyesi gibi görür
- Yazılı ve sözlü teşekkür edilir

Medyada Yer Alan Sağlık İletişiminde Rol Model Sağlıkçı ve Hekim Örnekleri

Dr. Ahmet Demez., ameliyata girmek istemediği için ağlayan üç yaşındaki çocuğu sedye yerine kucağına alıp, sarılıp sakinleştirerek ameliyata ikna etmiş çocuk cerrahıdır. Dr. Demez *"Ben evlat kaybetmiş bir baba olarak çocuklarla daha kuvvetli bir bağım var. Çocuklarla iletişim kurmak için türlü şeyler yapıyoruz. Ameliyathane bonelerinde çizgi film karakterlerini kullanıyoruz. Çocuklara çizgi filmler açıyoruz, oyun oynuyoruz. Onların göz seviyelerine inerek onların dilinden konuşarak bir bağ oluşturuyoruz. Bu da öyle bir durum oldu güvendi sarıldı ve ameliyatı bu şekilde yaptık. Ameliyata aldığımız çocuklar sadece onların çocukları değil bizim çocuklarımız. Onları aile gibi görüyoruz. Onlara kızım, oğlum diye sesleniyoruz. Biz de anne babayız. Küçük hastamız da yaklaşık 10 dakika kadar kucağımda kaldı ve sonrasında ameliyatı gerçekleştirdik."* ifadelerini kullanarak bir çocukla nasıl iletişim kurulması gerektiğini somut bir şekilde göstermiştir. Ayrıca hastalarını çocuğu yerine koyarak şefkat göstermenin ve empati kurmanın işini daha kolay yapmasını sağladığını da ispatlamıştır.



Dr. Ayşenur Hoş, şehit annesi olduğunu öğrendiği bir hastanın dosyasına "*Şehit annesidir, bir 'öf' bile demeyiniz."* notunu yazan hekimdir. Dr. Hoş, *"…Bu teyzem primer olarak kendi takip ettiğim hastam değildi. Genel vizit esnasında moral bozukluğunu görüp psikiyatri konsültasyonu isteyelim dediğimde teyzem 'Ben şehit annesiyim.' dedi.* İşte o saatten sonra *primer takibime girdi. Sandalyeyi yanına çekip gözlerindeki yaşlar ile onu dinlemeye başladım. 2008 yılında Hakkari Çukurca'da operasyon sırasında mayın ile paramparça olmuş bir bedenin annesi o. Başlarında erkek yok. Şehidimiz yetimmiş bir de! Güzel teyzemin maalesef ki son şehit haberleri ile kan şeker regülasyonu bozulmuş. Adresini telefonunu aldım. Şehidimizin mezarının yerini öğrendim. Kendi telefonuma güzelce kaydettim. Söylemek istemediğim diğer elimden gelen ne varsa yaptım, sessizce… Çocukluk çağlarımdan 28 yaşıma kadar şehit cenazeleriyle büyüdük biz… Bir şekilde okuduk elhamdülillah da insanlara çare olmaya çalışıyoruz… Lakin gideremediğimiz acılar olunca orda iş devreden çıkıyor ve insan olduğunu hatırlıyorsun… Bir söz vardır 'Beraber ağlamaktaki tatlılık kadar hiç bir şey kalpleri birbirine bu kadar iyi bağlayamaz.' diye… Ailemde şehit olan yok ama bu onlarla birlikte ağlamayacağım ya da onları anlamayacağım anlamına gelmiyor."* diyerek hekimlerin ne kadar da fedakar ve içten çalıştığını göstermiştir. Ayrıca içindeki vatan sevgisiyle özel durumları olan hastalara karşı nasıl davranılabileceğini de çok iyi bir şekilde göstermiştir.

Sağlık gibi hastalığın da sosyal ve psikolojik özellikleri bulunmaktadır. Sağlıklı bir insan, sosyal bir varlık olarak hayatını devam ettirirken iyilik halindedir. Ancak hastalık durumunda iken insanın en fazla ihtiyaç duyduğu şey sosyal destektir. Desteğe ihtiyaç duyulan hastalık döneminde de ilk başvurulan yer sağlık tesisi, ilk başvuru yapılan kişi de sağlık çalışanıdır.

Dr. Fatih Akkaya, kalp krizi geçiren hastasına söylediği sözlerle hastasını hayata döndüren kardiyoloji uzmanıdır. Dr. Akkaya'nın kalp krizi geçiren hastasına söylediği "*Seni çok seviyorum, hayatta kalman lazım, benimle kal, bir yere gitme…"* sözleri hastasını hayata bağlamakla kalmamış, hekimlik mesleğini icra ederken teorik ve pratik bilgi birikiminin yanı sıra iletişimin ne kadar önemli ve etkili olduğunu göstermiştir.

Dr. B*ülent Yalman*, hasta muayenesi sırasında odasına giren bir başka hasta yakınının muayene önceliği istemesinin ardından, muayene sırası geldiğinde o hasta yakını tarafından darp edilen nöroloji uzmanıdır. Dr. Yalman, "*Bir hasta yakını tarafından kendi hastasını muayene ederken maalesef saldırı, şiddet ve hakarete uğradım. Neden ne olursa olsun bu olmamalı. Biz ne ara böyle olduk, ne oldu bize, neyimizi kaybettik, neyimizi bulamıyoruz? Bana yapılan bu hareket benim şahsımda önemli değil tabii gururum incindi bu da önemli değil. Ama bir hekim senin hastanı muayene ediyor ve sen onun arkasından sinsice saldırıp çenesine bütün gücünle okkalı bir aparkat çıkarabiliyorsun. Yargı gerekeni yapacak buna inanıyorum, ama artık bu son bulsun. Doktor, hemşire ya da herhangi bir sağlık personeli dövmekle ne kazanıyorsunuz. Yapmayın bizler sizler için varız, sizlere hizmet etmekten, size şifa olmaktan çok mutlu oluyoruz. Sonrasında gelip binlerce özür dileyip hatalıydım diyerek bu mesele kapatılabilir mi? Bu kadar basit mi? Ne olur şiddetiniz artık dursun."* sözleriyle hasta ve yakınlarıyla farklı bir kanalla iletişim kurmuştur. Maruz kaldığı durumun kabul edilemez olduğunu dile getirirken yapılanı, açık ve anlaşılır bir şekilde yazarak duygularını ifade etmiştir. Bu kabul edilemez durum karşısında dahi naif bir şekilde durumu açıklaması şiddetle mücadeleye örnek bir davranıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisindeki sağlık çalışanlarına, bir hasta yakını tarafından yazılan mektup ise sadece hastayla değil hasta yakınıyla da iletişim kurmanın önemini göstermektedir. Öyle ki babasını kaybeden bir hasta yakını, sağlık çalışanlarının çabalarını görmüş ve bir teşekkür mektubu yazmıştır. *"Bilimi sevgiyle, sevgiyi insanla, insanı yaşamla, yaşamı umutla, umudu inançla bezeyen, ölümü, yaşama dönüştürmek için ça-*

balayan sihirli elleri gördüm. (Yardım çok geç geldi, geç müdahale edildi, çok zaman kaybedildi, yanlış teşhis konuldu, yanlış tedavi uygulandı, hata vardı, ihmal vardı) demiyorum. Kiminin adı Mehmet, kiminin Sevilay, kiminin İbrahim idi. Beyinlerindeki sihir bilimdi, yüreklerindeki sihir ise sevgiydi. Mekânları acil servis, meslekleri acil hekimliği ve tam yerli yerindeydi hayatın. Ben artık sihirli ellerin varlığına, o ellerin mucizeler yarattığına inanıyorum. Beyazdılar, esmerdiler, kadındılar ya da erkektiler ama gerçektiler. Babamı kaybettim ama gördüm onları. Çünkü bizi de sarıp sarmaladılar. Kiminiz anneydi, babaydınız kiminiz ve evlattınız. Bu yüzden beni yine siz anladınız. Sevgiyi bilen acıyı en iyi tanıyandınız. Yüreğinizi hissetim sımsıcaktınız. Siz elinizden geleni yaptınız."

Prof. Dr. Aziz Sancar ise İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden birincilikle mezun olduktan sonra, Mardin'de hekimlik yapmış daha sonra TÜBİTAK bursuyla doktora eğitimi için Amerika'ya gitmiş bir bilim insanıdır. Yaptığı çalışmalarla 2015 yılında Nobel Ödülü'nü kazanarak tüm Türkiye'yi gururlandırmıştır. Dr. Sancar'ın, bilimsel çalışmalarını "…'*biyokimyası güzel, verileri güzel, sunuşu güzel' dediği keşfi için 'Yunus Emre destanım'…"* şeklinde tanımlaması ve Anadolu'nun kültürel ögeleriyle açıklaması, iletişimin kültürel ögelerle de kurulabileceğine harika bir örnektir.

Dr. Dilek Gürsoy da Avrupa'da ilk yapay kalp naklini gerçekleştiren hekimdir. Aynı zamanda bu ameliyatı yapan ilk kadın kalp cerrahıdır. Hastalarına ve işine odaklanarak mesleğinde ilkleri gerçekleştirerek başarısını kanıtlamıştır. Dr. Gürsoy *"…İşime baktığım ve hastalarıma odaklı olduğum müddetçe yolumdan asla vazgeçmeyeceğim ve başarılı olacağımdan da çok eminim."* diyerek sağlık çalışanlarının özverisini ve çalışkanlığını göstermektedir.

Dr. Harun Serkan Uzel ise İsveç'te verilen "*örnek doktor*" ödülünü almıştır. Ödülü kazanması ile ilgili açıklamalar yapan komite başkanı Dr. Uzel için "*Hiçbir zaman güler yüzlülüğünü kaybetmez, en sıkıcı sorulara bile sabırla cevap verir. Hasta ve genç doktor adayları ile empati kurar. Çalışkanlığı ile gerçekten örnek bir doktor."* ifadelerini kullanmıştır. Başka bir ülkede genç doktor adaylarına bir Türk hekimin örnek gösterilmesi sadece hekim-hasta arasındaki iletişimi değil, ülkeler arasındaki iletişimi de etkileyebilmektedir.

Son günlerde ismi sıklıkla duyulan Emine Kuştepe ise bir sağlık çalışanıdır. 2020 yılında meydana gelen Elazığ depreminde göçük altında kalan bir depremzedeyle telefonda kurduğu iletişim sayesinde, iletişimin sadece aynı dili konuşmak olmadığını tüm Türkiye'ye göstermiştir.

Dr. Özgür İnce ise Avrupa'da sigara bıraktırma oranı %22-25 iken, kendisine sigarayı bırakmak için başvuran hastaların %85'ine sigarayı bıraktıran göğüs hastalıkları uzmanıdır. Dr. İnce "*Sigarayı bırakmak zor olabilir ama…"* diyerek zoru hastalarıyla birlikte yürüttüğü çalışmalarla başardığını göstermiştir.

Sonuç

Sağlık çalışanları, klasik tedavi edici hizmetlerin ötesinde bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımla sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu kapsamlı sağlık hizmetinde iletişim becerilerinin kullanımı hem sunulan sağlık hizmetinin kalitesini hem de sağlık çalışanı-hasta/yakını arasındaki iletişimin etkinliğini arttırır. İletişim becerilerini etkin olarak kullanan sağlık çalışanları tarafından sağlık hizmeti alan hastalar, daha iyi tedavi çıktısına sahip olurlar. Sağlık iletişiminde, topluma veya hedef gruba sadece anlatmak değil, toplumu veya hedef grubu anlamak için dinlemek de gerekmektedir. Bu nedenle soru sorma, açıklama, anlatma gibi farklı kanalları kullanarak toplumdan gelen geri dönütleri dinlemek sağlık çalışanlarının sağlık iletişiminde rol model olmasını sağlayacaktır.

İletişim etkileşimli ve çift yönlü bir süreçtir; girdileri ve çıktıları vardır. Sunulan iyi örneklerde de, sağlık iletişiminde rol model hekimlerin özellikleri çift yönlü olarak ele alınmıştır. Etkili iletişimin çift yönlü ele alınması, sağlık çalışanı için yeni bir rol model tanımı anlamına da gelmektedir.

Sağlık iletişimi, toplumun sağlıklı bir geleceğe sahip olması açısından önemlidir. Bu nedenle öncelikle sağlıkla ilgili alan ve programların ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeylerinde mezuniyet öncesi eğitimlerde, çekirdek eğitim programlarında *sağlık iletişimi* konusunun ders içeriklerinde yer alması, daha sonra ise sağlıkla ilgili meslekleri icra edenlere *sağlık iletişimi* ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilerek hatırlatmalar yapılması toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için elzemdir.

Sağlık iletişiminin etkili bir şekilde kullanılması sadece bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlamayacak, aynı zamanda toplumsal değişimin önünü açarak sağlık politikalarının oluşturulmasına zemin hazırlayacaktır. Sağlık iletişimi, bireye yapılan sağlık yatırımlarının etkili ve fonksiyonel olmasına katkıda bulunduğu için bu etkisi uzun vadede bireysel ve toplumsal boyutta hissedilebilecektir. Tüm bu sebeplerle insan sağlığı, iletişim kavramından ayrı düşünülmemekte ve sağlık alanında rol model sağlıkçı ve hekim örneklerinin de sağlık çalışanlarına motivasyon kaynağı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

Aydın, N. (2019). Health promotion. Black Sea Journal of Health Science, 2(1), 21-29.

Erbaydar, T. (2003). Halk sağlığı açısından sağlık iletişimi. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4), 45-51.

Güven, B., & Taşkıran, H. B. (2019). Sağlık iletişiminde doktor-hasta ilişkisi modelleri ve ilişki taraflarının değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik bir araştırma. Halkla İlişkiler ve Reklam Çalışmaları E-Dergisi, 2(1), 7-38.

https://www.ispartahaber.com.tr/isparta/ispartada-kalp-krizi-geciren-hasta-10-dakikada-hayata-dondu-46685h.html (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

https://www.haberler.com/ordu-da-bir-doktor-darp-edildi-9746761-haberi/(Erişim Tarihi: 01.05.2020)

http://ya2001.yeniasir.com.tr/11/22/index.php3?kat=ana&sayfa=ucuncu1&bolum=gunluk (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

https://www.hurriyet.com.tr/gundem/aziz-sancar-kimdir-aziz-sancarin-biyografisi-41214859 (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

https://www.trthaber.com/haber/saglik/basarilariyla-tarihe-gecen-kalp-cerrahi-dilek-gursoy-432451.html (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

https://www.haberturk.com/saglik/haber/796066-isvecin-ornek-doktoru-bir-turk-oldu (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-sigara-savascisi-doktor-bir-yilda-210-kisiye-sigarayi-biraktirdi-2-12-86305.html (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

Koçak, A., & Bulduklu, Y. (2010). Sağlık iletişimi: Yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. Selçuk İletişim, 6(3), 5-17.

Şener, E., & Samur, M. (2013). Sağlığı geliştirici bir unsur olarak sosyal medya: Facebookta sağlık. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4), 508-523.

Tabak, R.S. (2003). Sağlık iletişimi. İstanbul: Literatür Yayınları

Engelsiz iletişimde dil birliği

Dr. Salih Kenan Şahin

1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uzmanlık eğitimini Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde, işletme yüksek lisansını Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsünde tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik ve yanı sıra aktif siyasi görevler yaptı. 2005-2009 yılları arasında SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürlüğünde, Genel Sağlık Sigortasının kuruluş çalışmalarına katkı verdi. 2009-2019 arasındaki iki dönem Pendik Belediye Başkanlığı yapan Dr. Şahin halen İstanbul Medipol Üniversitesinde öğretim üyesidir.

İletişim; duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasıdır (1). Diğer bir ifade ile tarafların birbirini anlamasıdır. Sözlü ifade ve yazılı kavramsal olarak dil, insanların anlaşmasında ve bilginin oluşmasında en önemli iletişim aracıdır. İletişim, tarafların anlaşabileceği ortak bir dille sağlanabilir. Tüm taraflar aynı kavramdan aynı şeyi anladıkları ölçüde iletişim başarılı olur. Özel gereksinimli bireyler için ülkemizde son yıllarda önemli gelişmeler yaşanmıştır (2). Ancak hâlâ çok eksiğimiz var. Kamu kurumlarımızın ortaya koyduğu gelişmeyi, akademik alanda gösteremedik. Güçlü akademik yapıları, çalışma gruplarını, bilgi ve çözüm üretim merkezlerini çoğaltamadık. Bu alandaki Türkçe literatürümüz çok zengin değil. Geçmiş yıllardaki metinleri günümüze uyarlamakta oldukça fazla sorun mevcut. Bunun yanı sıra uluslararası literatürü karşılayacak Türkçe terminolojideki yetersizlik ve dil birliği eksikliği, aktüel ve bilimsel çalışmaların önünde önemli bir engeldir.

Bilgiyi geliştirmede dil birliği oldukça önemlidir. Dil birliği konusundaki sorunları iki ana başlıkta toplamak mümkündür. İlki gündelik kullanılan terimlerde sıklıkla yapılan değişim, ikincisi uluslararası terminolojiyi karşılayacak Türkçe terim yetersizliği ve karmaşasıdır. Özel gereksinimli bireyler, geçmiş yıllardaki mevzuatta ve bilimsel literatürde, çürük, malul, sakat, özürlü gibi kelimelerle tanımlanmıştır. Bu tanımların incitici, ayrımcılığa yol açıcı olmasından dolayı, değiştirilme ihtiyacı doğmuş ve yeni kavram arayışları hep var olmuştur.

Özel gereksinimli bireyleri nasıl adlandırmak gerektiğine dair tartışmalarda, kelimelerdeki olumsuz anlamın bertaraf edilebilmesi ana mesele hâline gelmiştir. "Bunun nedeni Türkiye'de özel gereksinimli birey olmanın büyük bir olumsuzlukla (kişisel trajedi, utanç kaynağı vb.) damgalanmış olmasıdır" (3). Çürük, malul gibi kavramlar geçmişte durumu tanımlarken bu kelimeler artık hemen hiçbir metinde kullanılmamaktadır.

Bu alandaki yaygın terimlerden biri de sakattır. "Toplumsal algıdaki sakatlık imgesi, uzun bir dönem tıp biliminden ilham alan bir tanımın gölgesinde kalmıştır." Sağlam, normal, eksiksiz bir beden kabulünden yola çıkan bu yaklaşım, bireyin durumunu sanki bir hastalık gibi tanımlamıştır (3).

2005 yılında çıkan "Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" bu alanda önemli bir düzenlemedir. Kanun'un çıkarıldığı tarihte çürük, malul, sakat yerine özürlü kavramının gelmesi önemli bir ilerleme olarak değerlendirilmiştir. Ancak zaman içinde özürlü kavramıyla ilişkili olumsuz değerlendirmeler gelişmiştir. Bir defoya işaret ettiği, özürlü kavramının genellikle hatalı üretimi çağrıştırdığı belirtilmiştir (3). 2013 yılında yapılan düzenleme ile Kanun'daki tüm özürlü ibareleri, engelli ibareleri ile değiştirilmiştir.

Bugün alandaki birçok sivil toplum kuruluşu (STK) ve bu kuruluşların çalışanları, engelli kavramını kullanmayı tercih etmekte ve bu vesileyle kişinin engellenmişliğinin altını çizdiğini belirtmektedirler. Fakat bu tanım da yer yer eleştirilmekte, engelin kişide değil, toplumda olduğu vurgulanmakta, bireyin engelli olarak tarif edilmesi de rahatsızlığa yol açmaktadır (3).

Gündelik yaşamdaki bu kavramsal tartışmadan daha fazlası bilimsel alanda yaşanmaktadır. Karmaşa, bilimsel gelişmeyi de olumsuz etkilemektedir. Tanımlama, adlandırma ve sınıflandırmada birlik bilimsel çalışmaların ana omurgasıdır. Kayıtların ortak bir tanımlamaya kavuşması sayesinde sağlıklı veri ve buna bağlı sağlıklı bilgi oluşabilir. Kaliteli tanımlama, bütçeleme, klinik araştırma, eğitim, finansal analiz, pazarlama, hasta bakımı, kalite ve risk yönetimi, istatistik, strateji geliştirme gibi birçok alanda uygun bir veri tabanı oluşturmak için de gereklidir (4). Hukuk ve kamu hizmetleri açısından özel gereksinimli bireyin durumunun doğru tanımlanması daha da önemlidir.

Bilginin ulusal boyutu kadar uluslararası boyutu da vazgeçilmezdir. Sağlık bilimlerinde tanımlama sadece ülkemizin değil tüm dünyanın problemidir. Sağlıkla ilgili doğru karar süreçlerinin başlangıç noktasını tanı kayıtlarının eksiksiz tutulması ve bu kayıtlar üzerinden yapılacak istatistiksel çalışmalar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) karmaşıklaşan ve zorlaşan sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanı için doğru ve eksiksiz sağlık kayıtlarının tutulması zorunluluğundan yola çıkarak uluslararası standartlar geliştirmiştir. "*International Classification of Diseases*" ifadesinin kısaltması olan ICD, Uluslararası Hastalık Sınıflaması sistemi, ülkemizde de kullanılmaktadır (5).

International Classification of Functioning (ICF), DSÖ tarafından geliştirilmiş uluslararası sınıflandırma ailesinin di-

ğer üyesidir. DSÖ, 1980 yılında kısa adı ICIDH olan *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* sınıflandırma sistemini hayata geçirmiştir. 2001 yılında bu sistemi yeniden revize ederek, kısa adı ICF *International Classification of Functioning, Disability and Health* sınıflandırmasına geçilmiştir. 2001'deki sınıflandırma "*handicap*" sözcüğünü kullanımdan kaldırarak bunun yerine "*participation restrictions"* sözcüğünü uygun bulmuştur (6).

ICF, geniş kapsamlı bilgilerin kodlanması için bir çerçeve oluşturmakta, ayrıca sağlıkla ilgili farklı disiplinler ve bilimler arası iletişim için dünya çapında ortak bir dil sağlanmasına fırsat vermektedir. ICF sınıflandırmasının genel amacı, sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için ortak, standart bir dil ve çerçeve oluşturmaktır. Ayrıca sağlık ve iyilik halinin eğitim ve iş gücü gibi bazı bileşenlerini tanımlamaktadır. Bu nedenle, ICF içinde kapsanan alanlar sağlık alanları ve sağlıkla ilgili alanlar olarak görülebilir. Bu alanlar, vücut, toplum ve birey bakış açılarından, iki liste halinde tanımlanmıştır. Birincisi "Vücut İşlevleri ve Yapıları", ikincisi "Aktiviteler ve Katılım"dır (7).

ICF sınıflamasında, özel gereksinimli birey, üç farklı sözcükle tanımlanmıştır; *impairments*, *disabilities* ve *handicaps*. Üç farklı ifadenin kullanılmasıyla, durumu sadece beden üzerinden değil, birey ve toplum üzerinden de doğru tanımlayarak, özel gereksinimli bireylerin daha aktif ve toplumsal rollerde daha etkin olması amaçlanmıştır. Doğru tanımlar ve sınıflandırmalarla, genel bir çerçeve oluşturulması ve bu çerçevenin kullanılmasının yanında özel gereksinimli bireyler alanında aktiviteler, hizmetler ve politikalar açısından değerli katkı sağlaması hedeflenmiştir (7). Bu kavramsallaştırma yaklaşımı, durumun toplumsal yönüne vurgu yapması, engeli kişinin bedeninde değil, onu çevreleyen toplumsal örgütlenmede araması itibarıyla da önemlidir (3).

Türkçede özel gereksinimli bireyleri bir tek terim ile tanımlamaya çalışmamız ile özel gereksinimli bireylerin toplumsal ve katılım durumu için ayrı terimlerin olmayışı, çevirilerde sorunlara yol açmıştır. ICIDH-1980 sınıflamasındaki *impairments*, bir veya daha çok uzvun kısmen veya tümüyle eksik veya işlevsiz olmasını nitelendirirken, *disability* kavramı yaygın toplumsal ve mekânsal pratiklerin söz konusu bedensel farkları göz ardı etmesinden kaynaklanan kısıtlamalara ve/veya olumsuzluklara atıf yapmaktadır. *Handicap* ve sonra yerine kullanılan *participation restrictions* ise katılım kısıtlamalarını tanımlamak için kullanılmaktadır (3).

DSÖ bu tanımlamaya geçtiği 1980 yılından bu yana kırk yıl geçmesine rağmen bu uluslararası temel terminolojinin tam Türkçe karşılığı konusunda dil birliğine varılamamıştır. Bu konudaki önemli kurumların yayınlarından konuyu tartışmak sorunun öneminin daha iyi kavranmasına imkân verecektir.

Birinci örnek Türk Tabipleri Birliğinin yayın organı STED-Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nden. Eylül 2000'de Dr. Zeynep Baykan tarafından yayımlanan, "Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma" isimli yayında *impairment* için özürlülük, *disability* kelimesi için sakatlık, *handicap* kelimesi için engellilik terimleri Türkçe karşılık olarak kullanılmaktadır.

Özürlülük (*impairment*); kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ya da işlevlerindeki herhangi bir eksiklik ya da anormalliktir. Sakatlık (*disability*); özürlülük sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan bir eksiklik ya da sınırlamadır. Engelilik (*handicap*); yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel etkenlere bağlı olarak, özürlülük ve sakatlık sonucu oluşan, o birey için normal olan bir işlevin yerine getirilememesi, tamamlanamaması ya da eksik kalmasıdır (8).

Bilginin ulusal boyutu kadar uluslararası boyutu da vazgeçilmezdir. Sağlık bilimlerinde tanımlama sadece ülkemizin değil tüm dünyanın problemidir. Sağlıkla ilgili doğru karar süreçlerinin başlangıç noktasını tanı kayıtlarının eksiksiz tutulması ve bu kayıtlar üzerinden yapılacak istatistiksel çalışmalar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) karmaşıklaşan ve zorlaşan sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanı için doğru ve eksiksiz sağlık kayıtlarının tutulması zorunluluğundan yola çıkarak uluslararası standartlar geliştirmiştir.

İkinci örnek ise Sağlık Bakanlığınca tercih edilen tercümede karşımıza çıkmaktadır. DSÖ, *Basic Epidemiology* kitabının 2006 baskısı, 2009 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Temel Epidemiyoloji adıyla tercüme edilmiştir. İngilizce orijinalinde (Şekil 1.) *impairments*, *disabilities* ve *handicaps* kavramları ve anlamları bir tablo ile açıklanmıştır. Aynı tablonun tercümesinde (Şekil 2.) İngilizce kelimelere karşılık olarak Baykan'ın makalesinde olan sakatlık, engellilik, özürlülük sözcükleri tercih edilmiştir. Fakat burada, *impairment* için sakatlık, *disability* için engellilik, *handicap* için özürlülük terimleri Türkçe karşılık olarak belirlenmiştir. Üç İngilizce kelime için aynı üç Türkçe kelimeyi karşılık olarak verirken, farklı karşılıklar seçmek, dil birliği sorununu net bir şekilde karşımıza çıkarmaktadır.

Karademir uzmanlık tezinde bu kavramlara farklı anlamlar yüklemiştir. Sakatlık (*impairment*); insanda bulunabilen bedensel ya da düşünsel kaynaklı her türlü eksiklikler ve bozukluklar. İş görmezlik (*disability, disablement, incapacity*); kişide bulunan sakatlığın bireyin bedensel ya da düşünsel işlevlerini yeterli ve gereğinde sürdürebilmesini engellediği durum. Engelli kişi (*handicapped*); kişiyi kendi işinde mesleğini yapamaz duruma getiren sakatlık (11).

Kızılaslan ve arkadaşları, İngilizce kavramları tanımlarken farklı karşılıklar kullanarak konuyu tartışmışlardır. *Impairment* kelimesine karşın, zedelenme sözcüğünü tercih etmişlerdir. "Zedelenme (*impairment*): Bireyin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ya da işlevlerindeki herhangi işlev veya normal dışı yani anormal bir eksikliktir" (6).

Yetersizlik (*disability*): Zedelenme (*impairment),* etkinlik sınırlılıkları (*activity limitations*) ve katılım kısıtlamaları (*participation restrictions*) terimleri için kullanılan bir şemsiye terimdir. Bu durumda yetersizlik (*disability*) kelimesi daha şemsiye bir terim olarak zedelenmeyi (*impairment*) ve engeli (*participation restrictions*) kapsar. Engel kelimesi bu durumda bir sıfatı değil bir durum karşısında güçlüğü tanımladığı için artık bir isimdir (6).

ICF 2001 versiyonu basım hakları, DSÖ genel direktörlüğü Türkçe baskının yayın haklarını Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığına vermiş ve 2004 yılında "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması: ICF" olarak basılmıştır (12). Çevirenlerin (Elif Kabakçı ve Ahmet Göğüş) çeviri notu da aynı soruna vurgu yapmakta ve değerlendirmelerini şöyle aktarmaktadırlar: "İngilizce'deki *"impairment" kelimesi, ICF sistemi içinde, sağlık koşulları ile ilintili vücut işlevleri veya yapılarında görülen problemleri belirtmek amacıyla kullanılmıştır. Bu nedenle, "impairment" "işlev veya yapı bozukluğu" olarak çevrilmiştir. Metin içinde bazı yerlerde geçen "disorder" terimi ise kavram karmaşasını önlemek için "bozukluk (disorder)" olarak belirtilmiştir. Çevirmenler, "impairment" terimini, ICF'de tanımlanan özelliklerıyle ifade edecek ve farklı kullanıcılar tarafından kabul görecek Türkçe terim önerilerine açıktır*" (12).

Yazının amacı, temel kavramlar olan *impairment, disability, handicap* veya *participation restrictions* sözcükleri için pratikle uyumlu, ortak kelimelerin eksikliğine vurgu yapmaktır. Temel ke-

Box 2.6. Schema for assesing non-fatal health outcomes

Disease	***Impairment***	***Disability***	***Handicap***
Polio	*Paralyzed legs*	*Inability to walk*	*Unemployed*
Brain injury	*Mild mental retardation*	*Diffuculty in learning*	*Social isolation*

Şekil 1**:** WHO Epidemiyoloji Kitabı İngilizce Orijinali (9).

Kutu 2.6. Ölümcül olmayan sağlık çıktılarının değerlendirilmesi

Hastalık	***Sakatlık***	***Engellilik***	***Özürlülük***
Polyo	*Felçli bacaklar*	*Yürüyememe*	*İşsiz*
Beyin yaralanması	*Hafif zihinsel engellilik*	*Öğrenme zorluğu*	*Sosyol izolasyon*

Şekil 2: WHO Epidemiyoloji Kitabı Türkçe Tercümesi (10).

limelerle ifade edilen üç temel durumu karşılayacak, kavram ve sözcüklerin tanımlanması veya dilimiz kurallarına uygun yeni kelimeler üretilmesi zorunluluğunu anlatmaktır. İletişim, bilgi ve bilimsel gelişmeler için vazgeçilmezdir.

DSÖ'de çalıştığı süreçte ICF için emekleri olan bir bilim insanımız, sağlık bilişim sistemleri ve psikiyatri profesörü T. Bedirhan Üstün, travma sonrası oluşan görme kaybı örneği üzerinden sınıflamayı şöyle tarif ediyor (Şekil 3):

1. İşlev/yapı yitimi; görme kaybı. Yapılacak faaliyet; önleme ve belirti giderme.
2. Etkinlik sınırlaması; evde iş yapmada sınırlılık. Yapılacak faaliyet; tedavi, eğitim ve rehabilitasyon.
3. Katılım kısıtlılığı; ehliyet almada kısıt koyma (engel). Yapılacak faaliyet; sosyal çalışma, eğitim ve yasama aktiviteleri.

Yeti yitimi, özel gereksinimli bireyleri tarif etmede güncel olarak kullanılan bir sözcüktür. Bu sözcük, *disability* kelimesine karşılık gelmesi için üretilmiştir. İngilizcede *disability, dis* ön eki ve *ability* ibaresinde anlamını bulmaktadır. *Ability* fiziksel veya zihinsel yetenek, kabiliyet, güç anlamına gelmektedir (14). *Dis* olumsuzluk, zıt, karşıt anlamında bir ön ektir (14). TDK güncel Türkçe sözlükte "yeti" kelimesinin yalın hali, "insanda bulunan, bir şey yapabilme yeteneği, kuvve, meleke" olarak tanımlanmaktadır (1). Bazı makalelerde "yetiyitimi" birleşik bir tek kelime olarak yazılsa da TDK güncel Türkçe sözlükte "yetiyitimi" birlikte bir tek kelime olarak tarif edilmemektedir. Kızılaslan ve arkadaşlarına göre de Batı literatüründe *disability* kelimesi yeti yitimi olan bireyler için sık kullanılan terimdir (6).

Önerilerde bulunmamız haddi aşma olarak değerledirilebilirse de konuya katkı olabilir düşüncesiyle fikirlerimi paylaşmak isterim. Yeti yitiminde olduğu gibi, ihtiyaç duyulan kavramlar için tek kelime yerine kelime gruplarının oluşturulması mümkündür. Üstün'ün yaklaşımındaki gibi, DSÖ tanımındaki *impairment* kavramının kapsamı yitim ile uyumlu olması nedeniyle, *impairment* karşılığı olarak yeti yitimi kavramının kullanımı değerlendirilebilir. Kızılaslan ve arkadaşlarının ifade ettikleri gibi *disability* şemsiye bir kavramdır ve Üstün'ün şematize ettiği gibi "yeti sınırlılığı" önerilebilir. Burada "yeti" üzerinden giderek "*handicap*" veya "*participation restrictions*" durumuna karşılık olarak "yeti kısıtlılığı" kavramı düşünülebilir. Uygulamada "yeti kısıtlılığı" ile "yeti sınırlılığı" ibarelerinin karıştırılması mümkün gözükse de "yeti sınırlılığı" tanımındaki şemsiye rolünden dolayı, mevcut durumla karşılaştırılınca teknik detaylar dışında büyük bir sorun olmayacaktır.

Özel gereksinimli bireyler konusunda daha hızlı mesafe alınması için bilimsel gelişmeye, bilimsel gelişme için dil birliğine ihtiyaç vardır. Dil birliğinin sağlanması, iletişim sorunlarını en aza indirecek, daha çok ve etkili bilgiyi üretme imkânını sağlayacaktır. Konuyu detaylı tartışarak gündeme getirmenin ana gayesi, dil karmaşasının çözülmesine yönelik tetikleyici olabilmektir. İvedilikle bakanlıkların, üniversitelerin, STK ve TDK uzmanlarının bir masa etrafında sorunu çözmek üzere bir araya gelmesi yegâne yol olarak gözükmektedir.

IMPAIRMENT	DISABILITY	HANDICAP / PARTICPATION RESTRICTION
Loss of organ function / structure	Loss of performance / ability	Loss of normal societal activities
BEDEN	BİREY	TOPLUM
İŞLEV/YAPI	ETKİNLİK	KATILIM
YİTİM	SINIRLILIK	KISITLILIK

Şekil 3: DSÖ Sınıflaması Temel Yaklaşımı, Üstün'den Değiştirilerek (13).

Kaynaklar

1) TDK. Türkçe Sözlük https://sozluk.gov.tr (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

2) Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni https://ailevecalisma.gov.tr/media/42250/istatistik-bulteni-2020-mart.pdf (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

3) Yardımcı, S., Sakatlığın Tarihsel İnşası. Engellilik ve Ayrımcılık Eğitimciler İçin Temel Metinler ve Örnek Dersler, http://secbir.org/images/2015/pdf/metin1.pdf (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

4) Aypak, C., ICD-10 ya da ICPC-2-R Kodlama Sistemlerinin Kullanılmasının Birinci Basamakta Hizmet Planlaması Üzerine Etkisi. In: 16 Ulusal Aile Hekimliği Kongresi s:133-40. http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2018/10/TAHUD-c22-i3-ICD-10-ya-da-ICPC-2-R-kodlama.pdf (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

5) Demir M., Kodlama Kültürsüzlüğü Örnek 1: ICD-10. SD Dergisi, 2007, 2. http://www.sdplatform.com/Dergi/25/Kodlama-Kultursuzlugu-Ornek-1-ICD-10.aspx (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

6) Kızılaslan A. Yeti Yıtımı Modellerinin Tarihsel Süreci. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2016;6:183–97. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/292606 (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

7) Ertürk BB. İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması. 2003; http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yeti_yitimi_islevsellik.htm (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

8) Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2000; https://www.ttb.org.tr/STED/sted0900/4.html (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

9) Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic Epidemiology, World Health Organization, 2006, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9241547073_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

10) Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Temel Epidemiyoloji, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Kurumu, 2009, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/epidemiyoloji.pdf (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

11, Karademir Ş. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma-Uzmanlık Tezi, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2008, http://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11607/1327/3/Şeniz Karademir-tez.pdf (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

12) DSÖ. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması: ICF, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı; 2001, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_tur.pdf?sequence=8&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

13) Üstün B., Sağlık İşlevsellik ve Yetiyitimi, Koç Üniversitesi, 2017. https://www.slideshare.net/ustunb/icf-saglik-yetiyitimi-ve-islevselligin-siniflandirilmasi (Erişim Tarihi: 11.04.2020).

14) Cambridge Dictionary, 2020, https://dictionary.cambridge.org/tr/sözlük/ingilizce-türkçe/ability (Erişim Tarihi: 11.04.2020)

Sağlıkta şiddetin önlenmesinde iletişim eğitimi

Dr. Mahmut Tokaç

1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

İnsanlık tarihi kadar eski olan şiddet karmaşık bir olgudur. Toplum tarafından daha çok sert/kaba fiziksel davranışlar şiddet olarak anlaşılmaktadır. Bu da şiddetin görülebilir olduğu zaman varlığının kabulünden kaynaklanmaktadır. Halbuki şiddet sadece fiziksel şiddet ile sınırlı olmayıp sözel ya da psikolojik şiddet de söz konusudur ve fiziksel şiddete göre daha yaygın görülmektedir. Son zamanlarda bu şiddet türlerine ekonomik şiddet ve siber şiddet gibi kavramlar da ilave edilmiştir.

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından; "fiziksel kuvvet ya da gücün tehdit yoluyla veya doğrudan kişinin kendisine, başka birisine, bir gruba ya da topluluğa karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişme veya mahrumiyet ile sonuçlanacak ya da yüksek ihtimalle sonuçlanabilecek bir biçimde kasıtlı olarak kullanılması" olarak tanımlanmaktadır.

Bu tariften de anlaşıldığı üzere uygulanan kişiler açısından üç tip şiddet söz konusudur: Kişinin kendisine karşı uyguladığı şiddet, bir başka kişiye karşı uygulanan şiddet ve bir topluluğa karşı uygulanan şiddet. Şiddet eylemlerinin çeşitliliği bakımından kategorize edildiğinde ise fiziksel, cinsel, psikolojik ve mahrum bırakma şeklinde dört türlü şiddetten bahsedebiliriz. Bu dört türlü şiddet grubunun içerikleri yukarıda belirtiğimiz üç şiddet tipinde genellikle yer alabilmektedir.

Şiddet insanların olduğu birçok alanda görülebilir ve genellikle uygulandığı alanın adıyla adlandırılır; ailede şiddet, işyerinde şiddet, okulda şiddet, sokakta şiddet, trafikte şiddet, futbolda şiddet, siyasette şiddet, sağlıkta şiddet gibi. Bir de uygulayıcıların alanlarına göre adlandırılan şiddet türleri vardır: Terör şiddeti, mafya şiddeti, güvenlik güçlerinin şiddeti, medya şiddeti gibi.

Literatür taraması yaptığımızda farklı alanlarda görülen şiddet türleri hakkında yapılmış birçok araştırma vardır. Bunlar arasında kadına ve sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddetlere ilişkin olanlar daha yoğunluktadır.

Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet

Tüm bu araştırmalar içinde ABD İşgücü İstatistikleri Bürosu'nun (Bureau of Labor Statistics - BLS) geçmiş yıllarda yayınladığı bir raporunda ve ABD Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi'ne (CDC) bağlı Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (The National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH) raporlarında yer alan ve "*ölümle sonuçlanan (fatal) şiddet olayları parayla yoğun meşgul olan diğer işkollarında daha yüksek oranda görülmekle birlikte ölüme sebep olmayan (nonfatal) şiddete maruz kalma oranının sağlık çalışanlarında diğer işkollarında çalışanlara göre 16 kat daha fazla görüldüğü*" belirtilen veriler dikkatlerimizi çekmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının yaklaşık %80'inin bir şekilde şiddete maruz kaldıkları, maruz kalınan şiddet türünün %85 civarında sözel, %12 civarında hem sözel hem fiziksel, %2 civarında ise sadece fiziksel şiddet şeklinde olduğu belirlenmiştir. Yani sağlıkta yaşanan şiddet olgularının yaklaşık %15'i fiziksel şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır. Yine bu çalışmalarda şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre dağılımında ilk sırayı hemşireler ile pratisyen hekimlerin aldığı (%60-70), çalıştıkları birimlere göre dağılımında ise ilk sırayı acil servis çalışanları ile psikiyatri klinikleri çalışanlarının (%50-60) almış olduğu görülmektedir. Burada bir ayrıntı da şiddete uğrayanların arasında 20-25 yaş grubunun daha çok şiddete uğradığı şeklindedir. Bu da tecrübe arttıkça şiddete uğrama oranının azaldığını göstermektedir.

Sağlıkta Şiddetin Sebepleri

2013 yılında TBMM'de sağlıkta şiddet konusunda kapsamlı bir araştırma komisyonu raporu oluşturulmuştur.

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebeplerinin irdelendiği ve çözüm önerilerinin sunulduğu bu raporda sağlıkta yaşanan şiddet olgularının sebepleri dört ana başlık altında ele alınmıştır:

1. Tarafların (hizmeti sunan ve hizmeti alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim,
2. Örgütsel/kurumsal faktörler,
3. Çevresel faktörler,
4. Toplumsal faktörler.

Görüldüğü üzere şiddetin en önemli sebepleri arasında iletişim konusu ilk sırada yer almaktadır.

Bu raporda sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan tarafların özellikleri, etkileşimleri ve iletişim konusunda şu hususlara yer verilmiştir:

"*Sağlık çalışanları, yaptıkları işin doğası gereği zorlu iletişim alanlarında bulunmakta, acılı haber verme, kendi profesyonel alanlarıyla ilgili bilgiyi halk diline çevirerek zamanında ve doğru olarak aktarabilme gibi sorunlarla gün içerisinde defalarca karşı karşıya gelmektedir. Çalışanlar uzun ve yorucu çalışma süreleri, sağlık alanında çok yoğun olan psikososyal risk etmenleri ve iletişim teknikleri konusundaki eğitim eksiklikleri nedeni ile iletişim kurmada zorluk yaşayabilmektedir. Sağlık çalışanlarının eğitimleri sırasında çoğunlukla iletişim becerileri, çatışma yönetimi ve öfke yönetimine yönelik eğitim almamış olmamaları ya da beceri kazandırılmamış olması; çalışma hayatlarında iletişim problemlerine neden olmakta, bu durum da şiddet nedenlerinden olabilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yeterli ve zamanında bilgilendirilmemesi, zaten kaygı içerisinde olan hasta ve yakınlarında stresi daha da artırmakta ve şiddete neden olmaktadır. Acılı haber verme durumuyla sık sık karşılaşan sağlık personelinin bunu anlatırken kullanacağı dilin ve tarzın önemi yadsınamaz.*"

Aslında bir yazarımızın dediği gibi "*Şiddet, iletişimin koptuğu anda ortaya çıkabilmektedir. Aslında tersinden bakacak olursak, şiddet bir iletişim aracıdır da diyebiliriz.*" Başka bir ifade ile şiddet iletişim becerisinin olmaması yani kendini ifade edememenin bir sonucudur.

İletişim Nedir?

İnsanlık tarihi kadar eski bir kavram olan "iletişim" esasında kültürel bir olgudur ve bireylerin birbirleri ile kültürleri aracılığıyla kurdukları, duygu, düşünce, his ve bilgilerin karşılıklı paylaşılması şeklindeki çift yönlü bir süreçtir. Bu yüzden sağlıkta şiddetin sebebi olan iletişim sorunu hem hastalar ve hasta yakınları açısından, hem de sağlık çalışanları açısından söz konusudur.

İletişim dediğimizde genellikle "sözlü iletişim" anlaşılır ve bu da iletişimin en temel kısmıdır. Ancak sözlü iletişimi destekleyen ve bazen karşı tarafa iletilmek istenen mesajları kuvvetlendiren bir de "sözsüz iletişim" vardır ki jest ve mimiklere, duygu ve düşünceler yüklenerek yapılır. Eğer jest ve mimikler doğru seçilmezse karşı tarafın algısı yanlış yöne çekilir ve bu da iletişim sorunlarına sebep olabilir.

Toplum tarafından daha çok sert/kaba fiziksel davranışlar şiddet olarak anlaşılmaktadır. Bu da şiddetin görülebilir olduğu zaman varlığının kabulünden kaynaklanmaktadır. Halbuki şiddet sadece fiziksel şiddet ile sınırlı olmayıp sözel ya da psikolojik şiddet de söz konusudur ve fiziksel şiddete göre daha yaygın görülmektedir.

Sağlık çalışanları kültürel yönden çok farklı hastalar ve yakınları ile sürekli iletişim içindedirler. Bu iletişim sağlıklı bir şekilde kurulamadığında hastalar ya da hasta yakınları kendilerinin anlaşılmadığını düşünmekte veya hastayla ilgilenilmediği zannına kapılmakta ve böylece kendince bir iletişim yolu olarak şiddete başvurabilmektedirler.

Sağlıkta şiddeti araştıran bir ankete katılanların “Sizce şiddet önlenebilir mi?” sorusuna %80 oranında önlenebilir cevabını verdikleri ve “Evet” cevabı verenlere sorulan “Nasıl önlenebilir?” sorusuna ise “İyi bir iletişimle önlenebilir.” dedikleri belirtilmiştir.

Bu araştırmanın ortaya çıkardığı sonuç; aslında şiddete sebep olan faktörlerden hasta ve yakınlarına bağlı olup kesinlikle önlenme imkanı bulunmayan (psikiyatrik hastalar, alkol ve madde bağımlıları, sürü psikolojisiyle hareket eden gruplar gibi) kişiler tarafından uygulanan %20 ’lik kısmın dışında oluşabilecek şiddet olaylarının iyi bir iletişimle engellenebileceğidir. Tıp Fakültesi öğrencilerine özellikle kliniğe başladıkları dönemde iyi bir iletişim eğitimi verilmesi bu yüzden çok önemlidir.

Bu itibarla İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı olarak öğrencilerimize sağlıklı bir iletişimin nasıl kurulabileceğini öğretmek üzere bir program dahilinde hekim-hasta iletişimine yönelik müfredat uygulamaya başladık. Bu müfredat bir örnek olması açısından aşağıda verilmektedir:

Medipol Tıp Hekim-Hasta İletişim Müfredatı

Öncelikli olarak 1. Sınıfta görülen “Tıp Etiği” derslerinde hekim-hasta iletişimi konularına yer verdik. Ayrıca ders kapsamında Patch Adams filmini izlettirip bu filmdeki iyi/kötü iletişim sahneleri üzerine yorumlarını aldık. Filmi izleyen öğrencilerimizde kötü örnekler konusunda farkındalık oluşturmaya gayret ettik.

4. Sınıfta Dahiliye stajı içinde “Klinik Etik” dersimizde pratik etik vaka örnekleri çözerek beraberinde öğrencilerimize hekim-hasta iletişimi ile ilgili ipuçları vermeye çalıştık.

En son olarak da 6. Sınıfta Halk Sağlığı stajı kapsamında “Sağlık Mevzuatı ve Etik” dersimiz ile bir yandan mezuniyet sonrası yaşayabilecekleri hukuki sorunlarla baş edebilmeleri için öğrencilerimizi bilgilendirirken, diğer yandan etik davranış ve hekim-hasta iletişimi konularında örneklerle davranış tarzı geliştirmelerini sağlamaya çalıştık.

Bu derslerimizde hekim-hasta iletişimin başladığı an olan hastayla ilk karşılaşma anından itibaren doğru iletişimin algoritmasını aşağıdaki şekilde verdik:

1- Önce hastanızı güler yüzle karşılayın: Yorgun ya da önceki bir hasta ile tartıştığınız için sinirli olabilirsiniz. Ancak bunların hiç birisi o hastanın kabahati değildir. O yüzden her yeni gelen hastayı önceki etkilerden arınmış olarak karşılamanız iletişimde aksaklıklar yaşanmasını ve dolayısıyla sizin daha gergin hale gelmenizi engelleyecektir.

2- Gözüne bakarak “hoş geldiniz” deyin: Hasta ile göz teması kurmak iletişimde en önemli basamaktır. Teknolojiye bağımlı hekimlik ortamında bilgisayar ekranına bakarak hastayla konuşmak -daha doğrusu konuşmamak- aslında en başından iletişimin eksik başlaması anlamına gelmektedir. Teknolojiyi daha etkili iletişim için kullanmak mümkündür. Hastanın adı ekranınızda görüneceği için “Falanca Bey” ya da “Filanca Hanım” şeklinde adıyla hitap etmeniz size iletişimde avantaj sağlayacaktır. Hele tekrarlayan gelişlerde bilgisayar kayıtlarından kolayca ulaşabileceğiniz daha önceki bulgular ve kullandığı ilaçlar hakkında sorular sormanız, hastanızın kendisinin önemsendiği hissine kapılmasına ve iletişiminizin daha olumlu seyrine vesile olacaktır.

3- “Sen” şeklinde değil “siz” şeklinde hitap edin: Özellikle ilk karşılaştığınız insana “sen” şeklinde hitap etmek hastanın kırılmasına sebep olabilir. Hasta ile belli düzeyde tanışıklık sağlandıktan ve kendisinin nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığı konusunda bilgi sahibi olduktan sonra hastanın durumuna uygun hitap tarzı tercih edilebilir.

4- Eğer sakıncası yoksa elini sıkın: Bazı hastalar hastalıkları dolayısıyla, bazıları da inanışları yüzünden elinin sıkılmasından hoşlanmayabilirler. Eğer bu tür sıkıntıların olmayacağına kanaat getiriyorsanız hastanın elini sıkın, değilse sıkmaktan vazgeçin aksi takdirde bu da bir gerginlik sebebi olabilir.

5- Rahat bir pozisyonda oturmasını sağlayın ve kendisini önemsediğinizi hissettirin: Bir hastanın ayakta bekletilmesi ona karşı bir saygısızlık olarak algılanacaktır. Hastanın oturmasını söylemek hastaya saygı duyulduğunun ve önemsendiğinin bir işaretidir. Unutulmamalıdır ki başarılı bir iletişim daima saygı ve sevgiyi aynı anda içerir.

6- Anamnezini ayrıntılı olarak alın: Ayrıntılı bir anamnez hastalığın teşhisinde önemli bir araçtır. Bazen gözden kolayca kaçabilecek bulgular iyi bir anamnez ile ortaya çıkartılabilir. Anamnez alınmadan yapılan tetkikler hekimin dikkatini esas olaydan başka yönlere çekip gerçek hastalığı atlamasına ve bu yüzden hastanın zarar görmesine sebep olabilir. Bu satırların yazarının bir yakını gebelik esnasında “HT ve Ödem” bulgularıyla bir üniversite hastanesinin acil servisinde yapılan tetkikte “Proteinüri” olmadığı gerekçesiyle evine gönderilip aynı gece “Eklampsi” komasına girerek hem bebeğini kaybetmiş hem de kendisi ölümden dönmüştür.

7- Derdini/sıkıntısını anlatmasına ve soru sormasına müsaade edin: Hasta ile iletişimin en kritik noktası belki de burasıdır. Derdini anlatamadığını düşünen hasta iletişimsizlik girdabına girmiş demektir. Hastanın karakterine göre ya içine kapanacak ya da şiddet olarak bunu dışarı vuracaktır. Soru sormak ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak her hastanın en tabii hakkıdır.

8- Mutlaka muayene edin: Muayene etmeden tetkike göndermeyin: Hekim-

liğin en temel argümanı muayenedir. Muayene edilmeden yapılan hekimlik daima eksik kalacaktır. Burada hemen şu karşı tez ileri sunulmaktadır. Yeterli vakit yok, nasıl anamnez alıp ayrıntılı muayene yapacağız. Sağlık sisteminin aksaklıklarının sorumlusu hekim değildir ama hastasına yeterli zaman ayırma konusunda kararlı olduğu taktirde kimsenin hekimin hastasını muayene etmesine engel olma şansı yoktur. Her hekim ancak hakkıyla muayene edebileceği kadar hastaya bakmalıdır.

9- Gerekiyorsa mutlaka tetkiklerini yaptırın, gerekmeyen tetkik yaptırmayın: Tetkiklerin bir kısmının hastaya zarar verme potansiyeli -radyasyon ya da girişimsel işlem riski- olduğunu bilerek hastaya zarar verecek hiçbir tetkiki gerçekten gerekli olmadıkça yaptırmayın. Hastalar tetkik yaptırmaya çok istekli olabilirler. Gerektiği kadar tetkiki yaptırdığınızı, diğerlerinin zarar verebileceği için yaptırmadığınızı hastaya izah edin. Bazen de hekimler malpraktis davalarına muhatap olmamak için çok sayıda tetkik isteme eğiliminde olabilirler. Hukuk karşısında sorumlu olmamaya çalışmak ama bunu paranoya düzeyine getirmemek gerektiğini unutmayın.

10- En az sayıda ilaçla tedavi etmeye gayret edin: Fazla ilaç yazmamanızın kendisinin menfaatine olduğunu belirtin: Hastalar genellikle kendilerine ilaç yazılmasından hoşlanırlar ve hatta ilaç yazılmaması bazen şiddet gerekçesi bile olabilmektedir. Ancak hastanın güveni sağlanır ve fazla ilacın kendisine vereceği zararlar konusunda kendisini düşündüğünüzü hissettirirseniz hasta size bu konuda ısrarcı olmayacaktır. Ancak yine de bazı hastalar ilaç yazılması konusunda ısrarcı olacaktır. Bu durumda zarar vermeyeceğinden emin olduğunuz ilaçları yazarak hastanın psikolojik olarak rahatlamasını sağlayabilirsiniz.

11- Sürekli kullandığı ilaçlarını çok gerekmedikçe değiştirmeyin: Bazen bir ilacın değiştirilmesinin hastada farklı etkilerin ortaya çıkasına yol açarak hastalığının kötüleşmesine yol açabileceğini unutmayın. Alıştığı ilacın plasebo bile olsa etkili olduğunu ifade ediyorsa değiştirmekte ısrar etmeyin. Hele de yeni piyasaya çıkmış ve yan etki profili henüz tam bilinmeyen ilaçlara başlamakta hiç acele etmeyin. Çünkü ilaçların yan etki profili piyasaya çıktıktan 4-5 yıl sonra ancak Faz 4 çalışmalarının yaygınlık kazanmasından sonra tam anlamıyla ortaya çıkmaktadır. Piyasaya büyük tantanalarla çıkan pek çok ilacın 4-5 yıl sonra ciddi yan etkileri dolayısıyla piyasadan çekilmek zorunda kaldıklarını unutmayın.

12- İlaçları nasıl kullanması gerektiğini izah edin: İlaç yazmışsanız mutlaka ilaçların kullanılışı ile ilgili bilgilendirmeyi yapın. Nasıl olsa eczanede tarif ederler diye düşünmeyin. Eczanede ne kadar bilgi sahibi olduğunu bilmediğiniz bir kalfa/teknikere güvenip hastanın güvenli ilaç kullanımını temin edemediğinizde olası bir zarardan hekim olarak sizin sorumlu tutulacağınızın bilincinde olun.

13- Yaşam tarzı önerilerinde bulunun: Hastalığın tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ilaçlar kadar, belki daha fazla önemlidir. Bazen yapılmayan bir yaşam tarzı değişikliği tavsiyesi yüzünden ilaçlar etkisiz kalabilmekte hatta ilaçların ters etki etmesine sebep olabilmektedir. Bu yüzden hastanın selameti açısından mutad alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olun. Gerekli yaşam tarzı değişikliğinin önemini anlamasına gayret edin. Hastanın ancak kendi kararıyla yaşam tarzını değiştirebileceğini asla unutmayın

14- Mutlaka kontrole çağırın: Hastanın tedavisinin düzgün gidip gitmediği, verilen tedavinin hastada olumsuz tesirler yapıp yapmadığının takibi çok önemlidir. O yüzden hastanın belli bir zaman sonra mutlaka kontrole çağrılması gerekmektedir. Bu süre hastalıklara göre değişebilse de özellikle akut hastalıklarda fazla uzun tutulmamalıdır. Hele komplikasyon ihtimali olan durumlarda hastayı uyarın ve olumsuz bir durumla karşılaşırsa belirtilen süreyi beklemeden derhal kontrole gelmesini ya da size ulaşamadığında bir acil servise başvurmasını tembihleyin.

15- Güle güle diyerek, güler yüzle yolcu edin: Hastayı muayene edip tedavisini tanzim ettikten sonra "güle güle" diyerek güler yüzlü bir şekilde yolcu etmek hastada güven duygusunu oluşturur. Unutulmamalıdır ki hekimine güvenen hastada ilaçların etkisi, güven duygusunun da verdiği pozitif enerji ile birleştiğinde artacak ve iyileşme yolunda hızla mesafe kat edecektir. Hastayı güler yüzle uğurlamanızın verdiği huzur size bir sonraki hastayı güler yüzle karşılayarak doğru bir iletişime ilk adımı atmanızı kolaylaştırırsınız ve böylece zinciri kırmadan tüm hastalarınızla doğru iletişim kurmayı temin etmiş olursunuz.

Tabii ki bu algoritmanın sonunda en önemli husus olarak da hasta ve yakınları ile mutlaka empati kurulmasını tavsiye ediyor ve "Gelen hastanın siz ya da çok sevdiğiniz bir yakınınız olduğunu düşünün, hasta olan size ya da yakınınıza nasıl davranılmasını arzu ediyorsanız siz de o şekilde hastaya davranın; size hangi tetkikler yapılmasını, hangi tedavinin uygulanmasını isterseniz hastanıza da aynı tetkik/tedavileri yapın, size yapılmasını istemediğiniz hiçbir şeyi hastalarınıza da yapmayın" diyoruz.

Kaynaklar

Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoglu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(3), 147–154. https://search.proquest.com/docview/1010055960/485FFE85FD4748CCPQ/6?accountid=16382 (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

Bal, N. (2014). Sosyolojide Şiddet Kavramı. Yurt ve Dünya Dergisi, 6, 6–22. https://yurtvedunyadergisi.files.wordpress.com/2014/02/6-3.pdf (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

Eker, H. H., Özder, A., Tokaç, M., Topçu, İ., & Tabu, A. (2012). Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. In Archives of Psychiatry and Psychotherapy (4), 19-29.

Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. Nursing Management, 28(12), 38-41. https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.1097/00006247-199712000-00012 (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

Duğan, Ö., & Arslan, A. (2015). Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı - Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme. Sağlık İletişim Sempozyumu, 78–91.

Polat, O. (2017). Şiddet (Violence). Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22(1), 15–34. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/274326 (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

TBMM (2013) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Sıra sayısı: 454. https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/bitstream/handle/11543/110/ss454.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

Tokaç, M. (2018). Sağlıkta şiddetin tarihçesi. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 46, 100-103. http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/551/Saglikta-siddetin-tarihcesi.aspx (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

WHO, Definition and typology of violence, Violence Prevention Alliance, https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/ (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

Yıldız, A. N., & Kaya, M. (2009). İşyerinde Şiddet. Toplum Hekimliği Bülteni , 28(3), 1–6. http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2009/sayi_3/baslik1.pdf (Erişim Tarihi: 20.04.2020)

Kötü haberi nasıl verelim?*

Prof. Dr. Ahmet Ertan Tezcan

1957 yılında Ankara'da doğdu. İlköğretimini İstanbul Pertevniyal İlkokulunda, ortaöğrenimini Saint Benoit Fransız Lisesinde tamamladı. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlığını Ondokuz Mayıs Üniversitesinde tamamladı. Ondokuz Mayıs, Fırat ve Maltepe üniversiteleri ile SSK İzmit ve Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma hastanelerinde çalıştı. Bir dönem Paris V Üniversitesi Saint Anne Psikiyatri Hastanesinde görev yaptı. Türkiye Psikiyatri Derneği Elazığ Şubesini, Fırat Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğini ve Maltepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniğini kurdu. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefliğinden emekli olduktan sonra Beykent ve Gelişim üniversitelerinde psikoloji dersleri verdi. Halen Aydın Üniversitesi Psikoloji Bölümünde yüksek lisans dersleri vermektedir.

Sonuçları kişinin beklediğinden daha olumsuz olan, mevcut yaşamına ve geleceğine bakışını önemli derecede olumsuz yönde etkileyecek haber; kötü haberdir. Ptacek ve Eberhardt kötü haberi, "ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj" olarak tanımlamışlardır. Kötü haberi vermek; dikkatlice ele alınması gereken, tedbir ve beceri gerektiren çok zor bir durum ve başta hekim olmak üzere sağlık çalışanlarının çok zor bir görevidir.

Kötü haberin etkisi, ortaya çıkan tıbbi sorunun büyüklüğüne bağlı olarak bireyin durumunu, yaşama bakışını, çevre ile ilişkilerini, isteklerini, beklentilerini, planlarını, hayallerini ne derecede etkileyeceği ile yakından ilintilidir. Her türlü koşulumuzu etkileyen ve dengelerimizi alt üst eden kanser ya da yaşam tehdidi taşıyan bir diğer ciddi hastalık gerçeği ile yüz yüze gelmek, kaçma imkânı olmayan bir yaşam krizidir. Doğru, duyarlı bir biçimde ve deneyimli bir kişi tarafından verilse bile, haberi alan hasta ve yakınını ve haberi veren sağlık çalışanını çok olumsuz etkilemekte ve etkisi uzun süre devam etmektedir.

Uygun olmayan bir biçimde ve duyarsız bir şekilde verilen kötü haber, hastaların tedavi ekibi ile ilişkilerini kesmelerine ya da tedavilerini bırakmalarına, hastane değiştirmelerine ve hatta intihar etmelerine bile neden olabilmektedir. Araştırmalar, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının bu konuda okulda ve mezuniyet sonrasında yeterince eğitim almadıklarını ve bu görevi yerine getirmede zorlandıklarını, hatta bazen bu görevi yerine getirmekten kaçındıklarını göstermektedir.

Bilgilendirme Hakkı

Kötü haberi verme (bilgilendirme) hastanın hakkı olduğu kadar; ruhsal bir ihtiyaçtır. Bilgilendirme hakkı, Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'da düzenlenen toplantıda Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7.maddesinde tanımlanmaktadır. Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği de, hastanın bilgilendirme hakkını yasaya bağlamıştır. Ayrıca 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin üçüncü bölüm, 15.maddesinde, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı net olarak tanımlanmıştır.

Kötü Haberi Veren Kişide Duygulanım

Eğer kötü haber; ciddi, ölümcül ya da organ kaybına neden olabilecek bir hastalık ise bu haberi vermek her durumda haberi veren kişide de olumsuz duygular yaratan bir durumdur ve hiçbir sağlık personeli de kötü haber vermekten hoşlanmaz. Bu hoşnutsuzluk, haberi verecek kişi kadar haberi alan kişinin tepkilerini de aynı anda içeren bir süreci de beraberinde getirir. Kötü haber mümkün mertebe hasta ve aile tarafından tedavi ekibinin tanınan ve güvenilen, terapötik bağı önceden kurmuş olan kişi tarafından, tercihen takip ve tedavi eden hekim tarafından verilmelidir. Hekimin kendi duygusal tepkilerini kontrol edememesi, suçlanma ve nasıl söylemek gerektiğini bilememe korkuları, hastanın duygusal tepkisinin denetimden kurtulup ortaya çıkıvermesi durumunda bu sorunla nasıl başa çıkılacağını bilememesi, hastanın belirsizliğini paylaşmaktaki güçlük ile hastalık ve ölümden kişisel olarak korkması, hastanın çok genç olması, hasta ile uzun süren bir tanışıklığın olması, danışılanı duygusal yönden mutlak surette olumsuz etkileyen etmenlerdir.

Kötü Haberi Alanda Duygulanım

Kötü haber verecek olanın aklında tutması gereken diğer bir bilgi, ölüm korkusunun tek bir duygusal durum olmadığıdır. Kötü haberi alanda, başta endişe ve korku olmak üzere karışık duygular söz konusudur. Hareket kaybı, sakat kalma, bedeninin zedeleneceği, beden işlevleri üzerinde denetimin kaybolacağı korkusu gibi hastalıkla ilgili korkular; acı duyma, baş edememe, aklını ve kontrolü kaybetme gibi ruhsal etkilerle ilgili korkular, varoluşsal ve dinsel kaygılar, tedavinin yan etkileri, beden imgesinde bozulma korkuları, cinsel işlev ve çekicilik kaybı, aile içinde rolünü kaybetme ve aileye yük olma ve bağımlı hale gelme, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği, tedavi

giderlerinin karşılanamayacağı korkuları, ayrılık ve gelecek kaygısı, pişmanlık, suçluluk, cezalandırılma duyguları gibi pek çok duygu ve korku hastada ortaya çıkabilir. Bu süreçte birçok hasta, hekimlerin kendilerini bilgilendirmek için yeterli süre ayırmadıklarından, görüşme esnasında yeterli ilgiyi hissetmediklerinden şikayetçi olurlar.

Kötü Haber Vermede İzlenecek Süreç

Görüşme öncesi danışılanın bir görüşme planının ön hazırlığını yapması ve bu bağlamda hastayı bireysel ve sosyal kimliğiyle bütünleşmiş bir insan olarak ele alıp tanımaya yönelik bir tutum izlemesi gerekmektedir. Hekim, karşısındaki hastanın kişilik özelliklerini, aile içinde oynadığı rolü, duygusal durumunu, eğitim düzeyini, hastalık hakkında neyi ve ne kadar bildiğini, ne iş yaptığını, verilecek bilgiyi hangi düzeyde anlayabileceğini değerlendirmelidir. Hekim, kişilerarası ilişki becerisinin, hastanın daha sonraki ruhsal iyilik durumu ile doğrudan ilişkisi olduğunu daima aklında tutmalıdır. İyi yapılmadığı takdirde kötü haber verme ile ilgili anılar hem haberi veren, hem de alan kişilerde olumsuz izler bırakan durumlardır.

Görüşme Ortamı ve Görüşmenin Özellikleri

Hekim, yeterli klinik bilgiyi aldıktan, zihinsel prova ve duygusal hazırlığını yaptıktan, hangi bilgilerin verileceğini planladıktan, uygun görüşme yerini sağladıktan ve zaman ayırdıktan sonra görüşmeyi başlatmalıdır. Kötü haber, sakin ve özel bir ortamda verilmelidir. İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır. Görüşme yerindeki harici telefon ve mobil telefonlar öncelikle kapatılmalıdır. Danışılanın yanında kâğıt mendil bulundurması, teferruat gibi algılanabilecek önemli bir detaydır. Kötü haber görüşmesi yüz yüze yapılmalıdır. Sözel iletişim, kişinin yakınına yaklaşıp selamlaşma ve kendimizi tanıtma ya da hatırlatma ile başlar. Hastaya kimleri yanında istediği sorulmalı, hastanın yanında biri ya da birileri varsa, kim olduklarını öğrenmeden bilgilendirmeye başlanmamalıdır. Konuşmayı başlatırken uygun hitabı kullanarak, mesafeyi ayarlayarak ve beden dilimizin iletilerine dikkat ederek terbiye kurallarına uyulmalıdır. Mümkünse konuşmaya "Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?", "Geceyi nasıl geçirdiniz?", "Biraz konuşmamız gerekiyor, beni dinleyebilecek durumda mısınız?" gibi bazı sorularla başlanabilir. Hasta ile göz temasının yanı sıra zaman zaman hastanın elini ya da kolunu tutmak da rahatlatıcı olabilir. Konuşmayı başlatmadan önce hastanın tıbbi durumunu bilmek de önemlidir. Hastanın ağrısı, sıkıntısı, bulantısı, uykuya eğilimi gibi tıbbi iletişimsel engeller varsa bu tür bir konuşmayı yapmamak gerekir. Hasta tarafından açıklamaların dinlendiği, önemsendiği, yargılanmayan, anlaşılmaya yönelik çaba gösterilen ve ne dediğimizi duyduğumuz bir konuşma hedeflenmelidir.

Hastanın Bilgilendirilmesi

Hastanın bilgilendirilmesi aynı zamanda terapötik ve empatik bir ilişki kurmaktır. Hastanın neyi ne kadar bildiği araştırılmalı, neyi ne kadar bilmek istediği belirlenmelidir. Hastaya karşı olabildiğince açık olunmalı ve anlayacağı bir dil kullanmalıdır. Tıbbi tanımlardan kaçınmak, kısa cümleler kurmak ve hastanın anladığını test etmek önemlidir. Bilgilendirme sürecinde hastanın beden dili gözlenmeli, kaygıları önemsenmeli, hastaya istediği kadar bilgi ve detay verilmelidir. Hasta duygularının gösterilmesine cesaretlendirilmeli, kendisinin ve aile bireylerinin duygularını dışa vurmalarına yardımcı olmalı, paylaşmalıdır. Bu süreçte hasta tarafından verilebilecek şiddetli duygusal tepkilere maruz kalma korkusu, haber vereni esas mesajı iletmeyi bir kenara bırakarak gereksiz teknik ayrıntılar hakkında konuşmaya itebilir. Bunlara ek olarak hasta ile yüz yüze görüşülebilecek ortamda aynı zamanda aile fertlerine de yeterince zaman ayrılmalıdır. Kullanılan dil, tıbbi terimlerden uzak olmalı ve zaman zaman hastanın anladığı kibarca kontrol edilerek mevcut yanlış algılamalar düzeltilmelidir. Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmeli, başka bir şey yapılamaz mesajı vermekten kaçınılmalıdır. Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmelidir. Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmelidir. Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya açık ve dürüst olmalı, hastanın anlayabileceği bir dille ve sabırla konuşmalı, hastayı gereksiz yere ne aşırı umutlandırmak ne de umudunu kırmak konularında dikkatli olunmalıdır.

Hekim, yeterli klinik bilgiyi aldıktan, zihinsel prova ve duygusal hazırlığını yaptıktan, hangi bilgilerin verileceğini planladıktan, uygun görüşme yerini sağladıktan ve zaman ayırdıktan sonra görüşmeyi başlatmalıdır. Kötü haber, sakin ve özel bir ortamda verilmelidir. İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır. Görüşme yerindeki harici telefon ve mobil telefonlar öncelikle kapatılmalıdır.

İyi İletişim Engelleri

Hastayla iyi bir iletişim kurmadaki temel engeller; sosyal statü, yaş ve cinsiyet farklılıklarıdır. Diğer engeller ise hastanın iletişim yeteneğini kısıtlayan Alzheimer gibi anlama yetisini azaltan bir hastalık, utanma, suçluluk ve korku gibi duygulardır. İletişimde zaman kısıtlılığı da çok sık dile getirilir. Hastalara kötü bir görüşmenin nedenleri sorulduğunda; hekimin aşırı duyarsızlığı, yer ve zamanın böyle bir görüşmeye uygun olmadığı ve ümit verici olunmadığı cevapları alınmaktadır, "Moralini iyi tutarsan daha iyi olursun", "Çok daha kötü durumda olanlar var, sen yine iyisin", "Kimin başına ne geleceği belli olmaz, ben de by pass geçirdim, yarın ölebilirim" gibi iyi niyetle de olsa söylenen bazı cümlelerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktan çok kızgınlığa ve anlaşılmama duygusuna yol açtığını bir gerçektir.

Tanı Söylenmeli mi?

Öncelikle, "Hasta ne biliyor, ne bilmek istiyor, ne kadar bilmek istiyor?" sorularına yanıt aramalıyız. Kötü haber vermek konusunda düşünülmesi gereken ve ciddi etik kaygılara neden olan zor soru ise, "Kötü haberi verirken gerçeği söylemek zorunda mıyız?" sorusudur. Günümüzde hastaların her tür tıbbi bilgiyi isteme hakkı yasal ve etik olarak vardır ve söyleyip söylememe değil, "nasıl söyleneceği" tartışılmaktadır. Dikkat edilmesi gereken, hastanın bilme hakkına saygı gösterirken hastanın duygularının göz ardı edilmemesidir. Gerçeği duyarsız ve düşüncesizce söylemek, gerçeği saklamak kadar zarar verici olabilir. Kötü haber doğru bir şekilde iletilirse, hasta ve yakınları ile ilişkiyi olumlu yönde geliştirir, baş etmelerine yardımcı olur ve işbirliği olasılığı artar. ABD'de de konuya bireyin kişisel sorumluluğu ve yasalar çerçevesinde bakılmakta ve tanı hastaya söylenmektedir. Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde de yaklaşım aynıdır. Buna karşın İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerinde kanser tanısı ve prognozun söylenmemesi hasta yakınlarının tercihidir. Ülkemizde ailelerin hastadan tanıyı gizlemek için çaba sarf ettikleri ve hekimden hastaya tanının söylenmemesini istedikleri gözlenmektedir.

Hekim; kanser olduğunu sezen ya da kuşkulanan hastanın bilgilendirilmemesinin hastayı korkuları ve kaygıları ile baş başa bırakarak hastalık sürecinin derin bir yalnızlık içinde geçirmesine sebep olabileceğini aileye izah edilmelidir. Sorunun diğer bir yanıtı da şu olabilir: Hastanın ne kadar bilmek istediğini anlamalıyız. Bu nedenle görüşmedeki en kritik noktalardan biri de, hastanın açık bir biçimde ne olup bittiğini bilmek isteyip istemediğinin anlaşılmasıdır. Bu bölümün atlanması, görüşmenin sonraki aşamalarına güvenle ilerlemeyi engeller. Hasta, bilgiyi isteyip istemediğini açıkça belirtmediği sürece ve bu konudaki açık isteği ya da isteksizliği bilinmedikçe, hastaya az mı, çok mu bilgi verildiği konusunda emin olmak zordur. Kötü haberle ilgili her konuşmada asıl sorun, "Bilmek istiyor mudur?" değil, "Neler olup bittiğini ne kadar bilmek istiyordur" konusudur. Önemli bir gerçek de; doktorların söylediklerinin, hastaların tek bilgi kaynağı olmamasıdır. Hastalar, ne olduğunun bir şekilde farkındadırlar. Birçoğu, dış duvarında dev harflerle "kanser hastanesi" yazan yapıların odalarında yattıklarının bilincindedir. Diğer hastalardan bir şeyler duyarlar, diğer personelden bilgi alırlar ve doktor hiçbir şey söylemese de iyi bir haber almayacaklarının farkındadırlar. Bir başka deyişle, her hasta belli bir düzeyde işlerin iyi gitmediğini bilir ya da öğrenir. Bu soruyu nasıl soracağımız, kendi tarzımızla ilgilidir: "Eğer durumunuz ciddileşirse, ne olup bittiğini açık olarak bilmek isteyen biri misiniz? Neyin yanlış olduğunu tüm ayrıntıları ile isteyen biri misiniz? Sadece tedavi planını mı duymak istersiniz? Size sadece durumu özetlememi mi tercih edersiniz? Eğer istemezseniz, sizin istediğiniz konuşabileceğim başka biri var mı?"

Bazı insanlarda kötü giden şeyleri bilmek istemezler. Fakat kendi yerine ailesinin bilmesini tercih edebilirler. "Siz hangisini tercih edersiniz?" gibi sorular hastanın sorununu konuşmak isteyip istemediğini anlamamıza yardımcı olur. Hastaya ne bilmek istediğini sormak, kendi tercihlerinin ne olduğunun anlaşılmasını sağlar. Hastaların birçoğu her şeyin tam olarak açıklanmasını ister. İstemeyenler ise inkâr düzeneğini kullanmaktadırlar ve bu da hastalar için gereklidir. Sorunu tüm açıklığıyla bilmek isteyen ve bunu onaylayan ailelere ise iletişimin duygusal ögeleri kullanılarak açıklama yapılmalıdır. "Korkarım size iyi olmayan haberler vereceğim, biyopsiniz karaciğer kanseri olduğunuzu gösteriyor", "Keşke daha farklı haberler verebilseydim, maalesef test sonuçları bunun bir kanser olduğunu gösteriyor", Raporunuz umduğumuz gibi çıkmadı, midede kanser olduğunu gösteriyor", "Korkarım beklediğimizden daha ciddi bir durumla karşı karşıyayız. "Size daha iyi bir haber vermek isterdim" gibi. Haber iletildikten sonra hastanın ya da ailenin yanında duygusal tepkilerini ele alabilecek birinin kalması son derece destekleyici olacaktır.

Hastanın Ayrıntıları Bilmek İstemediği Durumlar

Hasta ayrıntıları bilmek istemezse, tedavinin nasıl olacağı ve nasıl bir bakım verileceği tartışılabilir. İçinde kötü haberin konuşulduğu görüşme tek yönlü bir iletişimdir. Hekim, hastanın sahip olmadığı ve verilmesi gereken bilgiye sahiptir. Bu aşamada unutulmaması gereken konu, tıbbi bilgileri hastaların algılamasının zor olduğudur. Çalışmalar, verilen bilgilerin basit bir işlemle ilgili olsa bile, %50'sinin anımsanmadığını göstermektedir. Sağlık personelinin sürekli kullandığı bilgilendirmeyi hastaların ilk kez duydukları unutulmamalıdır. Tıbbi açıklamalar yaparken kullanılan sözcüklere dikkat edilmeli ve tıbbi terimler kullanılmamalıdır. Mesleksel iletişimin yaşamsal parçalarından biri de iletinin alınıp alınmadığını kontrol etmektir ve görüşme sırasında sık sık yapılmalıdır. Bu nedenle en önemli kural, bilgiyi küçük parçalar halinde vermektir. Hastanın beklentileri ve tıbbi gerçekler arasında büyük bir boşluk varsa, durumun hastanın gördüğünden daha ciddi olduğu uyarısı yapılarak anlaması kolaylaştırılabilir. Her aşamada hastanın yanıtı beklenerek hastanın anlamasına yardım edilir. Konuşmaya ara vermek, verilen bilginin küçük ve anlaşılabilir parçalara ayrılmasına yardım eder. Tek taraflı iletişimi ve hasta sessizliğini engellemek için ara ara, "Söylediklerim acaba anlaşılıyor mu?", "Ne demek istediğimi izah edebiliyor muyum?" gibi sorular sorulabilir. Bu tür sorular, hastanın söylenenleri anlayıp anlamamasının önemli olduğunu gösterir, hastanın konuşma için cesaretlendirilmesini sağlar.

Hastanın üstü kapalı sorularını dinlemek önemlidir. Derin kişisel kaygılar kolayca ortaya çıkmayabilir. Bazen hasta sorular sorabilir. Bu sorular genellikle hasta için çok önemli olan sorulardır. Eğer hasta bunu yaparsa, cümlenizi tamamlayın ve ne söylediğini sorun ve yanıt verin. Tam görüşmenin sonuna gelindiği düşünülürken, hasta yeniden başlamayı gerektiren bir şey söyleyebilir. Bu, genellikle korku ve güvensizlikten kaynaklanır. Hasta, ko-

nuşmayı yeniden başlatarak bir şekilde kontrolü sağlamaya çalışır.

Kötü Haber Karşısında Hasta Tepkileri

Hemen hemen her hastada kötü haber karşısında şaşkınlık, kabullenmeme, hastalığın önemini reddetme, çaresizlik, yetersizlik, kötü haberin doğruluğuna inanmama, inkâr ve öfkeye kapılma gibi ruhsal tepkilerle birlikte günlük olağan yaşamın altüst olması, uyku, yeme, içme gibi doğal fizyolojik alışkanlıklarda bozukluklar gözlenir. Hastalar yas dönemine girebilir. Birkaç haftalık kabullenmeme sürecini takiben umutlanma, savaşma süreci başlar. Ya da hızla tedaviye uyum gösterir, gerekenleri yapar ve bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Ancak inkâr safhasının uzun sürmesi, hastanın tedaviyi geciktirmesine ya da kabullenmemesine neden olabilir. Hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da psikiyatrik bozukluk saptandığında, zaman yitirmeden psikiyatrik tedaviye başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesini sağlar.

Birçok hastada son aşama kabullenmedir. Kabullenme, umutsuzluk olarak düşünülmemeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır. Bir yaşam süresi bildirmek ve ümidi tümüyle yok etmek ise kabul edilmesi çok zor bir durum yaratır. Kötü haber verme görüşmesinin başarısı ya da başarısızlığı, hastanın tepkilerine ve bu tepkilere nasıl yanıt verildiğine bağlıdır. Gözyaşları, kızgınlık, kaygı normal tepkilerdir. Hastalar bilişsel olarak; inkâr, suçlama, suçluluk, korku ve utanma duygusu belirtebilirler, kaygı hatta panik atak ortaya çıkabilir. Haber aynı da olsa her birey farklı tepkiler verir. Duygunun anlatılmasına izin vermek, kabul etmek ve sadece orada onunla olmak önemlidir. Duyguyu aynı biçimde hissetmek ve hastayla aynı bakış açısını taşımak gerekmez. Sessiz kalmak, dokunmak ve rahatlık sağlamak son derece destekleyicidir.

Bir Sonraki Görüşmeyi Planlama

İlerleyen süreçte neler yapılması gerektiği ile ilgili bir plan yapmak, strateji belirlemek ve bunları hastaya açıklamak gerekir. Hastanın kafamızda bir plan olduğunu görmeye ihtiyacı vardır. Plan yapmayı ve bunu hastaya açıklamayı, hasta destek olarak algılar. Bu aşamada hastada gerçekçi bir ümit sağlanırken "en kötüye hazırlanması" konusunda da yardımcı olmak gerekir. Gerçekçi ümitler vermek destek sağlar. Sonlanma hakkında neyi bilmek istediklerini, ne beklediklerini sormak, kesin yanıtlar vermekten kaçınmak ve tahminleri, istatistikleri geniş bir aralıkta vermek, ümidi kırmamak açısından önemlidir. Bu noktada hastanın baş etme yöntemlerini tanımlamak ve güçlendirmek ve hastanın destek kaynaklarını tanımlamak ve bir araya getirmek de önemlidir. Çoğu hastanın destek alabileceği en azından bir ya da iki arkadaşı ya da akrabası vardır. Danışılan; hasta-profesyonel ilişkisi dışında yardım edebilecek kişileri de unutmamalıdır. Kötü haber verme görüşmesi, hastanın gelecek planları için bu tür destek kaynaklarını değerlendirme ve diğer desteklerle birleştirme için önemli bir buluşturma noktasıdır. Kaliteli bir kötü haber verme görüşmesinin kötü haberi alan kişilerin kötü haber kaynağı ile daha iyi başa çıkabildikleri gerçeği daima akılda tutulmalıdır.

* Yazarın 2011 yılında SD Dergisi 17.sayıda yayımlanan "Kötü Haber Vermek" başlıklı yazısının kendisi tarafından gözden geçirilmiş halidir.

Kaynaklar

Amiel GE, Ungar L, Alperin M, et al. Ability of Primary Care Physician's to Break Bad News: A Performance Based Assessment of An Educational Intervention. Patient Educ Couns 2006; 60:10-15.

Aoun SM, Bentley B, Funk L, et al. A 10-Year Literature Review of Family Caregiving for Motor Neuron Disease: Moving From Caregiver Burden Studies to Palliative Care Interventions. Palliat Med. 2013;27:437-446.

Aoun SM, Connors SL, Priddis L, et al. Motor Neuron Disease Family Carers' Experiences of Caring, Palliative Care and Bereavement: An Exploratory Qualitative Study. Palliat Med. 2012;26:842-850.

Back AL, Arnold RM, Tulsky JA, et al. Teaching Communication Skills to Medical Oncology Fellows. J Clin Oncol 2003; 2: 2433-2436.

Baile WF, BuckmanR, Lenzi R, et al. Delivering Bad News:Application to the Patient with Cancer. Oncologist, 2000;5:302-311.

Brewin TB. Three Ways of Giving Bad News. Lancet 1991; 337:1207-1209.

Buckman R. Breaking Bad News: Why is it still so Difficult? Br Med J 1984; 288:1597-1599.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. JAMA 1983; 249:751-757.

Devrimci H, Ünlüoğlu G. Kanser Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Bozukluklar. 3P Dergisi 1998;6:196-206.

Elbi H. Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası 2001;5:5-10.

Gebhardt C, Gorba C, Oechsle K, et al. Breaking Bad News to Cancer Patients: Content, Communication Preferences and Psychological Distress. Psychother Psychosom Med Psychol 2017; 67:312-311.

Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking Bad News 1: Current Best Advice for Clinicians. Behav Med 1998;24:53-60.

Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. Eur J Cancer 2000; 36:579-585.

http://www.ttb.org.tr/mevzuati. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998; Sayı: 23420. Erişim tarihi 12.03.2020.

Lee A, Wu HY. Diagnosis Disclosure in Cancer Patients-when the Family Says "No!". Singapore Med J 2002;43:533-538.

Locock L, Brown JB. 'All in the Same Boat'? Patient and Carer attitudes to Peer Support and Social Comparison in Motor Neuron Disease (MND). Soc Sci Med 2010;71:1498-1505.

Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the Cancer Diagnosis: The Patients Experiences. Eur J Cancer 1997; 33:878-882.

Mack JW, Block SD, Nilsson M, et al. Measuring Therapeutic Alliance Between Oncologists and Patients with Advanced Cancer. Cancer 2009;15: 3302-3311.

Maguire GP. Breaking Bad News: Explaining Cancer Diagnosis and Prognosis.Med J Aust 1999;171:288-289.

McCluskey L, Casarett D, Siderowf A. Breaking The News: A Survey of ALS Patients and Their Caregivers. Amyotroph Lateral Scler 2004;5:131-135.

McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective Methods of Giving Information in Cancer: A Systematic Literature Review of Randomised Controlled Trials. J Public Health Med 2001;23:227-234.

Mueller PS. Breaking Bad News to Patients: The SPIKES Approach Can Make His Difficult Task Easier. Postgrad Med 2002;112:15-18.

Mulder DW. Clinicial Limits of ALS. Neurol 1982;15-22.

O'Brien MR, Whitehead B, Jack BA, Mitchell JD. From Symptom Onset to A Diagnosis of Amyotrophic Lateral Sclerosis/Motor Neuron Disease (ALS/MND): Experiences of People with ALS/MND and Family Carers - A Qualitative Study. Amyotroph Lateral Scler 2011;12:97-104.

O'Brien MR, Whitehead B, Jack BA, Mitchell JD. The Need for Support Services for Family Carers of People with Motor Neuron Disease (MND): Views of Current and Former Family Caregivers -A Qualitative Study. Disabil Rehabil 2012;34:247-256.

Oflaz F. Sağlık Çalışanları İçin Kötü, Üzücü ya da Zor Haberleri İletme Tekniği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 62-69.

Okyayuz ÜH. Ölümcül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi. Kötü Haber Verilmeli mi? Kriz Dergisi 2003; 11; 29-35.

Parker PA, Baile WF, de Moor C,et al. Breaking Bad News About Cancer Patients' Preferences for Communication. J Clin Oncol 2001;19:2049-2056.

Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad News. A review of The Literature. JAMA. 1996; 276: 496-502.

Şenol S, Bitlis V, Ünal E, et al. Kanser Teşhis ve Tedavisi Amacı ile Bir Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastalarda Psikiyatrik Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi 1994; 5:103-108.

Tezcan AE. Kanserli Hastalarda Major Depresyon. Türkiye Tıp Dergisi 1996; 3: 172-177.

VandeKieft GK. Breaking Bad News. Am Fam Physician 2001; 64:1975-178.

‘Kıdemli bir hasta’nın anıları

Sadık Yalsızuçanlar

1962 yılında Malatya’da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Türkoloji bölümünde okudu. TRT’de yapımcı-yönetmen olarak çalıştı, emekli oldu. Öykü, roman, masal, deneme, araştırma-inceleme türlerinde kitaplar yazdı. Televizyon ve sinemaya ilişkin kuramsal yazılar, kitaplar kaleme aldı. Bazı kitapları; Şehirleri Süsleyen Yolcu, Gerçeği İnciten papağan, Kuş Uykusu, Güzeran, Garip, Ayan beyan, Deli Tomarı, Yüz, Allah’ın Adamları, Gezgin, Yakaza, Cam ve Elmas, Anka, Gönül Bekleme, Diyamandi, Hayyam, Hiç, Sırlı Tuğlalar.

Doktorla, hastaneyle ilişkim, doğumu istisna tutacak olursak, sanırım dört-beş yaşlarımda başladı. Annem arada aynı kelimelerle, aynı duyguları yaşayarak ve yaşatarak anlatırdı. Şiddetli bir menenjit nöbeti, ateş, kendinden geçiş, ölü diye sonunda yatağa bırakılış… Başımda ağlıyorlar. Babam çaresiz. O Ares gibi öfkeli, korkusuz ve kabadayı adam güçsüz ve çaresiz evet… Sonunda Doktor Deli Ziya alkolden titreyen elleri ve parmaklarıyla gelip muayene ediyor, uyanık olsam asla izin vermeyeceğim o devasa ürkünç şırıngasıyla ne annemin ne babamın adını dahi bilmediği sıvıyı kolumdan enjekte ediyor ve birkaç saniye sonra gözlerimi açıyorum. Annem, sonrasında o dönem Malatya’nın en “önemli” hastanesine kaldırıldığımı ve durumumun stabil olduğunu, bir hafta sonra ise taburcu edildiğimi, Allah’ın önce almak isteyip sonra acısına dayanamayarak tekrar iade ettiğini söyleyip durur, “Senin bu tuhaf halin hep o menenjitin eseri” derdi sık sık.

Türkiye’de üç kişiden birinin hasta, ikisinin doktor gibi davrandığı söylenir. Gerçekten de böyledir. Kendimi de sık sık yakalarım bu halde. Mesela kızımın başı ağrıdığında, “evladım al şunu, hatta iki tane iç, yoksa kesilmez” deyip ağrı kesici tablet uzatırım. Eşim, “of midem kötü” deyince, kullandığım bir başka ilacı alıp getirir veririm, “şunu iç bir şeyin kalmaz.”

Annem de böyleydi. Anneannem biraz farklıydı. O’nun eli, Fadime Ana’dan gelen şifalılardandı. Berbat bir karın ağrım var. Azınca hemen yatırır, bir süre ovardı. Geçerdi. Annemin sık sık migren ağrıları olurdu. Patatesi ince ince dilimler, yazmayla alnına dizip sıkıca bağlardı. Bir yerden düşeriz, dokumuz fena halde morarır veya şişer, ekmek çiğner, daha vahimse yağsız bir parça eti bağlardı, sabaha bir şeyimiz kalmazdı. Şu rahatsızlığa bu bitki iyi gelir, onun ilacı şu ottur vs. O saded harici.

Medikal veya cerrahî tedaviyi gerektirdiğim ikinci hastane deneyimim, yaklaşık 22 yaşımdayken başladı. Bir arkadaşımla sözde spor yaparken sırtüstü fena çakıldım ve ertesi gün belimde dehşetengiz bir ağrıyla uyandım. Sonrasında iki sene sürecek, bir bacağımda duyu kaybına ve incelmeye yol açacak disk herniasyonunun cerrahi yöntemle tedavisi için iki yıl boyunca doktorların kapısını, hastane koridorlarını aşındırdım. Gündelik yaşamın rutinlerini yapmakta güçlük çekip, ağrıdan hayli mutsuz hatta depresif olmaya başladığımda nihayet babam duruma el koydu. Ve beni bir ambulansla iznimi geçirmekte olduğum Dörtyol/Hatay’daki evimizden, Çukurova Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Beyin Cerrahî Bölümü öğretim üyelerinden birinin muayenehanesine götürdü. O zaman bir resmî sağlık kuruluşuna sıradan bir hasta olarak başvurup muayene olmak, gerekli bütün tetkik ve tahlilleri kısa sürede yaptırıp tedavi için öngörülen süreci yaşamak adeta imkânsızdı. Hele sorun nöroşirurjik ise… Bel fıtığı oluşmuş mu? Ne düzeyde? Ne türden olumsuz sonuçlar üretmiş? Ameliyatsız iyileşme mümkün mü? Öne doğru eğilemiyordum. Ağrıdan duramıyordum. Oturamıyordum. Her pozisyonda yatamıyor, uzanamıyordum. Doktor sıkı bir muayeneden sonra, bir kâğıda bizim asla okuyamayacağımız bir “imlada” bir şeyler yazdı ve “bunu alın, beyin cerrahiSİ bölümüne gidip, Doktor Necmi Bey’i bulun” dedi.

Birkaç saat sonra, üçüncü gün ameliyata alınacağımı da öğrenerek hastaneye yatmış oldum. O zamanlar, “ilaçlı film” çekiliyordu. MR vs. imkânları yoktu. “İlaçlı film”den sonra hemen uzanmamak gerekiyordu. Başın, bedenin hizasından az yukarda tutulması gerekiyordu. O opak maddenin beyne sızması halinde feci sonuçlar üretebileceğini söylüyorlardı. O süreçte yani hekimlerle sıcak temas sağlama imkânına kavuştuğum yatılı hastalık günlerimde de hasta merakının gerektirdiği gibi davranamadım. Doktora bir şey sormak başlı başına bir meseleydi. Sorunca cevap alma ihtimaliniz hayli düşüktü. Alınca da o eda ve gramer sizi bir daha sormamaya mahkûm kılıyordu. Meraktan çatlayarak iki gün geçirdim ve ameliyata girdim. Anestezistle birkaç saniye süren samimi sohbetten sonra gözkapaklarım kapandı. Uyandıktan yaklaşık on beş dakika sonra belimde ve bilhassa bacaklarımda korkunç ağrılar duydum. O gece haliyle uyuyamadım.

Türkiye'de üç kişiden birinin hasta, ikisinin doktor gibi davrandığı söylenir. Gerçekten de böyledir. Kendimi de sık sık yakalarım bu halde. Mesela kızımın başı ağrıdığında, "evladım al şunu, hatta iki tane iç, yoksa kesilmez" deyip ağrı kesici tablet uzatırım. Eşim, "of midem kötü" deyince, kullandığım bir başka ilacı alıp getirir veririm, "şunu iç bir şeyin kalmaz."

"Şeb-i yeldayı ne bilir müneccim hem muvakkit / Müptela-yı gama sor kim geceler kaç saat…" Bu dizelerin derin anlamını o gece yaşamıştım, yıllar sonra Türkoloji eğitimi alırken kendisini de tanıyacaktım.

O zaman mesela odalarda ameliyatlı hastalar dahi sigara içebiliyordu. Refakatçiler elektrikli ocak, hatta piknik tüpüyle hasta odasında çay demleyebiliyor, yemek yapabiliyordu. Tabii ziyaretçilerin getirdiği yağlı ve soğanlı Adana dürümlerini, lahmacunları, şalgamları, asitli içecekleri falan saymıyorum. Arada üzerinizdeki pikenin üstünden bir hamamböceği hızla geçebiliyordu. Hatta birkaç kez tanık oldum, bir fare gece yarısı eşikten çıkıp gidebiliyordu. Nerede, hangi hastanede, ne zaman söylemeyeyim. Zaten o hastanelerin çoğu ya restore edildi veya yıkıldı yenileri yapıldı.

Hasta-hekim ilişkilerindeki ideal diyalogu hiç yaşamadım desem abartmış olmam. Bel fıtığı ameliyatından sonra yaklaşık yedi operasyon daha yaşadım. İkinci bel fıtığı ameliyatı. Bel kayması sonucu tekrar bir ameliyat… Bu kez platinler takıldı. Yeşil ışıkta geçme gafletinde (!) bulunup kırmızı ışıkta durmayan bir aracın çarpması sonucu İzmir'de, götürüldüğüm acil serviste alnımdaki yırtılmanın alelusul dikildiği, sonrasında iki kez ortopedik operasyon geçirdiğim o feci süreç… Ortopedik ameliyatların ikincisinin gerekçesi, "tıbbî gerçekliğimizi" ve verili durumu yeterince yansıtıyor; sol dizim alçıya alınmıştı. Üç ay sonra o korkunç hantal, ağır ve sık sık bacağım, ayağım şiştiğinden dayanılmaz ağrılara neden olan alçı söküldüğünde, doktorum baktı ve yüzü ekşidi : "Ne oldu efendim, sorun ne?" diye sorma gafletinde bulunduğumda, ağız ucuyla, "yanlış kaynamış" anlamına gelen bir şeyler söyledi. Yanlış kaynadığına ilişkin bilgiyi daha net biçimde hasta bakıcıdan -yoksa hemşire miydi?- alacaktım. Hayda! Tekrar filmler çekildi, tetkikler-tahliller yapıldı, hastaneye yattım ve dizime yapay bir üçgen kemik yerleştirildi, bir u çivisi çakıldı vs. Yine iki buçuk-üç ay yatağa çakıldım. Bu kez alçı çıkarıldığında bacağımın düzeldiğini ama hayli incelmiş, duyu yitimi yaşamış olduğunu gördüm. Rehabilitasyon süreci yaklaşık üç hafta sürdü. Bir yaşını doldurmuş olan ilk oğlumla beraber ayaklandık ve yürümeğe başladım. Sonrasında ise çok acı çektiğim ve çok ihtiyacım olduğu halde sadece doktorlarla değil hemşire, hastabakıcı hatta temizlikçilerle de pek iletişim kuramadığım çift yanlı kasık fıtığı ameliyatı oldum. Nihayet "dört damarınız tıkalı, acilen ameliyat olmanız lazım" diyen doktora kendimi, gassalın elindeki meyyit gibi teslim ettiğim açık kalp ameliyatı… Arada dişlerime sekiz implantın uygulandığı, yaklaşık 7 ay süren diş tedavisini, o süreçteki cerrahi müdahaleleri saymıyorum… Kızarmış tavuk yediğim elimi tam yıkayamadan bir komşunun köpeğinin kaptığı ve parmağımdaki yırtılmanın dikildiği veya evde ufak tefek yaralanmalar sonrası genellikle acil servislerde maruz kaldığım küçük-büyük cerrahi müdahaleleri de saymıyorum… Ama şeyi saymalıyım: 33 yaşımdayken gittiğim 8 aylık kısa askerlik görevini ifa ederken hastalanmıştım. Sarıkamış'ta askerlik yapıyordum. Şubatta gitmiştim. Hoş, terhis olana değin kar hiç kalkmadı ve ben Sarıkamış toprağını hiç göremedim. Hep beyazdı, bembeyazdı… İlk nöbetimde henüz kışlık giysilerimiz verilmediğinden, tedbirsiz davranıp kalın içlikler de giymediğimden zatürre oldum ve askeri hastaneye yatırıldım. İki gece boyunca yatağa bağlandım. Mecazen söylemiyorum. O kadar titriyordum ki yatağa bağladılar. Serumlar, iğneler… Orada hemşire hanımla ilk gece aramızda ilginç bir diyalog yaşandı. Gözümü saatler sonra açabilmiştim. Ona da açma denirse… Flu görüyordum. Dişlerim birbirine vuruyor, bedenim adeta kendiliğinden zıplıyor, tir tir titriyorum. Hemşire geldi, rutin işlerini yapmak üzere. Ateşimi ölçtü, serumumu kontrol etti. İğne yaptı. Bu arada, "nasılsın bakalım" diye sordu. Kekeler gibi, "ölüyorum…" dedim. Umursamadı. Serumu ayarladı tekrar, çıkarken de "kolay kolay gebermezsiniz siz" deyip gitti. Askeri hastanedeydim. Rütbesizdim. Başıma gelen doktor bölük komutanım gibi yüzbaşıydı en azından. Onu görünce esas duruşa geçmek üzere davranmaya çalışıyordum. Gülüyordu. "Hoca rahat ol" diyordu. Benden birkaç yaş gençti.

Askeri hastanede kuralların, disiplinin çok daha katı olduğunu söylememe gerek yok. Ama hastane koşullarının daha ehven olması bakımından bu bir avantaj olarak da düşünülebilir. Tabii o zamanlar… Yani, hastanın yatakta sigara içebildiği zamanlar…

Son ameliyatım, dediğim gibi kalp ameliyatıydı. Dört damar bypass edildi. Özel hastaneydi. Doktorumla bu kez sağlıklı ve incelikli bir hasta-hekim diyaloğu kurabilmiştik. Özellikle yoğum bakımda geçirdiğim iki gün boyunca, daha önce hiç yaşamadığım samimiyette, derinlikte ve incelikte bir iletişim… O da tiryakiydi. Şaşırtıcı biçimde şiir yazıyordu. Benim yazar olduğumu öğrendi ve edebiyata, şiire, şaire dair konuştuk. Bunun yanı sıra belgesel yönetmeni olduğumu öğrendi. Tuhaf bir biçimde belgesel düşkünüymüş. Bütün bunlar hasta-hekim ilişkisinin aslında nasıl özel bir ilişki biçimi olduğunu bendenize gösterdi. Hikâye, uyanırken sayıkladığım o dizeyle başlamıştı: "Sineme bir elif çekti cânân bu gece…" demişim. Bir yanda doktor diğer yanda hemşire uyandırmağa çalışıyorlar. Bu mısrayı sayıklayıp durmuşum. Gözlerimi açınca, kendime biraz gelince doktor gülüyordu, "Şair misin sen?" "Ne gezer!" dedim, "Hep şair olmak istedim ama olamadım. Öykücü olmakla yetindim." "Peki o söylediğin neydi?" dedi. "Ne neydi?" "Elif çekti melif çekti…" "O mu? Enderunlu Vâsıf'a ait… Hacı Sadullah Ağa da bestelemiş hatta…" "Allah Allah ne güzel bir şeymiş o öyle…" Böylece, sineye çekilen elif üzerinden bir iletişim başladı. Taburcu olana değin sadece yoğun bakımdan çıktığım ve odama geçtiğim gece, doktordan gizli aldığım üç adet laroksilin yol açtığı kriz dışında bir sorun yaşamadık. Evet ağzına sadece biber sürülmekle yetinilmeyecek bir fenalık yapmıştım. Suça zorla ortak olan eşim de doktor beyden gerekli zılgıtları yedi. Tüm gün, doktorumun asık çehresi ve azarlamalarıyla geçti. Ertesi gün dilediğim özürler etkili oldu. Durum normale döndü. Taburcu olurken doktorumla yaptığımız kısa ama anlamlı sohbet kendimi daha iyi hissetmeme yol açtı. Ciğerimdeki ve solunum yolundaki tıkanıklığın, ağrıların bir an evvel bitmesini istiyordum. Yiyecek-içecek listesi, yapmam gereken hareketler, ne zaman nasıl davranacağıma ilişkin ayrıntılı bilgilendirmeden, kontrol zamanından sonra sıra sorunun müsebbiplerinden en başta gelenine gelmişti; sigaraya. "Bırakacaksınız" dedi. "Bırakılmaz efendim" dedim. "Ne!" "Terk edilmez, mütareke yapılır efendim" dedim. Güldü. "Her ne ise, terk mi mütareke mi artık, bu konuda lütfen tutarlı olun." Tabii dedim. Az önce kendisi geldiğinde sigara kokuyordu. Ele verir talkımı kendi yutar salkımı durumunu birazcık fark etti, yansıtmak istememesine rağmen tam başarılı olamadı. Daha fazla yormak istemedim. "Çok teşekkür ederim efendim" dedim, "Emrinizi tutacağım…" Gülümsedi.

Bu arada, kalp ameliyatı sonrası perhiz listesi dedim de bir dostumun naklettiği olaydan söz etmek isterim. Şanlıurfalı bir kebap lokantası sahibi, kilosu yüz yirmi civarında amcamızın öyküsü bu. Kalp krizi geçiriyor. Acilen hastaneye götürüyorlar. Müdahaleler yapılıyor. Tetkikler, tahliller derken doktor, "Efendim üç damarınız tıkalı, acilen ameliyat gerekiyor" diyor. Amcam zaten krizden bir enkaza dönüşmüş, üzerinden bufalo sürüsü geçmiş gibi. Korkunca da, "Peki" diyor. Uzatmayayım, ameliyat oluyor. Bir hafta hastanede kalıyor. Taburcu olurken doktor pek çok tavsiyenin yanı sıra eline bir yiyecek-içecek listesi tutuşturuyor. Amcam, alıyor, bakıyor. Kereviz, brokoli, kibrit kutusu büyüklüğünde yağsız peynir, üç adet zeytin vs. "Bu ne doktor bey?" diyor. Doktor, "Yiyecek listesi" diyor. Amcam, tekrar bakıyor listeye ve, "Bunları yemeklerden önce mi yiyeceğiz sonra mı?" diyor. Deyim yerindeyse bir tür "kebabistan" olan Şanlıurfalı ve de kebap lokantası işletmecisi olunca, bu soru meşruiyet kazanabiliyor. Çünkü yine Urfalı dostlarımıza izafe edilen bir başka öykü bunu yeterince açıklayabiliyor: İki Urfalı dostumuz yiyorlar yiyorlar yiyorlar… Birisi çok fenalaşıyor ve dayanamayıp ölüyor. Diğeri de hayli fenalaşıyor ama kefeni son anda yırtıyor. Sedyede sağlık görevlileri götürürken ölen arkadaşına bakarak, "yiyince rahmetli gibi yiyeceksin, bizimkisi nefis köreltmesi" diyor... Örnekleri çoğaltmak mümkün. Ama yazının sınırları müsaade etmiyor. Ayrıca Urfalı dostlarımızın hoşgörü sınırlarını da zorlamamak lazım.

Hastaneden çıkarken, "Allah bir daha düşürmesin" diye geçirdim içimden. Sonra ekledim: "Eksikliğini de vermesin…"

Tan eden bizdendir, tan ettiren bizden değildir

Dr. İlker Köse

İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisans ve doktorasını Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. 2003-2009 arasında Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve proje yöneticisi olarak çalıştı. Ardından sağlık sigorta sektöründe uluslararası bir şirkette 5 yıl Ar-Ge Direktörü görevini üstlendi. Dr. Köse halen İstanbul Medipol Üniversitesi'nde öğretim üyesi ve Teknoloji Transfer Ofisi yöneticisi olarak görev yapmaktadır.

Çok okuyoruz, çok araştırıyoruz, çok biliyoruz. Yeni kavramlar buluyor, bu kavramlar arasında ilişkileri keşfediyoruz. Geliştirdiğimiz yöntemlerle doğayı ve sistemleri anlamaya, modellemeye ve simüle etmeye çalışıyoruz. Hedefimiz süreçleri otomatikleştirmek, optimal hale getirmek, hataları en aza indirmek. Vizyon ve misyon belirliyor, stratejiler geliştiriyoruz. Planlıyor, uyguluyor, kontrol ediyor ve iyileştirici önlemler (PUKÖ) alıyoruz (1). Her keşfimizi literatüre ve insanoğlunun dağarcığına kazandırıyor, bindiğimiz "merak atı" ile dört nala uzak menzillere gidiyoruz. Peki bütün bunları hangi değerler üzerine inşa ediyoruz? Vizyonumuza iliştirdiğimiz temel ilkelerimize hangi anlamları yüklüyoruz? Bilgi neyin aracı? Yöntemlerimiz bizi nereye götürüyor? Sistemlerimiz hangi değerleri yaşatıyor? Mefkuremiz ne?... Gelin covid-19 sayesinde biraz daha sorgulayıcı olduğumuz şu günlerde "sağlıkta şikâyet yönetimimizi" kavramlar, yöntemler ve değerler üzerinden ele alalım…

Eğer şikâyet meselesini rasyonel ve bilimsel yönden göre ele alacak olursak onun PUKÖ içerisinde en iyi kontrol ve denetleme araçlarından biri olduğunu görürüz. Dolayısıyla iyileşme, gelişme ve ilerleme için "şikâyet" hayati değere sahiptir. Memnuniyeti artırmak isteyen tüm yöneticilerin ilk bakacağı yer şikayetlerdir (2). Ancak bunu uygularken, kurum içindeki insanların kültürlerinden kaynaklanan dirençlerle ve algılarla da mücadele etmek zorundasınız. Kültür ile kurallar ve stratejiler çatıştığında her zaman kültür galip gelir (3). Eğitim, terbiye, ödül, ceza, vb. yöntemlerle bu kültürü değiştirmedikçe istediğiniz vizyonu hayata geçiremezsiniz. Sağlıkta şikâyet yönetimi yaparken de aynı zorluklarla mücadele etmek zorundayız. Peki, şikayetle ilgili algımız ve kültürümüz eskiden nasıldı, şimdi nasıl bir hale geldi, açık yüreklilikle değerlendirelim.

Kadim kültürümüzde şikâyet ve eleştiri, bir eksiğini tespit etmek için fırsat olarak görülürdü. "İnsanın gözü dışarı bakar, kendini görmez" denir, kendini görmek için başkasının seni nasıl gördüğünü analiz etmek tavsiye edilirdi. Mesela İmam Gazali, İhya'da, iyi ahlak sahibi olmak için dört yöntem önerir (4):

1) İyi bir yol gösterici/mürebbiye tâbi olmak.
2) Sana doğru yolu tavsiye edecek iyi bir dost edinmek.
3) Başkasında gördüğün bir kusur olduğunda, aynı kusur sende de var mı diye kontrol etmek. 4) Senin hakkında konuşan insanların sana yaptığı ithamların sende olup olmadığını kontrol etmek.

Dikkat edersek bunların hepsi tecrübeye dayanan yöntemler. Sosyal hayatın içerisinde, etkileşimle ortaya çıkan bilgiyi, değere dönüştürme gayreti. Son yöntem ise, eleştiri ve şikayetlerden nasıl bir fayda çıkartacağımıza dair erdemli bir yaklaşım. Kadim kültürümüzde şikâyet ve eleştiri, kendisini geliştirmek, ahlakını yüceltmek isteyen kişi ve kurumlar için ganimet sayılan bir nimetti.

Peki kadim kültürümüzde bize kötü söz söyleyeni, şikâyet edeni veya eleştireni nasıl karşılardık? Bunu da yine tasavvuf büyüklerine atfedilen başka bir hikmetli sözle hatırlayalım. *"Tan eden (kötü söyleyen) bizdendir tan ettiren bizden değildir"*. Zira bizi eleştiren aslında bizim için iyilik yapıyor. Bize asıl kötülüğü yapan, bu kötü sözün bize söylenmesine neden olan ve "bizden" olanlardır. Ne kadar ince bir yaklaşım…

Yöneticilerin şikâyete karşı tavrı nasıl olmalı? Bunu da Şeyh Edebalı'nın Osman Gazi'ye nasihatinden dinleyelim (5):

"Ey Oğul! Beysin, bundan sonra öfke bize; uysallık sana. Güceniklik bize; gönül alma sana. Suçlamak bize; katlanmak sana. Acizlik, yanılgı bize; hoş görmek sana. Geçimsizlikler, çatışmalar, uyumsuzluklar, anlaşmazlıklar bize; adalet sana. Kem göz, şom ağız, haksız yorum bize; bağışlama sana".

Hülasa, kadim kültürümüzde şikâyet eden bizdendi, şikâyet bir ganimet, şikâyet mercii de mütevazı ve şefkatli bir yöneticiydi… Buna mukabil, şikâyet ettiren bizden değildi, şikâyeti ganimet bilmeyen bedbahttı, şikâyete bigâne kalan ise kötü bir idareciydi. Bugün de böyle mi?

Ülke olarak son iki asırdır batılılaşmaya gayret ediyoruz. Bu süreç sadece bazı kural ve yöntemleri hayatımıza aktarmak ve kuru bir taklitten ibaret değil, olamaz. Batı'nın kavram ve değerlerini de hayatımıza taşıyoruz. Ama bu süreç içerisinde eski ile yeni arasında bir yerlerdeyiz. Bir yandan batının yöntemlerini alıyoruz, ama bu yöntemleri doğru şekilde uygulamamıza yardımcı olacak kadim kültürel değerlerimizi kaybediyoruz. Öyle ki eskiden bir değer kazanma fırsatı olarak görülen şikâyet, bugün negatif bir davranış biçimi olarak algılanıyor. Gariptir ki, şikâyeti kötülerken kullandığımız argümanlar da kadim kültürümüze ait. Mesela şikâyet etmek, çoğunlukla olana rıza göstermemek, kanaat etmemek, sabırsızlık, tahammülsüzlük ve anlayışsızlık sonucu olduğu düşünülüyor. Şikâyet ve eleştiride bulunmak, kusur araştırmak, kusurları örtmemekle eş tutuluyor. Şikâyet mercii, kendisine gelen şikayetleri bir çeşit alınganlıkla karşılıyor, savunma refleksi geliştiriyor ve oldukça az empati yapıyor. Çoğu zaman şikâyet mercii, şikâyet edenleri yapıcı davranmamakla, çözümün parçası olmamakla, çokbilmişlikle, üstüne vazife olmayan işlere karışmakla, "doğrucu Davut" olmakla suçluyor.

Her toplumda pireyi deve yapanlar, şikâyeti amacı dışında kullananlar, sürekli kusur arayanlar vardır. Buna mukabil şikâyet müessesesini ve şikâyet edenleri yıpratarak, eksik ve hatalarını gizleyen kurum ve yöneticiler de vardır. Ancak bu kişileri, bir kültür dönüşümü ile daha erdemli bir seviyeye getirmek durumundayız. Şu an içinde bulunduğumuz durumda, ne tam anlamıyla Batının rasyonel şikâyet yönetimini benimseyemediğimiz gibi; kadim kültürümüzden de uzaklaşmış görünüyoruz. Eleştiri ve şikâyete sebep olan sistemsel eksikleri veya sistemi doğru uygulamayan unsurları değil, bu eksikleri tespit edip eleştirenleri suçluyoruz. En dostane yapılan eleştirilerde dahi sıklıkla duyulan cevap: "şimdi sırası mı" oluyor. Sistemler, eleştiri ile gelişir. Eleştiri ve şikâyetin kapısı kapatıldığında, içeride sadece kifayetsiz muhterisler kalır. Kadim kültürümüze dönüş yapamazsak PUKÖ'daki kontrolü de layık veçhile yapamayız. "Sağlık ordusu" olarak nitelediğimiz çok kıymetli insanlarımız, varoluş sebepleri olan hasta ve yakınlarını "karşı taraf" olarak algılamaya başlar, şikayetler karşısından kenetlenip asimetrik güçlerini istismar edebilir. "Birimiz hepimiz, hepimiz birimiz için" ilkesi, şikayetler karşısında çirkin bir araç haline gelebilir. Dünyanın en iyi sağlık sistemlerinden birine sahibiz. Ama eğer kadim değerlerimizi yeniden kazanmaz ve eleştiri mekanizmasından yeterince yararlanamazsak bunu sürdürebilmemiz mümkün değil. Dolayısıyla doğru cevabı alana kadar kendimize şu soruyu tekrar tekrar sormalıyız: Bize tân eden mi bizdendir, tân ettiren mi?

Her toplumda pireyi deve yapanlar, şikâyeti amacı dışında kullananlar, sürekli kusur arayanlar vardır. Buna mukabil şikâyet müessesesini ve şikâyet edenleri yıpratarak, eksik ve hatalarını gizleyen kurum ve yöneticiler de vardır. Ancak bu kişileri, bir kültür dönüşümü ile daha erdemli bir seviyeye getirmek durumundayız. Şu an içinde bulunduğumuz durumda, tam anlamıyla Batının rasyonel şikâyet yönetimini benimseyemediğimiz gibi; kadim kültürümüzden de uzaklaşmış görünüyoruz. Eleştiri ve şikâyete sebep olan sistemsel eksikleri veya sistemi doğru uygulamayan unsurları değil, bu eksikleri tespit edip eleştirenleri suçluyoruz.

Kaynaklar

1) Aydemir FA. Toplam Kalite Yönetiminin İş Yaşamına Etkisi ve Sağlık Sektöründe Uygulanması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006. Konya.

2) Burucuoğlu M. Müşteri Memnuniyeti Ve Sadakatini Arttırmada Müşteri Şikayetleri Yönetiminin Etkinliği: Bir Örnek Olay İncelemesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011, Karaman

3) Halligan A. Patient safety: Culture Eats Strategy for Breakfast. Br J Hosp Med. 2011 Aug 16;72(10):548–9.

4) Gazali İ. İhya-u Ulûmi'd-Dîn - (4 cilt). Çelik Yayınevi, İstanbul.

5) Kılınç A. Türk Edebiyatında Vasiyetnamele, Akçağ Yayınları; 2006, Ankara.

Hasta şikâyetleri yönetimi

Doç. Dr. Sedat Bostan

1967 yılında Gümüşhane, Torul'da doğdu. Ankara, Keçiören Sağlık Meslek Lisesi, Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü ve Hacettepe Sağlık İdaresi Yüksek Okulu mezunudur. Farklı illerde sağlık personeli olarak çalıştı. YÖK bursuyla Ottawa Üniversitesinde misafir araştırmacı olarak bulundu. Akademik hayatını Tokat Gazi Osman Paşa Üniversitesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi ve Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde sürdürdü. Halen Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde, Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı olarak çalışmakta aynı zamanda Uluslararası Stratejik Sağlık Araştırmaları Merkezi (USSAM) Başkanı olarak görev yapmaktadır.

İnsanlar herhangi bir hizmeti alırken bir takım sorunlarla veya beklentilerinin altında uygulamalarla karşılaşsalar da, ihtiyaçlarını gidermeyi önceliklerinden, çoğu zaman sessiz kalmayı tercih ederler. Fakat yaşanan sorunlar ve kötü uygulamalar alacakları hizmetten umdukları faydayı sağlamayacağı kanaatini oluşturursa, o zaman söyleme ve şikâyetçi olma ihtiyacını hissederler. Hizmet alıcıların, hoşnutsuzluklarını sözlü veya yazılı şikâyete çevirebilmelidirler. Bu şikâyetlerin işletme içerisinde yapılabilmesi için işletmenin önceden tanımlanmış ve bilinen şikâyet mercileri ve prosedürleri olmalıdır.

Şikâyet, yaşanılmış veya yaşanma olasılığı yüksek olan bir olumsuzluğun gündeme getirilmesi, ilgililere veya çevreye yansıtılması olarak tanımlanabilir. Şikâyet yönetimi, işletme veya kamu kurumlarının sundukları hizmetler veya sattıkları mal veya hizmetlerden duyulan memnuniyetsizliği ifade etmeleri ve araştırılmasını amaçlayan bir kurumsal yapının oluşturulmasıdır. Birçok işletme veya kurumda yaşanılan olumsuzluklar yöneticilere ifade edilmekte olabilir. Fakat çoğu işletme yönetimleri şikâyetlerin kurumsal önemi hakkında bir fikir sahibi değildir. Daha çok yapılan şikâyetler kurumun kötü şöhretiymiş gibi davranılarak bastırılmaya çalışılmaktadır. Duymamaktan gelmek, önemsememek genel bir hastalıktır.

Halbuki "A Complaint Is A Gift" kitabının yazarları Janelle Barlow ve Claus Møller (2008) her şikayetin işletme yönetimi için çok kıymetli bir hediye olduğunu ifade etmektedirler (1). Müşteri şikâyetlerinin, işletmelerin ürünleri, iş yapma biçimleri, pazardaki durumları hakkında çok ucuz ve hızlı bir şekilde bilgilendiren bir geri bildirim hediyesi ve pazar araştırmasının en gerçek verileri olduğuna dikkat çekilmektedir.

Şikâyet Yönetimi kitabında Gülfidan Barış (2008) memnuniyetsiz müşterilerin %96'sının şikâyette bulunmadığını ifade etmektedir (2). "Müşteri şikâyetleri yönetimi" makalesinde buradan hareketle çıkarıma giden Mehmet Nurettin Alabay (2012) memnuniyetsiz müşterilerin sadece %4'ünün şikâyet bulunduğu ifade etmektedir (3). İşletmeler için bu kadar önemli olan işlevlere sahip müşteri şikâyetleri, hastaneler ve sağlık kuruluşları için daha da önemlidir. Çünkü hastane ve sağlık işletmelerinin üzerinde çalıştığı meta insan vücudu ve davranışlarıdır.

Sağlık sektörü; acil, ikamesi olmayan ve hataya çok duyarlı bir alandır. Hastalar diğer müşteriler gibi kendilerine keyif veya lezzet verecek bir ihtiyaçlarını gidermek arayışında olan insanlar değildir. Ağrı ve endişe taşıyan, dolayısıyla irrasyonel davranış potansiyeli yüksek olan kişilerdir. Alacakları hizmetin konforu, kalitesi ve kendileri için anlamı çok daha önemlidir. Alacakları hizmette ortaya çıkacak olan aksaklıklara duyarlılıkları yüksektir. Sağlık sektöründe, hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları arasında gündeme gelen çatışma ve şiddet olaylarının önemli nedenlerinden biri de müşterilerinin irrasyonel olma potansiyellerinin yüksek olmasıdır.

Hasta Şikâyetlerinin Önemi

Her hastane ve sağlık işletmesi yönetimi, hasta memnuniyetini artırmak, müşteri sadakatini sağlamak, sağlık hizmetlerinde aksaklıkları görmek, hasta ve yakınlarının beklentilerini bilmek, hizmet kalitesini geliştirmek, imaj ve marka değerini yükseltmek ve daha iyi mali tablolara sahip olmak için hasta şikâyetlerini yönetmek zorundadır. Şikâyetler, sorunlu birimlere, işlemlere, kişilere, düzenlemelere, makinelere, malzemelere, anlayışlara ve yöntemlere işaret eder. Çalışan ve yöneticiler işletmenin sürekli içerisinde bulunduğu için yapıla gelen işlem ve eylemleri kanıksarlar. Dış çevre veya rakip işletmelerde meydana gelen değişiklikler ve yenilikleri gözden kaçırabilirler. Uygulama ve kuralları yenileme ihtiyacı duymazlar. Bu nedenle şikâyetler sadece sorunluları gösterme değil, yönetici ve uygulamacıları yenilikler konusunda uyandırma görevi de yaparlar.

Hasta şikâyetlerin önemini anlamış hastane ve sağlık kuruluşları yönetimleri proaktif bir hasta şikâyetleri sistemi tasarlamalıdır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığının kamu ve özel bütün sağlık kuruluşları için zorunlu kıldığı hasta hakları birimi, kurulu ve uygulamaları bu sistem için uygun altyapıyı sağlamaktadır. Yöneticilere düşen şikayetleri kalite geliştirme, müşteri sadakatini artırma ve yönetime yol gösterme aracı olarak görmesi ve proaktif bir anlayışla hasta şikayet sistemini çalışır durumda tutmaktır. Ne yazık ki, her hangi bir yönetim losyonu olmayan yüzlerce hastane yöneticisi bu sistemi gereksiz yer işgali, personel istihdamı ve maliyet olarak değerlendirmektedir.

Hasta şikâyetleri sistemi aynı zamanda hasta ile sağlık kuruluşu arasında sağlıklı iletişim kapısıdır. Şikâyet hasta hakları birimi, şikâyet için başvuran

hasta veya yakının hastaneyle tekrar iletişime geçmesini sağlamaktadır. Ayrıca şikâyetinin kurum dışına çıkması ve başka kurum ve makamlar nezdinde kötü bir şöhret kazanmasını engellemektedir. Bir başka deyişle "kol kırılır yen içinde kalır" atasözünü hastane açısından gerçekleşmesini sağlar.

Maharetli bir birim sorumlusu hastayı dinleyerek ve ona karşı anlayışlı ve çözüm odaklı davranarak hem sorunun çözümünü sağlayabilir, hem de hastanın kırılan gönlünü yapabilir. Kendilerine önem verilen ve sorunlarının çözümleri için samimi çaba gören hasta ve yakınları çoğu kez hastanenin bir kötüleyicisi değil, aksine sadık bir müşterisi ve övücüsü olabilir. Bir hastane veya sağlık kuruluşu için güvenini kaybetmiş bir hastanın güvenini tekrar daha güçlü bir şekilde kazanmak çok daha önemlidir. Dolayısıyla hasta şikâyetlerinin proaktif bir yaklaşımla değerlendirilmesi, sağlık kuruluşu yönetimleri, hasta sağlık kuruluşu iletişimi ve sağlık hizmetlerinin pazarlaması açısından beklenmedik katkılar sunar.

Hasta Şikâyetlerinin Nedenleri

Hasta ve yakınları, özellikle anneler ve kronik hastalıkları olanlar sürekli bir şekilde hastane veya sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almaya devam ederler. Bu kişiler hastanenin yapısını, hekim ve diğer personeli tanır, hatta çalışanların çalışma usul ve tarzlarına kadar bilirler. Kendi davranış ve işlemlerinin bu bilgileri doğrultusunda oluştururlar. Hasta ve yakınları sağlık hizmeti aldıkları hekim ve sağlıkçılarla mümkün olduğunca daha az çatışma yaşamak isterler. Hasta ve yakınları sağlık çalışanlarına ve sağlık kuruluşlarına olan ihtiyaçlarının çoğunlukla farkındadırlar. Bu nedenlerle, hastalar sağlık hizmeti almış oldukları kişiler ve kurumlardan kolayca şikâyetçi olma eğilimi taşımazlar.

Hasta ve yakınlarının şikâyet *nedenleri farklı bakış açılarıyla sınıflanabilir.* Bununla birlikte, hasta hakları çerçevesinde bir sınıflama yapmak daha önceliklidir. Hasta haklarına göre hasta şikayetlerinin nedenleri,

1.Hizmete ulaşama: Hasta ve yakınlarının en yaygın şikâyet nedenlerinin başında mevcut sağlık hizmetine bir nedenle ulaşamama ve hizmetten faydalanamama gelmektedir. Sağlık hizmetine ulaşımla ilgili yaşanan sorunlar yönetsel, tıbbi, teknik veya iletişimsel nedenlerden kaynaklanabilir.

Bostan ve Kılıç'ın (2014) yaptığı bir ça-

Sağlık sektörü; acil, ikamesi olmayan ve hataya çok duyarlı bir alandır. Hastalar diğer müşteriler gibi kendilerine keyif veya lezzet verecek bir ihtiyaçlarını gidermek arayışında olan insanlar değildir. Ağrı ve endişe taşıyan, dolayısıyla irrasyonel davranış potansiyeli yüksek olan kişilerdir. Alacakları hizmette ortaya çıkacak olan aksaklıklara duyarlılıkları yüksektir. Sağlık sektöründe, hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları arasında gündeme gelen çatışma ve şiddet olaylarının önemli nedenlerinden biri de müşterilerinin irrasyonel olma potansiyellerinin yüksek olmasıdır.

Hasta şikâyetleri sistemi aynı zamanda hasta ile sağlık kuruluşu arasında sağlıklı iletişim kapısıdır. Şikâyet hasta hakları birimi, şikâyet için başvuran hasta veya yakının hastaneyle tekrar iletişime geçmesini sağlamaktadır. Ayrıca şikâyetinin kurum dışına çıkması ve başka kurum ve makamlar nezdinde kötü bir şöhret kazanmasını engellemektedir. Bir başka deyişle "kol kırılır yen içinde kalır" atasözünü hastane açısından gerçekleşmesini sağlar.

lışmada hasta ve yakını şikâyetlerinin %44 gibi büyük bir kısmını hizmete ulaşamama oluşturmaktadır (4). Sağlık kuruluşuna ve döneme göre değişiklik göstermekle birlikte, bir genelleme yapmak gerekirse hasta ve yakını şikâyetlerinin %40 hizmete ulaşamamakla ilgilidir denebilir.

2.Tıbbi gerekliliğe ve özene uygun hizmet alamama: Hastaya yanlış tetkik istemekten, yanlış tanı koymaya, hatalı ilaç verme veya yanlış tedavide bulunma, tetkik sonuçlarını özensiz değerlendirme, hastanın tedavi süreçlerindeki sıralamaya dikkat etmeme gibi birçok tıbbi sorun bu başlık altında oluşmaktadır. Tıbbi hatta nedeniyle tedavi süresinin uzaması, sakat kalma veya ölüme kadar giden sonuçlar ortaya çıkabilir. Bostan ve Kılıç'ın (2014) çalışmasında tıbbi gereklilik ve özene uygun hizmet alamamaya bağlı şikâyet oranı %15,4 civarında görülmektedir.

3.Bilgilendirme yetersizliği: Hasta şikâyetlerinde öne çıkan nedenlerden biride hastanın yeterince bilgilendirilmemesi bağlı ortaya çıkan sorunlardır. Hasta ve yasal vasisi özellikle aydınlatılmış onam alınması gerekli durumlarda yeterince bilgilendirilmeden, hastaya tıbbi işlem yapılması bir takım sorunlara yol açmaktadır. Hasta doğabilecek sorunlar hakkında yeterince bilgilendirilmediyse, imzalatılan onay formunun yasal yeterliliği söz konusu değildir. Her türlü bilgilendirme eksiği sağlık kurumunda sorunların çıkışına sebep olabilir. Bostan ve Kılıç'ın (2014) çalışmasında bilgilendirme yetersizliğine bağlı şikâyet oranı %6 civarındadır.

4.Saygı ve konfor eksikliği: Hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti alma sürecindeki beklentileri arasında, mahremiyetine, bilgilerine, kişiliğine saygı duyulması, insani bir yaklaşım görmek ve insani ihtiyaçlarını makul bir şekilde karşılamak gelmektedir. Sağlık hizmeti sunucularının hasta yakınlarına karşı davranışları ve sağlık kuruluşunun fiziksel durumu hastaların saygı ve konfor ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli rol oynamaktadır. Poliklinik alanlarında oturma alanlarının yetersizliği, hasta odalarının küçük olması, temizlik sorunları gibi…

Saygı, mahremiyet, konfor ve iletişim sorunlarının Bostan ve Kılıç'ın çalışmasında şikâyet edilme oranı %29 civarında bir oranla şikâyet konuları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır.

5.Yönetsel, mali veya teknik sorunlar: Sağlık işletmelerinde yöneticilerle ilgili şikâyetler, cihaz ve teknik donanımlarla ilgili şikâyetler ve özellikle özel sağlık

kuruluşu ve hastanelerde mali konularda şikâyetler de söz konusu olmaktadır.

Hasta Şikâyet Yolları

Hasta ve yakınları şikâyetlerini resmi veya gayri resmi yollarla dile getirebilmektedir. Kendi kendine söylenmesinden, eş-dost, akrabaya şikâyet etmesinden, Cumhurbaşkanına yazmaya kadar çok seçenekler bulunmaktadır. Hastalar şikâyetlerini, sözle, yazarak, telefon ederek, mesaj atarak, mektup ve e-mektup yazarak dile getirmektedirler. Bu yol ve yöntemler şöyledir.

1. İnformal şikâyetler: Birçok hasta veya yakını sağlık hizmeti alma sürecinde yaşadığı olumsuzlukları ve rahatsızlıkları resmi bir şikâyet dilekçesi haline getirmez. Bunun birçok sebebi vardır. Sorun yaşayan hizmet veya ürün alıcılarının "yüzde birinden azının" formal şikâyette bulunduğu ifade edilmektedir. Bu oranın sağlık hizmetlerinde daha da az olacağı ileri sürebilir.

Formal şikâyet yollarını kullanmayanlar, gerçekte şikâyette bulunmazlar mı? Elbette şikâyette bulunurlar. Fakat informal yolları kullanarak. Kendi kendine söylenmeyle başlayan şikâyet, eşe dosta, gördüğüne, konuştuğuna anlatmayla devam eder. Dilden dile kulaktan kulağa çok geniş bir alana şikâyet ulaşır. Duyan bir sonrakine düzleştirme veya sivriltme yaparak farklı bir versiyonda sunulan hizmetin olumsuzluğunu, kurumun kötülüğünü, sağlık çalışanının beceriksizliğini ve merhametsizliğini anlatır ki, ortaya bambaşka bir şey çıkar.

Kişiler yaşadıkları olumsuzlukları tanıdığı yöneticilere ve etkili kişilere yine söylem bazında iletirler. Kurum yöneticilerinin veya çalışanların uyarılmasını informal şekilde isterler. Şikâyetler, telefon görüşmelerinde, mesajlarda veya guruplarda, sosyal medya alanlarında paylaşırlar. Şikâyet sitelerine yazılır. Dolaysıyla resmi yolla alınacak bir şikâyet, yüzlerce değişik ortamda paylaşılmış bin şikâyete dönüşür.

İnformal şikâyet yolunun doğrudan kurum veya kişi hakkında bir inceleme yapılmasına neden olmasa da, olumsuz kamuoyu oluşmasına neden olur. Toplumun hafızasına yerleşecek bu olumsuzluklar zamanla kurumun imajını yerle bir eder. Artık o sağlık kurumu, hastane veya hekim zorunluluk haricinde tercih edilmeyecek konuma gelir.

2.Formal şikayet yolları: hastaların for-

Tablo 1: Yıllara Göre Hasta Hakları Birimlerine Hasta Şikâyet Sayıları ve Dağılımı*

Hasta Hakları Başvuru İstatistikleri		Başvuru Sayısı	Yerinde Çözülen Başvuru Sayısı	Hasta Hakları Kurullarında Görüşülen Başvuru Sayısı	Hasta Hakkı İhlali Var Karar Sayısı
Yıllar	**Sayı-Yüzde**				
2005	Sayı	35.457	29.354	6.103	589
	%	100	83	17	10
2008	Sayı	89.961	75.863	14.098	2.510
	%	100	84	16	18
2012	Sayı	195.669	162.556	33.113	1.476
	%	100	83	17	4
2015**	Sayı	76135	71379	3713	529
	%	100	93	7	14
2018**	Sayı	89450	88434	2125	282
	%	100	98	2	13

*Tablodaki veriler Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları İstatistiklerinden yararlanarak oluşturuldu.
**2015 Yılından itibaren Hasta Hakları Kurulları, İl Sağlık Müdürlüklerine taşınmış olup, karar yüzdeleri "hasta hakları ihlali var-yok" sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2: Hastaların Şikâyetlerinin Dağılımı

Şikâyet Edilen Birimler	**Sayı**	**(%)**	**Şikâyet Edilen Çalışanlar**	**Sayı**	**(%)**
Poliklinikler	7.653	43,1	Uzman Doktor	6.730	37,9
Acil Servis	3.002	16.9	Yönetici	2003	11,3
Klinikler	2.102	11,8	Pratisyen	1.827	10,3
Laboratuvarlar	1.396	7,9	Hemşire / Sağlık Görevlisi	1.551	8,7
Ameliyathane	382	2,2	Sekreter / Güvenlik	1428	8,0
Halkla ilişkiler	345	1,9	Diş doktoru	969	5,5
Sosyal Hizmetler	192	1,1	Sağlık Teknisyeni	854	4,8
Yoğun bakım	212	1,2	İdari personel	289	1,6
Ev idaresi	100	0,6	Diğer Sağlık Personeli	168	0,9
Diğer (Yönetim, Eczane, vb.)	2.382	13,4	Hasta Bakıcı	124	0,7
Coğrafi Bölge	**Sayı**	**(%)**	Diğer	1.823	10,3
Marmara	6,194	34,9	**Uzman Doktorlar**	**Sayı**	**(%)**
İç Anadolu	3,496	19,7	Dâhiliye	1.481	22,0
Ege	2,371	13,3	Cerrahi	1.328	19,7
Kara Deniz	1,957	11,0	Kadın Doğum	662	9,9
Akdeniz	1,706	9,6	Çocuk	309	4,6
Güneydoğu Anadolu	1,218	6,9	Diğer	2.950	43,8
Doğu Anadolu	821	4,6	**Toplam**	**6709**	**100**
Toplam	**17.766**	**100**			

mal şikayet yolları yazılı bir şekilde tanımlanmıştır.

2.1. İdari şikâyetler: Hasta ve yakınlarının idari hukuk çerçevesinde şikâyetlerini iletebilecekleri çok merci ve yol vardır. En yakın yol sağlık kurumu veya hastane içerisinde bulunan "Hasta Hakları Birimine" giderek şikâyette bulunmaktır. SABİM 184, CİMER, İnsan Hakları şikâyet hattı gibi bir tür kurumsal çağrı merkezlerine telefon veya internet üzerinden şikâyetler yapılabilir.

Bütün bu şikâyetler netice itibariyle ilgili birimler tarafından yönlendirilerek hasta hakları birimine gelir. Bu birim tarafından araştırıl ve il hasta hakları kuruluna dosya halinde gönderilir. İl hasta hakları kurulu şikâyet dosyasını inceler, tartışır ve gizli oylama ile karar verir. Kurul, karar ve önerilerini ilgili sağlık kurumu ve kişilere tebliğ eder.

Hasta hakları birimi tarafından hazırlanan şikayet dosyası, il hasta hakları kurulu tarafından çalışanı hakkında "hasta hakkı ihlali var veya yok" diye karar bağlanır. Kuruluşun üst yöneticisi veya hastane başhekimi çalışan hakkında muhakkik atayarak inceleme ve soruşturma açabilir. Soruşturma sonucuna göre ilgili kanun hükümleri doğrultusunda ceza verme yetkisi saklıdır.

2.2. Meslek Odalarına Şikâyet: Türkiye'de hekimlerin, diş hekimlerinin ve eczacıların meslek birlikleri ve odaları, diğer sağlık meslek mensuplarının mesleki kuruluş olarak dernek ve vakıfları bulunmaktadır. Özellikle mesleklerini serbest icra eden hekim, diş hekimi ve eczacıların çalışma izinlerini, ücretlerini ve denetimlerini meslek odaları yapmaktadır. Bu meslek birlikleri ve odalarının kanunlarında, uyarıdan meslekten men cezasına kadar ceza verme yetkisi mevcuttur.

2.3. Tazminat Davaları: Anayasanın 17 maddesi "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" hükmüyle sağlık alanında yapılacak tıbbi müdahalelere yönelik bir çerçeve düzenleme yapmıştır. Türk Medeni Kanunu ve Borçlar Kanununda da kişinin hayatına, beden bütünlüğüne ve sağlığının korunmasına yönelik yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu şartlar altında hekim ve sağlık hizmeti sunucuları hastalara yapacakları tıbbi işlem ve girişimlerde hukuka uygunluğu, hastanın rızasını, tıbbi gerekliliği ve tıbbi prosedürlere uygunluğu gözetmek zorundadırlar.

2.4. Ceza Davaları: Hasta veya yakını, her hangi bir tıbbi müdahale esnasında bedeninin veya sağlığının geçici veya kalıcı şekilde zarar görmesi veya hastanın ölmesi durumunda ceza davası açılabilmektedir. Türk ceza kanunu kişilerin bedenlerine, sağlıklarına zarar verme biçimlerini kast, taksir ve bilinçli taksir olarak üç şekilde değerlendirmektedir.

Hasta şikâyetlerinin ceza hukuku kapsamında mahkemelerce yargılamaya dönüşmesi ve mahkûmiyet kararıyla sonuçlanması hasta şikâyetlerinin en ağır neticesidir.

Türkiye'deki Hasta Şikâyetlerinin Analizi

Türkiye'de hasta şikâyetleri ile ilgili ilk sistematik kayıtlar 2004 yılı itibariyle hastanelerde kurulan hasta hakları birimleri ve Sağlık Bakanlığının kurduğu Sağlık İletişim Merkezi (SABİM 184) çağrı hattı tarafından tutulmaya başlandı. Bostan, Kılıç ve Çiftici'nin (2014) SABİM üzerinden 2004-2009 yılları dâhil yapılan bütün hasta şikâyetlerini (5) ve Bostan ve Kılıç'ın (2014) 2009 yılında Türkiye'deki Sağlık Bakanlığına bağlı bütün hastanelerdeki hasta hakları birimlerine yapılan hasta şikâyetlerini incelemek imkânı oldu (4). Bu her iki çalışma ve Sağlık Bakanlığı, Çalışan ve Hasta Hakları Daire Başkanlığı istatistikleri (6) kapsamında hasta şikâyetleriyle ilgili Tablo 1'deki bilgilere ulaşılmıştır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi; hasta şikâyet sayıları 35 binden (2005) başlayarak zaman içerisinde yıllık 168 bine (2015) kadar çıkmış ve daha sonra 73 bine kadar (2017) düştükten sonra tekrara yükselişe geçmiştir. Yazılı şikâyet sayısı, 6 binden (2005) başlayarak 33 bine (2012) kadar çıkmış. Sonra 2014 yılında

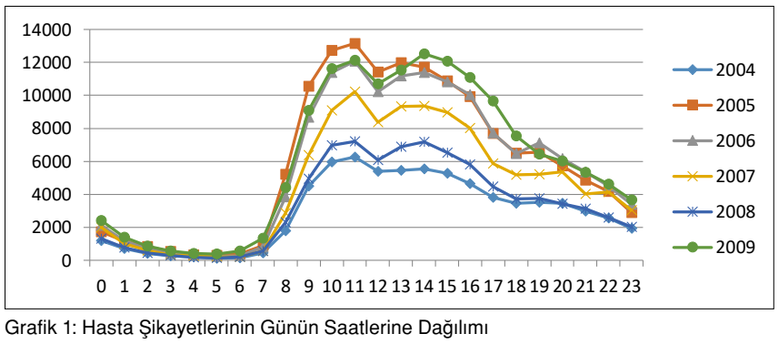
23 bine kadar düşmüş. Hastanelerdeki hasta hakları kurulları kapatılıp il sağlık müdürlüklerindeki hasta hakları kurularının şikâyetleri değerlendirmeye başlamasıyla beraber yazılı şikâyet sayısı 3 bin yedi yüze inmiş ve inmeye devam ederek 2018 yılı itibariyle bu rakam 2 bin yüz yirmi beşe kadar gerilemiştir.

Yazılı şikâyetlerin değerlendirilmesinde hasta hakları kurulları kendilerine yapılan yazılı şikâyetlere göre hastaları 2014 yılında %3 ile en düşük ve 2008 yılında %18 ile en yüksek oranda haklı bulmuştur. Kurulların il sağlık müdürlüklerine geçtikten sonra, "hasta hakkı ihlali var" karar oranı %14 civarına çıkmıştır.

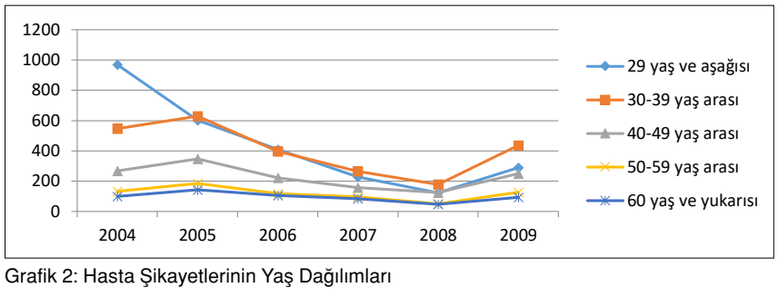
Hasta şikâyetleri zaman açısından incelendiğinde yıl içerisinde şikâyetlerin aylara ve ayın günlerine dağılımında önemli bir farklılık olmamaktadır. Haftanın günlerinde hasta şikayetleri pazartesi, salı günleri %18 gibi yüksek olup, hafta sonuna doğru azalarak, hafta sonu %5-6 gibi en düşük seviyesine varmaktadır (Grafik 1).

Grafik 1, günün saatlerinde hasta şikayetleri nasıl değiştiğini göstermektedir. Hasta şikayetleri mesai başlangıcıyla birlikte yükselişe başlıyor, saat 11 civarında en yüksek orana ulaşıyor ve öğleden sonra saat 14 civarında ikinci pik yapıyor ve sonra düşüşe geçiyor. Grafik 2'de ise hasta şikayetlerinin %21 ile en yüksek düzeyde 30-39 yaş gurubunun dile getirdiği, yaş ilerledikçe şikayet etme oranının azaldığı ve 60 yaş ve üzerinde bu oranın %3'lere düştüğü görülmektedir. Grafik 3, erkekler %66 ile daha fazla şikâyet kanallarını kullandığını göstermektedir. Erkekler sadece kendi adlarına değil, eş ve çocukları adlarına da şikâyette bulundukları düşünülmektedir. Hasta şikâyetleriyle ilgili elde edilen bulgulara göre; Hastaların şikâyet etme eğilimleri eğitim düzeylerinin artışıyla da doğru orantılı bulunmuştur. Memurlar, ev hanımları, işçiler ve serbest çalışanlar daha fazla şikâyet etmeye meyilli görünmektedir (Tablo 2).

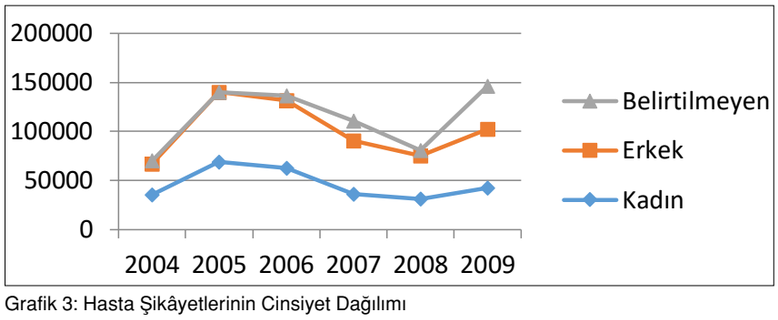
Tablo 2'deki veriler hastaların hangi birimlerden ve hangi çalışanlardan daha çok şikâyetçi olduğunu göstermektedir.



Grafik 1: Hasta Şikayetlerinin Günün Saatlerine Dağılımı



Grafik 2: Hasta Şikayetlerinin Yaş Dağılımları



Grafik 3: Hasta Şikâyetlerinin Cinsiyet Dağılımı

Şikâyetler poliklinikler (%43), acil servis, laboratuvarlar ve kliniklerde daha fazla oluşmaktadır. En fazla uzman hekimler şikâyet edilmektedir. Uzman hekimler içerisinde de dâhiliyeciler ve cerrahlar açık ara şikâyet edilmektedir. Hastayla doğrudan iletişi olan hemşireler, pratisyen hekimler ve diş doktorları, tıbbi sekreterlerde sık şikâyet edilen sağlıkçılar arasındadır.

Nüfus yoğunluğu ve sağlık kuruluşu sayısının dağılımına uygun bir şekilde coğrafik olarak hasta şikâyetleri şekillenmektedir. Marmara, İç Anadolu ve Ege bölgeleri birbirini takip etmektedir. Hasta şikâyetleri daha çok hastanelerde ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı verileri ve diğer iki çalışma geniş ölçüde Türkiye'deki hasta şikâyetlerinin zihinsel haritalanmasını sağlamıştır.

Sonuç olarak, hasta şikayetleri hasta ve yakınlarının hizmet almadaki mahrumiyetlerinin giderilmesi için ne kadar önemliyse, sağlık kuruluşu, çalışanı ve yönetimi içinde sorunları tespit etmek, hizmet kalitesini geliştirmek, yenilenmek, hasta sadakatini kazanmak, etkin sağlık hizmeti vermek, kurumsal misyonunu gerçekleştirmek, prestij sağlamak ve kurumsal vizyona ulaşmakta da o kadar yol gösterici ve etkilidir. Önemli olan bunun farkında olan yöneticilere ve yönetim stratejilerine sahip olmaktır. Yoksa hizmet alan ve veren olarak birlikte mana kazanan iki kesim arasındaki çatışmaların önüne geçmek mümkün olmayacaktır. Çözüm, yasal düzenlemeler değil, profesyonel ve proaktif hasta şikayetleri yönetimidir.

Kaynaklar

1) Barlow, J., & Claus , M., Her şikâyet bir armağandır. (Çev. Günhan Günay) 1. Basım, İstanbul: Rota Yayınları, 1999.

2) Barış, G., Kusursuz Müşteri Memnuniyeti İçin Şikâyet Yönetimi. İstanbul: MediaCat, 2006.

3) Alabay, Dr. Mehmet Nurettin, Müşteri Şikâyetleri Yönetimi, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, Cilt 8, Sayı 16, 2012.

4) Bostan, Sedat., Kılıç Taşkın., Development of Patient Rights and Analysis of Patient Complaints in Turkey, Sociology Study, September, Volume 4, Number 9, 818-827, 2014. doi: 10.17265/2159-5526/2014.09.008

5) Bostan, Sedat., Kılıç Taşkın., Çiftçi, Fatma., Sağlık Bakanlığı 184 Sabim Hattına Yapılan Şikâyetlerin Karşılaştırmalı Analizi, Global Journal of Economics and Business Studies, Cilt: 3 Sayı: 5 (43-51), 2014.

6) Sağlık Bakanlığı, Çalışan ve Hasta Hakları Daire Başkanlığı Web sitesi, Hasta Hakları İstatistikleri, https://hasta.saglik.gov.tr/TR,4771/hasta-haklari.html (Erişim: 4.11.2019)

Çocuklarla iletişim

Prof. Dr. Fahri Ovalı

Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcılığı görevlerinde bulunan Dr. Ovalı halen aynı üniversitenin tıp fakültesinde öğretim üyeliğine devam etmektedir.

Her canlı varlık çevresiyle iletişim ve etkileşim içindedir. Zaten etkileşim olabilmesi için öncelikle iletişim olmalıdır. İnsan yavrusu da doğduğu ilk andan itibaren çevresiyle iletişime geçer. Aslında bu iletişim doğumdan önce de daha anne karnında iken başlar. Fetüsün nörolojik gelişimi gebeliğin ilk dönemlerinde başlar ve beyin gelişimi, diğer organlara göre çok daha erken dönemlerde meydana gelir. Öyle ki, beyin gelişimin doğrudan bir göstergesi olan baş büyüklüğü, yeni doğan bir bebekte tüm vücudun dörtte biri kadar iken, erişkin bir insanda, diğer organların daha sonra gelişmesine bağlı olarak sekizde bire düşer. Fetüsün, gebeliğin 10-12. haftasından itibaren ağrı duymaya başladığı göz önüne alınırsa çevresiyle iletişime geçtiği de kabul edilebilir. Doğumla birlikte bebeğin ilk nefesini alması ve ilk ağlaması da artık dünya ile iletişime geçtiğinin ilk işaretidir. "Dünyaya gelmek", dünya ile iletişime geçmek demektir.

Çocuklar ilk nefesle birlikte bizimle iletişime geçtikleri gibi biz de onları ilk gördüğümüz andan itibaren onlarla iletişime geçmiş oluruz. Doğal olarak bu ilk iletişim şekli sözel (linguistik) değil, vokal, davranışsal ve vücut dili iledir. Çocuklar büyüyüp geliştikçe iletişim yöntemleri de değişir ve çeşitlenir. Bu nedenle çocuklarla iletişimde temel nokta, çocuğun bulunduğu yaş dilimi ve gelişmişlik düzeyine göre hareket etmektir. Zaten çocuğun sağlıklı gelişmesi de aslında kurulacak sağlıklı iletişime bağlıdır. Çocuğun sağlıklı gelişmesi, toplumumuzun ilerideki sosyal, kültürel, ekonomik vb. hayat kalitesini ve toplumsal refahı etkileme kapasitesine sahip olduğu için çocuklarla kurulacak sağlıklı iletişimin geleceğimize yapılacak en büyük yatırım olduğu söylenebilir. Çocukları, küçük erişkin olarak kabul etmek yerine tüm haklara sahip birer birey olarak benimsemek, kendi özel ihtiyaçları ve yetenekleri bulunduğunu kabul etmek, onları dinlemek ve saygı ve empati göstermek gerekir. 1989 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocukların tüm haklara sahip, "tam" bir birey olduğunu ve hayatlarının her döneminde mümkün olan en iyi şartlara sahip olmaları gerektiğini belirtir. Çocuklar ne kadar ağır ve kötü şartlar altında olursa olsun, "pozitif" iletişime her zaman olumlu yanıt verirler ve kendi potansiyellerini tam olarak geliştirebilirler.

Hayatın ilk 18 yıllık dönemini içeren çocukluk çağı, kendi içinde birkaç bölüm halinde incelenebilir. Hayatın ilk 1 ayı yenidoğan dönemi, ilk 2 yılı ise süt çocukluğu dönemi olarak adlandırılır. Daha sonraki dönem, oyun çocukluğu ve okul öncesi çağ olarak nitelendirilir. Okul çağını ise adolesan (ergenlik) dönemi takip eder ve 18 yaşını bitirmiş birey, ergin olarak kabul edilir. Çocukların davranışsal ve kognitif gelişimi daima belirli bir sıra izler ancak çocuktan çocuğa gelişim hızı yavaş veya hızlı olabilir. Yaşam, büyüme ve gelişme birbirini etkilediği için iletişim de her üçünü kapsayacak şekilde holistik tarzda olmalıdır. Diğer bir deyişle, verilecek mesajlar çocuğu bir bütün olarak kapsamalı, tek bir konuya odaklanmamalıdır. İletişimin çocuğun yaşına uygun olması temel ilkedir. Bir başka temel ilke ise çocuğun ailesi içinde var olduğunun dikkate alınarak aile ile de sağlıklı iletişim kurmaktır. Bu bağlamda erişkinlerin rol model olması son derecede önemlidir. Bir başka önemli nokta, iletişimin daima olumlu yönde ve çocuğun yeteneklerini ve öz güvenini geliştirici tarzda olması, her çocuğun farklı ihtiyaçlarını ve özelliklerini göz önüne alarak yapılmasıdır.

Çocuklarla "erişkin merkezli iletişim" değil "çocuk merkezli iletişim" kurmak esas olmalıdır. Çocuk merkezli iletişim, yalnızca araya çocuk karakterler koymak veya çocuklara özel jargonla konuşmak demek değildir. Her yaş grubuna uygun görme, işitme, hayal etme ve yaratma yeteneklerini harekete geçirecek tarzda iletişim stratejileri geliştirilmek esastır.

Yaş Dönemlerine Göre Çocuklarla İletişim

Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde çocukların konuşma yetileri henüz gelişmediği için formel dil ile iletişim kuramazlar. Ancak göz temasından ve davranışlardan her zaman etkilenirler

ve birkaç aylıktan itibaren de söylenilenleri anlamaya başlarlar. Anlama, genellikle söylenilen kelimelerin tonu, hızı ve yüksekliğini anlama şeklindedir. Hoşlandıkları kelimelere ve cümlelere gülerek ve neşeyle karşılık verirken, hoşlanmadıkları kelime ve cümlelere surat asarak veya ağlayarak cevap verirler. Anne karnında iken belirli sesler veya müzik parçaları dinlettirilen çocukların doğumdan sonra da aynı sesleri duydukları zaman sakinleştikleri gösterilmiştir. Anne karnındaki çocuğun en fazla duyduğu ses, annesinin kalp sesleri ile annesinin sesidir. Dolayısıyla doğumdan sonra da en rahat ettiği ve sakinleştiği yer annesinin kucağıdır, zira artık "güvenli" bir yerdedir. Bebekleri uyutmak için söylenen ninnilerin sözlerinin çoğu anlamsızdır ancak metnin prozodisi ve söyleyiş tonundan etkilendikleri için rahat bir şekilde uykuya dalabilirler.

Oyun çağı ve okul öncesi dönemde hekime getirilen çocuklarda iletişim genellikle çocuğun ailesi, sıklıkla da annesi ile olmaktadır. Ancak bu dönemde çocukların konuşma yetileri gelişmiş olduğundan çocuklarla doğrudan iletişim unutulmamalıdır. Bu dönemde çocuklar her şeye meraklıdır, özgüvenleri gelişmektedir, tekrarlardan, taklitten, dans etmekten, hareketten ve her konu hakkında sonsuz soru sormaktan mutlu olurlar. Onların bu isteklerine uygun şekilde karşılık verebilmek için çocuğun yaşına uygun kitaplar, şarkılar, oyuncaklar önemli desteklerdir. Çocuğun basit seçimler yapmasına ve kendi fikirlerini söylemesine imkân tanınmalı ve desteklenmelidir. Böyle bir çocukla hekimin iletişim kurması da kolay olur. Çocuğun sevildiğini ve güvenlik içinde olduğu duygusu verilmeli, duygu ve korkularının normal olabileceği söylenmelidir.

İlkokula başladıktan sonra çocuklardaki merak duygusu daha da artar. Dil yetenekleri daha da gelişir, birçok yeni bilgi ve beceri öğrenir ve çevresiyle daha fazla ilgilenmeye başlar. İlk yıllardaki egosantrik hayattan yavaş yavaş sosyal hayata geçmeye başlar, kendi cinsiyetine uygun davranış kalıpları ve arkadaşlıklar geliştirir, problem çözme yetenekleri gelişir. Olaylar arasındaki nedensellik bağını öğrenir. Daha fazla bağımsızlık çabası, daha fazla kazaları da beraberinde getirir. Bu dönemde etrafında gördüğü ve duyduğu her şey, davranışlarını ve fikirlerini etkilemeye başlar. Doğru ve yanlışı öğrenir ve bu konuda seçimler yapmaya başlar. Dolayısıyla bu dönemdeki çocuklarla kurulacak iletişimde daha açıklayıcı bir dil kullanmak doğru olur. Çocukların kendileri veya çevreleri hakkındaki olumlu düşünceleri desteklenmeli, rehberlik yapılmalı, kendi beceri ve yeteneklerini denemelerine ve geliştirmelerine olanak sağlanmalıdır. Bu dönemdeki çocuklarla konuşurken kendi istek, duygu, düşünce ve endişelerini anlatmalarına izin verilmeli, sözleri kesilmemelidir. Erişkinler için önemsiz gibi görünen birçok olayın veya fikrin onlar için çok önemli olduğu bilinmelidir. Rol model olarak çocuğa merhamet, şefkat, problem çözme, empati yapma öğretilmeli, bu amaçla bulmaca, beyin oyunları, tekerlemeler vb. kullanılmalıdır. Arkadaşlık, dostluk, fedakârlık gibi konularda "doğruyu yapan" çocuklara ilişkin öyküler, filmler, kitaplar çocuğun gelişimine yardımcı olacaktır. Muayeneye gelen bir çocuğun kendini ifade etmesine olanak sağlanması hem güven duygusunun gelişmesini hem de çocuğun iş birliğini sağlar.

Çocuk acil servisinde yapılan bir çalışmada, hekime söylenen ifadelerin ancak %12'si çocuklar tarafından ifade edilmiş, annelerin her 156 cümlesine karşılık çocukların 20 cümlesi olduğu tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe çocuklar daha fazla konuşmaya başlamakta ve kendi cinslerinden olan hekimlerle de daha fazla konuşmaktadırlar.

11-12 yaşından sonra adolesan dönemi başlar. Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan bu dönem hem gençler için hem de erişkinler için zorlu ve fırtınalı olabilir. Çocukta meydana gelen birçok fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal ve kognitif değişiklikler, duygusal gel-gitler, aşırı davranışlar söz konusudur. Rasyonel düşünme ile irrasyonel riskli davranışlar, erişkin tipi sorumluluk alma ile çocuksu kırılganlıklar sıktır. Adolesanlar, rasyonel plan yapmakta, öncelik belirlemede, davranışlarının neticesini öngörmede zorlanabilirler. Adolesanlar için arkadaşlar ve arkadaşların söylemi, aileden çok daha önemlidir; bu nedenle aile içi çatışmalar nadir değildir. Arkadaş baskısı ne kadar antisosyal, sağlıksız veya riskli olursa olsun birçok kararda belirgindir. Bu çatışmaların ortaya çıkmasında ve çözülmesinde aile içi ve toplumsal kültür, gelenekler ve davranış tarzı önemlidir. Hekimin de adolesan bir hastaya yaklaşırken içinde bulunduğu çevreyi ve gelmiş olduğu aşamayı iyi analiz etmesi ve ona göre hareket etmesi gerekir. Buyurgan, otoriter ve baskıcı bir dil, hekim ile adolesan ilişkisinin oluşmasını önler veya oluşmuş ilişkin zedelenmesi sağlar. Adolesanlara sevecen ve empatik bir dille rehber olmak, sorunlarına ilgi göstermek, pozitif rol model göstermek, yaptıkları hatalardan öğrenmelerini sağlamak ve doğru seçimleri yapmalarına olanak sağlamak gerekir.

Çocuklarla İletişimin Özellikleri

Çocuklarla olan iletişimde "yap" "yapma" tarzı söylemin ne kadar etkili olduğu tartışmalıdır. Yapılan birçok araştırmada çocuklarda korku oluşturan söylemlerin etkili olmadığı, hatta uygun bir alternatif sunulmadığı zaman bumerang etkisi ile negatif davranışlara neden olabildiği gösterilmiştir. Sevildiği ve güvende olduğunu hissetmeyen çocuk sorunlarıyla baş etmede başarısız olmaktadır. Saygı gördüğünü ve düşüncelerine önem verildiğini hisseden çocuk ise daha sağlıklı seçimler yapmakta ve topluma daha fazla uyum sağlamaktadır. Unutulmamalıdır ki, çocukların maruz kaldıkları her şey onları etkilemektedir. Bu etkilenme, bilinç düzeyinde olabildiği gibi, bilinçaltı düzeyinde de olabilmektedir.

Birçok iletişim uzmanı her seferinde tek bir mesaj üzerine odaklanmanın daha doğru olduğunu belirtir. Çocuklar için de aynısı geçerli olmakla birlikte, çocuğa holistik yaklaşım yapmak unutulmamalıdır. Zira bir çocuk iyi beslenebilir ama sevgiye aç olabilir veya çok sevilir ama fiziksel ya da duygusal olarak kırılgandır. Bu eksiklikler, çocuğun tüm sağlık durumunu etkileyebilir. Örneğin bir çocuğa aşı yapılacağı zaman, kendisini rahatlatması için güzel sözler söylenebilir, hangi koldan aşı olmak istediği sorulabilir, şarkı söylemesi veya oyuncağı ile oynaması teşvik edilebilir. Böylece hem sağlığı korunmuş olur hem de çocuğun öz güveni, seçme hakkı ve duygusal direnci sağlanmış olur. El yıkama öğretilirken, yıkaması gereken süreye uyan bir şarkı söylemesi istenebilir, parmakları teker teker sayılabilir, bitirdikten sonra tebrik edilebilir. Böylece hem sağlık ve hijyen hem de okula hazırlık ve öz güveni sağlanmış olur.

İlk yaşlardan itibaren çocukların en önemli öğrenme yollarından biri taklittir. Çocuklar çevrelerindeki insanları, başta ebeveynleri, öğretmenleri, arkadaşları olmak üzere taklit ederler. Dolayısıyla çocuğun etrafındaki kişilerin kendi hareket, davranış ve söylemlerine dikkat etmesi çok önemlidir. "Çocuktur, nasıl olsa anlamaz!" düşüncesi doğru değildir. Zaten çocuklar büyüdükçe, kendilerine anlatılan ile çevrelerindeki yapılanlar arasında fark gördükleri zaman bunu sorgulamaya başlarlar. Çocukların sık görülen korkularını göz ardı etmemek fakat abartmamak ve aşırı dramatize etmemek gerekir. Adolesanlarda arkadaşlarını taklit etme daha baskın hale gelir. Adolesanlarda zor deneyimlerini ve duygularını dinlemek, empati kurmak, korku ve suçluluk duygularını anladığını belirtmek ve çözüm yolları konusunda "beyin fırtınası" yapmak, onlara değerli olduklarını hissettirecek ve rahatlamalarını sağlayacaktır. Buyurgan ve emir verici tavırlar ise iletişimin tamamen kopmasına yol açabilir.

Çocuklarla yapılacak sağlıklı iletişim, onlarla olan bağlarımızı güçlendirir ve onların da bizi dinlemesini kolaylaştırır. İletişim esnasında çocukların konuşmasına fırsat tanımak ve konuşmaları konusunda cesaretlendirmek gerekir. Çocukların yalnızca güzel şeyleri değil, sıkıntı, endişe, üzüntü ve öfkelerini de anlatmalarına izin verilmelidir. Çocuklar konuşurken vücut dillerine ve kelimelere yaptıkları vurgulara da dikkat edilmelidir. Değişik yaştaki çocukların konuşma süresine dikkat edilmelidir. Küçük çocukların dikkatlerini daha kısa süre toplayabilecekleri bilinmelidir. Onu anladığınızı belirtmek için söyledikleri tekrar edilebilir. Çocuğun söyledikleri kesilmemeli, "ağzına tıkılmamalıdır." Söylediği sorun da hemen çözülmeye uğraşılmamalıdır; belki de yalnızca anlatmak ve söylediklerine önem verildiğini görmek istiyordur. Sözünü bitirmesini beklemek ve ondan sonra konuşmak en iyisidir. Yapmasını istenilen şeyler basit ve net bir dille anlatılmalıdır. Eleştiri ve utandırmaktan kaçınılmalıdır. Yanlış bir hareket görüldüğünde, niçin o hareketi tekrar yapmaması gerektiği anlatılmalıdır. Erişkinler de diğer insanlarla saygılı bir şekilde konuşarak rol model olmalıdır.

Vücut dili konuşma dilinden daha fazla bilgi vericidir ve gerçekçidir. Aslında tüm insanlar, kendilerine benzeyen ve kendileri ile uyum içinde olan kişilerden daha fazla hoşlanır ve onların yanında daha olurlar ve onlara güvenirler. Hekim, kendi yüz ifadesi, ses onu ve jestlerinin çocukta nasıl bir reaksiyon oluşturduğunu sürekli gözlemlemeli ve sözlerini ona göre ayarlamalıdır. Hekimin giyimine ve dış görünüşüne özen göstermesi güven kazanmasını kolaylaştırır. Bunun için mümkün olduğu kadar temiz, düzenli, bakımlı ve iyi giyimli olması gerekir. Kendine özen göstermeyen kişi, başkalarından da kendisine saygı beklemiyor demektir.

Tüm hastalarda olduğu gibi çocuklarda da mahremiyet çok önemlidir ancak genellikle "çocuk" olduğu için dikkat edilmez. Uygunsuz ortam koşulları iletişimi olumsuz etkileyeceği için tüm görüşmelerin mümkünse ayrı bir odada, başkalarının duymayacağı şekilde yapılması gerekir. Büyük çocuklara ismini, yaşını ve diğer bilgileri sormak ve şikâyetlerini bir de çocuktan dinlemek faydalıdır.

Yenidoğanlar dahil tüm çocuklardan bahsederken çocuğun ismiyle hitap etmek veya çocuğun ismini söyleyerek çocuktan bahsetmek gerekir. Çocukların yanında yalnızca ailelerle konuşmak ve çocukları ihmal etmek doğru değildir. Hastanede çalışan kişi çocuk hastayla karşılaştığı zaman öncelikle kendini tanıtmalı, kendi görevini söylemeyi ve görüşmenin içeriği ve amacı hakkında bilgi vermelidir. Böylece aile

ve çocuk hekim ile iş birliği içine girer; aksi takdirde aile bazı konuların hekimi "ilgilendirmediğini" düşünerek tam ve doğru bilgi vermeyebilir. Görüşme odasında çocuğun oyun oynayabileceği bir alan olması iyi olur. Ancak görüşmeyi ve muayeneyi engelleyecek tarzda gürültülü ve dikkat dağıtıcı eşyalar bulunmamalıdır. Genel olarak çocuklarla konuşurken suçlayıcı, damgalayıcı, itici, otoriter, yabancı, yargılayıcı, eleştirici ve üstünlük belirtici davranışlardan kaçınılmalıdır. Aşırı miktarda ve sorulmayan konularda bilgi vermek, erken veya uygunsuz güven vermek, aşırı güven vermek, bir durum veya düşünceyi inatla savunmak, klişe deyimler veya sözler kullanmak ve kapalı uçlu, kısa sorular sorarak çocuğun duygularını belirtmesini engellemek gibi iletişim engellerinden de kaçınmak gerekir.

Çocuğu övme olabildiğince sık yapılmalı, başkalarının duyması sağlanmalı, içten duygular belirtilmeli ve uygun bir beden dili seçilmelidir. Buna karşılık herhangi bir eleştiri yapılacak ise yalnızken yapılmalı, açıkça anlaşılması sağlanmalı, haklı övgülerle birleştirilmeli ve kızgınken vazgeçilmeli, sakinleşmeyi beklemelidir. Eleştiriler de uygun bir beden diliyle sunulmalıdır.

Çocuğun hastaneye yatırılması durumunda çocukla birlikte ailede de endişeler artar. Bu dönemde aileler şok, korku, aşırı kaygı, acizlik hissi, durumun gerçekliğini kavramada gecikme yaşayabilir ve kızgınlık, suçluluk gibi karmaşık duygulara sahip olabilirler. Ailenin duygusal tepkileri şiddetten inkâra, öfkeden depresyona, suçluluktan durumu kabule kadar birçok farklı şekilde olabilir. Özellikle ilk şok aşaması, hekim ile aile arasındaki iletişimin başladığı, iletişim açısından en sorunlu dönemdir. Aileler, söylenilenleri kavramada zorlanabilir, endişe ve kaygılarını çocuklarına yansıtabilir ve mantıklı düşünmeleri ve karar vermeleri zorlaşabilir. Ekibin aileye tanıtılması ve ailenin kiminle konuşacağını bilmesi başlangıç için önemlidir. Aileye zaman ayrılması, konuşma sırasında tıbbi terminolojiden kaçınılması gerekir. Yüz yüze kurulan ilişkide algılanan anlamın %10'u kelimelerden, %30'u ses tonundan, %60'ının ise mimiklerden anlaşıldığı göz önüne alınırsa çocuklarla olan iletişimin de aslında erişkinlerdekinden çok farklı olmadığı, yani %90 sözsüz olduğu anlaşılır.

Çocuklara fikirlerinin önemli olduğu belirtilmelidir. Bunun için öncelikle çocuklara zaman ayırılmalı ve çocuklar dinlenmelidir. Dinleme, kelimeleri işitmekten ibaret değildir. Çocuk acil servisinde yapılan bir çalışmada, hekime söylenen ifadelerin ancak %12'si çocuklar tarafından ifade edilmiş, annelerin her 156 cümlesine karşılık çocukların 20 cümlesi olduğu tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe çocuklar daha fazla konuşmaya başlamakta ve kendi cinslerinden olan hekimlerle de daha fazla konuşmaktadırlar.

Çocuk acil servisinde yapılan bir çalışmada, hekime söylenen ifadelerin ancak %12'si çocuklar tarafından ifade edilmiş, annelerin her 156 cümlesine karşılık çocukların 20 cümlesi olduğu tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe çocuklar daha fazla konuşmaya başlamakta ve kendi cinslerinden olan hekimlerle de daha fazla konuşmaktadırlar.

Çocuklar, yaşları ne kadar küçük olursa olsun birer "birey"dir ve saygı görmeyi hak ederler. Çocuklarla olan iletişim, hem aileyi hem de çocuğu içine alan ve çocuğun hakları gözeten holistik bir yapıda olmalıdır. Çocukların yaş dönemlerine göre farklı iletişim stratejilerinin uygulanması önemlidir ve öğrenilmesi gereken bir süreçtir.

çocuklar tarafından ifade edilmiş, annelerin her 156 cümlesine karşılık çocukların 20 cümlesi olduğu tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe çocuklar daha fazla konuşmaya başlamakta ve kendi cinslerinden olan hekimlerle de daha fazla konuşmaktadırlar. Çocukların her zaman doğru konuşması teşvik edilmeli ve ödüllendirilmelidir. Örnek olmak açısından hekim ve aile de doğru konuşmalıdır.

Kronik Hastalığı Olan Çocukla İletişim

Kronik hastalığı olan çocuklar ve aileleri genellikle hastalıkları hakkında oldukça detaylı bilgilere sahiptir. Bu hastalarda mortalite ve morbiditenin fazla oluşu hayat kalitesini doğrudan etkiler. Böylece hastanın tedaviye uyumu, doktora güveni ve tedavi sonuçları daha sağlıklı olur. Aksi takdirde korku, endişe, tedaviyi erken bırakma gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir. Ancak çocuk hastalarda karar verme süreci, hekim-aile arasında veya hekim-aile-çocuk üçgeninde meydana geldiği için biraz daha zorlu ve karmaşık olabilmektedir. Çocuğun giderek büyümesi ve gelişme aşamalarından geçmesiyle de davranış şekillerinin değiştirilmesi gerekecektir. Çocuklar büyüdükçe ve adolesan çağ ilerledikçe tedavi, girişim veya diyet gibi birçok konuda kararı kendi almak isteyebilir. Ebeveynin kendilerine güvenmemesini ise bir çatışma alanı olarak görebilirler. Özellikle adolesanlar risk almayı sevdikleri için tedavilerini aksatabilirler veya itiraz edebilirler. Bazı çocuklar ise bu kararları kendileri almak istemelerine rağmen korkabilirler ve yine son sözü ebeveynine bırakabilirler. Hatta bazı çocuklar, ebeveyninin kendi kararlarını engellediğini düşünebilir. Çocuk bir yandan da annesi ile hekim arasındaki ilişkiyi gözlemlemekte ve rol model olarak bu ilişkiyi örnek almaktadır. Dolayısıyla hekim ile ailenin sağlıklı ilişkisi çocuğun gelecekte hekimiyle kuracağı ilişki açısından da belirleyici olabilmektedir.

Birçok kez, hekimin, ailenin veya çocuğun öncelikleri farklı olabilmektedir. Zira uzun süreli hastalığın yarattığı psikolojik sorunlar aile ve çocuğun hastalığa yaklaşım şeklini değiştirebilmektedir. Bu süreçte, ailenin ve çocuğun kültürel, sosyal, ekonomik veya dini altyapıları her vakada ayrı bir strateji geliştirilmesini gerektirmektedir. Birçok hekim verdikleri kararda sürviyi önceleyip istatistiksel sonuçlara göre hareket ederken çocuklar ve/veya ebeveynler hayat kalitesini ve uzun dönemdeki prognozu önceleyebilirler. Çocuklar ise arkadaşlarıyla oynama, eğlenme ve gezmeyi önceledikleri için hekimleri, kendi özgürlüklerini kısıtlayan kişiler olarak görebilirler. Başkalarının sürekli olarak kendi adına karar aldığını gören çocuk, soru sormaya utanabilir veya sorarsa "aptal görünmekten" korkar. Kronik hastalığı olan çocuğun aile tarafından aşırı korunma altına alınması çocukta da psikolojik bozukluklara neden olabilir ve böyle bir çocukla iletişim kurmak zor olabilir. Örneğin sürekli kullanması gereken ilaçlarını almayan bir adolesanı ailesi "isyankâr" olmakla itham ederken çocuk ilaçların yan etkilerinden dolayı almak istemediğini ileri sürebilir. Bazı aileler çocukların hastalık hakkında fazla bilgi sahibi olmasını istemez ve hekimden öğrendiği bilgileri çocukları ile paylaşmaz. Bu durum ileride çocukla aile arasında daha büyük sorunların çıkmasına neden olabilir, çünkü çocuklar kendi vücutlarında neler olup bittiğini öğrenmek isterler. Çocukların kendi kararlarını vermelerine alıştırmak da önemlidir. Küçüklükten beri yaşına uygun kendi kararlarını vermeye alışkın olan bir çocukla iletişim kurmak ve

kendi kararını vermesini sağlamak çok daha kolaydır.

Çocuklar aile içinde yaşadıkları için aslında çocuklarla kurulan iletişim, aileyle kurulan iletişim demektir ve aile bireyleriyle kurulan iletişim, çocuklarla kurulan kadar önemlidir. Çocukla ve aileyle olan iletişim yalnızca birtakım bilgilerin verilmesinden ibaret değildir ve zaman içinde gelişecek bir ilişkinin temel taşıdır. Böylece hekim ailenin yapısı, ihtiyaçları, hedefleri, ümitleri, korkularını öğrenir ve ona göre davranış yöntemleri geliştirir. Bu özellikler göz önüne alınmadan yapılacak iletişimin etkili olması mümkün olmadığı gibi çocuğun tedavisine katkıda bulunması veya faydalı olması da olanaksızdır. Dolayısıyla çocukla kurulacak her bir iletişim, aslında daha geniş kapsamlı bir ilişki ve iletişimin bir parçasıdır. Özellikle kronik hastalığı olan veya prognozu kötü bir hastalıkla boğuşan bir çocukta bu tür iletişim çok daha önemlidir. Zira aileyle/çocukla bir kere değil, defalarca görüşmek gerekecektir. Gerek etik gerekse yasal açıdan hastaya uygun tedaviler yapılabilmesi ve onamının alınabilmesi için iletişimin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekir. Bazı aileler hekimin doğrudan çocukla konuşup ona bilgi vermesini isterken bazı aileler ise hekimle kendileri konuştuktan sonra çocuklarına bilgileri kendileri vermek isteyebilirler. Zira bazı aileler çocuklarının hastalıklarını ona söylemek istemeyebilirler. Bu durumda hekimin aileyle konuşması, endişelerini öğrenmesi ve korkularını gidermesi gerekir. Aileye gerekli zamanı ayırmak, konuşma esnasında telefon vb. gibi dikkat dağıtıcı unsurlardan uzak durmak, aileye ve çocuğa değer verildiğini göstermesi açısından önemlidir. Bu süre içinde çocuk hiçbir şey konuşmasa bile hekimin birlikte oturarak sessiz bir şekilde zaman geçirmesi bile kuvvetli bir iletişim yöntemidir. Eğer çocuğun tedavisinde multi-disipliner bir ekip görev alıyorsa ekibin kendi arasında toplanıp çocuğun durumunu değerlendirmesi ve uygun iletişim yöntemleri hakkında konuşması, iş birliği ve iş bölümü yapması faydalı olur.

Kronik hastalıkların tedavisi sürecinde çocuklarla iletişim çatışmalarına sık rastlanır. Bu çatışmalar 3 aşamada incelenebilir. İlk aşama hafiftir ve genellikle çatışmaya neden olabilecek risk faktörlerini içerir. Hekimin çocuğun adını veya cinsiyetini yanlış söylemesi veya medikal terminoloji kullanması, çocuğun durumu veya prognozu hakkında çelişkili bilgiler vermesi ailenin hekime güvenini sarsar. İkinci aşamada ailenin ve hekimin önyargıları biraz daha netleşmiştir. Aile çocuğunun iyi bakılmadığını, ilaçlarının doğru ve zamanında verilmediğini vb. düşünebilir. Hekim de artık bu aile ile daha fazla uğraşmak/çalışmak istemediğini düşünebilir. Son aşamada ise aile ve hekim arasındaki ilişki kopma noktasına gelir. Hekime karşı sözel veya fiziksel tehdit, hatta şiddet olabilir. Bu durumda artık çocuğun çıkarının korunmasından çok çatışmanın kendisinin çözümlenmesi gerekir.

Yapılması gereken, daha ilk aşamada iken durumu fark edip gerekli tedbirleri almaktır. Çatışma, taraflardan birinin girişimi olmaksızın ortadan kaldırılamaz. Çatışmanın kök nedeninin ortaya çıkarılması, aileyle ortak bir karara varılması ve aileye değer verildiğinin ve dinlenildiğinin hissettirilmesi önemlidir. Kendileri de anne-baba olan sağlık çalışanlarının ailelerin hissiyatlarını anlamaları daha kolaydır.

Acil Serviste Çocuklarla İletişim

Acil serviste ise hekim-çocuk ilişkisi daha farklıdır. Hekim hastayı belki ilk ve son kez görüyordur ancak hastanın acil sorununu tanımlaması ve tedavi etmesi gerekmektedir. Bu süreçte öykü alma, fizik muayene yapma, tedaviyi düzenleme ve rehberlik etme görevlerini yerine getirmesi gerekecektir. Birçok hastanın aslında acil olmayan problemler için de acil servisleri kullandığı göz önüne alındığında bu ailelerin ve çocuklarında uygun şekilde yönetilmesi gerekecektir. Ailelerde de endişe en üst düzeydedir. Bu stresli ortamda hem aileyi hem de çocuğu rahatlatmak, tanı ve tedaviyi uygun şekilde düzenlemek için iletişim yöntemlerini çok profesyonelce kullanmak gerekir. Hasta şikayetlerinin büyük bir kısmı, acil serviste karşılaşılan iletişim hatalarıyla ilişkilidir. Özellikle adolesan hastanın mahremiyetine önem vermek ve hastanın güvenini kazanmak çok önemlidir. Birçok adolesan, mahremiyetten emin olmadığı için acil servislere veya hekimlere başvurmaktan çekinmektedir.

Bazen çocukla iletişim kurmak zorlaşabilir. Özellikle klinik olarak işlerin iyi gitmediği durumlarda çocuktaki veya ailedeki öfke veya ümitsizlik hekime yansıtılabilir ve en tecrübeli hekim bile aileyle baş etmekte zorlanabilir. Ailenin çocuğu için "her şeyin yapılmasını istemesi", buna karşılık medikal, cerrahi veya altyapı olarak yapılabilecek olanların sınırlı olması, çatışmayı daha da artırır. Gerek aileler gerekse hekimler suçluluk, üzüntü, kırılganlık, endişe, belirsizlik, yorgunluk, öfke, korku, çaresizlik ve kin duyguları içinde bulunabilir. Böyle bir durumda öncelikle aileyle bir araya gelip durumu sakin bir şekilde değerlendirmek, ailenin beklentilerini öğrenmek ve şeffaf bir şekilde onlara güven vermek gerekir. Bu durum hekim için de zorlu olabilir. Hekimin de kendi kendine düşünmesi ve durum değerlendirmesi yapması gerekebilir. Kıdemli hekimlerin genç hekimlere bu konularda rehberlik yapması faydalı olur.

Sonuç

Çocuklar, yaşları ne kadar küçük olursa olsun birer "birey"dir ve saygı görmeyi hak ederler. Çocuklarla olan iletişim, hem aileyi hem de çocuğu içine alan ve çocuğun hakları gözeten holistik bir yapıda olmalıdır. Çocukların yaş dönemlerine göre farklı iletişim stratejilerinin uygulanması önemlidir ve öğrenilmesi gereken bir süreçtir. Çocuklar söz konusu olduğunda iletişim sanatının daha sofistike bir şekilde icra edilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

Barclay S. Recognizing and Managing Conflict Between Patients, Parents and Health Professionals. Pediatrics and Child Health 2016; 26(7): 314-318.

Bernzweig J, Takayama JI, Phibbs C, Lewis C, Pantell RH. Gender Differences in Physician-patient Communication. Evidence from Pediatric Visits. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 586-591.

Goyal MK. Communicating with the Adolescent: Consent and confidentiality issues. Clinical Ped Emerg Med 2015; 16(2):96-101.

Gutman T, Hanson CS, Bernays S et al. Child and Parental Perspectives on Communication and Decision Making in Pediatric CKD: A Focus Group Study. Am J Kidney Dis 2018; 72(4): 547-559.

Kolucki B, Lemish D. Communicating with Children. UNICEF 2011. ISBN: 978-0-578-09512-7.

Mollen CJ. Communicating in the Emergency Department. Clinical Ped Emerg Med 2015; 16(2): 75.

Nobile C, Drotar D. Reseacrh on the Quality of Parent-provider Communication in Pediatric Care: Implications and Recommendations. J Dev ehav Pediatr 2003; 24: 279-90.

Tates K, Meeuwesen L. Doctor-patient-child Communication. A (re)view of the Literature. Soc Sci Med 2001; 52: 839-51.

112'de aşk ile çalışmanın sırrı '1' olmaktan geçer

Dr. Sema Selvioğlu Çetinkaya

1993'te Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Eyüp'te sağlık ocağı hekimliği yaptıktan sonra, 1994'te Türkiye'de yeni kurulan 112 sisteminin Eyüp Acil İstasyonuna ambulans doktoru olarak atandı. Fransa Acil Ambulans Hizmetlerinde acil ve yönetimi eğitimi aldı. Almanya 112 sistemini inceledi, teorik ve pratik eğitim aldı. 2004-2008 yılları arasında UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi) Marmara Bölgesi kurucu eğitmenlik yaptı. 2005'de Pakistan depreminde Sağlık Bakanlığı adına bölgede yardım amaçlı görevlendirilen ilk UMKE ekibinde görev aldı. 112 Ambulans sisteminde sırasıyla İstasyonlar Sorumlu Hekimliği, Eğitim ve Halkla İlişkiler Sorumlu Hekimliği, Başhekim Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Halen aynı kurumda Avrupa Komuta Merkezi Şefi olarak çalışmaktadır.

Yirmi yedi senelik çalışma hayatımda, her zaman kurumların canlı bir organizmaya benzediğini düşünmüşümdür. Bu canlı organizmalardan biri olan insanın yapısı, en çok 112 Acil Çağrı Merkezi sistemine yakışır. 112'de çalışan en eski hekim olarak camiamıza yeni katılan personellerin uyum eğitimlerinde onlara kurum tarihçesinden bahseder, bazen de halkı bilinçlendirme eğitimlerine destek veririm. Her eğitimin başlangıcında sorduğum sorulardan biri de şudur: "112 çalışanlarını; saha, komuta merkezi ve idari birim çalışanları olarak 3 gruba ayırsak, sizce bu bölümler insanın hangi organlarına denk gelir?" Bu soruya verilen cevaplar arasında istisnasız aldığım cevap ise şudur: "Hocam, komuta merkezi beyindir."

İşte bu cevap, bence 112'de çalışan personellerin arasındaki iletişim zorluklarını oluşturduğu gibi, hasta ile 112 çalışanları arasındaki iletişim kazalarının da başlangıcıdır. Çünkü hayatı nasıl algılarsanız, davranışlarınızı da ona şekillendirirsiniz. Her kurumun beyninin, idari kadro olması beklenirken; 112'de beyin, komuta merkezi olarak algılanır. Yönetmeliklerin uygulanması, kuralların getirilmesi, adaletin sağlanması, kurum değerlerinin oluşturulması, kurum kültürü çalışmalarının yapılması yönetimin işidir. Saha personelleri bunları komuta merkezinden beklerler ve komutayı bir yönetici olarak görürler. Oysa komuta merkezi beynin gönderdiği görevleri yerine getiren bir operasyon merkezidir. Tıpkı kulağın sesleri beyine gönderdiği gibi, sahadan gelen vatandaş isteklerini, yerine getirmek için çabalar. Gelen çağrılarda anlatılanlardan bir resim oluşturur, sonra da bu resmi istasyon personellerine anlatır. İstasyon personelleri de olay yerine vardıklarında, olayın hiç de kendilerine anlatıldığı gibi olmadığını görürler ve "Komuta merkezi çalışanları, işlerini niye iyi yapmazlar, bak işte yine anlattıkları gibi çıkmadı" derler. 112'nin kulakları olan komuta merkezi çalışanlarına, tıpkı bir beynin yaptığı aptallığa kızar gibi kızarlar.

Peki, komuta çalışanları farklı mıdır? Hayır! Onlar da kendilerini beyin gibi gördüklerinden istasyonda çalışan arkadaşı "Neden bu vakaya ben çıkıyorum, diğer istasyon yerinde değil mi?" diye sorduğunda komuta çalışanı, sahada bulunan arkadaşına "Ben diyorum, sen de yapacaksın." diyebilir.

İletişimde en büyük sorun kendini bir üst ya da bir alt görmektir. Böylece insan, hayatta kalmak için davranışını, ya savunmaya ya da saldırıya göre düzenler. Asıl sorun beynin, kulaktan, gözden daha değerli olduğu algısındadır. Şimdi bunu okuyanlar, bu düşünceme şöyle diyebilirler: "Sema, senin dediğin iyi güzel de gözsüz ve kulaksız insan yaşayabilir ama beyinsiz yaşanamaz, o yüzden beyin daha değerlidir." Cevabım şudur: "Gözsüz, kulaksız yaşanır ama sakat bir insan olarak yaşanır. Beyinsiz de yaşam var. Buna da "beyin ölümü" deniyor. Bu yüzden kalbi durdurmak için makinanın fişini çekiyorlar. O zaman "kalp" bu sistemin nesidir? Kalp durursa yaşam durur. "Hastalar" bizim sistemimizin kalbidir. Kalp olmaz ise bu sistem yaşayamaz. O zaman kalp mi daha değerli, diğerlerinden daha üstündür?

İşte hasta-112 ilişkisi de buna göre şekillenir. "Romatizma acil değildir, kendiniz başvurun." diyen 112 çalışanına "Ölünce mi geleceksiniz?" diyen hastanın algısı "Ben vatandaşım vergi veriyorum, her şeyi istemeye hakkım var. Ben üstünüm." düşüncesindeyken, hastaya "Saygılı olun lütfen." ya da "Tabii, 184'e şikâyet edebilirsiniz adım ……" diyen çalışanın da düşüncesi "Kim zannediyor bunlar kendilerini, her şeye hakları mı var?" olabilir.

Empati, eşit görmekle başlar. Nasıl anne çocuğa "Aman bu kadar küçük şey kafaya takılır mı?" derken çocuğun duygusunu küçük görüyor ise çalışanlar arasında veya hasta ile çalışan arasındaki sözlerde de eşitliği ifade etme güçlüğü yaşanır.

Peki, çözüm nasıl olmalı? Çalışan önce "niyet" ile başlamalıdır. Neye niyet edecek? Tabii ki anlaşmaya niyet etmelidir. Sonra da bir bütünün parçası olduğuna göre görevlerine odaklanmalıdır. Ko-

muta merkezi bir kulak gibi ise bunun anlamı göremediği ama duyabildiğidir. Öyleyse komuta merkezi iletişimin "anlama" tarafına odaklanmalı ve açık uçlu sorularla olayı anlamaya çalışırken kapalı uçlu sorularla doğru anlayıp anlamadığını teyit etmelidir. Sonra da hiç görmediği olay yerini kendinden hayal gücü katarak değil, duyduğunu yorumlamadan gerçekçi bir şekilde anlatmalıdır. Saha çalışanları, sistemin gözleri ise olay yerinde gördüklerini doğru değerlendirmeli ve komuta merkezine etkili açık ifadelerle iletmelidir. En önemlisi bunları yaparken haklılık ve haksızlık mücadelesine girmeden, konu hakkında karşılıklı konuşabilmelidir.

Farklı düşünceler her zaman olacaktır. İletişimde farklı fikir alışverişi yapabiliriz. Buna Türk Dil Kurumu'nda "tartışma" denir ve insanlar tartışarak daha güzele ulaşabilirler. Farklı fikir alışverişi yaparken aynı zamanda olumsuz duygu alışverişi yaparlarsa bunun adı "münakaşa" olur. İnsanoğlu münakaşa yapmadan tartışmayı öğrendiğinde, insanlığın gelişimine katkı sağlayacaktır.

Bu anlattıklarımın 112 çalışma hayatına yansıması şöyledir: Bayılan dedesi için arayan çocuk, adres veremediğinde, çağrı karşılayıcı personel, "Komşunun ziline bas." demeyi düşünecek kadar pratik zekâya sahip olmalı, aynı zamanda kapı kapanmasın diye "Kapı arasına bir şey koy." diyecek kadar da olay yerini hayal etmelidir. Sonra da istasyon çalışanı verilen adresi bulamayıp, komuta merkezinden sık aralıklarla yardım istediğinde, sahada bulunan arkadaşlarının, komutayı zora sokmak için mahsus yaptıklarını düşünmeyip, gecenin 03.00'nde sokakta soracak kimse olmadığını, etraf karanlık olduğu için verilen mihenk taşını göremediklerini anlayabilmelidir.

Gece "Biz balkondaydık, bebek düştü, her taraf kan oldu, çabuk olun." diye panikle verilmiş bir çağrının istasyona yüksekten düşme diye bildirilmesi sonucu, olay yerine gidildiğinde, saha çalışanı hastanın abortus (düşük) olduğunu gördüğünde, komuta çalışanının işini tam yapmadığını düşünüp, dönüşte "Ne biçim çağrı alıyorsunuz?" dememelidir.

Saha çalışanları 112'nin gözleri, komuta merkezi kulakları, idari kadro beyni, hasta kalbidir. Hiçbiri birbirinden altta ya da üstte değildir. Hepsi bir bütünün parçasıdır. Tıpkı Allah'ın her yarattığının onun katında eşit olması gibi…

Gözler güzel görür, kulaklar iyi şeyleri duyarsa beyin de doğru kararlar alır. Böylece gönüllere bir aşk düşer. 112'de işimizi aşk ile yapmanın yolu; hizmet ettiğimiz hastaların, sağlık sisteminin kalbi olduğunu her daim hatırlayarak, bir bütünün parçası olduğumuzu kabul etmekten geçer.

Kurumlarda çalışan herkesin bir görevi vardır. Gözler güzel görür, kulaklar iyi şeyleri duyarsa beyin de doğru kararlar alır. Böylece gönüllere bir aşk düşer. 112'de işimizi aşk ile yapmanın yolu; hizmet ettiğimiz hastaların, sağlık sisteminin kalbi olduğunu her daim hatırlayarak, bir bütünün parçası olduğumuzu kabul etmekten geçer.

Ambulans personelinin iletişimi

Dr. Mahmut Tokaç

1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Tıp tarihi ve etik derslerimizde sağlık personeli adaylarına hasta ve yakınlarıyla iletişimde bazı filmler ve romanlardan alıntılar yaparız. Konu ile ilgili olduğunu düşündüğümüz film ve romanları bu gözle inceler ve eğitim materyali olabilecek sahnelerini derslerimizde kullanırız. Örneğin *Patch Adams* ve *WIT* bizim en çok kullandığımız filmlerdendir. Bazen de adına aldanarak izlediğimiz filmler ya da okuduğumuz kitaplar tam bir hayal kırıklığına sebep olur: Örneğin Artur Hailey'in *Hastane* isimli romanı.

Mesleği paramedik* olan bir doktora öğrencimin yazdığı *Cankurtaran* isimli romanını okuduğumda ise bir yandan hayal kırıklığı yaşarken diğer yandan da çok güzel eğitim materyali bulduğum için sevindim. Hayal kırıklığım, romanda gençliğimizdeki Brezilya dizilerinden kat kat fazla entrika, ihanet ve aldatmaların yer alması dolayısıyla 112 personelinin birçoğunu bu şekilde imiş gibi göstermesinin eski bir 112 çalışanı olarak beni fazlasıyla rahatsız etmesinden kaynaklandı.

Öte yandan söz konusu romanda benim için eğitim materyali olabilecek pek çok enstantane de bulunmakta. Romanda birçok sahnede ekibe ve uygulamalarına tepki gösteren kişileri temsil eden "*Kırmızı Kazaklı Şahit*" olarak bir karakter yer almakta, bu karakter -genellikle ukala tavırlarla- yapılanları eleştirirken, bazen de ekibin yardımcısı olabilmektedir.

Ekibe müdahale eden kişi bazen hasta yakını, bazen de olay yerinde görevli bir polis memuru olabilmektedir. Romanda bu tip bir müdahaleci olarak polis memuru *Fırat* karakteri yer almaktadır. Şimdi romandaki ambulans ekiplerinin sıkça yaşadığı tepkilerden örnekler verelim:

1- Geç Gelme Tepkisi

Ambulans olay yerine vardığında genellikle karşılaşılan durum ambulansın geç geldiği yönündeki tepkilerdir. Bu durumda vatandaşla tartışmaya girmesi ambulans ekibinin vakaya müdahalesini geciktireceği için bu gibi kişilerle tartışmaya girmek yerine işe odaklanmak çok önemlidir:

Olay yerindeki kalabalıktan bir kaçı ambulans ekibine doğru yürüdü. Geç kaldıklarını iddia ediyorlardı. Oysa İstanbul trafiği göz önüne alındığında vaka ihbar saatiyle, vakaya ulaşma saati arasındaki fark, ekibin olay yerine hızlı ulaştığını gösteriyordu. Bu tepkiler sürekli olarak her kaza adresinde tekrarlanan bir durum olduğundan ekip kimseye açıklama yapma gerekliliği duymadan yaralının olduğu yere doğru ilerledi. Ezgi ile Aylin olay yeri güvenliğini gözlemledi. Sataşmalar sözlüydü. Kimseyle söz dalaşına girmeden yaralının yanına gittiler. Ezgi kazazedenin baş kısmına diz çökerek birinci değerlendirmeye başlamasına rağmen çevresindeki kalabalık kazazedeye müdahalesini güçleştiriyordu. Ayağa kalktı. Sesini yükselterek:
- Lütfen bir kişi kalabalığı dağıtsın, bir kişi de bize bilgi versin dedi.
Kırmızı Kazaklı Şahit verilen görevi üstlenerek kalabalığı dağıtmaya başladı.
- "Hadi beyler açılalım. Görevliler işini yapsın."
***

2- Hastaya Olay Yerinde Müdahale Edilmesini Oyalanma Olarak Görme Tepkisi

Olay yerinde hastaya müdahale yapılmasının hastanın ölümüne yol açacağı sanılır, bir an önce hastaneye götürülmesini isterler. Bu durumlarda da bu şahıslarla muhatap olunmaması gerektiğinin vurgulandığı bir sahnede, acemi personelin muhatap olması üzerine tecrübeli olanının buna engel olduğu aktarılır:

Olay yerinde ambulans ekibinin uzun süre müdahale etmesinden sıkılan Kırmızı Kazaklı Şahit:
- "Hadi kardeşim atıp götürsenize!" diye bağırdı.
Ambulansların bazı insanlarca sadece taşıma amaçlı hizmet verdiği düşünüldüğünden bu tip tepkilerle sıkça karşılaşan ekip her defasında ambulansın taşımaktan ziyade acil müdahale için olay yerinde bulunduğunu, yaptıkları müdahaleler ve sözlü ikazlarla anlatmaya çalışıyorlardı. 24 saatlik nöbetlerinin son saatinde çıktıkları bu vakada da travma ekibi için öncelikli amaç kap-götür mantığı değil olay yerinde acil tıbbi müdahaleye başlayarak güvenli bir şekilde yaralının hastaneye naklini sağlamaktı.
Olay yerine ulaştıkları andan beri sürekli

kendilerini sözlü taciz eden adama sertçe baktı, Aylin. Mesleki tecrübesizliği, gençliğinden kaynaklanan muhalifliği ve nöbet yorgunluğunun da etkisiyle kızgın bir ifadeyle karşılık verdi:
- "Bayım taksi miyiz biz!"
Kaan Yüksel ekip arkadaşının bu tavrını beğenmemiş olsa da, kötü niyetli olmadığının bilincinde fakat onu uyarmak istercesine kaşlarını çattı:
- "Aylin işine bak sen" dedi.
Kırmızı Kazaklı Şahit'e dönerek bekleme amaçlarını kalabalığa anlatmak istercesine sesini yükseltti:
- "Müdahale ediyoruz beyefendi, kazazedeyi stabil ettikten sonra hastaneye götüreceğiz."
Aylin serum hazırlarken, Ezgi ambulansı yaklaştırdı. Kaan Yüksel ile birlikte ana sedyeyi hastanın yanına indirdi. Aylin serumu hazırlamıştı. Kendilerine laf atan adamı kalabalık içerisinden seçerek ona seslendi:
- "Bayım gelin buraya, yardımcı olun bize."
Kendisine iş verilmesinden memnun olan Kırmızı Kazaklı Şahit koşarak geldi Aylin'in yanına:
- "Ne yapmam gerekiyor?"
Aylin elindeki serumu uzattı:
- "Al şu serumu bu şekilde tut" dedi göstererek.
Kırmızı Kazaklı Şahit serumu eline aldı. Aylin'in tarifine göre yukarıda tuttu:
- Hah şöyle ya..."
***

3- Hastaya Yapılan Müdahaleyi Beğenmeme Tepkisi

Olay mahallinde yapılan tıbbi müdahaleye karışılması vakayı adiyedendir. Özellikle filmlerde ve dizilerde kalbi düz çizgi çizen hastaya elektro şok vererek hayata döndürme sahnelerinin yanılttığı bu kişiler hemen elektro şok yapılması gerektiği konusunda ısrarcıdırlar:

Kırmızı Kazaklı Şahit ekibin yanına vardı. CPR uygulayan ekibi bir süre seyrettikten sonra Aybüke'nin karşısına geçerek konuştu:
- Şok verin şok, kesin canlanır!
Ekibin yüzünde hafif bir tebessüm oluştu. Zira adama göre kesin çözüm şok vermek olsa da böyle bir uygulama için hastanın durumu müsait değildi. Aybüke ekibine seslendi:
- "Adrenalin yapıldı mı?"
Türkan enjektör elinde;
- "Yapıyorum şimdi" dedi.
Serumu taktığı koldan adrenalini IV puşe yaptı.
- "Atropin de yap. Defibrilatörü hazırlayın!"
Çetin defibrilatör kaşıklarını eline aldı:
- "Aybüke hadi hazırım ben, VF istiyorum!"
Kırmızı Kazaklı Şahit:
- "Gerek yok, gerek yok sen şoku ver!"
Çetin, güvenlik görevlisine seslendi:
- "Arkadaşım işimizi yapalım!"
Güvenlik görevlisi, Kırmızı Kazaklı Şahit'i uzaklaştırdı.
Bir başka sahnede de benzeri bir müdahale yer almaktadır. Bu tarz müdahaleye karşılık vermeye kalkan acemi personele tecrübeli olan cevap vermemesi gerektiğini belirtmektedir:

Travma acil yardım ambulansındaki yaralı Leyla entübe edilmişti. Ezgi, balon valf maske ile yaralıyı solutuyordu. Sürücü sağlık personeli, kan ter içinde kalp masajı yapıyordu. Aylin, acil ilaçları sürekli olarak enjektöre çekip Ezgi'nin talimatına göre yaralıya uyguluyordu. Yan kapıda müdahaleleri izleyen İşçi Mehmet, ekibe bağırıyordu:
- "Düz çizgi çiziyor işte. Şok verin aptallar!"
Ekip, kendilerine yöneltilen hakaretleri duymazlıktan gelerek canhıraş bir şekilde işlerini yapıyordu. Aylin:
- "Üçüncü adrenalini yapıyorum!"
- "İkinci atropini de yap" dedi Ezgi.
Polis Fırat'ın güçlükle tutabildiği İşçi Mehmet bağırmaya devam ediyordu.
- "Daha neyi bekliyorsunuz geri zekalılar? Elektro şok versenize!"
Ezgi, İşçi Mehmet'e dönerek:
- "Bu ritimde şok veremeyiz" dedi.
Fırat'a bakarak;
- "Memur Bey, beyefendiyi uzaklaştırın lütfen" dedi.
Polis Memuru Fırat, İşçi Mehmet'i uzaklaştırmaya çalıştı. İşçi Mehmet, var gücüyle bağırdı:
- "Ekranda düz çizgi çiziyor ama şok vermiyorlar Leyla'ma".
Ezgi'nin şefliğinde, travma ambulansında yaralıya müdahale devam ediyordu. Umutlar tükenmek üzereydi. İşçi Mehmet sürekli olarak bağırıyordu. G TV muhabiri Çağrı da ambulanstaki müdahaleyi izliyordu. İşçi Mehmet yan kapıya yaklaşarak yeniden bağırdı:
- "Düz çizgi diyorum size aptallar! Şok vermezseniz sizi dava ederim."
Kalp masajı yapan Aylin:
- "Çok biliyorsun sen" diye karşılık verdi.
İşçi Mehmet, kendisini tutan polisten kurtularak Aylin'in üzerine yürüdü. Fırat atik davranarak bir hamlede Mehmet'in sırtından tutarak ambulanstan indirdi. Aylin, Fırat'a bakarak gözleriyle teşekkür etti. Arkadaşlarına dönerek;
- "Ulan dizilerde asistolde şok verip hasta yakınlarını üzerimize sürüyorlar" diye mırıldandı. Ezgi elindeki balon valf maskeyi umutsuzca şişirip indirirken Aylin'e baktı. Bir abla şefkatiyle konuştu:

- "Cahil kimselerin yanında kitap gibi sessiz ol Aylin. Bak, adam senin üzerine yürüyor. Polis olmasa darp edecek. Biz biliyoruz şok verilmeyeceğini ama o adam bilmiyor. Üstelik söz konusu olan nişanlısının hayatı. Biraz daha sakin ol lütfen."
***

4- Hasta Yakınlarının Müdahaleyi Zorlaştıran Davranışları

Hasta yakınlarının hastalarını merak etmelerinin getirdiği müdahaleyi zorlaştıran tavırları romanda birkaç ayrı sahne yer almaktadır:

Kalabalığın içinden koşar adımlarla gelen Aslı'nın feryadı metro istasyonu içinde yankılandı:
- "Ömeeer!
Güvenlik görevlisi engellemeye çalıştı:
- Giremezsiniz!"
- "Ben eşiyim eşi" diye bağıran Aslı, güvenlik görevlisini aşarak hastanın yanına geldi. Halen kalp masajına devam eden Çetin'in koluna sarıldı. Aybüke:
- "Hanımefendi lütfen işimizi zorlaştırmayın" dedi.
Aslı, Çetin'in kolunu sıkıca tuttu:
- Ölemez o, ölmemeli" diye feryat figan hıçkırıyordu Aslı. Aybüke omzundan tutarak teskin etmeye çalışıyordu:
- "Hanımefendi, müdahalemizi yapıyoruz. Şimdi ağlama zamanı değil dua etme zamanı."
Aybüke, Aslı'nın elinden tutarak onu sakin bir köşeye götürmeye ikna etti.
Aybüke'nin eline sarılan Aslı yalvarıyordu:
- "Ne olur yaşatın kocamı!"
- "Hanımefendi hadi sizi ambulansa alalım" dedi Aybüke.
- "Hiçbir yere gitmem, Ömer'im burada ölümle pençeleşirken ben hiçbir yere gitmem" diyerek olduğu yerden kalktı. Aybüke engelleyemedi. Aslı hızlıca hastanın olduğu yere giderek Çetin'in koluna sarıldı. Çetin:
- "Aybüke, hanımefendiyi ambulansa al, gerekirse diazem yap. Türkan adrenalin!"
Aybüke, Aslı'nın elinden tuttu:
- "Ama işimizi zorlaştırıyorsunuz lütfen!"
- "Hayır, hayır gitmeyeceğim işte" dedi.
Kocasının başucuna oturup boynuna sarıldı. Aybüke, Aslı'nın omzundan tutarak çekti:
- "Peki, şöyle gelin öyleyse" dedi.
Aslı'nın omzuna elini atarak birlikte biraz uzaklaştılar.
***

Bir başka sahnede de benzeri engelleme betimlenir:
İşçi Mehmet:
- "Nişanlım benimle konuşmuyor" diye bağırdı.
Aylin, yaralının nabzına baktı:
- "Kahretsin" dedi.
Ezgi ile Aylin ambulansın içindeki yaralıya kalp masajı ve suni solunuma başlamışlardı. Ezgi, şoför kabinindeki sağlık personelini yanlarına çağırdı:
- "Kalp masajına geç" dedi.
Gelen sağlık personeli kalp masajına başladı. Ezgi, entübasyon için hazırlık yaptı. İşçi Mehmet, nişanlısının üzerine sarılarak müdahaleleri engelliyordu…
***

5- Hasta Yakınlarının Fiziksel Müdahaleleri

Hasta yakınlarının bazen şiddet niyetiyle olmayan fiziksel müdahalelerinin olabileceği, bu gibi durumlarda personelin sinirlenmemesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık personeli, Ezgi ile birlikte travma ekibinin ambulansına gitti. Ezgi, anahtarı ona uzatarak arka kabine geçti. İşçi Mehmet hala arka kabindeydi. Ön kabine binmesi için ısrar etti Ezgi. İşçi Mehmet, Ezgi'nin eline vurarak:
- "Geçmeyeceğim" dedi.
Ezgi sinirlenmişti. Görevleri esnasında sözlü ya da fiziksel şiddete açık olan 112 çalışanları yine şiddete maruz kalıyordu. Ezgi, güvenlik gerekçesiyle yaralıya müdahaleden vazgeçme hakkına sahip olmasına rağmen İşçi Mehmet'e empati kurmayı tercih etti. Kendisi aynı durumda olsa asla böyle bir tavır sergilemezdi fakat yaşanan patlamanın verdiği ruh halinden belki de eline farkında olmadan vurmuştu İşçi Mehmet. Durumu bu şekilde yorumlayan Ezgi, eline vurulmasını önemsemedi.
***

6- Hasta Yakınlarının Ambulansın Arka Kısmına Hastanın Yanına Binmek İstemesi

Nakil esansında hasta yakınlarının hastanın yanında kalma isteği karşısında müsaade edilmeyeceğinin kesin bir dille aktarılması ve bazen otoriter bir tavır takınılmasının da gerektiği, romanda net olarak ortaya konulmaktadır:

Hala yan kapıyı zorlayan Aslı'ya sert çıkıştı:
- "Hanımefendi, aracın ön kabinine geçer misiniz lütfen!"
- "Hayır, ben onun yanında kalacağım!"
Komuta merkezle telefon görüşmesini bitiren Çetin, arka kabine geldi. Aslı'nın kolundan tutarak çekti:
- "Aslı Hanım hadi!"
- "Hayır, ben onun yanında olacağım. O benim eşim."
- "Hemen ön kabine geçmezseniz sizi götürmeyeceğim!"
Çetin'in kararlılığını gören Aslı korkuyla:
- "Tamam, tamam kızmayın, geliyorum" dedi.
***

7- Ambulansın Yavaş Gittiği Şeklindeki Tepkiler

Hastaya olay yerinde yapılan müdahalenin ardından ambulansa alınarak hastaneye götürülmesi esnasında hastaya refakat edenlerin ambulansın yavaş gittiği yönündeki tepkilerine de romanda yer verilmektedir:

Ambulans ön kabininde bulunan polis memuru Fırat, sürücü koltuğundaki Kaan Yüksel'in sirenleri açmasına rağmen yavaş gitmesine dayanamadı:

- "Sirenleriniz açık ama hız yapmıyorsunuz!"
Kaan Yüksel eliyle öndeki arabaları işaret ederek:
- "Bu trafikte ne kadar hız yapabilirim ki?" dedi.
- "Öndeki araca iyice yaklaşarak bizi görmesini sağla, geçiş üstünlüğümüz var."
- "Götürdüğümüz yaralı kırık şüphesi olan birisi. Sirenleri açmaktaki amacım sürekliliği sağlayabilmek ve aynı hızda gidebilmek."
-…
- "Bu trafikte gereksizce hız yaptığım zaman önümdeki araç bana yol vermezse, ani bir fren yapmak zorunda kalacağım ve her dur kalkışımızda, arkadaki yaralının ağrısı artacaktır."
- "İyi de yaralının şuuru kapalı değil mi?"
- "Haklısın ama sadece ağrısı değil, eğer omurgada bir zedelenmesi varsa en ufak hız değişiminde bile yaralının durumu ağırlaşacaktır."
-…
- "İşte bu yüzden travmalı yaralılar taşınırken amaç hızlı gitmek değil sürekli gitmektir. Sirenleri açma amacım, sol şeritteki araçların ambulansı fark ederek yol vermelerini sağlamaktır. Böylelikle aynı hızda hiç durmadan hastaneye gidebileceğim."
***

8- Kötü Haber Verme Sürecini İyi Yönetme Becerisi

Hasta yakınlarına kötü haber verme de ayrı bir beceri gerektiren hususdur. Bu gibi durumlarda en tecrübeli olan personelin haberi usulünce vermesi tercih edilir. Romanda bir patlama sonucu nişanlısı yaralanan işçiye haber verme görevini 112 Başhekimi üstlenir:

- "Ha bu arada problem ne? Şu adam niye bağırıyor?"
- "Hocam hastanın nişanlısı… Endikasyonu olmadığı için hastayı defibrile etmedik. Fakat, adam neden şok vermiyorsunuz diye üzerimize yürüdü. Polis arkadaşa uzaklaştırmasını söyledik."
Aylin alnındaki teri sildi:
- "Hocam işimize karışıyor ya" dedi.
- "Tamam çocuklar, siz CPR'a devam edin. Ben konuşurum."
Başhekim, polislerin güçlükle tuttuğu İşçi Mehmet'in yanına gitti.
- "Geçmiş olsun beyefendi" dedi.
- "Sağ olun."
- "Ben 112 acil sağlık hizmetlerinin başhekimi Dr. Ilgaz Hatemoğlu. Endişenizi…"
- "Leyla'm yaşayacak mı?" diye sözünü kesti İşçi Mehmet.
- "Endişenizi anlıyorum..."
- "Neden şok vermiyorlar? Ambulansa girmek istiyorum!"
- "Ekibim en iyi şekilde yakınınıza müdahale etme çabasında."
-…
- "Lütfen, onların işine karışmayın. Söz konusu olan sizin hastanız. Sizin ambulansa girip işlerine karışmanız, sizin hastanıza tedaviyi geciktirecektir."
- "Ölmesin, ölmesin Leyla'm."
- "Ekipte bulunanlar, eğitimli ve son derece deneyimli personeller. Sizden isteğim, içinizdeki olumsuzlukları bir an olsun unutun ve dua edin."
- "Elektrik şoku versinler. Leyla mı yaşatsınlar."
- "Beyefendi, hastanızın durumu elektro şoka müsait değil."
- "Şu anki durumu ne peki? Yaşayacak mı?"
-…
- "Bana doğruyu söyleyin."
- "Hayat ile ölüm arasındaki ince çizgide. Ekibim şu an kalp masajı ve suni solunum yaparak yakınınızı yaşatmaya çalışıyor."
Travma ekibinin ambulansında umutlar tükenmişti. Leyla yapılan müdahaleye rağmen hayatta kalmayı başaramamıştı.
Başhekim ambulansın içine girerek Leyla'nın durumunu değerlendirdi. Hasta kayıt formunu imzaladı.
İşçi Mehmet'in yanına gidip elini omzuna koydu:
- "Başınız sağ olsun" dedi.
İşçi Mehmet'in gözlerinden iki damla yaş döküldü. Umutsuz ifadelerle başhekime baktı.
- "Keşke şok verselerdi" dedi.
***

9- Basının Doğru Bilgilendirilmesi

Basının doğru bilgilendirilmesi de iletişimin olmazsa olmazıdır. Romanda patlama sonrası basına demeç veren başhekim, basın mensuplarının da şahit olduğu hasta yakınının ısrarla şok verilmesi talebiyle ilgili de değerlendirmelerde bulunmaktadır:

Başhekimin açıklamalarını dikkatle dinleyen muhabirler, teşekkür ederek ayrılacakları sırada Başhekim son bir konuya açıklık getirmek istediğini söyledi:

- "Unutmadan söyleyeyim. Az önce şu ambulansta bir kişiye ekiplerimiz müdahale ediyorlardı. Yaralının durumu ağırdı. kalbi durmuştu. Ekibim yaralıya kalp masajı uygularken yakını yanlarına durup sürekli; 'düz çizgi de neden elektro şok vermiyorsunuz' diyordu. Hatta bir ara, yaralıya uygun tedaviyi yapmakta olan personelimize saldırdı. Bu son derece yanlıştır. Hasta yakınının tepkisini olgunlukla karşılıyorum fakat sağlık personeline de saygı gösterilmesini istiyorum.
- "Peki neden şok vermediler?" dedi muhabirler.
- "Çünkü, hastanın durumu şok verilmesi için uygun değildi. Elektroşok sadece ventriküler fibrilasyon ve nabızsız ventriküler taşikardi diye adlandırdığımız özel ritimlerde uygulanır. Bu ritim olmadan hastaya elektro şok vermenin bir anlamı yoktur. Asistolde yani düz çizgide şok verilmez. Ayrıca kalbe elektro şok vermenin amacı kalpte olan düzensiz atımları sıfırlayarak düzenli hale gelmesini sağlamaktır. Düz çizgide atım yoktur ki şok verilsin ama maalesef bazı dizilerde ve yayınlarda düz çizgide şok verildiğini gören hasta yakınlarımız, kendi hastalarına şok verilmediğinde bu işin uzmanları olan can kurtaranlarımızın yaptığı müdahaleleri eksik sanıyorlar. Bu tamamen yanlıştır!"
***

10- Ambulans Personelinin Hitapları

Ambulans personelinin vaka mahallinde birbirlerine nasıl hitap edecekleri ile hastalar ve yakınlarına karşı hitap tarzlarının nasıl olması gerektiği romanda işlenmektedir. Stajyer bir paramedik öğrenciye tecrübeli bir paramedigin istasyonu tanıtırken verdiği nasihat bir sahnede ele alınmaktadır. Buradaki tavsiyelerin, derslerimizde öğrencilerimize verdiğimiz hasta ile iletişimin püf noktalarından olan hitap tarzı ve hastanın gözlerine bakarak konuşma maddeleriyle birebir aynı oluşu dikkate şayandır:

- "Burasını biliyorsun. Soyunma giyinme odamız."
- "Ben bundan sonra giyinip de geleceğim."
- "Olmaz! Kural bir, eşyalarını getirip burada giyineceksin. Üstün başın kan olsa öyle mi bineceksin otobüse. Kötü görüntünün yanı sıra, belki bulaşıcı hastalığı olan bir hastanın kanı olacak üzerinde. Aman ha! Çevreye hastalık saçarsın. Staja gelenler için özel dolabımız var, eşyalarını oraya koyarsın."
- "Tamam Türkan abla."
- "Ben sadece burada ablanım senin."
- "Nasıl yani abla?"
- "Kural iki, asla hastaların yanında abi, abla gibi kelimeleri kullanmayacaksın! Kural üç, hastalara teyze, amca gibi yakıştırmalar yapmayacaksın! İsimlerini kullanacaksın ve gözlerine bakarak konuşacaksın. Kural dört, asla bilmediğin konularda yorum yapmayacaksın! Bilmiyorum diyeceksin."
***
* Paramedik nedir sorusunun cevabını yine romanın kendisinden aktaralım.
- "*Paramedik ne?"*

Kaan Yüksel yüzünü polis memuruna çevirdi. Şimdiye dek karşılaştığı her vakada kendisine sorulan mesleğinin tanımını bir kez daha yaptı:

- "Hasta ve yaralılara acil tıbbi bakımı hastane dışında profesyonel bir şekilde başlatan, ambulansta nakil esnasında devam ettiren, acil servise hastayı teslim edinceye kadar görevi devam eden, aynı zamanda ambulans sürücülüğü de yapabilen sağlık personeline paramedik denir.

Kaynak

Gostak, Habip, Cankurtaran (Roman), Songür Yayıncılık, 3.Baskı, Ankara.

Acil serviste iletişim

Prof. Dr. İbrahim İkizceli

İlk ve orta öğrenimini Bursa'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1993 yılında mezun oldu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde acil tıp uzmanlığını tamamladı. 2006 yılında acil tıp doçenti, 2013'te profesör oldu. Erciyes ve İstanbul Üniversiteleri hastaneleri ile Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yaptı. 2012-2015 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Başhekim Yardımcılığı ve 2016 yılında Başhekimlik yaptı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı yapmaktadır.

İletişim sadece sağlıkta değil, her alanda en önemli kilit noktalarından biridir. İletişimin iyi kurulamaması yanlış anlaşılmalara, işlerin düzgün yürümemesine, anlaşmazlık, kavga ve şiddete sebep olabilir. Hatta büyük savaşların bile iletişimsizlik yüzünden ortaya çıktığını savunanlar vardır. Sağlık alanının da temel konusu insan olduğu için gerek hizmet sunumunda gerek çalışan memnuniyetinde iletişim becerileri çok önem taşır. Acil servisler, hastanelerin vitrini olarak görüldüğü için ve hizmet sunumuna dair farklılıkları barındırdığından iletişimin çok daha fazla önem kazandığı bölümlerdir.

Hasta ve hasta yakını temelinde baktığımızda, özellikle acil servislerde iletişim diğer bölümlerden daha da önemlidir. Bunun en önemli nedenlerinden biri, insanların acil servise planlı olarak gelmemesidir. Beklenmedik ani bir şey olmuştur, kendileri veya sevdikleri zarar görmüş olabilir ve her şey belirsizdir... Doğal olarak hasta ve hasta yakınları panik ve endişe halindedir. Bu panik durumları iletişim becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kişi çoğunlukla karşısındakini yanlış anlar ya da kendini düzgün ifade edemez. Hatta bazen o kadar panik halindedir ki siz yardım etmek için "Ne oldu?" diye sorsanız bile ağzından anlamlı bir cümle ya da kelime alamazsınız. Sadece sinirli ve anlamsız hareketler görür ve kaba sesler duyarsınız. İletişimi sağlayabilmek için önce kişiyi güven vererek sakinleştirmek sonra kendimizi tanıtmak iyi bir başlangıç olabilir. Bunu kelimelerin desteğinde ama daha çok vücut dilimizi kullanarak yapmamız gerekir. Başlangıçta elimizi uzatmamız veya konuşurken kişinin omzuna elimizi koymamız güven ve samimiyet hissini doğurur. Göz teması kurmak en önemli noktadır. Güler bir yüz, yumuşak ama kendinden emin bir ses tonu, sakin ve tane tane konuşmak çok yardımcı olacaktır. Konuşurken tıbbi terimler kullanmamak, mümkün olduğunca günlük dilde basit bir şekilde durumu açıklamak çok önemlidir. Anlaşıldığımızdan emin olana kadar konuşmayı tekrarlayabilir veya farklı şekilde anlatmaya çalışabiliriz. Karşımızdaki kişi çok korktuğu için çok sinirli ve kaba hareketler içinde bulunabilir ama bizim aynı şekilde davranmamız sadece bir kriz yaratacaktır ve -olmasını hiç istemediğimiz- hakaret ve darp gibi sonuçlara neden olabilecektir. Savunmaya veya karşı saldırıya geçmeden, empati kurarak kişinin hareketlerini alttan almalı ve öncelikle sakinleştirmeliyiz. Kişi sakinleştikten ve durumu anladıktan sonra çoğunlukla önceki davranışlarından dolayı özür diler. Emin olun, özellikle hasta yakını psikolojisi çok zor bir durumdur hatta sağlık çalışanları bile hasta yakını olduklarında diğer insanlar gibi kaygılı ve panik bir hal alabilirler ve de çoğunlukla diğerlerinden daha zorlayıcıdırlar.

Acil servislere her yaştan, her gruptan, her yöreden ve her statüden insanların gelebilmesi iletişim becerilerinin iyi düzeyde olmasını gerekli kılar. Bebekler, çocuklar ve yaşlılar iletişim konusunda farklı teknikler kullanmamızı gerektiren grupların başında gelmektedir. Bunların dışında farklı yörelerden veya ülkelerden gelenler, farklı sosyoekonomik sınıfta bulunanlar, farklı meslek grupları ve farklı sosyal statüde bulunanlar, belli noktalara dikkat etmezsek iletişimde zorluk yaşayacağımız kişiler olabilir. Bu tip durumlarda basit bir püf noktası işimizi kolaylaştırabilir. Örneğin bebekleri annelerinin kucağında muayene etmek, müdahale yapılacaksa dikkatini renkli veya sesli objelere çekerek ağlamasını ve hareket etmesini azaltmak. Yine küçük çocukları muayene ederken kendi ellerini elimizin altına koyarak oyun oynayarak onunla beraber muayenemizi yapmak. Müdahale sırasında yine oyun oynuyor gibi yapmak; mesela dikiş atacaksak "Hadi alnına bir çiçek çizelim." vb. demek. Enjeksiyon yapılacaksa korkutarak veya azarlayarak değil, bebeğin vücudunun çeşitli yerlerini gıdıklayarak veya hafifçe çimdikleyerek sonrasında sivri olmayan bir kalem ucunu yumuşakça birçok yere batırırken dikkatinin dağılmasından yararlanıp hızlıca enjeksiyonu yapmak. Küçük yaş gruplarını muayene ederken beyaz önlüğümüzü çıkarmak, mümkünse stetoskopumuza pelüş veya plastikten renkli oyuncaklar takmak, yanımızda çocuğa verebilecek oyuncak, şeker, çikolata gibi şeyler bulundurmak işimizi kolaylaştırabilir. Aynı zamanda ailenin de gerilimini alır ve bize karşı güvenini artırır. Tüm bunlar hem muayene ve girişimlerimizi kolaylaştırır hem de ailenin bizimle daha çok bilgiyi paylaşmasını sağlar.

Yaşlılar da görme ve duyma gibi duyularının zayıflamasından daha da önemlisi farklı bir döneme ait görgü ve kültüre sahip olduklarından dolayı zor iletişim kurulan gruplardan biridir. Geleneklerimize uygun şekilde saygılı bir üslupla tane tane ve ne çok yüksek ne de çok düşük bir ses tonunda konuşmamız çok önemlidir. Şikâyetlerini sonuna kadar dinlemek, sözlerini kesmemek, ukala bir tavır sergilememek ve emir cümleleri kurmamak gerekir. Mümkünse kendileri ile beraber yaşayan veya kendisini ile ilgilenen birinden de anamnez alınmalıdır.

Yabancı uyruklu hastalar acil servise başvurduğunda konuştuğu dili bilen birinin olmaması bizi çok sıkıntıya sokabilir. Çoğu zaman dil bilen kişinin gelmesini bekleyecek zaman yoktur ve bu durumda vücut dilini en iyi şekilde kullanmamız gerekir.

Ülkemizin değişik yörelerinden gelen farklı dil veya lehçe kullanan insanlarla da konuşurken yanlış anlaşılmalar veya iletişimsizlik yaşanabilir. Bunları öngörerek farklı yörelerde kullanılan sağlıkla ilgili temel kelimeleri bilmemiz bize kolaylık sağlayabilir. Bununla beraber çalışanlarımızın hangi yörelerden olduğunu bilmemiz ve gerektiğinde onlardan yardım istememiz de alternatif olarak düşünülebilir.

Sosyoekonomik sınıf da beklentiler açısından önemlidir. Daha önce de ifade edildiği gibi acil servisler planlı olarak gelinen yerler olmadığı için her tür gelirde insan başvurabilir. Düşük sosyoekonomik sınıftan olan insanlarda "Fakir olduğumuz için benim hastama iyi bakmazlar, tedavi etmezler." gibi önyargılar olabilir. Eğer yoğunluktan ötürü hasta ve yakınları ile gelişlerinde konuşup kısa bir bilgi vermezsek bu önyargıları öfke ve şiddete dönüşebilir. Özellikle bu tip insanlarla hatta mümkün mertebe tüm hastalarla yakın ama mesafeli bir tutum sergilemek gerekir. Hastaya samimi bir şekilde yaklaşılmalı ama hafif bir otorite sergileyerek belli bir mesafe de bırakmalıyız. Bu, hastanın güvenini kazanmamızı sağlar ve ilgilenildiğini hissettirir.

Yüksek gelirli kişilerin hizmet beklentisi de farklı olabilir. Fiziksel şartlardan şikâyet edebilirler, daha özel ilgi bekleyebilirler. Örneğin özel odaya geçmek isteyebilirler veya profesör muayenesi talep edebilirler. Talepleri karşılanmazsa kendi istedikleri bir hastaneye sevk edilmek isteyebilirler. Eğitim seviyesi yüksek kişiler veya sağlık çalışanları tanı ve tedavileri hakkında daha ayrıntılı bilgi isteyebilir, kendileri ile daha fazla ilgilenilmesini bekleyebilir ve tedavinizi sorgulayabilirler. Hatta belli uzman doktorlara veya hocalara ulaşıp sizinle konuşturabilirler. Yine devlette çalışan üst düzey yönetici gibi yüksek statüde bulunan kişiler çok daha özel muamele bekleyebilir, işlerinin hızlanması için başhekiminize ulaşabilirler.

Acil servislerde farkında olunmayan ama iletişimi en iyi tutmamız gereken kesimlerin başında gençler gelir. Özellikle ergenlik çağındaki gençler sinirli ve saldırgan davranış sergilemeye çok açık olurlar. Onlara arkadaş gibi yaklaşıp güvenlerini kazanmak çok önemlidir. Özellikle hasta yakını olduklarında ayrıntılı bilgi verilmeli hastaları ile ilgili olumsuz riskler anlatılmalıdır. Öncesinden kötü senaryolara alışmaları olumsuz gelişmeler karşısında aşırı duygusal tepkiler vermelerini bir miktar önleyecektir.

Çalışan bazında baktığımızda da acil serviste iletişim çok önemlidir. Bunun en önemli sebebi acil serviste çalışmanın bir ekip işi olmasıdır. Temizlik personelinden doktora, hemşireden güvenlik görevlisine, hasta bakıcıdan hastane polisine, tıbbi sekreterden radyoloji teknisyenine, yemek dağıtıcısından bilgi işlemcisine kadar herkes beraber ve uyumlu çalışmak zorundadır. İşlerin doğru, yüksek kalitede ve hızlı yürüyebilmesi için bu uyum çok önemlidir. Acil servisler hastanelerin vitrinidir ve hizmetin kesintisiz, hızlı ve kaliteli olması gereklidir. Herkesin bir takım içinde çalıştığını hissetmesi en kritik noktadır. Her çalışana samimiyetle yaklaşılmalı, önemli olduğu hissettirilmeli, sıkıntıları ile ilgilenilmeli ve çözüm yolları aranmalıdır. Kimseye ayrımcılık yapılmamalı, iş tanımları çok keskin olmamalı gerektiğinde herkes birbirine yardım edebilmelidir. Çalışanların ekip liderine güvenmesi ve saygı duyması da ayrıca çok önemlidir.

Ancak günümüz acil servis koşullarında, günlük bakılan hasta sayısının aşırı olması ve çalışan sayısının normal şartlarda "afet" olarak değerlendirilebilecek bu başvuru sayısı için yetersiz olması, beklenen iletişime elverişli değildir. Hasta başına ayırılabilecek zaman, ne iletişim kurmaya ne de hastayı değerlendirmeye yetmemektedir. En hızlı şekilde hastanın acil bir müdahale ihtiyacı olup olmadığı saptanmaya çalışılmaktadır. Sayılar gerçekten afet koşullarına uyduğu için öncelikler belirlenmekte ve mümkün olan en kısa zamanda aciliyeti olan hastalar belirlenip müdahaleleri yapılmaktadır. Bu koşullarda en kritik hastalara ve yakınlarına bile gerekli açıklama yapacak vakit çok sınırlı olmaktadır. İletişim için zaman kalmamaktadır. Bu yoğunlukta çalışanlardan da "güler yüz" ve "empati" beklemek çok akılcı görünmemektedir.

Acil servislere sadece "gerçek acil" hastaların başvurmaları sağlanırsa acil servis işleyişlerindeki genel problem çözülmüş olacaktır. Personel, malzeme ve ambulans eksikliği otomatik olarak çözülmüş olacaktır. Acil servisler "çalışılabilir ve iletişim kurulabilir" ortamlara dönüşecek personel memnuniyeti kendiliğinden sağlanacak ve iletişim problemleri de büyük ölçüde kendiliğinden çözümlenecektir.

Kaynaklar

Akgün M. Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda İletişim Güçlükleri ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(2):51-56.

Akkaya, EG, Bulut M, Akkaya C. "The Factors Affecting The Level of Patients' Satisfaction of the Applicants for Emergency Service/Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler" Turkish Journal of Emergency Medicine. 2012;12(2):62-68.

Aslan Ş, Yağci Özen M, Güzel Ş. Sağlıkta Şiddet: Retrospektif Bir İnceleme. Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi. 2019;44(6):3636-3643.

Olgun N, Kan Öntürk Z, Karabacak Ü. Ve ark. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Yıllık İzlem Sonuçları. ACU Sağlık Bil Derg 2010;1:188-194.

Solmaz B, Duğan Ö. Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden "İletişim" Üzerine Bir İnceleme: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2018;18(2):185-206.

Söyük S, Arslan Kurtuluş S. Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):44-56.

Tanriverdi H, Adigüzel O, Çiftçi M. Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010;11:101-122.

Yoğun bakımda iletişim

Prof. Dr. Hüseyin Öz

1953'te Bursa, İnegöl'de doğdu. 1978'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1982'de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, 1990'da doçent, 1996'da profesör oldu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalında görev yaptı. 2012 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan Dr. Öz ayrıca 2003 yılından beri Adli Tıp Kurumunda görev yapmaktadır.

Dr. İsmail Yıldız

1977 yılında Eskişehir'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Eskişehir'de tamamladı. 2000 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2011 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı oldu. 2017 yılında Akdeniz Üniversitesinde anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım yan dal uzmanlığını tamamladı. Medipol Mega Üniversite Hastanesi Genel Yoğun Bakım ünitesinde çalışan Dr. Yıldız'ın ilgi alanları sepsis, mekanik ventilasyon, ARDS ve akut böbrek hasarıdır.

İletişimi; "bireylerin görüş, bilgi, haber, tutum, duygu, istek ve becerilerini çeşitli kanallarla bir başkasına aktarma ve paylaşma süreci" olarak tanımlayabiliriz (1). Modern tıp pratiğinde etkili iletişim kritik öneme sahiptir (2). Tanı ve tedavinin acil olduğu, tanı ve tedavinin ardışık değil her ikisinin de birlikte yapılmasının gerektiği, modern teknolojinin en çok kullanıldığı, buna rağmen ölümlerin yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde iletişimin önemi çok daha büyüktür. Maalesef tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık çalışanlarının hastalar, hasta yakınları ve hatta kendi meslektaşları ile iletişim konusunda yeterli bilgi ve beceri eğitimi almadıkları bir gerçektir. Yoğun bakımda iletişim denince hasta, hasta yakınları ve yoğun bakım çalışanlarının kendi aralarındaki iletişim akla gelir. Tabi ki her üçü de önemli ve en iyi şekilde bilinmesi gerekse de, hasta yakınları ile iletişim ve sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki iletişim genel tıp pratiğinden farklı olmayacağı ortadadır. Bu yüzden bu makalede daha çok "Yoğun bakım hastası ile iletişim" merkeze alınacaktır.

Yoğun Bakım Hastası ile İletişim

Yoğun bakım Ünitesi (YBÜ), temel olarak organ yetersizliği olan "kritik hastaların" tüm tanı ve tedavilerinin, teknolojinin çok yoğun olarak kullanıldığı özel dizayn edilmiş ünitelerde, özel eğitim almış yoğun bakım çalışanları (hekim, hemşire ve personel) tarafından multidisipliner bir yaklaşımla yapıldığı yerlerdir. Dolayısıyla hastanedeki en ağır hastaların bakıldığı bu yerlerde iletişim daha da önemlidir. Çünkü yoğun bakım sürecinde hastaların iletişimini bozan; şuur bulanıklığı, entübasyon veya trakeostomi, ağrı, anksiyete, hareket kabiliyetinin azalması veya yitirilmesi, konuşamama, mahremiyetini koruyamama, birçok kateter ve tüplerin takılı olması, tanımadığı bir çevrede olması, devamlı ışıklı ve gürültülü bir ortamda bulunması, sirkadien ritmin bozulması, hayatının tanımadığı kişilere emanet edilmiş olması, çevresindeki koşuşturmalardan diğer ölümleri hissetmesi ve tabi ki ölümden korkması ve yakınları tarafından terkedilmiş olması fikri gibi bir çok etken vardır. İletişimi, kültürel yapı, kişinin algılama yeteneği, dil, yaş, eğitim seviyesi ve iletişim yeteneği gibi kişisel özellikler de etkiler. Burada hastanın hastalığı, aldığı ilaçlar, geçireceği veya geçirdiği girişimler ve özellikle çalışanların iletişim yeteneği de çok önemlidir.

YBÜ'ye kabul edilen kritik hastalarda sıklıkla ventilatör desteği için oral entübasyon veya trakeostomi gibi yaşam kurtarıcı girişimler yapılmaktadır. Bu durumda hastanın sözlü iletişim yeteneği kaybolur ve konuşamaz. Özellikle trakeostomilerde tek yönlü konuşma valfleri kullanılarak ya da kaf indirilerek kaçak ile konuşma denense de iyi tolere edilemeyebilirler. Klinik durumun ciddiyeti, sedasyon stratejileri, steroidler ve kas gevşetici kullanımına bağlı kritik hastalık polinöropati ve miyopatisi gelişebilir. Bu durum hastanın iletişimini ve motor yeteneklerini engelleyebilir. Sağlık çalışanları ve aile üyeleri ile hastanın etkileşime girememesi veya olumsuz iletişimi hastada psikolojik değişiklikler, kendini izole etme ve kendine saygıda azalma ile sonuçlanabilir. Burada göz önüne alınması gereken konulardan biri de şuuru kapalı hastalarla iletişim konusudur. Sanılanın aksine "işitme" en son kaybedilen duyudur ve şuuru kapalı yoğun bakım hastaları ile iletişim sürdürülmelidir (3).

Yoğun Bakım Hastasıyla Etkisiz İletişimin Sonuçları

Yayınlarda YBÜ hastalarının %60'ında iletişim gereksinimlerinin karşılanamamasıyla ilgili ciddi eksiklikler bildirilmiştir (4, 5). Bu durum halüsinasyonları paylaşmama, yalnızlık, kızgınlık, deliryum ve şiddet duygularıyla sonuçlanabilir. Hasta-klinisyen etkileşiminde genellikle klinisyenler ile ilgili olan kısımlara ağırlık verilirken, hastalarla ilgili noktalara odaklanılamamıştır. Beş gün boyunca solunum cihazına bağlanmış, 10 adet ekstübe hasta ile 10 dakikalık bir mülakatı içeren bir çalışmada; hastaların mekanik ventilasyon süresince ifade edemediği tıbbi ve tıbbi olmayan konular ortaya çıkarılmıştır (5). Bunlara göz atarsak, tıbbi olmayan ifade edilemeyen durumlar arasında "beni ziyaret etme", "aileye iyi bak", "seni seviyo-

rum", "elini tutmak istiyorum", "değişeceğim", "güçlü ve sağlıklı olacağım" ve tıbbi olan ve ifade edilemeyen konular arasında ise "pozisyonumu değiştir", "tüpü çıkar", "iyileşir miyim?" ve "böyle yaşamaktan çok ölmeyi tercih ederim" ifadelerini sıralayabiliriz.

Foster, daha önce yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmiş üç trakeostomize hastayla yapılan yüz yüze bir görüşmede, hastaların akut hastalık sırasında paylaşamayacağı altı iletişim alanını ortaya çıkarmıştır (6). Bunlar; hastanın iletişim ihtiyacı, hastanın normal yaşamına dönme arzusu, psikolojik rahatsızlık, ağrılı prosedürler, bilinmeyen korkusu ve personel ile ilişkidir. Anksiyete ve panik epizodları, travma sonrası stres bozukluğu ve deliryum dahil olmak üzere çeşitli psikolojik sıkıntı seviyeleri de tanımlanmıştır. Başka bir çalışmada, 19 adet entübe hasta ekstübasyondan sonra "sessiz" olduklarını, "sessiz ve yavaş bir dünyada tuzağa düştüklerini", "bedenlerinin kesildiğini" ve "insanlık dışı" davranıldığını ifade etmiştir (7).

Bu veriler, mekanik olarak havalandırılan hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki etkisiz iletişimin istenmeyen psikolojik sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir. Ayrıca, kritik hastalığın iyileşme döneminde iyileşmeyi engelleyebilen deliryum tablosu, hastanın kendini küçümsemesi ve kendini izole etmesi ile sonuçlanabilir. Aşağıdaki bölümde hasta ile iletişimi geliştirmek için mevcut araçlar gözden geçirilecektir.

İletişimi Artırmak için Yoğun Bakımda Kullanılan Araçlar

Yoğun bakım hastalarının %50'sinde iletişimi artırmak için çeşitli araçlar kullanabilir. Ne yazık ki, zaman kısıtlamaları, araç kullanabilme eksikliği veya yetersiz eğitim nedeniyle sağlık çalışanları bunları nadiren kullanmaktadır. Bu araçlar güçlendirici ve alternatif iletişim stratejileri olarak gruplandırılmıştır. Bazı yazarlar ise bunları düşük ve yüksek teknolojili şeklinde sınıflamıştır (8).

Düşük teknolojili stratejiler temel olarak iki araç içerir. Bilişsel ve ince motor yetenekleri korunan hastalara serbestçe yazabilmeleri için kalem ve kağıt verilebilir. İnce motor yetenekleri bozulmuş yazamayan hastalar için iletişim panoları mevcuttur. Bu panolar, temel ihtiyaçları temsil eden simgeler ve resimlerden oluşur. Ayrıca, hastaların kelimeler ve/veya ifadeler oluşturmak için özel harfleri/sembolleri işaret etmesine olanak tanıyan alfabe ve sembol grafikleri de eklenebilir.

Düşük teknolojili stratejiler yazmayı veya işaret etmeyi gerektirirken, yüksek teknolojili stratejiler daha yüksek düzeyde karmaşıklık içerir. Yoğun Bakım Cemiyeti, elde taşınır cihaz kullanımı ile iletişime olanak tanıyan "YBÜ Hasta İletişimcisi" uygulamasını geliştirmiştir (9). Özellikle uygulama; hastaların "ağrım var", "ihtiyacım var", "hissediyorum" ve "görmek istiyorum" başlıklı bir dizi simge arasından seçim yapmalarına izin vermektedir. Bir simge seçildikten sonra, hastanın belirli mesajları seçmesine veya bir ağrı bölgesine işaret etmesine izin veren bir açılır menü veya gövde görüntüsü görünür. Uygulama ayrıca bir dil çevirmeni, günlük ajanda kaydetme seçeneği ve "yoğun bakım ünitesinde kalma kitapçığı" gibi hastalar ve aile üyeleri için kaynaklar içermektedir.

> Maalesef tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık çalışanlarının hastalar, hasta yakınları ve hatta kendi meslektaşları ile iletişim konusunda yeterli bilgi ve beceri eğitimi almadıkları bir gerçektir. Yoğun bakımda iletişim denince hasta, hasta yakınları ve yoğun bakım çalışanlarının kendi aralarındaki iletişim akla gelir.

Konuşma üreten cihazlar veya ses çıkışlı iletişim yardımcıları, hastaların önceden kaydedilmiş mesajlar oluşturmak için bir kelime veya resim simgesine dokunmasına izin veren el tipi cihazlardır. Bilgisayar iletişim sistemleri,

Yoğun bakımda tedavi gören, özellikle mekanik olarak havalandırılan kritik hastalığı olan hastalarla sağlık çalışanları arasındaki iletişimdeki zorluklar hala yaygındır. Bu da çeşitli psikolojik komplikasyonların yanı sıra genel hasta refahını da bozmaktadır. Neyse ki düşük teknolojili ve yüksek teknolojili destekleyici ve alternatif iletişim araçlarının kullanılması iletişimi geliştirebilir ve hasta merkezli sonuçları da iyileştirebilir.

serbest metin sağlama, kelime oluşturmak için harfleri seçme veya hareketler, simgeler ve önceden oluşturulmuş mesajlar ile simgeler seçme olanağını içeren veri tabanları içerir. Kullanıcı, ses sentezleyicileri tarafından okunabilen veya yükseltilebilen mesajları iletme seçeneklerini birleştirebilir. Sistem, internet bağlantısı ve e-posta, sosyal medya ve diğer olağan bilgisayar işlevlerinin kullanılmasına izin verir. Bu cihazların kontrolü; butonlar, fare "mouse" tıklaması, dokunmatik ekran veya kızılötesi göz kırpma dedektörü ile mümkündür. Daha sofistike sistemlerde, kontrol motor yeteneğe bağlı olmadan hastanın bakış kontrolüne izin veren bir göz izleme cihazı vardır.

Son zamanlarda, ekran kullanımını gerek duymayan giyilebilir kişisel iletişim cihazı (EyeControl, EyeFree Assisting Communication Ltd., Tel Aviv, İsrail) geliştirilmiştir. Özellikle, kafaya takılan kızılötesi kamera, göz hareketlerini izler ve hareketleri iletişime dönüştüren küçük bir işlem birimine bilgi gönderir. Hasta "kelimeler ve cümleler", "uygulama", "alfabe", "dinlenme modu" ve "ayarlar" içeren bir menüden seçim yapabilir. Mesaj seçildikten sonra, cihaz kullanıcıya sesli geri bildirim yapar ve önceki iletişim çıkış hoparlörüne veya bağlı Bluetooth cihazına iletilir. Özellikle, kullanıcı cihazla uyuyabilir ve uyandığında hemen kullanılabilir hale gelir. Teknolojik gelişmeler, sağlık çalışanları ve aile üyeleri ile hasta iletişiminde önemli iyileşmelere izin vermiştir. Bununla birlikte, bu araçların kullanımını destekleyen bilimsel kanıtlar azdır.

İletişim Yöntemlerinde Güncel Yayınlanan Kanıtlar

Düşük teknolojili destekleyici ve alternatif iletişim araçlarının etkisini değerlendiren çok az sayıda çalışma vardır. Yarı deneysel bir çalışma da, açık kalp cerrahisi sonrası oral entübe 90 hasta arasında bir iletişim panosunun kullanımının etkinliği araştırılmıştır (10). Bir iletişim panosu kullanılan grupla kontrol grubu karşılaştırılmış, iletişim için iletişim panosu kullanılan hastaların kontrol grubuna kıyasla iletişimde daha az güçlük (%2,2-%35,6) çektiği gösterilmiştir. Happ ve ark'ın yaptığı ilginç çalışma da, "Hasta-Hemşire Etkinliğinin Yardımlı İletişim Stratejileriyle İncelenmesi" adlı çok bileşenli bir programın uygulanmasından önceki ve sonraki bulgular raporlamıştır (11). Öncelikle hemşireler eğitilmiş, eğitim sonrasında hemşireler arasında iletişim bilgisi, hasta memnuniyeti ve hasta konforu artmıştır. Bununla birlikte, kısıtlama kullanımı, komasız geçen gün sayısı, basınç ülseri varlığı, ventilatörsüz gün sayısı, YBÜ ve hastanede kalış süresi gibi hasta merkezli sonuçlar değişmemiştir.

Yüksek teknolojili stratejileri içeren çalışmalar çoğunlukla vaka serilerini ve pilot çalışmaları içermektedir. Happ ve ark.'ın sırasıyla 11 ve 20 hastayı içeren iki vaka serisi, konuşma üreten cihazların (MessageMate ve DynaMyte) kul-

lanımını ve İletişim Kolaylığı Ölçeği'ni kullanarak etkilerini değerlendirmiştir. Her iki seride de cihaz kullanımıyla iletişimde zorluklar önemli ölçüde azalmıştır. Ayrıca hastaların %60-%73'ü yardım almadan cihazları kullanabilmiştir. Vakaların çoğunda oral entübasyon yerine trakeostomi mevcutmuş. Prospektif pilot bir başka çalışma da, 35 adet travma hastasının göz kırpma ve/veya el veya parmak hareketi ile kontrol edilebilen bir bilgisayar iletişim sistemini kullanması değerlendirilmiştir (12). Kullanımdan sonra hastalara ve hastane personeline, kullanım kolaylığını, konfor ve kaygıdaki iyileşme algısını değerlendirmek için bir anket uygulanmıştır. Hastaların %90'ından fazlası sistemin ihtiyaçlarının (ağrı, kişisel hijyen, kaygı vb.) iletişiminde onlara yardımcı olduğunu hissettiğini belirtmiştir. Hastane personeli ayrıca hasta bakımında (%96) iyileşme ve rahatlık hissi olduğunu bildirmiştir. Daha sonra, 15 adet oral entübe ve trakeostomize hastayı içeren bir vaka serisi, bakış kontrollü bir iletişim bilgisayar sisteminin kullanımı ile benzer sonuçlar göstermiştir. Son zamanlarda, prospektif bir pilot çalışmada 12 entübe hastada bir göz izleme cihazının iletişimdeki etkinliği araştırılmış. Çalışmada, tüm istekli ve yetenekli hastaların temel ihtiyaçlarını bir göz izleme cihazı kullanarak etkili bir şekilde ilettikleri bulunmuştur.

Kesin bilimsel verilerin eksikliği, belirli bir iletişim cihazının önerilmesini engellemektedir. Ayrıca, çalışma araçları birbirleriyle karşılaştırılmamıştır. Bununla birlikte, mevcut yayınlar bu araçlar veya cihazlar kullanıldığında hasta ve hastane personelinin memnuniyetini ve ayrıca iletişimdeki genel bir iyileşme algısını göstermiştir. Teknolojideki ilerlemeler ve hasta iletişimine odaklanan YBÜ protokollerinin geliştirilmesi, genel olarak refahın yanı sıra klinik ve hasta merkezli sonuçları da iyileştirecektir.

Sonuç

Yoğun bakımda tedavi gören, özellikle mekanik olarak havalandırılan kritik hastalığı olan hastalarla sağlık çalışanları arasındaki iletişimdeki zorluklar hala yaygındır. Bu da çeşitli psikolojik komplikasyonların yanı sıra genel hasta refahını da bozmaktadır. Neyse ki düşük teknolojili ve yüksek teknolojili destekleyici ve alternatif iletişim araçlarının kullanılması iletişimi geliştirebilir ve hasta merkezli sonuçları da iyileştirebilir. Yoğun bakım iletişim protokollerinin daha fazla araştırılması, teknolojik ilerlemeler ve gelişmeler, bu hasta popülasyonunda hasta ve sağlık çalışanları memnuniyetini, ayrıca kısa ve uzun vadeli sonuçları iyileştirecektir.

Kaynaklar

1) Özgüven İE. Ailede İletişim ve Yaşam. Ankara: PDREM Yayınları. 2010:18.

2) Miller DC, McSparron JI, Clardy PF, Sullivan AM, and Hayes MM. Improving Resident Communication in the Intensive Care Unit. The Proceduralization of Physician Communication with Patients and Their Surrogates. Annals ATS 2016;13(9):1624-28. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201601-029P

3) Bahçıvan G, Sütçiçek A, Özcan CT. Yoğun Bakımda Yatan Hasta ve Yakınları ile İletişim. İç Hastalıkları Dergisi, 2011;18:117-122. ichastalklardergs.org/managete/fu_folder/2011-02/html/2011-18-2-117-122.htm

4) Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J. Patients' Reports of Health Care Practitioner Interventions That are Related to Communication during Mechanical Ventilation. Heart Lung. 2004;33:308–320. doi:10.1016/j.hrtlng.2004.02.002.

5) Leung CCH, Pun J, Lock G, Et Al. Exploring The Scope of Communication Content of Mechanically Ventilated Patients. J Crit Care. 2018; 44:136–141. doi:10.1016/j.jcrc.2017.10.044.

6) Foster A. More Than Nothing: The Lived Experience of Tracheostomy While Acutely Ill. Intensive Crit Care Nurs. 2010;26:33–43. doi:10. 1016/j.iccn.2009.09.004.

7) Carroll SM. Silent, Slow Lifeworld: The Communication Experience of Nonvocal Ventilated Patients. Qual Health Res. 2007;17:1165–1177. doi:10.1177/1049732307307334.

8) Carruthers H, Astin F, Munro W. Which Alternative Communication Methods are Effective for Voiceless Patients in Intensive Care Units? A Systematic Review. Intensive Crit Care Nurs. 2017;42:88-96. doi:10. 1016/j.iccn.2017.03.003.

9) Society of Critical Care Medicine. ICU Patient Communicator App. http://www.sccm.org/Education-Center/Clinical-Resources/Pages/ Patient-and-Family.aspx. Published 2001. Accessed May 20, 2019.

10) Otuzoglu M, Karahan A. Determining the Effectiveness of Illustrated Communication Material for Communication with Intubated Patients at an Intensive Care Unit. Int J Nurs Pract. 2014;20:490-498. doi:10.1111/ijn.12190.

11) Happ MB, Sereika SM, Houze MP, et al. Quality of Care and Resource Use Among Mechanically Ventilated Patients Before and After an Intervention to Assist Nurse-Nonvocal Patient Communication. Heart Lung. 2015;44:408–415. doi:10.1016/j.hrtlng.2015.07.001.

12) Garry J, Casey K, Cole TK, Et Al. A Pilot Study of Eye-Tracking Devices in Intensive Care. Surgery. 2016;159(3):938-44. doi: 10.1016/j.surg.2015.08.012

Pandemilerde sağlık okuryazarlığı ve medya

Prof. Dr. Selma Altındiş

İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Bir süre Konya'da serbest diş hekimliği yaptı. Afyon Kocatepe Üniversitesi İşletme Anabilim Dalında doktorasını tamamladı. Altındiş halen Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görev yapmaktadır.

Günümüzde teknolojinin sunduğu imkanlarla topluma yön veren, onları şekillendiren, davranış kalıplarını geliştirenler, bilgilere çok kolay ve hızlı bir şekilde erişilmektedir. Bu erişim hızı, medya ve iletişim teknolojileri ile her geçen gün artmaktadır. Özellikle toplumun bu teknolojileri kullanım miktarı ve sıklığının artmasıyla, bu bilgilerin etkisi de artmaktadır. Dolayısıyla edinilen sağlık bilgilerinin olumlu/olumsuz, toplumsal ve bireysel etkilerinin olabileceği bu yönüyle eleştirisel incelenmesi, özümsenmesi ve yaşama uygulanma biçimini de belirleyen sağlık okuryazarlığı konusunun bu anlamda dikkate alınması son derece önemlidir (1). Ayrıca günümüz ve içinde bulunduğumuz dönemde, insanlık, yeni davranış değişikliklerini de beraberinde getiren ve kıtaları aşan bir salgınla karşı karşıya kalmıştır. Ülkemiz de bundan, gerek ekonomik, sosyal ve kültürel yönden, gerek sağlık ve sağlık hizmetleri yönüyle etkilenmektedir. Böylesi dönemlerde işimizi kolaylaştıracak, doğru bireysel ve toplumsal hareketlerin gelişmesini sağlayacak bir sağlık bilinci, diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı gerekli görülmektedir.

Nedir Sağlık Okuryazarlığı?

Sağlık okuryazarlığı kısaca "hastaya tıbbi bir konuda herhangi bir bilgi verilmek istendiğinde, kişinin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi"dir (2). Daha kapsamlı bir ifade ile sağlık okuryazarlığı "*insanların sağlıkları ile ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek, sağlıklarını geliştirmek, hastalıklarını önlemek amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme, onu kullanma motivasyonu ve yeterliliğidir*" (3).

Sağlık okuryazarlığı *"sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli işlevsel görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi"* şeklinde de tanımlanmaktadır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, hasta eğitim broşürleri, taburculuk sonrası hastalara verilen talimatlar gibi diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini içerir (2, 4, 5). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de benzer şekilde bir tanım yapmıştır. Bu tanımda elektronik sağlık okuryazarlığından bahsetmiş ve onu şöyle tanımlamıştır: *"Sağlık bilgilerini elektronik kaynaklardan arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve kazanılan bilgileri bir sağlık sorununun önlenmesi, ele alınması veya çözülmesine uygulama becerisidir"* (6).

Bu iki tanımda da bireylerin sağlık okuryazarlığının, onlara sağlık hizmetleri ile ilgili konularda bilgi sahibi olmaları ve karar verebilmelerini destekleyici özelliğinden bahsedilmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmenin yanı sıra; yaşam kalitesini yükseltecek sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, bu amaçlarla bireylerin erişmiş oldukları bu bilgilerin mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamlandırmaları yönündeki istek, çaba ve kapasitelerini geliştirmektir (7).

Sağlık okuryazarlığı her dönemde, özellikle de yaşadığımız salgın dönemlerinde hastalıkların önlenmesi, sağlıklı olmanın ve sağlıklı kalmanın teşviki ve geliştirilmesi açısından önem teşkil eder. Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmetlerinin kullanımı ile bu bilgilerin elde edilebilmesi, anlaşılabilmesi, değerlendirilerek karar verilebilmesi ve kullanılabilmesi hususlarında toplumun ya da bireyin yetkinlik kazanması adına son derece önemlidir (9). Ancak burada vurgulanması gereken önemli bir nokta vardır. O da sağlık okuryazarlığında bilgi sahibi olmanın yeterli olmadığı, davranış değişikliğine yol açacak bir bilincin sağlanmasının gerekli olduğudur. Zira bilgi davranışı değiştirmez. Eğer değiştirseydi herkes istisnasız emniyet kemeri takardı ya da sigara içme oranları bu düzeyde olmazdı. Dolayısıyla burada elde edinilen bilgileri doğru davranışa yönlendirecek bir sağlık okuryazarlık düzeyinden bahsediyoruz.

Bir toplumda ya da bölgede belirli bir hastalığın, içinde bulunulan dönemde (mevsim, ay gibi) normal şartlarda

beklenenden daha çok kişide görülmesi olarak tanımlanan epideminin, pek çok ülkeyi pek çok etkisi altına alarak kıtaları aşmasına ve büyük salgınlara dönüşmesine pandemi denir. Bugünlerde Covid 19'un enfekte ettiği birçok insan hayatını kaybetmiştir ve bu kıtaları aşan bir durumdur. Dünyada çok sık rastlanmayan ve etki alanı bu denli genişlemiş pandemilerde, hastalıkla baş edebilmek ve bunu en az zararla atlatabilmek için konunun çok kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekir. Böyle bir yaklaşım sergilenmesi için ise birçok paydaşın (medya, sağlık kuruluşları, eğitimciler, sağlık profesyonelleri ve eğitimcileri, iş dünyası ya da ekonomik faaliyetler, genel eğitim hizmetleri, kamu kuruluşları, tüm akademik alanlar vs.) birlikte hareket etmesi son derece önemlidir. Bu doğrultuda istenen sonuçlara ulaşmak için topluma da büyük sorumluluklar düşmektedir. Ancak, burada toplumun beklenilen davranışları gösterebilmesinde önce onların genel okuryazarlık, arkasından da belirli bir sağlık okuryazarlık düzeyine erişmesi gerekir (8).

İdeal sağlık okuryazarlığına sahip birey/toplumların, şu konularda sağlık bilgilerini araştırabilme ve değerlendirebilme yeteneğine sahip olması beklenir **(**9):

• Bireylerin, doktor ifadelerini doğru ve tam olarak anlaması.

• Hastalıklara ilişkin, kitle iletişim araçlarıyla iletilen bilgilerin doğru olup olmadığının değerlendirilebilmesi.

• Stres veya depresyon gibi birtakım ruh sağlığı sorunlarının yönetilebilmesinde doğru bilgileri ayırt edip bulabilmesi.

• Tıbbi tedavilerinde öz bakım için gerekli olan talimatları anlaması ve uygulayabilmesi.

• Bilgiye dayanan, sağlığı geliştirici kararları alabilmesi.

• Sağlığını geliştirme ve iyileştirmesine yönelik yaşam tarzı değişikliklerini, önerilen şekilde planlayabilmesi ve uygulayabilmesi.

• İhtiyacı olduğunda sağlık hizmetlerine nasıl, ne zaman ve nereden erişebileceğini bilmesi.

• Sağlığı geliştirici bilgi ve deneyimleri başkalarıyla paylaşabilmesi.

• Gıda paketlerinde ya da kullandığı diğer malzemelerde yer alan bilgileri, sağlıkla ilişkilendirebilecek şekilde doğru anlayabilmesi.

• Toplumda yapılan sağlık ve esenlik verici aktivitelere katılım sağlayabilmesi.

Sağlık okuryazarlığı, aslında günlük yaşam içerisinde ihtiyaç olan, ancak pandemilerde daha da önem kazanan hastalık ve hastalıklardan korunmayı, gerektiğinde sağlık hizmetlerini kullanmayı ve sağlığın geliştirilmesini hedefler. Bu hedeflere ulaşmak için de bireylerin bu konularda, özellikle içinde bulunduğumuz salgın döneminde, gerek sağlık risklerini gerek bu riskleri bertaraf edecek bilgileri anlayabilecek ve uygulamalarına ilişkin istek ve kapasitelerini geliştirebilecek sağlık okuryazarlık düzeyine ulaşması gerekir **(**9).

Medyanın verdiği mesajların eğitim ve bilgilenmenin yanı sıra yaşam biçimini etkilediği ve şekillendirdiği ileri sürülmektedir. Bu bağlamda gencinden yaşlısına kadar farklı bireye kolayca ulaşan medya, sadece bilgi kaynağı değil; eğitici, eğlendirici ve çeşitli yönlerden etkileyicidir, hatta davranış değişikliğine neden olan yakın arkadaş işlevi görmektedir (1, 10).

Bireylerin ve dolayısıyla da toplumların sağlıklarını geliştirebilmesi için lüzumlu konularda bilgiye ulaşması ve bu bilgilerin kullanımında/paylaşımında medyanın sıklıkla yer alması söz konusudur (11).

Medya araçları, kişilerin sağlıklarıyla ilgili bilgilere hızlı bir şekilde ulaşması ya da birçok kişiye aynı anda ulaşılabilme imkanı sunması gibi avantajlara sahiptir. Hiç kuşkusuz ki bu avantajların, doğru sağlık bilgilerinin ve doğru davranışların topluma aktarılabilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinden insanların haberdar olması, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi, birey ve toplum sağlığı gibi konularda farkındalığın artırılması, kısaca sağlık bilincinin geliştirilmesi alanlarında önemli katkılar sunduğu belirtilmektedir (12, 13, 14, 15). Ancak bu noktada medya okuryazarlığına, en az sağlık okuryazarlığı kadar ihtiyaç duyulduğunu vurgulamak yanlış olmayacaktır.

Sonuç olarak pandemilerde daha da önem kazanan sağlık okuryazarlığının artırılmasında medyanın kullanımı önem kazanır. Ancak medyanın istenen davranış değişikliğini yaratması için medya okuryazarlığına sahip toplumların olması da son derece önemlidir.

Kaynaklar

1) Önal, H.İ. (2007). Medya Okuryazarlığı: Kütüphanelerde Yeni Çalışma Alanı, Türk Kütüphaneciliği, 21(3), 335-359.

2) Balçık, Pınar Yalçın; Taşkaya, Serap; Şahin, Bayram(2014), "Sağlık-Okur Yazarlığı",TAF Preventive Medicine Bulletin, ss. 321-326.

3) Çopurlar, C.K. ve Kartal, M. (2016). "Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?" Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, ss. 42-47.

4) Parker, R. M., Williams, M. V., Weiss, B. D., Baker, D. W., Davis, T. C., Doak, C. C., ... & Schwartzberg, J. G. (1999). Health literacy-report of the council on scientific affairs. Jama-Journal of The American Medical Association, 281(6), 552-557.

5) Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Prev Med Bull, Vol 15 (1). 69-74.

6) WHO,(2019). https://www.who.int/global-coordination-mechanism/ working-groups/digital_hl.pdf (Erişim Tarihi: 10.04.2020).

7) Yıldırım, F., Keser, A. (2015). Sağlık Okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

8) Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, 80 (2012). HTTPS://DOİ.ORG/10.1186/1471-2458-12-80

9) Kickbusch,I., Pelikan, JM., Apfel F., and Tsouros AD. (2015). Sağlık Okuryazarlığı: Sağlam Kanıtlar. http://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2015/05/saglik-okur-yazarligi-WEB.pdf Erişim Tarihi.7 Nisan 2020.

10) Erkoç, Y., Çom, S., Keskinkılıç, B., Karakaya K. (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Anıl Matbaacılık. Ankara.

11) Saçan, S., & Adıbelli, D. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Medya Okur-Yazarlık Düzeylerinin Bazı Faktörler İle İlişkisi, Global Media Journal TR Edition, 6(12), 27-43.

12) Mendi, B. (2015), "Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünya'daki ve Türkiye'deki Uygulamalar," Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi, s:275-290.

13) Kırgız, A.C. (2015) "The Key Role of Media Literacy in the Forming of Critical Health Literacy: The Case of Social Media in Turkey", Journal of Social and Administrative Sciences, ss.18-27.

14) Sütçü, C.S. ve Tosyalı H. (2016) "Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri", Maltepe Üniversitesi İletişim Dergisi, Sayı 2, s:1-20, İstanbul

15) Güler, Ç. (2006). Kitle İletişim Araçları ve Sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(1), 1-4.

Kanımıza dokunuyor(du)...

Dr. İbrahim Altan

1964 yılında İstanbul'da doğdu. Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesinden mezun oldu. 2004 yılından itibaren Endonezya, Pakistan, Nijer, Filistin, Somali, Yemen, Suriye, İran, Arakan, Etiyopya, Lübnan, Makedonya, Bosna, Bulgaristan vb. ülkelerde insani yardım çalışmaları yönetti. Deniz Feneri Derneği Genel Sekreterliği, İslam İşbirliği Teşkilatı İnsani İşler Birimi Türkiye Temsilciliği görevlerini yürüttü. Halen Türk Kızılay Genel Müdürü ve Cumhurbaşkanlığı Sosyal Politikaları Kurulu Üyesidir.

İletişimde 'kriz' genellikle 'o an yaşanan' ve beklenmedik bir sorunun tarif için kullanılır. Bu, büyük ölçüde de doğrudur. Oysa belki bir de "kronik kriz" tanımına ihtiyaç vardır, iletişimin bir türlü çözemediği sorunları tanımlamak için. Genellikle "aslında çok güzel işler yapıyoruz da kendimizi anlatamıyoruz" ifadesinde can bulan tam da budur. Burada da devreye "stratejik iletişim" tanımı ve uygulamaları girer. Belirli bir stratejiyle çerçevelenmiş bir iletişim sürecinin çözemeyeceği sorun çok azdır.

Türk Kızılayı, bundan 152 yıl önce bir grup gönüllü hekim tarafından "Osmanlı Hasta ve Yaralı Askerlere Yardım Cemiyeti" adıyla kurulmuştur. Kuruluşundan beri gönüllü bir teşkilat olan, milletimizin hafızasına Hilâl-i Ahmer olarak yerleşen Kızılay, kuruluş amacıyla da paralel bir şekilde halk sağlığı ile yakından ilgilenmiştir.

Halk sağlığının korunması ile yakından ilgilenen Türk Kızılayı'nın bu alanda yürüttüğü önemli faaliyetlerden bir tanesi kan hizmetleridir. 1957 yılında Ankara ve İstanbul'da ilk kan merkezlerini kurarak günümüze kadar bu faaliyetleri yürüten Türk Kızılayı, ülkemizin kan ihtiyacının yüzde 90'ını gönüllü kan bağışçılarından almaktadır. Peki, bu hep böyle miydi? Milletimiz Kızılay'ın çağrısını duyunca koşa koşa kan vermeye mi gidiyordu? Elbette hayır. "Kronik kriz" dediğimiz durum tam da buydu. Kızılay ne yaparsa yapsın, 2005 yılı itibarıyla ülkemizin kan ihtiyacının ancak %25'ini karşılayabiliyor, bu oranı da çoğu zaman çok da "gönüllü olmayan" kesimlerden aldığı bağışlarla temin ediyordu.

2005 yılı itibarıyla Kızılay, bir yol ayrımına gelmişti. Ülkede sağlık alanında reform yapma niyetiyle yola çıkmış yeni bir iktidar vardı. Yeni iktidarın bu alanda "Böyle gelmiş böyle gidiyor." yaklaşımına göz yummayacağı açıktı. Ülkenin kan ihtiyacını karşılamak için 1957'den beri çalışan ancak tüm çabalarına rağmen ülke kan ihtiyacının yüzde 25'ini, asker ve polis gibi zorunlu kesimlerin bağışlarıyla karşılayabilen bir yapıya göz yumması da beklenmiyordu. Ülkenin TV kanallarında sık sık kan simsarları haberleri yapılıyor, herkes hastasına kan bulabilmek için normal olmayan yollar deniyor, kan hâlâ para ile satılan bir tedavi aracı olarak işlem görüyordu.

Kızılay'ın önünde iki yol bulunuyordu, ya gönüllü kan bağışı organizasyonu alanından çekilecek, gerektiğinde Devlete yardımcı olacak bir yapıya dönüşecek ya da bu alanı tamamen saTÜRK KIZILAY

hiplenecekti. Kızılay zor olan ikinci yolu seçti. "Ülkemizin kan ihtiyacının tamamını gönüllülerden karşılayabiliriz" diyerek, siyasi otoriteden kendisini bu alanda görevlendirmesini istedi. Sağlık Bakanlığı, ulusal kan temin görevini Kızılay'a verdi.

Stratejik İletişimin Gücü

Türkiye'nin kan temininde yaşanan sıkıntıyı bir "kronik kriz" olarak ele almak en doğru yaklaşım olacaktı. Bu krizin iki temel nedeni bulunuyordu. Birincisi Kızılay'ın hizmet birimlerinin yaygınlaşması, standardizasyonunun sağlanması, iletişim altyapısının güçlendirilmesi, kan alma ekipmanlarının, laboratuvarlarının dünya standartlarına çıkartılması vb. altyapıya dair konulardı. Krizin ikinci boyutu ise "donör kazanımı" olarak özetlenebilecek olan "toplumla iletişim" konusuydu. Zira Türkiye'de iyilikseverler, radyoda, belediye anonslarında duydukları bir kan bağış çağrısı için harekete geçiyor ancak bunu düzenli bir eylem haline getirmiyordu. Oysa kan acil değil sürekli bir ihtiyaçtı ve insan hayatını acil bir durumda verilen kan değil, daha önce alınmış, testleri yapılmış, sağlıklı olduğu ortaya konulmuş kan kurtarabilirdi.

Nereden Başlamalı?

Kronik bir iletişim krizi haline gelmiş olan kan bağışı çağrılarına cevap vermeme sorununu çözmek için öncelikle sorunun

kaynağının ne olduğunun tespit edilmesi gerekiyordu. İnsanlar çeşitli nedenlerle kan bağışından kaçınıyordu. Bireysel iğne korkusu, kan merkezlerinde hastalık bulaşma ihtimali, "Nasılsa bir başkası vermiştir." düşüncesi gibi nedenlerle kan bağışı için harekete geçmiyorlardı. Asıl sorun ise "duyarsızlık" idi.

İletişim ekibi üç aşamalı bir stratejik iletişim planı ile bu sorunun çözülebileceğine inanıyordu. Bunun için de ölçülebilirlik kıstaslarını içinde barındıran bir "davranış değişikliği" planı hazırlandı. Planın 2 yıl sürmesi öngörülen ilk aşaması, Türkiye'de ciddi bir kan bağışı problemi olduğu konusunda farkındalık oluşturmaktı. Ortaya konulan iletişim planının ilk aşaması olan "farkındalık oluşturma" bölümü, ayağını ülke gerçeklerine basacak şekilde hazırlanmıştı. Türkiye'de yaşayan insanlar için bayrak ve o bayrağa rengini vermiş olan "kan", üzerinde mutabık olunan değerler arasında yer alıyordu. Onun için farkındalık oluşturma sürecinin sloganı olarak "Kanımızın yetmemesi kanımıza dokunuyor" ifadesini belirledik. İçinde manifestosu da olan bir çalışma ile tüm gazetelerin ücretsiz verdiği yerler sayesinde tüm milletimize mesajımızı ulaştırdık.

Bu çalışmanın billboard, televizyon, radyo gibi platformlar için uyarlanmış versiyonları, kan bağışı alacak ekiplerin kullanacağı versiyonları hazırlandı. Türkiye'nin gönüllü kan temininde ciddi bir sorun yaşadığı, bunun çözümü için atılması gereken adımlar olduğu konusu tüm kamuoyunun dikkatine sunuldu. Bu çalışma, dayanağını ülkemizde üzerine titrenen değerlerden alıyor, demiştik. Çalışma ortaya çıkartıldığında hissedilen sahiplenme çok doğru bir zemine basıldığının da kanıtı oldu. "Kanımızın yetmemesi kanımıza dokunuyor" ifadesi çok dikkat çekti. Özellikle Orta Anadolu gibi yerlerde ekiplerin kan bağışı kabul etme verimlilikleri bir anda üç katına kadar çıktı.

Kan vermeme krizini aşmak için farkındalık kampanyasını 2 yıl sürdürme planı yapılmıştı. Bu plana göre, toplum önce sorunun farkına vararak adım atmaya niyetlenecekti. Ardından ise harekete geçirecek olan kampanya başlatılacaktı. İki yılın sonunda kan bağış rakamları 342.146 üniteden 592.695 üniteye çıkmıştı. Bu sayılar arasında asker-polis gibi meslek gruplarının verdiği kan bağışları istenildiği gibi düşmekte, sivil ve tamamen gönüllü kişilerin verdiği kan bağışları artmaktaydı.

Kan vermeme krizini aşmak için farkındalık kampanyasını 2 yıl sürdürme planı yapılmıştı. Bu plana göre, toplum önce sorunun farkına vararak adım atmaya niyetlenecekti. Ardından ise harekete geçirecek olan kampanya başlatılacaktı. İki yılın sonunda kan bağış rakamları 342.146 üniteden 592.695 üniteye çıkmıştı. Bu sayılar arasında asker-polis gibi meslek gruplarının verdiği kan bağışları istenildiği gibi düşmekte, sivil ve tamamen gönüllü kişilerin verdiği kan bağışları artmaktaydı.

2005 yılında temelleri atılan, 2006 yılı itibarıyla sahada hayata geçirilen "Ulusal Güvenli Kan Temini Projesi" tüm boyutlarıyla ülkemizin gurur duyduğu çalışmalardan biri oldu. Türkiye'nin kronikleşmiş kan bağışı problemi, kronik krizin iletişimi olarak ele alındı ve dünyaya örnek olacak şekilde çözüldü.

Tablo 1: İletişim çalışmaları sonrasında yıllara göre artan kan bağışı sayıları.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
342.142	502.102	592.695	654.081	848.586	1.014.586	1.276.212	1.469.807
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
1.640.878	1.860.258	1.937.932	2.141.765	2.391.573	2.571.482	2.809.237	

Krizin çözümüne ilişkin oluşturulan iletişim stratejisi, -iletişim dünyasının diliyle söylemek gerekirse- "çalışıyordu."

"İyi İnsanlar" Aranıyor…

İletişim stratejisinin ikinci bölümü, toplumu harekete geçirmeyi amaçlıyordu. Hiçbir karşılık beklemeden, hiç tanımadığı bir insana kendi kanının bir bölümünü veren kişiler, olsa olsa "iyi insanlar" olurlardı. Stratejinin bu aşaması "iyilik ve iyi insan" kavramı üzerine basacaktı ayağını. Herkes de "iyi insanlar" arasında yer almak isteyecekti elbette.

İkinci aşamanın hedefi yıllık 1 milyon ünite kan bağışı olarak konuldu. Bu hedefin başarılması halinde "işlerin yolunda gittiğinden" emin olunabilecekti. Zira bu kişilerin bir bölümü artık düzenli kan bağışçısı haline dönüşecek ve sistemin çalışması kolaylaşacaktı. Harekete geçirme kampanyası başladıktan sonraki iki yıl içerisinde 1 milyon hedefine ulaşmak için ülke çapındaki kan bağış noktaları artırıldı, personel takviyeleri yapıldı, mobil kan bağış araçları sahaya daha fazla sürüldü ve iyi insanlara çağrı yapılmaya başlandı.

Türkiye'nin kan bağışı problemi ilk başından beri "milli bir konu" olarak konumlandırıldı. Belki bu sayede de ulusal basın, Kızılay'ın çalışmalarına çok büyük destek verdi. Yine hiçbir kampanya harcaması yapılmadan tüm mecralarda 1 milyon iyi insan arandığı bilgisi kamuoyuna ulaştırıldı. Kan bağış rakamları da yıldan yıla planlandığı şekilde artıyordu. En sevindirici boyut şuydu: Düzenli kan bağışçısı yani yılda ikiden fazla kez kan bağışlayan kişi sayısı artıyor, gönüllü kan bağışçısı sayısı hızla yükseliyordu. Türkiye, bu yolla iyilik yapmayı sevmişti.

Bu kapsamda hayata geçirilen Ulusal Güvenli Kan Temini Projesi hazırlanırken ana hedefler şöyle belirlenmişti:

- Ülke genelinde güvenli, kaliteli ve ekonomik kan komponentleri elde edilmesi

- Kan ihtiyacı olan vatandaşların her türlü kan hizmetini, ülkenin herhangi bir yerinde tedavi gördüğü sağlık kuruluşunda koşulsuz ve zamanında alması

- Reçete ve ücret ödeme uygulamasının ortadan kaldırılması

- Kan bankacılığındaki yöntemlerin ve uygulamaların modernize edilip geliştirilmesi, standardize edilmesi, devamlı kalite kontrolüne tabi tutulması

- Kan hizmetleri organizasyonunun ülke genelinde yapılanması ve yaygınlaştırılması, otomasyona geçilmesi

- Bütün vatandaşların gönüllü kan bağışçılığı konusunda bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi ve özendirilmesi

Proje uygulanmaya başlayıp süreç ilerledikçe hedeflere hızla ulaşıldığı gözleniyordu. Özellikle kan bağışı sisteminden para ilişkisinin tamamen çıkartılması toplumda büyük bir destek görüyordu. Artık kimse yakını için kapı kapı kan aramıyor, simsarlar işsiz kalıyor, "Kızılay bizden aldığı kanı satıyor." ifadeleri tarihe karışıyor ve Kızılay'ın toplam imajına kan bağış sistemi büyük bir katkı sağlıyordu.

Dayanışma ile Her Sorunu Çözeriz

Ulusal Güvenli Kan Temini Projesi sahada istenildiği gibi gelişiyor, bu sürece özel hazırlanan stratejik iletişim süreci de kendisinden bekleneni veriyordu. Stratejinin üçüncü aşamasına geçmenin de zamanı gelmişti. Zira 1 milyon iyi insan bulunmuştu.

Şimdi dayanışmayı güçlendirme zamanıydı. Eğer bir toplumsal organizasyon içinde sevincimizi de kederimizi de ortak yaşıyorsak ortaya çıkan sorunları da ancak ve hep dayanışma ile çözebiliriz. Bu ruhu topluma, özellikle de "iyi insanlara" geçirmek için stratejinin üçüncü ayağı, "tutundurma" aşaması "Birbirimize ihtiyacımız var" sloganı ile kamuoyuna sunuldu.

2005 yılında temelleri atılan, 2006 yılı itibarıyla sahada hayata geçirilen "Ulusal Güvenli Kan Temini Projesi" tüm boyutlarıyla ülkemizin gurur duyduğu çalışmalardan biri oldu. Türkiye'nin kronikleşmiş kan bağışı problemi, kronik krizin iletişimi olarak ele alındı ve dünyaya örnek olacak şekilde çözüldü. Proje ve projenin iletişimi konusunda birçok ülkenin Kızılay ve Kızılhaç derneklerine destek verildi. En son KKTC Kızılay'a aktarılan proje ile KKTC'nin kan bağışı sorunu büyük ölçüde çözüldü. Aradan geçen yıllar içinde gelinen aşamada Kızılay; ülke kan ihtiyacının yüzde 90'ını gönüllü kan bağışçılarından karşılayan, düzenli kan bağışçısı sayısı her yıl orantısal olarak artan, genç kan bağışçı sayısı ve kadın kan bağışçı sayısı her yıl artan kan bağışı sisteminin yanına Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi (TÜRKÖK) ile kemik iliği temini projesini ve en son Covit-19 hastalığının tedavisinde kullanılan antikor içeren plazma bağışı kabulü ve hastanelere ulaştırma sürecini sahiplenmiş, büyük bir güce sahip olmuştur.

Kaynaklar

Kızılay Tarih, https://www.kizilay.org.tr/Kurumsal (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

Türk Kızılay Kan Hizmetleri İstatistikleri, https://kanver.org/EKutuphane/FaaliyetKitaplari, (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

Türk Kızılay Kan Hizmetleri hakkında ayrıntılı bilgi için, https://www.kanver.org/EKutuphane/sss (Erişim Tarihi: 01.05.2020)

Dünyada Kan Hizmetleri

Günümüzde kan bankacılığı alanında problemlerini çözmüş, etkin organizasyon kurmuş ülkeler kan bankacılığı faaliyetlerini iki aşamada tanımlamıştır:

• Donasyon kan bankacılığı: Güvenli (gönüllü, düzenli, bilinçli, karşılık beklemeksizin) kanın sağlanması, bağışlanan kanlara gerekli laboratuvar işlemlerinin yapılması, kanın saklanması ve hastanelere ulaştırılması

• Transfüzyon kan bankacılığı: Kanın hastalar için kullanılması, kullanıldıktan sonra kayıt altında alınan bilgilerin takip edilmesi.

Geliştirdikleri sağlık politikaları doğrultusunda çalışan gelişmiş ülkelerdeki kan bankacılığı sistemine göz atacak olursak;

• Amerika Kızılhaçı ülke kan ihtiyacının %40'ından fazlasını karşılamakta, işlemekte ve tüm ülkedeki 3 bin hastane ve transfüzyon merkezine dağıtımını gerçekleştirmektedir. Kızıl Haç her yıl yaklaşık 4 milyon kan bağışçısından 6,5 milyon ünite kan bağışı almakta ve 9 milyondan fazla kan bileşeninin transfüzyon için dağıtımını gerçekleştirmektedir.

• 2012 verilerine göre Alman Kızılhaçı Kan Transfüzyon Hizmetleri yılda 3,5 milyon tam kan bağışı almaktadır. Gerçekleşen bağışlar, ülke kan ihtiyacının %80'ini karşılamakta ve 2 milyon gönüllü kan bağışçısı bulunmaktadır.

• Japonya'da donasyon kan bankacılığı hizmetlerinin tamamı, 7 bölgesel kan merkezi ile Japon Kızılhaçı tarafından yürütülmektedir. Ülkede uygulanan kan bankacılığı sistemine göre 3 farklı kan bağışı tipi göze çarpmaktadır. Yıllık kan bağışı sayısı 2 milyon ünitedir.

Dünya Sağlık Örgütünün raporuna göre, gelişmekte olan ülkelerde güvenli kanın sağlanamama nedenleri arasında; yetersiz gönüllü kan bağışı sebebiyle güvenli olmayan, (replasman, kana kan, zorunlu yöntem vb.) ve en ucuz yöntemlerin tercih edilmesi gösterilmiştir.

Dünya çapında yılda 107 milyon ünite kan bağışı yapılırken neredeyse yarısı yüksek gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Toplam 156 ülkenin raporlarına göre:

• 71 ülke kan tedarikinin %90'ını karşılıksız gönüllü bağışlarıyla sağlamaktadır.

• 71 ülkenin 60'ı ise kan tedarikinin %100'ünü karşılıksız gönüllü bağışlarıyla sağlamaktadır.

• 73 ülkede kan tedarikinin %50'den fazlası replasman bağışlarla sağlanmaktadır.

• 22 ülke ise halen karşılıklı bağış topladığını rapor etmiştir.

Sağlıkta finansman dili ve GSS'nin mesajları

Hüseyin Çelik

1965 yılında Afyon'da dünyaya gelen Hüseyin Çelik, 1987 yılında İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 8, 9, 10 ve 11. Kalkınma Planlarının hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğünde müfettiş, özel bir sağlık grubunda satın alma ve lojistik, pazarlama ve kurumsal iletişim ile hastane direktörlükleri yaptı. Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Soysal Güvenlik Reform Projesi'nde GSS'nin hazırlanması çalışmalarına danışmanlık yaptı. 2013-2017 yıllarında Sağlık Bakanlığında Müsteşar Yardımcılığı yapan Çelik, halen kurucusu olduğu özel bir şirkette sağlık sistemleri, sağlık işletmeciliği ve sağlık sigortacılığı konularında danışmanlık yapmaktadır.

İletişim, bir kaynaktan alıcıya iletilen mesaj olarak tanımlanır. Finans kaynağından hedef alıcıya (bireye, topluma, sektör paydaşlarına) verilmek istenen mesajlar, muhataplarının davranış ve yaklaşımlarını yüksek düzeyde etkilemektedir. Çünkü birey, toplum ve sektör paydaşlarının davranışlarını etkilemede en güçlü mesajların finans kaynaklarından geldiğini görebiliyoruz. Bu makalede 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'ndaki Genel Sağlık Sigortası (GSS) hükümleri ile düzenlenmiş olan finansman sisteminin, doğumundan ölümüne bireye sağlık finansman güvencesi sağlarken, hedef kitlesine nasıl bir mesaj vermek istediğini ortaya koymaya çalıştık. Aynı şekilde sağlık hizmet sunucularına, sistemin yürütümünden sorumlu kamu idaresine ve politika yapıcılara finansman dili ile hangi mesajları iletmek istediği hususlarına da kısmen değinmeye çalıştık.

Kapsanan nüfus açısından mesajlar (md. 60): Finansman sisteminin ilk mesajı, toplumun hiçbir bireyinin sağlık finansman güvencesi dışında bırakılamayacağıdır. Hatta ülkemize yerleşmiş olan yabancıların, uluslararası koruma statüsü altındaki kişiler ile vatansızların da sağlık finansman güvencesinden mahrum bırakamayacağı mesajı verilmektedir. Bu mesaj, bireylerin tek başına sağlıklı olmasından öte toplumsal bir sağlık/iyilik hali sayesinde sağlıklı yaşamanın mümkün olduğunun, hastalık nedeniyle oluşabilecek yoksullaşmanın, bireyin kendi sağlığının finansmanını sağlayamaması nedeniyle diğer bireylerin de sağlık riski altında olduğunun somut bir ifadesidir (md. 60).

Bu durum, çok değil 12 yıl önce, ülkemizde yürürlükte olan SSK yönetimlerinin kendi finansal kaygıları ve "kurum yararı" anlayışlarıyla sigortalıdan esirgediği tedavi, ilaç, tıbbi malzeme ve diğer hizmetlerle ilgili yürüttükleri uygulamalar, en azından bizim kuşaktaki insanların hafızasındadır.

Sağlanan hakların uygulamalı güvencesi açısından mesajlar (md. 62): GSS tarafından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmanın, kişiler için bir "hak" olarak tanımlanması mesajı; yönetim için ise "yükümlülük" olduğu mesajı ile bu hakların uygulamalı olarak hayata geçirilmesi garanti edilmek istenmiştir. Aynı şekilde yönetime verilen diğer önemli bir mesaj ise ödenen primlerle verilen haklar arasında ilişki kurulamayacağı, toplumun üyeleri arasında mali imkânlara bakılmaksızın GSS kardeşliği inşa edilmesidir.

Bu mesaj bireylerin, sağlanan haklarına yönelik bir ihlal olduğunda, idari ve yargısal her türlü hak arama yolunun açık tutan ve hakları uygulamaları garanti altında alan bir yaklaşım ve mesaj olarak ifade edilebilir.

Finansmanı sağlanan ve kapsam dışında bırakılan sağlık hizmetleri açısından mesajlar (md. 63, 64): Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri sayılmadan önce, bireyin öncelikle "sağlıklı kalmasının hedeflendiği" ifadesi, genelde bireyin tedavi giderini ödemeye odaklanmış bir sigorta sistemi uygulamasından farklı olarak, çok önemli bir değişimin habercisi niteliğinde bir mesajdır. Bu kapsamda finansman güvencesine alınan ilk sağlık hizmetinin de kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti sayılması, GSS'nin en öncelikli konusunun mesajının ortaya konulması açısından büyük önem taşımaktadır.

Vatandaşın kanun ile güvence altına alınan sağlık haklarının, finansman dili ile Türk bürokrasisinin ve yargı sisteminin işleyiş tarzına uygun, çok az kanun çalışmasında görülen bir iletişim dili de kullanılmıştır. Kanun tekniğinde, genelde pozitif haklar ifade edilir ve kapsam dışı kalan hususlar, idarenin ve yargı kararlarının inisiyatifine bırakılır. Sağlık hizmetlerinin ertelenemez olması, zaman içinde gelişecek yeni sağlık hizmetlerinden idarenin gri alanlarda risk almama eğilimi nedeniyle, yeni taleplerin ret edilmesi ve bireyin buna itirazı durumunda yargı süreçlerinin uzaması nedeniyle bireyin sağlık hakkından uzun bir süre mahrum kalmaması için hangi sağlık hizmetlerinin kapsama

alınmadığı da açık bir şekilde ifade edilmiştir. Verilen bu mesaj ile sağlık hakkının hayata geçirilmesinde yaşanabilecek duraksamalara da son verilmek istendiği mesajı iletilmiştir.

Bireyin hastalık nedeniyle oluşan mali giderlerinin kapsanması açısından mesajlar (md. 65): Özel sigorta yaklaşımında hiç görülemeyecek bir uygulamayla Genel Sağlık Sigortası'nda; tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek yol gideri, gündelik ve refakatçi gibi ek masrafların da karşılanması güvenceye alınarak, bireyin tedaviye ulaşımının önündeki mali engeller de kaldırılmak istenmiştir. Bu düzenleme ile verilmek istenen mesaj, sağlık hizmetine ulaşımın önündeki mali engellerin de ortadan kaldırılmasıdır. Bireyin hastalık nedeniyle çalışamadığı günlerde mahrum kaldığı gelirinin ise iş göremezlik geliri ile karşılandığı dikkate alındığında, sağlanan hakların bireyin sağlıklı kalmasına ne kadar önem ve öncelik verdiği mesajı kolaylıkla anlaşılacaktır.

Yurt dışında tedavi açısından mesajlar (md. 66): Finansman sistemi, GSS tarafından sadece ülke içinde gelişen sağlık hizmet kapasitesi ile sınırlı haklar ile yetinilmemiş, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin yurt dışında sağlanması halinde de finansman güvencesi tanımıştır. Bu mesaj, bireyin sağlıklı olma halinin tüm tanı ve tedavi seçeneklerine erişim imkânı sağlaması bakımında ayrı bir öneme sahiptir. Özellikle çalışanlar açısından yurt dışında yapılan görevlendirmelerde oluşacak tedavi maliyetinin GSS'nin geri ödeme yaptığı tutarın üzerinde gerçekleşmesi halinde, aradaki farkı işvereni tarafından karşılanmasını düzenleyerek, bireyin mağduriyeti önlenmek istenmiştir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları açısından mesajlar (md. 67): Bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti bedelinin son ödeyicisi, bizzat bireyin yine kendisi ya da bireyin ödeme gücü olmadığında onun adında toplumun diğer bireyleridir. Bu bağlamada finansman sistemi vatandaşlardan, işverenden ya da vergilerden, yetmediği durumda toplum bireyleri adına yapılan borçlanmadan elde ettiği geliri, tanımlanan geri ödeme modelleri çerçevesinde ödemesini yapan aracı bir kurum niteliğindedir.

Bireyin sağlık hizmetine erişmek için kimi şartlara bağlı kalınması (belli süre sigortalı olması ve/veya prim borcu olmaması), sistemin sürdürülebilirliği ve prim ödeme yükümlülüğünü yerine getiren birey ile getirmeyen birey arasında hakkaniyet gözetilmesi amaçlanmıştır. Bu amacın hayata geçirilmesinde ise bireyin talep ettiği sağlık hizmetinin mahiyetine göre getirilen istisnalar ile uygulama şekillendirilmiştir. Bu kapsamda; 18 yaşından küçük kişilerin ebeveynlerinin prim ödememesinin bedeli çocuklarına fatura edilmemiş; acil hallerde, trafik kazasında, iş kazası ve meslek hastalığında, bu-

Özel sigorta yaklaşımında hiç görülemeyecek bir uygulamayla Genel Sağlık Sigortası'nda; tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek yol gideri, gündelik ve refakatçi gibi ek masrafların da karşılanması güvenceye alınarak, bireyin tedaviye ulaşımının önündeki mali engeller de kaldırılmak istenmiştir. Bu düzenleme ile verilmek istenen mesaj, sağlık hizmetine ulaşımın önündeki tüm mali engellerin de ortadan kaldırılmasıdır.

laşıcı hastalıklarda vd. tüm kritik sağlık sorunlarının olduğu durumlarda, prim borcuna bakılmaksızın sağlık hizmetinin kesintiye uğramadan yürütülmesi amaçlanmıştır.

Katılım payı açısından mesajlar (md. 68, 69): Yazıda ifade edildiği üzere finansmanın temel kaynağı yine bireyin kendisidir. Bu durumda prim ödeyen bir bireyin, sağlık hizmeti alırken farklı gerekçelerle tekrar bir bedel ödemesi talebinin, bireylere verilecek mesaj açısından özel bir anlamı olmalıdır.

Yapılacak sağlık gideri bedelinin prim ve/veya vergilerle önceden ödendiği sistemlerde, bireyin tüketim aşamasında kendi öz kontrolünü devreye alması için birtakım mekanizmalara ihtiyaç vardır. Bu kapsamdaki etkili yöntemlerden biri de katılım payı uygulaması ile vücut bulmuştur. Bu sayede sağlık hizmetini kontrolsüz kullanan birey ile kontrollü kullanan birey arasında ödenecek toplam bedel ile hakkaniyet gözetilmeye çalışıldığı mesajı verilmektedir.

Katılım payı ile finansman sisteminin sürdürülebilirliğinden, sadece politika yapıcılar ve kamu idaresi değil bizzat bireylerin de sorumlu olduğu mesajının verilmiş olması ayrı bir önem taşımaktadır.

Katılım payı uygulamasının amacına hizmet edebilmesi için çok sayıda istisna getirilerek (Örnek: bireyin kendi kontrolünde olmayan kronik hastalıklar ya da toplumun koruyucu sağlık hizmeti kullanımını öncelemesi için aile hekimi ve koruyucu sağlık hizmeti kullanması ya da toplumun dezavantajlı üyeleri olmak gibi) katılım payı alınması amacı ile örtüşmeyen durumlarda, sistemin finansman dengesinin değil, bireyin sağlık hizmetine erişiminin öncelendiği mesajı güçlü bir şekilde verilmiştir.

Hizmet basamağı ve sevk zinciri açısından mesajlar (md. 70): Finansman sisteminin sürdürülebilirliği, korumak istediği birey için hayati öneme sahiptir. Dünyadaki farklı ülke deneyimlerinden elde edilen bulgulara bakıldığında; bireyin hangi basamaktan hizmet alacağı, yapılacak harcamanın tutarı açısından temel belirleyicilerden biridir.

Örneğin bireyin uzman hekime ya da hastaneye başvurmasına gerek olmayan basit hastalıklarda, ülkemiz örneğinde aile hekimlerinin kullanılmasını

sağlamak için getirilecek sevk zinciri uygulaması, bireye kendisinin yararı için kurulmuş GSS'nin mali sürdürülebilirliğine katkı sağlaması açısından güçlü bir mesaj olarak belirmektedir. Buna rağmen uzman hekime gitmek isteyenler olursa ek katkı payı ödemesiyle bu imkânı kullanabilmeleri, yine bireyi orta ve uzun vadede sağlanan finansal güvenceyi sürdürülebilir kılan bir uygulama olacaktır.

Sağlık hizmetleri geri ödeme tutarları açısından mesajlar (md. 72): Sağlık finansmanı açısından özellikle kamu idaresine ve sektöre verilen önemli bir mesaj, geri ödeme tutarlarının belirlenmesi aşamasında görülmektedir. SSK, Bağ-Kur, ES, devlet memurları ve yeşil kart yapısından oluşan beşli finans sisteminin SGK çatısı altında ve GSS sistemi ile birleştirildiği yapıda, geri ödeme tutarlarının belirlenmesi yetkisi tek başına STK'ya verilmemiştir. Bununla sistemin sürdürülebilirliği adına önemli yetkilere sahip olan, diğer kamu ve STK'ların hem yetki hem de sorumluluk altında birlikte karar vermeleri gerektiği mesajı verilmiştir. Bununla sağlanan hakların hizmet sunucular açısından kabul edilebilir olması için tüm tarafların uzlaşı içinde hareket edebilmelerinin mekanizması oluşturulmuştur.

GSS, her yönüyle toplumun ve bireyin sağlık hizmetine erişiminin finansal güvencesini sağlarken diğer taraftan geliştirilen mekanizmalar ile bireye, topluma, sağlık hizmet sunucularına ve kamu idaresinde önemli mesajlar içermektedir. Bize düşen görev, bir taraftan mevcut kazanımlarımızı sürdürürken diğer taraftan toplumun artan ve değişen beklentileri ile sağlık sistemimizin ihtiyaçları arasında bir optimizasyon sağlayarak sistemin sürekli güncellenmesine yönelik mekanizmaların geliştirilmesi ve hayata geçirilmesidir.

Sağlık hizmetlerin satın alınması açısından mesajlar (md. 73): SSK örneğinde olduğu gibi, sosyal sigorta kurumunun hem finansman hem de hizmet sunucu rolüne son verilerek, kamu ya da özel sağlık hizmet sunucularından tanımlanmış koşullarda hizmet almak yoluyla, finansman gücünden elde edilen pazarlık gücünü sigortalısı lehine, daha efektif fiyat ve koşullarda yürütülmesi sağlanmak istenmiştir.

Kamu sağlık hizmet sunucuları açısından istisnai haller dışında, SGK'nın ödeyeceği tutar üzerinde hastadan fark alınması yasaklanırken özel sağlık hizmet sunucularının başka kamu kaynaklarından sübvanse edilmediği için aradaki farkın hastadan almasına izin verilmek suretiyle, sağlık hizmet sunucusunu seçme serbestisine uygun olarak, kendi istediği özel sağlık hizmet sunucusunu bireyin seçmesine imkân sağlanmıştır.

Üniversiteler açısından ise uzman hekimler yerine, öğretim üyelerinden hizmet almak isteyen vatandaşlar için ise aradaki oluşacak farkın GSS'den değil bireyin ödemesi sağlanmak suretiyle sistemin sürdürülebilirliği adına bir katkı sağlanmıştır. Eğer sistem bireyin tüm tercihlerini ödeyecek olarak tasarlanmış olsaydı, bu durumda herkes en iyi olduğunu düşündüğü hizmet/ürün talep edeceği için yine sürdürülemeyen bir sosyal sigorta sistemi nedeniyle bireyler, en temel haklarını fiili imkânsızlıklar nedeniyle kullanamaz hale geleceklerdi.

Bir diğer önemli mesaj da sözleşmeli ya da sözleşmesiz kuruluşlara verilmektedir. Buna göre sağlık hizmetinin acil hallerde alınması durumunda bireyden kendi seçimlik hakkını kullanmanın dışında gelişen durum nedeniyle, SGK tarafından ödenecek tutarlarda herhangi bir fark alınamayacak olmasıdır.

Genel sağlık sigortası primlerinin harcanması açısından mesajlar (md. 74): GSS ile kamu idaresine verilen önemli bir mesaj ise GSS için toplanan primlerin başka bir amaç için kullanılamayacağına yönelik verilen mesajdır. Bununla bireylerin sağlık harcamalarının diğer sigorta kollarının harcamalarında kullanılmasına izin verilmeyeceği mesajı iletilerek, sağlık hakkının finansal nakit akış kısıtları nedeniyle bireyler ve sağlık hizmet sunucuları açısından kesintiye uğramasının arzu edilmediği mesajı verilmiştir.

İşverenlerin, GSS Kapsamındaki kişilerin ve üçüncü kişilerin sorumlulukları açısından mesajlar (md. 76): İşverenin, bireyin ve üçüncü kişilerin sağlıklı yaşam halinin sürdürülebilirliği adına, kimi önemli sorumluluklarına yönelik mesajlar da GSS'de yer almıştır. Bu kapsamda iş kazası ve meslek hastalığı ile sınırlı olarak ilk sorumluluk mesajı işverene verilmiş ve gerekli sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlü kılınmıştır. Ayrıca bu amaçla ödenen giderlerin SGK tarafından karşılanacağı ifade edilmiştir. Bu göreviyle ilgili ihlalden dolayı, bireyin sağlık düzeyinin kötüleşmesi nedeniyle SGK'nın karşılayacağı ek giderlerden işverenin sorumlu tutulacağı mesajı verilmiştir. Diğer taratan üçüncü kişilerin, kastı veya suç sayılabilir bir hareketi nedeniyle GSS kapsamındaki kişilerin sağlık durumunun bozulmasına neden olunması halinde, oluşacak ek giderlerden sorumlu kılınmak suretiyle üçüncü kişilere de önemli bir yaptırım mesajı verilmiştir.

Sağlık hizmet sunucusunu seçme serbestisi açısından mesajlar (md. 77): GSS kapsamındaki kişilerin sağlık hizmet talebi halinde, sağlık tesisini seçebilme hakkı tanınmak suretiyle, bireyin sağlık hizmet sunucusu kendisinin seçimine izin vererek sağlık hizmetine ulaşıma yönelik bireyin tercihine saygı duyan güçlü bir mesaj verilmiştir.

GSS primleri açısından (md. 79): GSS sistemi doğumundan ölümüne kadar tüm bireylerin kapsama alındığı bir finansman sistemi olarak tasarlanmış, ancak bu sisteme girmek bireyin iradesine bırakılmayarak, sosyal dayanışmanın temelleri atılmıştır. Burada toplumu ve bireye verilen en önemli mesaj, sadece hastalık halinde değil, sağlıklı iken de hastalığın neden olacağı gelir kayıplarına ve gider artışlarına yönelik bir güvence sistemi getirilmiş olması mesajıdır. Bununla bireyin sağlığının tek başına kendisi sorumluluğu olmadığı, bunun kolektif bir dayanışma ile yürütülebileceği mesajı verilmektedir.

Sistem dünyadaki sigorta sistemlerinin yaygın uygulandığı şekliyle sadece çalışan nüfusu kapsamakla yetinmeyerek, çalışmayan ancak varsıl olanlar ile yoksulları da kapsayan bir anlayış ile tasarlanmıştır. Bu sayede varlıklı ve çalışanlar primlerini kendileri ve/veya işverenleri ile birlikte ödemek suretiyle önemli bir sosyal dayanışma mekanizması kurulmuştur. Bu kapsamda yoksul kişilere verilen mesaj ise primlerini genel vergilerden karşılanmak suretiyle bu şartları devam ettiği sürece, aynı kapsamda sağlık hakkına erişmeye toplumun diğer bireyleri ile aynı haklar ile birlikte devam edeceği güvencesidir.

GSS prime esas kazancı tespit ederken verdiği mesaj ise az kazanandan az, çok kazanandan çok prim (Asgari ücret alan kişi ile bunun 7,5 katı ücret alan kişiler aynı sağlık haklarına sahip bulunmaktadırlar.) alınmak suretiyle sosyal kesimler arasında gelirin yeniden paylaştırıldığı bir anlayışın hâkim olduğudur. Ancak haklardan yararlanma hususunda ise Kanun'un 62'nci maddesi ile herkese aynı haklar tanınarak, bireyler arasında sağlık hakkının kapsamı ve erişiminde herhangi bir ayrımcılık yapılamayacağı mesajı verilmiştir.

Sonuç

Covid-19 pandemisinin en yoğun yaşandığı dönemde hazırlanan bu çalışma, aynı zamanda özellikle de gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerinin eleştirildiği bir ortama şahitlik etmiştir. Ülkemizde 2000'li yılların başında gerçekleştirilen "Sosyal Güvenlik Reformu"nun önemli bir parçası olan GSS, her yönüyle toplumun ve bireyin sağlık hizmetine erişiminin finansal güvencesini sağlarken diğer taraftan geliştirilen mekanizmalar ile bireye, topluma, sağlık hizmet sunucularına ve kamu idaresinde önemli mesajlar içermektedir. Bu mesajların aynı zamanda yaptırım gücüne sahip Kanun ile yapılıyor olması, verilen mesajlardan beklenen sonuçların elde edilmesini kolaylaştırmaktadır. Ancak diğer taraftan sadece Kanun gücüne dayalı olarak verilen mesajlar ile yetinmek, kanunun toplumsal kabulü ve uygulanması bakımından da zaafa neden olabilmektedir. Bize düşen görev, bir taraftan GSS kanunu ile mevcut kazanımlarımızı sürdürürken diğer taraftan toplumun artan ve değişen beklentileri ile sağlık sistemimizin ihtiyaçları arasında bir optimizasyon sağlayarak sistemin sürekli güncellenmesine yönelik mekanizmaların geliştirilmesi ve hayata geçirilmesidir. Bu amacın gerçekleştirilmesinde en kritik unsur ise, mesajın hedef kitlesi olan; bireyin, toplumun ve sektör paydaşlarının katılımı olacaktır.

Kaynak

5510 sayıl Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Sağlık haberciliğinin geleceği

Dr. İbrahim Ersoy

1999 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı yıl Medimagazin gazetesini çıkartmaya başladı. Tıp hekimlerine yönelik 12 kitabın editörlüğünü üstlenen Ersoy, 20 yılı aşkın süredir gazetenin genel yayın yönetmenliğini ayrıca 1998 yılından bu yana Hekimler Birliği Vakfı'nın yöneticiliğini, 2012 yılından beri de Sağlık İletişim Derneği'nin kurucu başkanlığını yürütmektedir. Çalışma alanları sağlık politikaları, sağlık eğitimi ve sağlık iletişimidir.

An itibarıyla kendimize soracağımız iki kritik sorunun cevabı, bu yazının şekillenmesine neden olacak ve bu sorulardaki sorunlara ve çözüm önerilerine odaklanacaktır. İlk olarak, birkaç gündür zihnimizde yer eden haberler bize nasıl ulaştı? İkinci olarak, bu haberler ne kadar doğru? Medya sektörü, teknolojik gelişimlerin hem olumlu hem de olumsuz yönlerini en hızlı yaşayan sektörlerin başında geliyor. "Sektör" kelimesinin kullanımı bir iş kolu olarak medyanın olumsuz etkilerini anlatırken habercilikteki "içerik" kavramı da maalesef sektörleşmenin tüm olumsuz etkilerini içerisine alıyor. Bilimsel bilgiye ulaşmanın hem kolaylaşması hem de bilimsel içeriğin baş döndürücü bir hızla artması ise sağlık haberciliğinde birçok fırsatlar yaratırken aynı zamanda habercilerin temel bilimler konusundaki yetersizliğinden dolayı tehlikeli bir hal alıyor.

Sosyal Medya ve Sağlık Haberciliği: Triyaj Uygulaması

Sosyal medya, günümüzde tüm haberlerde olduğu gibi sağlık haberlerinde de en fazla haber aldığımız kaynakların başında geliyor. Twitter, Facebook gibi sosyal medya araçlarının yanı sıra özellikle WhatsApp gibi platformlar en fazla kullandığımız haber ve bilgi kaynaklarımız arasında yer almaya başladı. Her sabah kalktığımız andan gece yatana kadar, sürekli işleyen bir sosyal medya ağında, özellikle sahte haberler-manipülasyonlar dönemini yoğun olarak yaşıyoruz. "Paylaşma"nın insan zihninde verdiği zevkle, doğru mu yanlış mı demeden, düşünmeden paylaşımlar yapıyoruz.

Gelecekte de sosyal medyanın haber anlamında gücünün daha da artacağını öngörmek sanırım yanlış olmaz. Bu nedenle sosyal medya alanında bir triyaj uygulamamız şartmış gibi görünüyor. Halihazırda sosyal medyada yer alan haberlerin doğruluğunu analiz eden birçok web sitesi kullanıma girmiş durumda. Ancak kişisel olarak uygulayacak bir triyaj sistemine gereksinimimiz var. Bu sistemin temelinin, bilginin ya da haberin kaynağının araştırılması olarak belirlenmesi hayati önem taşımaktadır. Tıpkı ülkemizdeki acil servis kullanımındaki triyaj kullanımındaki oranlar gibi, sosyal medyada da var olan haberlerin yüzde 10-20'si kırmızı alanda "gerçek acil-gerçek haber" olarak karşımıza çıkacaktır. Hem aşı karşıtlığı hem de pandemi esnasında, başta Facebook olmak üzere, sosyal medyanın kendi triyaj sistemini kullanması "doğru haber" seçimi açısından riskli bir durum oluştursa da farklı bir triyaj sistemi olarak düşünülebilir. Ancak esas olan, platformların değil, kullanıcıların uygulayacağı tiraj sistemidir.

Bağımsız Gazetecilik ve Reklam Payları

Daha önce geleneksel medya açısından sürekli tartışılan, gazetecilikteki reklam paylarının, genelde ana akım medyaya gittiği ve bağımsız gazeteciliğin bu paylaşımdan zarar gördüğü düşüncesi şimdi ve gelecekte de farklı şekillerle süreceğe benziyor. Mevcut yeni medya kullanımında da daha çok kitlelere ulaşmak için "ana akım sosyal medya"yı kullanmak gerekiyor. Youtube-Google, Facebook, Instagram gibi sosyal medya platformlarının da halihazırda tekel oluşturması ve dijital reklam gelirlerinin çoğunluğunun bu birkaç platformda kalması da bağımsız gazeteciliğin önünde bir engel olarak görülebilir. İşin en tehlikeli yanı ise teknolojinin "özgürlük" olarak altın tepside servis edilmesinden dolayı, haber açısından son kullanıcıların "gerçek haber"i aramaya herhangi bir motivasyonunun bile olmamasıyla sonuçlanmaktadır.

Bilimsel Araştırmaların Haberlere Yansıtılması

Sağlık haberciliğinin altın değerindeki madeni, bilimsel araştırmalardır. Bilimsel yayın açısından dünya tarihinin en verimli dönemini yaşadığımız bu dönemde bu avantaj olarak görülebilir. Gelecekte daha da artacak bilimsel yayınları "okumak"taki zaaflarımız bu avantajı "yönlendirilebilir" veya "kullanılabilir" kılmaktadır. Birçok sağlık haberi tıbbi araştırmalardaki ilerlemenin aşırı iyimser yönünü ortaya koyuyor. Bu durum, vatandaşların sağlık sistemlerinden gerçekçi olmayan beklentiler geliştirmelerine ve sonuçta, yarardan çok zarara yol açabilecek maliyetli ve kanıtlanmamış yaklaşımlara olan talebi artırmasına neden olmaktadır. Bilimsel araştırmalar kadar onların arka planlarının ortaya çıkarılması ve bilimsel araş-

tırmaların ne söylediklerinin tam olarak anlaşılabilmesi bu konudaki zaafların giderilmesini sağlayacaktır.

Gazetecilik mi, Halkla İlişkiler mi?

Bir taraftan uzman sağlık habercilerinin medya kuruluşlarında istihdamının azalması, diğer taraftan insanların sağlık haberlerine yoğun ilgisi, beraberinde çelişkiler getirmektedir. Bu çelişkilerin en büyüklerinden biri, mevcut sağlık haberlerinin önemli bir kısmının özel sağlık kurumlarının halkla ilişkiler departmanında oluşturulmasıdır. Uzman sağlık muhabiri istihdamının azaltılması hızlı ve popüler sağlık haberciliğine doğru yönelimi sağlamış, bu durum ise kontrolsüz bir şekilde sağlık haberlerinin salınımına yol açmıştır. Bu anlamda sağlık haberlerinin çoğunluğunun aslında bir reklam çalışması olduğu ve bu durumun önüne hem uzman sağlık muhabirleriyle hem de medya kuruluşlarının bağımsız organizasyon yapılarıyla geçileceği aşikârdır.

Kriz Durumlarında Sağlık Haberciliği

Sağlık haberciliğinin "savaş" durumu, pandemi anlarıdır. Son 20 yıla bakıldığında önümüzdeki dönemlerde de salgınların devam edeceği hem epidemilerin hem pandemilerin hayatımızın ayrılmaz parçası olacağı düşünülmektedir. Salgın anlarında tüm medyanın topyekûn sağlık haberciliğine ani geçişi, vatandaşın ve devletlerin hazırlıksız yakalanmaları ile aynı etkiyi uyandırır. İlk şok etkisiyle medya, salgını anlamaya çalışırken diğer taraftan da anlatmaya çalışır! Anlaşılmadık bir durumun anlatılmasının zorluğu yavaş yavaş geçerken ikinci şok dalgası salgınla birlikte gelen bilimsel haber bombardımanında yaşanır. Salgın etkeninin biyolojik yönlerinin tanımlanmaya başlamasıyla artan araştırmalar, bu etkene karşı tedavi aranmasındaki araştırmalarla birleştirilince ortaya kısa zamanda doğru ayıklanması gereken devasa bir haber yumağı çıkar. Bu bilimsel yükün halka kendi dilinde anlatılmasının zorluğu, salgının yaygınlaşması için de zemin oluşturur. Salgının hızı yavaşladığında ise medyanın topyekûn girdiği sağlık haberciliğinde taşlar yerli yerine yeni oturmaya başlamıştır. Gelecekte mevcut tecrübelerden çıkacak yeni dersler ise bir sonraki salgın için zemin oluşturacaktır. Salgınlarla yaşamanın öngörüldüğü gelecek dünyasında, sağlık haberciliğinin de salgında iletişim dilini ve stratejisini oluşturması gerekliliğini zorunlu kılar.

Sağlık Haberciliği ve Sosyal Tıp

Sağlığın tamamen biyolojik ve fiziksel bir durum olarak ele alındığı "sağlık sektörü"nün gelecekte bir çıkmaza doğru sürüklendiği son yılların önemli tartışma konuları arasındadır. Sağlık haberciliğine de doğrudan yansıyan bu biyolojik yaklaşımın gelecekte sosyal yaklaşımın önemini artıracağı aşikârdır. Bir öngörü olarak, sağlık alanındaki uygulamaların sosyal yaşamı da içine almasıyla daha sağlıklı bir dünya oluşturma fikrini savunanlardanım. Hem sağlığın hem de sağlık haberciliğinin sosyal sorunlara yönelmesi (İşsizlik, gelir dağılımındaki adaletsizlik, dezavantajlı grupların sağlığa ulaşımı, hava kirliliği, yerel yönetimlerin sağlıklı çevreler oluşturması gibi.) sağlık kavramının kapsayıcılığını genişletecektir. Yeni bilimsel araştırmaların mevcut en büyük sağlık sorunu olarak görülen kronik hastalıkların zemininde sosyal yaşamın da büyük bir rol oynadığını belirlemesi ve bu araştırmaların giderek artması, gelecekte sosyal tıbbın daha önemli bir şekilde gündemimizde olacağını göstermektedir. Biyolojik ve sosyal hayatın, birbirlerinin etkisini belirlenmesi ve bu konudaki anlayışın gelişmesi, sağlık haberciliğinin önünü açacaktır.

Bir öngörü olarak, sağlık alanındaki uygulamaların sosyal yaşamı da içine almasıyla daha sağlıklı bir dünya oluşturma fikrini savunanlardanım. Hem sağlığın hem de sağlık haberciliğinin sosyal sorunlara yönelmesi (İşsizlik, gelir dağılımındaki adaletsizlik, dezavantajlı grupların sağlığa ulaşımı, hava kirliliği, yerel yönetimlerin sağlıklı çevreler oluşturması gibi.) sağlık kavramının kapsayıcılığını genişletecektir.

Özetlemek gerekirse, önümüzdeki yıllarda medya sunumundaki teknolojinin gelişmesi ve bilimsel araştırmaların artışı, sağlık habercilerine fırsatlar/tehditler sunmaktadır. Konunun tartışılmasıyla ortaya çıkacak sorunların aşılmasında, sosyal tıbbın sağlık haberciliğinde geliştirilmesi kritik bir rol oynayacaktır.

Sosyal medyada "sağlıklı" iletişim

Muzaffer Malkoç

İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesinden mezun oldu. Yerel ve uluslararası reklam ajanslarında sanat yönetmeni, tasarım yönetmeni ve yaratıcı yönetmen olarak çalıştı. Türkiye'nin yurt dışında şubesi olan ilk reklam ajanlarından birini kurdu. Reklamcılık çalışmaları yurt içi ve yurt dışında pek çok kez ödüllendirildi. Reklam işlerinin yanında resim serüvenini de kağıt üzerinde olduğu kadar gerilla, grafitti, stickerart gibi farklı mecralarda devam ettirdi. Kurucusu olduğu Mpozitif ajansı ile reklam sektöründe faaliyet göstermektedir.

İnsanlar arasındaki her türlü bilgi, düşünce ve duygu alışverişini iletişim olarak tanımlıyoruz. İletişimin temel amacı hayatı anlamlı hale getirmek ve kolaylaştırmaktır. Sağlık iletişimi denince de sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla yapılan bilgi üretiminden bahsediyoruz (1). Sağlık iletişimi bireysel ya da kurumsal olarak yapılabilir. Bireysel sağlık iletişimi sağlık sektörü çalışanlarının hastalar ve yakınları ile kurdukları iletişim, sağlık çalışanlarının kendi aralarında kurdukları iletişimi anlatır. Kurumsal iletişim ise sağlık kurumlarının halkla, hasta ve yakınlarıyla, sağlık çalışanlarıyla ve tedarikçileriyle kurdukları etkileşimde kendini gösterir.

Sağlık iletişimi, iletişimin hedefine göre de incelenebilir. Tutum ve davranış geliştirme hatta değiştirme amacıyla yapılan iletişim en yaygın görünenidir. Sağlıkla ilgili doğruların geniş kitlelere anlatılması, yönlendirmelerin yapılması, yanlış bilinen alışkanlık ve davranışların değiştirilmesi amacıyla yapılan her türlü iletişim faaliyetlerini bu kapsama alabiliriz. Koronavirüs sebebiyle pek çok kamu kurumunun, TV istasyonlarının ve hatta özel firmaların yayınladığı "doğru el yıkama" ya ilişkin video, afiş ve broşürler alışkanlık değiştirmeye, farkındalık yaratmaya yönelik sağlık iletişimine iyi birer örnektir.

Hedefleri açısından sağlık iletişimin bir diğer türü de hizmet ve ürünlerin tanıtılmasına yönelik pazarlama niteliği taşıyan faaliyetlerdir. Burada ürün ve hizmetlerin reklamlarının yapılmasını değil, bilimsel olarak kanıtlanmış doğruların insanları harekete geçirecek şeklide aktarılmasından bahsediyoruz. Yapılan bilimsel çalışmalarının sonuçlarının duyurulması, farkındalık yaratılarak projeler için destek arama faaliyetleri bu türden işlerdir.

Son olarak hedefleri açısından sosyal medyada sağlık iletişimi, platforma özel verilerin istatistik yöntemlerle analiz edilmesiyle kendini gösteren çok önemli ve hızlı bir "bilgi edinme" işidir. Yapılan anketler, sayfa ziyaretçi sayı ve profilleri, sosyal medyada ilgilendiğiniz konu hakkında konuşan insanlara ilişkin bilgiler, bu faaliyetlerin frekanslar vb. pek çok bilgi, yapılan işin veya güncel sağlık olayları hakkında en hızlı ve detaylı bilgi toplama faaliyetidir. Buralardan elde edilen bilgiler, iletişimin yönünü, tonunu hatta bir bütün olarak stratejisini dahi değiştirebilir.

Dünyanın En Kalabalık Bölgesi

Sosyal medyada sağlık iletişimi, hem sağlığın toplum açısından en önemli konuların başında gelmesi hem de sosyal medyanın yaşadığımız çağdaki baskın ve etkin gücü sebebiyle vazgeçilmezdir. Bunu biraz rakamlarla ifade etmek istersen WeAreSocial'ın 2020 yılının Ocak ayında yayınladığı istatistiklere bakabiliriz (2). Dünyanın dijital projesi tablosunda da görüldüğü üzere dünya nüfusunun yarıdan fazlası internet kullanıyor ve bu oran hızla yükseliyor. Dünya nüfusunun %70'i ise mobil kullanıcı ve bunların da önemli bir kısmı aktif olarak cep telefonları üzerinden sosyal medya kullanıyorlar. Rakamla söylemek gerekirse 7,75 milyarlık dünyada 3,8 milyar kişi cep telefonu ile sosyal medya platformlarına bağlanmış durumda. Türkiye'nin rakamlarına baktığımızda neredeyse cep telefonu kullanma yaşına gelmiş herkesin bir cep telefonu sahibi olduğunu görüyoruz. Nüfusumuzun %64 gibi çok büyük bir kısmı ise aktif sosyal medya kullanıcısı. Bu rakamları şöyle de okuyabiliriz: Bir sosyal medya platformuna bağlandığınızda, ülkenizin ya da dünyan nüfusunun büyük bir kısmına erişme imkanına sahipsiniz. Bunu rakamlarla görmek için aktif kullanıcı sayılarına göre sosyal medya platformları tablosuna bakabiliriz. Facebook, Youtube, WhatsApp, Instagram gibi platformlar 1 milyarı geçen kullanıcı sayılarıyla dünyanın en yüksek nüfuslu ülkelerinden daha büyük bir yapı durumdadırlar. Şu an için dünya üzerinde hiç bir şey iletişim için sosyal medya platformlarından daha kuvvetli bir imkan sunamamaktadır.

Sosyal medya pek çok önemli sosyal ve politik olayda önemli hatta kilit rol oynadı ve hala da oynamakta. Arap baharı sırasında sosyal medyanın etkisi, ABD seçimlerinde sosyal medya kullanıcı verilerinin manipülatif amaçlı kullanılması, Brexit sürecinde yaşananlar gibi sonuçları çok ciddi pek çok olayda sosyal medya tam merkezde yer aldı. Benzer biçimde koronavirüs gibi global pandemilerde, afet durumlarında da sosyal medya en önemli haber alma, bilgiye ulaşma, soru sorma ve tartışma kaynaklarından biri olarak

karşımıza çıktı, çıkmaya da devam ediyor. Sadece sosyal medyadaki geri bildirimlerin takibi ve analizi dahi kriz zamanlarında önceliğin nerelere verileceği konusunda yönlendirici olabiliyor. Hayatın her alanına nüfuz etmiş ve etki alanı çok geniş olan sosyal medyayı takip etmek, burada doğru şekilde var olmak, buradan öğrenmek, sosyal medyayı kişisel ve kurumsal hedeflerimize ulaşmada yardımcı olarak kullanmak bu yüzden çok büyük önem arz ediyor.

Takipçilerle Birlik Olma Kılavuzu

Sosyal medya sağlık sektörü profesyonellerine bilgiyi paylaşma, sağlık politika ve uygulamaları hakkında tartışma, sağlıklı davranış biçimlerini anlatma, bunların halk tarafından benimsenmesine yardımcı olma, hastalarla, öğrencilerle, meslektaşlarıyla daha fazla iletişimde bulunma ve gerektiğinde onları ya da kendilerini eğitme fırsatına sahip olma imkanını sunuyor. Sağlık profesyonelleri sosyal medyayı kendi iş alanlarında, profesyonel networklerini oluşturma ve geliştirme, sağlıkla ilgili yenilik ve haberleri takip etme, duyurma, farkındalık yaratma, hastalarını motive etme, yönlendirme, ihtiyaçlarını anlama ve koruma, bireylerin ve toplumun sağlıkla ilgili doğru bilgilendirilmesine yardımcı olmak amacıyla kullanılabilir. Sağlık profesyonelleri, herkese açık olan Instagram, Facebook, Linkedin, Youtube vb. platformların yanı sıra sadece kendileri için oluşturulmuş farklı sosyal medya platformlarını kullanabilirler. Bunlar doktorsitesi.com, doktortakvimi.com gibi genelde tanıtım amaçlı ve sadece doktorların ya da sağlık kurumlarının üye olabildiği yerli platformlar ya da ABD'deki Sermo gibi tanıtımdan ziyade mesleki bilgi ve deneyim paylaşıldığı özel mecralar olabilir. Bu tür platformların yanı sıra bloglar, mikrobloglar, wikiler, medya paylaşım platformları da kullanılabilecek en yaygın sosyal medya araçlarıdır.

Kurumlar da sosyal medya platformlarında kişiler gibi davranabilir ve aynı mecralarda yer alabilirler. Sağlık kuruluşları açısından sosyal medya öncelikle hastalar başta olmak üzere halkı bilgilendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Sağlık alanındaki yeni gelişmeler, haberler, doğru bilinen yanlışlar gibi sağlıkla ilgili her konuda sağlık kuruluşları doğrudan referans noktası konumundadırlar ve buralardaki bilgiler kullanıcılar tarafından daha yüksek oranda güvenilir kabul edilir. Sağlık kuruluşları sosyal medya sayesinde hastalarla yeni bir iletişim yolu da edinmiş oldular. Sağlık hizmeti almış sosyal medya kullanıcıları memnuniyet ve memnuniyetsizliklerini sosyal medya üzerinden paylaşma eğilimindedirler. Verilen hizmetin kalitesini ölçerken bu platformlardaki veriler hızlı hareket imkanı vermekte, bazen de olası krizleri erken fark edip büyümeden önleme fırsatı vermektedir.

Yine kurumlar için sosyal medya aynı zamanda bir eğitim aracıdır. Bütün Google aramalarının %7'si sağlıkla ilgilidir (3). Kullanıcılar hastalık şikayetleri, genel sağlıkları, ilaç kullanım ve yan etkileri gibi sağlıkla ilgili pek çok konuda hastaneye gitmeden önce internette arama yaparak bilgilenmeye çalışmaktadır. Arama motorlarında bulunan sonuçlar, sosyal medyada konuşulanlar hasta ve yakınlarının sağlıklarıyla ilgili alacakları kararları doğrudan etkileyebilmektedir. Bu yüzden sosyal medyada güncel ve/veya genel sağlık sorunları hakkında sürekli bilgilendirme yapmak hem görünürlüğü artırmakta hem de kurumu referans noktası haline getirme potansiyeli taşımaktadır. Özellikle YouTube gibi platformlar hazırlanacak detaylı video içerikler sayesinde bulundukları coğrafyaların ötesine ulaşmada büyük ve etkin bir araç olmaktadır. İyi hazırlanmış doğru içerikler hem halkı eğitme hem de kurum bilinirliğini çok yüksek bir seviyeye taşıyabilir. Sağlık kuruluşları açısından bu yüzden doğru ve etkili sosyal medya içeriği oluşturmak son derece önemlidir. Bu durum sağlık kurumlarının dolaylı tanıtımını da sağlamakta ve reklamlar konusunda çok sıkı kuralları olan sektör için de sosyal medyayı vazgeçilmez bir mecra haline getirmektedir.

Hasta ve hasta yakınları, sorunları hakkında daha fazla bilgi edinmek, kendi tecrübelerine benzer insanlarla bir araya gelmek, şikayetlerini dile getirmek amacıyla sosyal medyayı yoğun olarak kullanmaktadır. Bu da sağlık kuruluşları için hem kendi performanslarını değerlendirme hem de sağlıkla ilgili pek çok konuyu hasta ve yakınları gözünden görme imkanı sağlayan önemli bir bilgi edinme yolu haline gelmiştir. Aynı zamanda hasta ve yakınlarının motivasyonlarının sağlanması yine sosyal medya verilerinin takibi, başarılı örneklerin içerik olarak sunulması ile mümkün olabilmektedir (4).

Sosyal medya kullanımı aynı zamanda bazı riskleri de beraberinde getiriyor. İnternetteki bilgi kirliliği özellikle sağlıkla ilgili mevzularda çok yoğun olduğu için, niteliksiz içerikle bir şekilde mücadele etmek çok zaman ve emek isteyen bir iş haline gelebilir. Bu bilgilerle sağlık kuruluşlarına gelen hasta ve yakınları alacakları hizmeti ve tedaviyi hatalı bilgilerle değerlendirme eğiliminde olabilir bu da hem kurum hem de sağlık personeli açısından verilen hizmetin anlatılmasını zorlaştırabilir. Benzer şekilde iletişimde yaşanacak, hatalı ya da yanlış anlaşılabilen içerikler bir krize dönüşebilir ve bu da kurumsal imajınızı zedeleyebilen zincirleme bir reaksiyona çok kısa sürede dönüşebilir. Son olarak sağlık konuları yüksek öneme sahip olduklarından ulusal ve uluslararası alanda yasalarla belirlenmiş ciddi standartlara sahiptirler. Özellikle hasta mahremiyeti ve reklam konuları, içerik hazırlarken kullanılan dil, rekabet kuralları gibi pek çok alanda dikkatli olmak gerekir, aksi takdirde sosyal medyadaki hareketleriniz sizi ya da kurumunuzu yasal yaptırımlarla karşı karşıya getirebilir.

Kaynaklar

1) Işık, Metin, (2011), Hastanelerde Halkla İlişkiler. Konya: Eğitim Kitabevi. "Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşların Sosyal Medya Araştırması

2) Wearesocial, https://wearesocial.com/digital-2020 (Erişim Tarihi: 07.03.2020)

3) Margi Murphy, https://www.telegraph.co.uk/technology/2019/03/10/google-sifting-one-billion-health-questions-day/ (Erişim Tarihi: 02.04.2020)

4) Leila Habibi, Hamid Reza Farpour, Razieh Pirzad http://article.sapub.org/10.5923.j.ijbcs.20170604.03.html#Sec3 (Erişim Tarihi: 29.03.2020)

Sağlık kurumlarının halkla ilişkiler çalışmaları

Serap Öcal

Lisans eğitimini Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde tamamladı. Çeşitli kurumlarda muhabir, editör, kurumsal iletişim yönetmeni, koordinatör ve danışman olarak çalıştı. Sağlık iletişimi, sağlıkta markalaşma, sağlık turizmi ve sağlık ekonomisi konularında çalışan Öcal, Ekotürk TV'de yayınlanan "Sağlık Ekonomisi" programının yapımcısı ve sunucusudur.

Sağlık iletişimi disiplini son yıllarda çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye'de de önem kazanmış, bu kapsamda yapılan çalışmalar ve geliştirilen stratejilere ağırlık verilmiştir. Sağlık iletişimi alanının kapsadığı temel konu başlıklarından biri sağlığın geliştirilmesidir. Özellikle kronik hastalıkların yaygınlaşması ile önemi artan ve disiplinlerarası çalışmayı gerektiren sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin planlanmasında ve uygulanmasında iletişim çalışmaları önemli role sahiptir. Yeni iletişim teknolojilerinin gelişmesi ile bu uygulamaların kapsamı değişmiş, geleneksel yöntemlerin yanında özellikle sosyal medya araçlarının kullanımı artış göstermiştir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamaları önemli ve vazgeçilmez bir konuma gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin pazarlanması tüketicilerinin/hastalarının neye ihtiyaç duyduğunu belirlemek, bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlere şekil vermek, yeni hizmetler üretebilmek ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme sürecidir. Pazarlama faaliyetlerinin artan önemi ile birlikte hastaların/tüketicilerin bu faaliyetler ile ilgili düşünceleri de önemli bir konu haline gelmiştir. Pazarlama bir taraftan tüketicileri bilgilendiren, bir taraftan ise tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını tespit ederek işletmelerin üretim ve yatırımlarını yönlendiren faaliyetler bütünüdür.

Sağlık hizmetleri pazarlaması ise "Sağlık hizmetlerinden faydalananların ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi ve hastaların bu hizmetleri kullanmaya teşvik edilmesi" şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe pazarlama, diğer bir ifade ile sağlık hizmetlerinin pazarlanması sektörün kendine özgü yapısı ve sağlık konusunun insanlar için hassas bir konu olması nedeniyle diğer hizmet pazarlamalarından ayrılan özellikler taşımaktadır. Sağlık işletmeleri için böyle bir sektörde ayakta kalabilmek, etkili, verimli, kaliteli hizmet sunabilmek ve değişime ayak uydurabilmekle mümkündür.

Sağlık işletmelerinden toplumsal beklentiler sürekli artış halindedir. Tıbbi tanı ve tedavi süreçlerinde her geçen gün yeni teknolojiler ortaya çıkmaktadır. Karlı bir sektör olmakla birlikte aynı zamanda rekabet yoğun bir sektördür. Tüm bunlar sağlık işletmelerinin maliyetlerinde sürekli bir artışa neden olmaktadır. Artan maliyetlere rağmen hem müşteri tatminini hem de işletme amaçlarını gerçekleştirmek isteyen sağlık işletmeleri yönetimde modern pazarlama tekniklerini kullanmak zorunda kalmışlardır. Birçok kesim tarafından etik kaygılar ya da kaynak israfı gibi nedenlerle karşı çıkılsa da sağlık sektöründe pazarlama hastalara daha düşük maliyetle daha kaliteli hizmet alma imkânı sağlarken sağlık işletmesine tüketicilerin beklentilerine yönelik daha nitelikli hizmet sunma ve işletme amaçlarını gerçekleştirme imkânı sağlamaktadır. Her sağlık işletmesi, amaçlarına ve imkânlarına göre farklı pazarlama stratejisi ve farklı pazarlama bileşenleri kullanmaktadır. Bu bileşenlerden hangilerinin tüketiciler açısından önemli hangilerinin önemsiz ya da hangilerinin ne kadar önemli olduğunun bilinmesi sağlık işletmelerinin pazarlama faaliyetleri açısından oldukça önemli bir konudur.

Halk Sağlığı ve Sağlık İletişimi

İletişim araçlarında, özellikle multimedya ve yeni bilgi teknolojilerindeki ilerlemeler sağlık bilgisine erişimi iyileştirmeye devam etmektedir. Bu açıdan sağlık iletişimi, bireylerin ve toplulukların daha fazla yetkilendirilmesi için gittikçe önem kazanan bir unsur olmaktadır. Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı iletişim sürecinde üzerinde durulması gereken konudur.

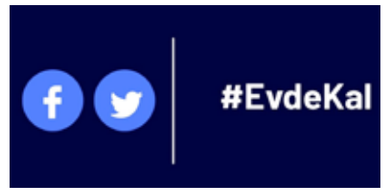
İnsanların sağlık bilgisine erişimini ve bunu etkili bir şekilde kullanma kapasitesini iyileştiren sağlık okuryazarlığı yetkilendirme için çok önemlidir. Sağlık okuryazarlığının zayıf olması, insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına

engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilir. Sağlık iletişimi, sağlığın geliştirilmesi maksadıyla bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan, etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır.

Kurumların Örnek Sağlık İletişimi Çalışmaları

Kurumların örnek sağlık iletişimi çalışmalarını güncel vakalar üzerinden örnekleyerek sizlerle paylaşmak isterim. Bildiğiniz üzere, Çin'in Wuhan kentinden yayılan Koronavirüs "COVİD-19" tüm dünyayı etkisi altına aldı. Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere, ülkemiz Sağlık Bakanlığı, Bilim Kurulu, Uzmanlık Dernekleri ve bilim insanlarının uyarıları neticesinde sosyal izalasyonun ve hijyen kurallarının önemi topluma anlatıldı. Mecburi olmadıkça evde kalınması gerektiği belirlenen #evdekal hashtagi ile yazılı, sözlü ve dijital her mecrada duyuruldu ve benimsendi. Yine sosyal mesafe veya sosyal izalosyon konusunda gerek sağlık kurumları gerekse ticari kurumlar farkındalık kampanyaları gerçekleştirdiler. Bu kampanyalardan en çok dikkat çeken ve viral olarak yayılan uygulamalardan biri ise "Sosyal Mesafeni Koru" mottosuyla logolarının şeklini değiştirmeleri oldu; iç içe geçmiş logo şekilleri eşit mesafe ile ayrıldı.

Yine güncel koronavirüs salgını nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın "14 gün" kuralı, halkın konu ile ilgili örnek farkındalık çalışmalarından biri olarak gösterilebilir. Vatandaşların koronavirüse karşı alması gereken tedbirler hakkında bilgilendirmek ve hastalığın yayılmasını önlemek amacıyla hazırlanan kampanyada, medikal drama kategorisindeki iki dizinin başrol oyuncuları yer aldı.



Koronavirüs riskine karşı alınması gereken önlemleri, "Mucize Doktor" dizisinde "Doktor Ali Vefa" karakterini canlandıran "Taner Ölmez" anlatırken, yurt dışı dönüşlere dair uyarılar ise "Hekimoğlu" dizisinin başrol oyuncusu "Timuçin Esen" tarafından yapıldı. Kampanya televizyon, radyo, outdoor ve internet mecralarında eş zamanlı olarak yayımlandı.

Koronavirüs ile mücadele sürecinde sağlık iletişimi açısından dikkat çeken bir diğer gelişme ise online doktor danışma hizmetleri oldu diyebiliriz. Özel sağlık kurumları, koronavirüs nedeniyle fiziki olarak muayene imkanının azalması neticesinde kurumlarında görev yapan, uzaktan danışmanlık verilebilecek bölümlerdeki hekimlerin hastaları ile online görüşme yapabilmelerini sağlayan sisteme geçiş yaptılar. Web sayfalarından ve sosyal medya hesaplarından yaptıkları duyurular ile hizmetlerinin devam ettiğini duyurdular.

Yeni bir çağa girdiğimiz bu günlerde değişen dünya düzenine uygun olarak sağlık iletişimi çalışmaları, PR ve sosyal sorumluluk kampanyaları da geleneksel ve dijital olarak birbiri içine geçmeli biçimde değişiyor. Burada sosyal medya kullanımının diğer kitle iletişim haberleşme araçlarının önüne geçtiğini de gözlemliyoruz. Yaratıcı, üzerinde düşünülmüş ve stratejik olarak doğru kurgulanmış çalışmalar da sonucu etkilemektedir.

Yeni bir çağa girdiğimiz bu günlerde değişen dünya düzenine uygun olarak sağlık iletişimi çalışmaları, PR ve sosyal sorumluluk kampanyaları da geleneksel ve dijital olarak birbiri içine geçmeli biçimde değişiyor. Burada sosyal medya kullanımının diğer kitle iletişim haberleşme araçlarının önüne geçtiğini de gözlemliyoruz. Yaratıcı, üzerinde düşünülmüş ve stratejik olarak doğru kurgulanmış çalışmalar da sonucu etkilemektedir.

Kaynaklar

Cem Sefa Sütçü, 2016, Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri.

Haluk Zülfikar, F.N. Hem. Derg (2014) Cilt 22 - Sayı 1: 46-52 ISSN 2147-4923 Derleme Yazısı.

Emine Şener, Menevşe Samur, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2013;2 (4)

Emre Tengilimoğlu, Nurettin Parıltı, Cemre Eda Yar; 10-12 Eylül 2014 tarihleri arasında düzenlenen "8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi"nde sözel bildirisi.

TV dizilerinde son trend: medikal hikâye anlatıcılığı

Prof. Dr. M. Nurdan Taşkıran

1960 yılında İstanbul 'da doğdu. İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Edebiyat Fakültesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümünden mezun oldu (1982). İ.Ü. Radyo TV Sinema programında doktorasını tamamladı. Marmara, Kocaeli ve Ondokuz Mayıs Üniversitelerinin iletişim fakültelerinde çeşitli görevlerde bulundu. 2017 yılından bu yana İstanbul Medipol Üniversitesi İletişim Fakültesinde görev yapmaktadır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"
Kanunî Sultan Süleyman

Görselliğin ön planda olduğu, bundan dolayı da etki gücü en yüksek kitle iletişim aracının televizyon olduğu kabul edilmektedir. Çeşitli türdeki programları ve bunlar aracılığıyla aktarılan iletileri, belirli bir amaca hizmet etmek üzere kurgulanmış popüler kültür içerikleri ile televizyon, 21. yüzyılda da hayatımızın önemli medyalarından biridir. "En" önemli parçası olmayı, son 5 yıllık dönemde akıllı cep telefonlarına kaptırdığını itiraf etmek de yanlış olmaz. "Televizyonun, evde tüm gününü iş yaparak geçiren ev kadınının bilgi-görgü rehberi; akşam eve yorgun gelen çalışan aile bireylerinin karşısında dinlendiği, bilgilenip eğlendiği en ucuz eğlence aracı" olma işlevini de başarı ile yerine getirmektedir. Bunun en somut kanıtı yerli dizilerimizin yurt dışında Orta Doğu'dan Ukrayna'ya, Güney Amerika'dan Balkanlar'a uzanan geniş bir alanda rağbet görmesi ve pazar payının yüksek olması gösterilebilir. Bu çerçevede, dizilerin kültürümüzün yayılmasında bir araç olarak ön sıralarda yer alması, ziyadesi ile memnun edicidir. Bu dizilerin içerikleri genellikle aile, aşk, yasak ilişkiler, tarih, aşiret, töre gibi hikâyeleri kapsamaktadır. Muhteşem Yüzyıl, Aşk-ı Memnu, Bin Bir Gece, Kurtlar Vadisi, Gümüş, Ezel gibi Türk yapımı diziler başta olmak üzere, 100'den fazla televizyon dizisi, toplam 146 ülke ile uluslararası kültürel köprü kurulmasında aracı olmuşlardır.

Farklı türlerde popüler "hikâye anlatıcılığı" olarak da değerlendirebileceğimiz dizi içeriklerinin fantastik ve bilimkurgu rağbeti Star Wars, Star Trek, Game of Thrones, Stranger Things, Marvel's Daredevil, Supernatural, Prison Break, Lost, Sense 8, Dark, Black Mirror gibi dizilerle farklı medya platformlarında devam ediyor. Ancak yoğun ilgi bu alanlarda hararetini korumakla birlikte son yıllarda bir tür değişikliği göze çarpıyor; "Medikal drama" veya "medikal hikâye anlatıcılığı" olarak adlandırılan bu türde doktor-hasta, doktor-doktor ve aileler-hastalar, refakatler-doktorlar-hastane personeli ve prosedürleri, vb. ile ilgili olaylar oyunlaştırılarak (dramatize) tıbbi bir çerçevede içerik kurgulanmaktadır. Dünyada yaygın olarak izlenen medikal drama alanındaki diziler oldukça yüksek izlenme oranına sahipler ve medikal içerik üreticilerinin pek çoğunun Kore kaynaklı olması ayrıca dikkate değer. Kore yapımı olan "Good Doctor" dizisini İngilizceye uyarlayan A.B.D. "The Good Doctor" başlığı altına yayına sokarak büyük başarı elde etmesinde rol oynamıştır. Ülkemizde de "Mucize Doktor" olarak izlediğimiz dizinin orijinal kaynaklarını oluşturmaktadır. Mucize Doktor, izlenme oranlarına göre hayli üstlerde yer almakta, büyük bir merak ve hayranlıkla izlenmektedir.

Bu çerçevede diziler cephesi de iki grupta toplanabilir; Türk yapımı olanlar ve başka kültürlerden uyarlama olanlar. Her iki alanda da başarılı sonuçlar alındığını söylenebilir. Hatta uyarlamalarda yerlerine seçilen oyuncuların orijinallerine göre daha başarılı oyunlar sergilediklerini gözlemlemek ve "bizimkiler daha güzel oynuyor" diyebilmek de keyif verici ayrı bir detay!

Dizi üretimlerinde içeriklerin eğitici ve öğretici olmasına dikkat edilse de ticari amaçlı olanlar, eğlence ve aşk, aile ilişkileri, mafya savaşları, dram ve komedi türleri ile birlikte istenilen denge sağlanmaktadır. Toplumun büyük çoğunluğunun gününü televizyon izleyerek veya dinleyerek geçirdiği varsayılırsa -özellikle popüler kültür ürünlerinin gerçeklikleri kurgulamasında ve senaryo oluşturulurken amaç ve hedeflerin belirlenmesinde ilgili aktörlere büyük görevler düşmektedir çünkü kitle iletişim araçlarının temel hedefleri eğitmek, öğretmek ve eğlendirmektir. Bunun yanı sıra bireylerin ailevi sıkıntılarının, hastalıklarının, sorunlarının sadece kendilerinde olmadığını, toplumun başka kesimlerindeki insanların da benzer sorunları deneyimlediğini gösteren programlar hazırlamalıdır. İzler kitle diziler, filmler, açık oturumlar, paneller aracılığı ile bunları öğrenecek ve Postman'a göre bu kurgulanan kültür içeriği bağlamında bireyler kendini

biçimlendirecektir. McGregor'a göre bireyin kendini var eden toplumun doğasını ortaya koyan bu içerikler bütünü popüler kültürü oluşturan medya ürünleridir. Yani, biçim ve içerikleri açık, anlaşılması için yüksek zekâ veya eğitim gerektirmeyen programlar ve dizilerdir. Bu diziler arasında en fazla ilgiyi çekenler fantastik öğeli ve bilimkurgu özelliğinde olanlar ile son yılların gözdesi medikal dramalardır.

İnsanoğlu ister sanalda ister gerçek yaşamda olsun Allah'ın bizlere bahşetmiş olduğu insan vücudunun o akıl almaz karmaşık yapısını merak eder; ameliyatları, iç organlara dokunma hissini, ayılma, dikme ve iyileşme süreçlerini, organların yapısı, gözün görmesi, kalbin kan pompalaması nasıldır, bir ameliyatta neler yapılır, ölüm nasıl olur? gibi teknik ve hayati önem taşıyan her detayı merak eder. Öğrendikçe de tıp bilimine ve aracılarına hayranlığı artar, yaratanına duacı olur.

Toplumun merakını giderme, bilgilendirme işlevi filmlerle, dizilerle veya belgeseller aracılığı ile sağlanabilir, dizilerin mekân ve maddi olanakları da elverdiği ölçüde gerçekleştirilebilir. Set olarak kullanılacak mekânın kirası ve diğer kurumsal görseller, tam donanımlı ameliyathane cihazları, personel giysileri ve diğer hastane görselleri büyük bütçe gerektiren yatırımlardır. Belki maddi gerekçeler bugün Türk yapımı bir medikal drama eksikliğinin gerçek nedenidir; aksi takdirde bugün ihraç edilen dizilerimiz listesinin başlarında yer alacağı şüphe götürmezdi. Kabul etmek gerekir ki maddi imkânsızlıklar kapsamında şimdilik hayata geçirilemeyen bu alanı, "orijinalinden uyarlama" veya "orijinalini yayımlama" yolunu tercih eden aracılar, hem açığı telâfi etme yolunda başarı ile ilerliyor hem de iyi para kazanıyorlar. Orijinalinden uyarlama olarak edinilen iki medikal dizi "Mucize Doktor" ve "Hekimoğlu" farklı televizyon kanallarının ekranlarında yerlerini alarak hem kişilik hem meslek bağlamında rekabetlerini neredeyse başa baş sürdürmekteler.

Medikal içerikli ve diğer yabancı üretim hikâyelerin halka sunulması, içeriklerin ithal edilerek veya uyarlamaları yaptırılarak, var olan medya platformlarından abonelik sistemi ile yapılmaktadır. "Medikal drama" olarak adlandırılan bu diziler doktor-hasta, doktor-doktor, doktor-kurum ilişkilerini ele alan ve tamamen tıbbi terminoloji çerçevesinde kurgulanmış bir tür "medikal hikâye anlatıcılığı" işlevini görmekte, senaryo yazımının, hastalığın teşhisi, tedavisi veya diğer işlemler sürecinde, en ufak ayrıntısına kadar alanda uzman hekimler danışmanlığında yürütüldüğünü ifade etmektedirler. Bu açıklama dünyada tıp öğrencilerinin bu dizlerin baş tüketicileri olmalarını haklı kılar.

"Dr. House aracılığı ile Tıp Öğretimi" başlıklı makalede, tıp öğrencileri ile yapılan anketler ve görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular şöyle sıralanmış: İnsan hayatının temel alındığı medikal dizide olay akışı, mekân, içerik, vaka hikâyeleri gerçeğine ne kadar yakınsa öğrenciler o kadar çok etkileniyorlar, medikal vaka hikâyelerini televizyon ekranından dinlediklerinde öğrendikleri bilgiler daha kalıcı oluyor ve vakaya daha iyi odaklanabiliyor, aynı zamanda çok da eğleniyorlar.

Öğrencilerle yapılan bir başka çalışmada da diziyi bir ders ortamı olarak gören tıp öğrencileri House M.D.dizisinin ana karakteri olan Dr. House'un seminerlerini kaçırmamaya çalıştıklarını ve başka seminerlere de katılmaları için cesaret verdiğini belirtmiş. Ayrıca, sorumluluklarının bilincine varmalarında rehber olduğunu düşünenler de var. Tıp öğrencilerini nadir görülen hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edinmeleri için kapı açıcı görevi görebilir. "House MD" ana karakteri Doktor'un mükemmel bir teşhis uzmanı ama aynı zamanda oldukça yanlış bir insan olduğunu düşünüyor pek çoğu, 2008-2016 yılları arasında tıp öğrencilerini çekmek ve onlara nadir görülen hastalıkların yanı sıra teşhis stratejilerini öğretmek için "House MD" dizisini sürekli kullandıkları ve öğrencilerinin de düzenli olarak tıbbi drama izlediği bildirilmiş.

Öğrencilerin büyük bir kısmının Dr. House'un sadece uslamlama yöntemi ile teşhis ve tedavisini örnek almaları, zekâsına hayran olmaları ancak aykırı kişiliğini ve kural tanımazlığını desteklemiyor olmaları da açığa çıkan bir diğer gerçek. Ayrıca öğrencilerin nadir hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edindiği, teşhis ve klinik becerilerini geliştirmek için ev ortamının daha uygun olduğunu, yapılan kritikleri dinlemenin de çok yararlı olduğunu belirtmişler.

Belki maddi gerekçeler bugün Türk yapımı bir medikal drama eksikliğinin gerçek nedenidir; aksi takdirde bugün ihraç edilen dizilerimiz listesinin başlarında yer alacağı şüphe götürmezdi. Kabul etmek gerekir ki maddi imkânsızlıklar kapsamında şimdilik hayata geçirilemeyen bu alanı, "orijinalinden uyarlama" veya "orijinalini yayımlama" yolunu tercih eden aracılar, hem açığı telâfi etme yolunda başarı ile ilerliyor hem de iyi para kazanıyorlar.

Özel medya platformlarında ve medya kanallarında abonelik sistemi ile izlenebilecek medikal drama içerikli yabancı kaynaklı dizilerden en popüler olanları şöyle sıralanıyor: Grey's Anatomy, E.R., House M.D., Good Doctor, Doctors, Dr. Strange, Dr. Romantic, Afflicted, Medical Police, Crash Landing on You, Inheritors, African Doctor, Ask the Doctor, Hospital Ship.

Beyazperde.com'a göre dünyaca popüler olan yabancı medikal dizilerin tercih sırası şöyle: House M.D, Scrubs, Good Doctor, Emergency Room (E.R.), Grey's Anatomy, Nip Tuck Private Practice.

Ülkemizde medikal drama türü üretimi eksikliğinden ve iki medikal içerikli dizi uyarlamasının varlığından bahsetmiştik. "Mucize Doktor" ve "Hekimoğlu" adları ile uyarlanan bu diziler başlangıçtan bugüne olan 6 aylık sürede yüksek izlenme listesindeki yerlerini ilk 6 içinde kalarak zirveyi zorladıkları gözlemleniyor.

Farklı kaynaklardan alınan, dünyada en çok izlenen yabancı dizi listelerinde dikkat çekici bir nokta var: çeşitli med-

ya platformlarında veya abone sistemli kanallarda izlenen medikal içerikli iki uyarlama dizinin de izlenme oranı listelerinde ilk beşte yer alması memnuniyet vericidir (House MD-Hekimoğlu ve Good Doctor-Mucize Doktor.) Dünya ile eş zamanlı olarak aynı dizileri izleyip, aynı heyecanı yaşamak ve tıp öğrencilerinin de bundan bilimsel olarak faydalanacaklarını düşünmek gerçekten güzel bir duygu!

Doktor, hasta ve hastane ilişkileri çerçevesinde medikal hikâyeler anlatan "medikal drama"ların farklı türde pek çok dizi arasından sıyrılarak yayımlandıkları medya platformlarındaki yüksek izlenme oranları ve başarıları dikkate değer.

Mucize Doktor
(Good Doctor Uyarlaması)

İlk yayımlanma tarihi olan 7 Kasım 2019 tarihinden bu yana en düşük %14, en yüksek %18 izlenme oranı ile "Mucize Doktor" medikal drama türünde en gözde dizi konumundadır (26 Mart 2020 tarihli yayın haftası).

Orijinali "Good Doctor" olan bu medikal dizi Kore yapımı olup Savant sendromlu bir otizm hastası olan doktor olan Ali Vefa (Si-On/Shaun) ve çevresindeki meslektaşları, hastalar ve hastane ile olan iletişimsizliği konu edilmektedir. Ancak belli alanlarda olağanüstü yetenek ve becerileri olan otizm hastalarında görülen bir sendrom olan Savant, Ali Vefa'ya müthiş bir hafıza ve aşırı derecede gelişmiş üç boyutlu bir biliş kabiliyeti kazandırmıştır. 7 yaşında iken insan vücudunu, organları ezbere bilen Ali Vefa'nın, 3 boyutlu biliş kabiliyeti sayesinde organların yerlerini ve işlevlerini organı bizzat görmüş gibi anlayabilen bir özelliği vardır. Tedavisi bitmekle birlikte rahatsızlığı tamamen son bulmamış olması doktorluk mesleğini engeller nitelikte olmamakla birlikte hastane kurulu Ali Vefa'yı işe almak istemez. Bilgi ve yetenekleri ne kadar inanılmazın ötesinde ise de sosyal ve iletişim becerileri bir yetişkine göre oldukça yetersiz kaldığı gerçeğine rağmen hocasının 6 aylık deneme ısrarları ve Ali Vefa ile kurulun yüz yüze görüşmeleri olumlu sonuç vermez. İlk bölümde Ali Vefa, İstanbul'a çalışacağı hastaneye görüşmeye giderken, havaalanında üzerine cam panonun düşmesi sonucunda şah damarı kesilen bir çocuğa müdahale eder, zihninde geri dönüşlerle anımsadığı okul bilgilerini eşsiz görsel zekâsı, soğukkanlılığı, hızı ve ustalığı ile ilk yardımını yaparak çocuğun hayatta kalmasını ve hastaneye vaktinde sevkini sağlar. Havaalanında etrafına toplananların hayranlığını ve takdirini kazanan Ali Vefa, görüşme randevusu bulunan hastaneye ambulansla birlikte hastanın yanında gider. Bu müdahalesi yüzünden hastane ile olan görüşmesine geç kalmıştır. Hastanede görüşmek için beklerken, kalabalık bir grup gazetecinin kendi ismini telâffuz ederek aradıklarını duyar ve saklanır. Havaalanında kendisini hastanenin cerrahı olarak tanıtan Ali Vefa, daha hastanede işe başlamadan medyada çocuğun hayatını kurtaran 'kahraman doktor' ilan edilmiştir. Bu arada görüşmeye alınan Ali Vefa, oy çokluğu ile hastanede çalışması reddedilmesine rağmen, medyatik olmasından dolayı '6 aylık deneme süreci' kapsamında hastanede çalışmasına istemeden onay vermek zorunda kalırlar. İlk bölümü çocukluğundan, zor günlerinden geriye dönüşlerle son derece duygusal ve profesyonel bir yaklaşımla tanıtılan Mucize Doktor' un diğer bölümleri doktorun arkadaş çevresi, kişiliği, duygusal yaşamı, hastaları ve arkadaşları ile olan iletişim eksiklikleri üzerine kurulu olmakla birlikte, tıp çevreleri dışında pek bilinmeyen "Otizm" e toplumda dikkat çekilmeye çalışılmakta, otizmin tedavi edilebilir olduğu bilgisinin yaygınlaştırılması, Otizmlilere ve Otizmli hastası olanlara bu hastalıkla ilgili yol gösterici, umut verici yönlendirmeleri ile farkındalık yaratma yolunda başarı ile kurgulandığı görülmektedir.

Türk uyarlaması ile mukayese edildiğinde görülebilen en büyük fark, orijinal dizide ameliyat çekimlerinin yakın çekim olarak ve uzun süreli gösteriliyor olması, ameliyat görüntülerinin son derece net, gerçekçi ve profesyonel olarak görüntülenmesidir. Ameliyat sahneleri tıp öğrencilerine ekrandan uygulama dersi veriliyor hissini uyandırmaktadır. Dizinin akışı içinde, doğal olarak, tıbbi terimlerle donanmış olması, doktor ekibinin Latince kökenli uzun tıbbi terimleri telâffuz etmedeki başarısı da izler kitle oranını yükselten en önemli faktörlerden sayılabilir. Özellikle, bilinmeyen hastalıklara karşı verdikleri savaşı ve yaşadıkları stresi onlarla birlikte dizi süresince içimizde hissettiğimiz anlar, insanlığın "Don Kişot"larını temsil eden beyaz gömlekli kahramanlara bir kez daha hayranlık duymamıza olanak tanırlar.

Hekimoğlu (House M.D. Uyarlaması)

17 Aralık 2019 tarihinde gösterime giren ikinci medikal içerikli uyarlama olan "Hekimoğlu", Mucize Doktor'a nazaran daha alt sıralarda bir izlenme oranına sahiptir. İki dizinin ortak noktaları ikisinin de medikal hikâyeler anlatması ve uyarlama olmalarıdır.

2004-2012 tarihleri arasında 8 sezon yayınlanan Amerikan televizyon dizisi House M.D.'den uyarlanmış olan Hekimoğlu dizisinin baş kahramanı Dr. Ateş Hekimoğlu (Dr. House), özel bir hastanede teşhis ekibinin liderliğini yapmaktadır. Her biri ayrı bir alanın uzmanı olan gençlerden oluşan ekibine tıbbi deneyimlerini ve öngörülerini aktarmaktadır. En ilginç yanı, vakalara Sherlock Holmes tarzıyla yaklaşmasıdır. Dr. Ateş, uslamlama yöntemi ile ekibine beyin fırtınası yaptırtarak nedeni bilinmeyen hastalıkları doğru teşhis etmelerinde en büyük destekçi ve rehber konumundadır. Semptomları çok iyi gözlemleyen, neden-sonuç ilişkisi çerçevesinde hastalıkları göstergebilimsel yöntemlerle doğru teşhis ve tedavi edebilme yetisine sahip çok zeki ve deneyimli bir akademisyendir. Sıra dışı davranışları ve kural tanımazlığı ile tüm doktor arkadaşlarından farklıdır. Teşhis koymadaki farklı yöntemi ve bu yöntemin her zaman işe yaraması onun kural tanımazlığını ve rahat davranışlarının sineye çekilmesini de beraberinde getirmektedir ne yazık ki!

Çay, simit ve tantuniye olan düşkünlüğü, çay bardağını çay tabağı ile birlikte kaldırıp içme şekli, polikliniğe gelen ve doktorları gereksiz meşgul eden ciddi bulguları olmayan hastalara karşı bazen agresif bazen alaycı bir tutum takınması, poliklinik giriş ve çıkışında hasta muayene ettiğine dair atılan imzayı saçma bulması, beyaz doktor gömleğini giymeyi reddetmesi Hekimoğlu'nun aykırı davranışlarına örneklerdir. Mesai saati dahilinde romantik medikal dizileri izleme tutkusu, kadınlardan nefret etmesi, odasındaki basket potası, hakkında hiç konuşmadığı esrarlı geçmişi belki de bu sıra dışı adama duyulan hayranlığın temel nedenini oluşturuyor olabilir!

İki dizide de insanları çeken diğer unsurların başında tıbbi terminoloji gelmelidir. Tıpla ilgisi olmayanların ilk kez duydukları Latince kavramlar, söy-

lenmesi bile hayli uzun ve sıkıntılı olan terimleri düşünmeden ve takılmadan bir çırpıda ve doğru olarak ifade etmelerinin ayrı bir hayranlık nedeni olduğu düşünülebilir.

Tıbbi yaklaşımların ve başarıların dışında ekipte yer alan genç uzman doktorların hocaları ile olan iletişimi, tıbbi başarıları, olaylara hem tıbbi hem duygusal yaklaşabilmeleri, yüksek sinerjileri ve empati kurma becerileri ile daha sevimli gösterilmeye çalışılmıştır. Bunun amacı son zamanlarda sakinleşmiş olan, hasta yakınlarının doktora şiddet uygulamalarına karşı bir yumuşatma politikası olabilir. Hekimoğlu'nun aksayan ayağı ve bastonu, sürekli kullandığı ağrı kesicisi, müthiş akılcılığı ve mantık kullanma becerisi, asistanları ve diğer doktor arkadaşları ile olan iletişimi, umursamaz tavırları, çıkarcılığı, paraya düşkünlüğü, asık suratının ardında gizlediği merhamet dolu kalbi ile Hekimoğlu, izler kitleye farklı bir doktor rol modeli olarak sunulmaktadır.

Hekimoğlu'nun uslamlama yolu ile semptomlar (göstergeler) arası nedensellik bağı kurarak öngörüsünü doğru kılan yöntemi aslında göstergebilim dediğimiz çok disiplinli bir bilim dalına aittir. Semiyoloji veya semiyotik olarak da adlandırılan bu alanın temelleri bir dilbilimci ve bir mantıkçı tarafından atılmıştır. Çok eskilerden beri bu kullanılan bu alan özellikle dedektiflerin, adli tıpçıların ve polisin kullandığı önemli bir yol haritası niteliğindedir. Pusulaları ise göstergebilimdir. Göstergeler bütünü olan semptomların her birinin ayrı ayrı göstereni ve gösterileni bulunmaktadır. Baş dönmesi, kusma ve bulantı gösterenlerinin (sendromlar) gösterilenin (teşhisin) hamilelik olabilmesi gibi. Bir cinayet mahallinde bulunan ayak izi göstereninden iz sahibinin cinsiyeti, boyu ve kilosunun da tespit edilebilmesi mantıklama öngörüsü çerçevesinde emniyet birimleri açısından önemli bir bulgu oluşturmaktadır. Neden-sonuç ilişkisi göstergebilimde de çok kullanılan bir öğedir.

Bu bağlamda, Mucize Doktor Ali Vefa ve Hekimoğlu dizileri ortak medikal içeriklere sahiptirler. Fakat bazı yönlerden farklılıklar göstermektedirler. İki kahramandan Ali Vefa, hastalığından kaynaklanan sosyal güçsüzlüğünü ve çaresizliğini yenmeye çalışmaktadır. Toplum ve arkadaşları arasında düştüğü güç durumlar ve sıkıntıları sessizce izler kitle ile paylaşır gibidir. Becerikli ve çok zeki olması, güçsüz ve acizin hep yanında olan toplumumuzun kalbini çoktan fethetmiş görünmekte! Komik tavırları ile bireylere bazen sıcak gelen asık suratlı ve aksi Dr. Ateş ise kurallara uyan disiplinli kişileri seven ve saygı duyan bir toplum anlayışına ters düşmektedir. Bu nedenle, onun diğer yüzünü göremeyen kişilerce sevilmediği söylenebilir. Gizlediği hikâyesinin altında kim bilir nasıl bir dram gizlidir! Sakat bacağı nasıl olmuştur, eşinden neden boşanmıştır, insanlara duyduğu nefretin altında yatan gerçekler nelerdir acaba? Dizi ilerledikçe açığa çıkacak olan gerçekler onu kınayanlara iyi bir ders verecektir mutlaka!

Her iki dizi de medikal içerikleri çerçevesinde belirli amaçlar içermektedir; otizm hastalığına dikkati çekmek, bilinmeyenleri öğretmek ve yaymak, hem de halkla doktorlar arasındaki duvarları aşmak adına doktorlar ile empati kurmak. Onların da duyguları ve özel yaşamlarının olduğu, zor ve stresli şartlar altında çalıştıkları, görevlerinin bilincinde oldukları, kişisel veya ailevi sorunlarının olabileceğine farkındalık yaratmak. Bu bakımlardan ulaşılamaz görünmelerinin ardında, omuzlarında çok büyük sorumluluklar olduğu, bunların ağırlığı karşında hasta ve hasta yakınlarını daha anlayışlı ve saygılı olmaya davet eden gizli bir söylem mevcuttur iki medikal içerikte de.

Sadece tıp öğrencilerini değil öğrenmeye meraklı büyük kitleleri de çekmekte olan medikal hikâye anlatan tüm diziler, COVID-19 salgını nedeni ile evde karantina altında olduğumuz bugünlerde daha da fazla izler kitleyi çekmiş görünüyor. Bu vesile ile zirvedeki yerlerini daha sağlamlaştırdıkları da acı bir gerçek! Kasım 2019'da Çin'de ortaya çıkıp korunma tedbiri almaya fırsat bulamadan inanılmaz bir hızla ülkemize ve tüm dünyaya yayılan COVID-19 hızla can almaya devam ediyor. İyileşenlere nazaran yaşamını kaybedenlerin sayıca daha yüksek olmasının nedeni, olayın ilk duyurulduğu Kasım 2019'dan itibaren dünyada ülkelerin duruma gerektiği önemi vermemesi, durumun vahametinin iyi kavranamamış olması ve gerekli hijyenik tedbirlerin zamanında alınamamış olması, salgın için hayati önem taşıyan tıbbi malzeme ve ihtiyaçların yedeklenememesidir.

Durumu erken kavrayarak hem yönetimsel hem lojistik önlemlerini yerinde öngörüleri ile büyük ölçüde erkenden temin eden ve her adımı büyük bir şeffaflıkla anında halkımızla çoklu medya ortamlarında paylaşan hükümet yetkilileri ve Sağlık Bakanlığımız sayesinde bu süreç belirlenen 14 korunma kuralına harfiyen uyularak, evde sağlıklı bir şekilde koruma altına alındığımız bir sürece dönüştürülmüştür. Devam eden bu olağanüstü durum kapsamında 24 saat görev başında bulunan, bu virüsü kapan ve hayatını kaybeden, her biri ayrı ayrı gönüllerimizin kahramanı olan tüm sağlık çalışanlarımıza minnettarız, duacıyız.

COVID-19 korunma tedbirlerinin televizyon aracılığı ile kamuoyuna duyuran kamu spotlarında aktör olarak Taner Ölmez (Mucize Doktor Ali Vefa) ve Timuçin Esen'in (Dr. Ateş Hekimoğlu) rollerine uygun olarak, tüm ciddiyetleri ile yaptıkları virüsten korunma çağrıları hem dizideki rolleri hem de karantina günlerimizde yol gösterici doktorlar olarak örtüşmekte, hem de karantinanın önemine yeterince dikkati çekerek duyurunun etki oranını ve farkındalığını arttırıcı bir etken olarak işlev görmektedir.

Kaynaklar

aa.com.tr/tr/kultur-sanat/abdden-sonra-en-fazla-dizi-ihrac-eden-ulke-turkiye/1641524 (Erişim Tarihi: 05.04.2020)

aksam.com.tr/roportaj/ortadogudan-avrupaya-100-ulkeye-dizi-dizi-ihracat/haber-763542 (Erişim Tarihi: 05.04.2020)

beyazperde.com/diziler/tum/tur-13030/ (Erişim Tarihi: 06.04.2020)

dizi.info.tr/hekimoglu/reytingleri/ (Erişim Tarihi: 06.04.2020

edebiyatvesanatakademisi.com/Siirler/Detay/halk-icinde-muteber-bir-nesne-yok-devlet-gib-10219.aspx (Erişim Tarihi: 04.04.2020)

http://021077zl8.y.http.eds.b.ebscohost.com.proxy.medipol.deep-knowledge.net:9797/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=a6bd8c5d-85e9-4036-b853-dacfa26433e5%40pdc-v-sessmgr01 "Teaching medicine with the help of "Dr.House" (Erişim Tarihi: 01.04.2020)

https://www.imdb.com/title/tt8792570 (Erişim Tarihi:21.04.20)

McGregor, 2000, Pop Kültür Oluyor, Littera, İstanbul.

medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-reyting-sonuclari-belli-oldu-hekimoglu-mu-mucize-doktor-mu-11-681-84723.html (Erişim Tarihi: 04.04.2020)

netflix.com (Erişim Tarihi: 04.04.2020)

Postman, N., (1994) Televizyon Öldüren Eğlence, Gösteri Çağında Kamusal Söylem, Ayrıntı, İstanbul

reytingler.biz/Mucize Doktor/reytingler/ (Erişim Tarihi: 05.04.2020)

Taşkıran, N. Medya Okuryazarlığına Giriş, Beta, 2007, İstanbul

Hasta hekim diyalogları; fantezi değil gerçek!

Prof. Dr. Şaban Şimşek

1956 yılında Rize'de doğdu. 1980 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Göztepe ve Okmeydanı SSK Hastanelerinde göz hastalıkları ihtisasını tamamladı. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinin kurucuları arasında yer aldı. Klinik şefliği, baştabiplik, tabip odası başkalığı ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı görevlerini yürüttü. 1999 yılında doçent, 2006 yılında profesör oldu. Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Halen Kartal Dr. Lütfü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Göz Hastalıkları Klinik Şefi olarak görev yapmaktadır.

Diyalog deyip geçmemek lazım; bazen en sevinçlisi, bazen en hüzünlüsü, bazen en zoru, bazen de en komiğidir hasta ile hekimin ya da hekimle hasta yakınının konuşması! Tanı koymadır, terapidir, haberdir, davetsiz misafirdir, ameliyat öncesi ya da sonrası zaman kazanmadır, ısınmadır; er meydanındaki peşrev misali!.. Bazen de serzeniştir, uyarıdır, karar vermedir, hükümdür son raddeye gelindiğinde! Muhatabınız hasta olabilir, yakınları olabilir, hatta bütün millet olabilir. Alttan alma, üste çıkma, biraz sıkma sonra azıcık gevşetme taktikleri, nihayete matuf planlar, stratejiler hepsi bunun içindedir. Yazımıza bu sonuncusuna dair örneklerle başlayalım. Not: İlk iki kıssa Facebook'ta paylaştığım gibidir. Üçüncüsü bu yazıyı hazırlarken gelen bir telefondur. Diğerleri ise "Doktor Ne Yaşar Ne Yaşamaz" adlı kitabımdandır.

1. Cepheden Milletimize Mektup! (1)

İzolasyona (karantina) yeterince uyulmuyor!

Bir türlü anlatamadık bunu! Hadi bir de Karadeniz usulü söyleyelim; "Arkadaşlar, ey millet! Bu meselenin kilit noktası öncelikle taşıyıcılıktır, yanı virüsün 'hamili' olmaktır." Nasıl ki hamileliğin birazı olmazsa karantinanın da birazı olmaz! Haberiniz olsun, genel hakkında bir şey söyleyemem ama bizim cephede son durum şöyledir:

- Covid-19 servisine çevrilen kliniğimizde yer kalmamıştır; odalarda iki hastayı yan yana yatırmak durumlarına gelinmiştir!

- Bu arada bizlerde de pozitifler çoğalmaya başlamıştır; takımda düşmeler olması, üzülerek söylüyorum ki pek muhtemeldir!

Bu işin lütfeni filan kalmamıştır artık! Böyle giderse şüpheniz olmasın, birkaç gün içerisinde zorunlu olarak sokağa çıkma yasağı gelecektir! Onun için; bir daha fırsatınız olmayabilir, herkes oturduğu yerde otursun! "Lütfen" demiyorum! Mesajıma gül, lale de koymuyorum!

2. Cepheden Aziz Milletimize Mektup (2)

"Korona'ya dair küçük bir "kandil (ışığı) hediyesi"

Öncelikle belirteyim; bu sadece bir gözlemdir, bilimsel araştırma sonucu değildir! Ama koronayı yenmeye dair ümidimi, içimde oluşan güzel kıpırtıyı şu mübarek günde/gecede paylaşmak istedim. Hastalığın ve hastaların gidişi 3-4 gün öncesine göre sanki daha hafif seyretmeye başladı! Verilen tedavilerden mi yoksa virüsün etkinliğinin düşmeye başlamasından mı ya da her ikisinden mi bilmiyoruz ama hastalarımızdaki "ölümcül tablo" biraz daha "yumuşamış" gözüküyor. Sanıyorum ki son 4-5 günlük genel kayıp sayısı da göz önüne alındığında korona düz bir çizgiye geliyor veya gelmiş gibi. Belki bunu söylemek erken ama öyle! Eğer yayılımı azami ölçüde engelleyebilirsek, beraat günü verdiğim bu mesaj, bu bela için milat olacak inşallah. O engellemeyi başarabilmek için evde kalmaya sabırla devam! Beraat Kandilimiz kutlu olsun.

3. Adana'dan bir emriniz var mı?

Malum diyalog her zaman hasta veya yakınıyla da sınırlı değildir. Koruyucu hekimlik bağlamında, gerektiğinde sağlıklı insanlarla da yapılmalıdır; zira her insan bir hasta adayıdır. Hele de bu Covid-19 virüsünün dünyada cirit attığı günlerde...

Kandil kutlaması için Adana'dan sevgili bir dostum arıyor:

- Alooo! Hocam, selamun aleyküm!
- Oooo! (…)cim ve aleyküm selam!
- Hocam kandiliniz mübarek olsun. Ellerinizden öperim…
- (…)
- Hocam, Adana'dan bir emriniz var mı?
- Var.

(Dostum bu cevabıma biraz şaşırır, çünkü o telefon görüşmesine kadar hep "rica ederim, sağlığın" gibi şeyler söylemiştim ona!)

- Emret hocam.
- Evde kalın!

4. Ölene Kadar Kesin Yaşarum Değil mi Hocam?

Ön not: Yazıyı Korona ile açınca böyle bir anekdot iyi gider diye düşümdüm.

Bürokrasinin bir numarası dostumuz F.K. telefonda:

- Hocam, İstanbul'da bir dostumuz var. Adı; …Tüylüoğlu; Rizeli güzel bi hemşerimizdur.
- Evet Sayın Müsteşarım?
- Yaa, bu arkadaş kolon kanseri. Bazı doktorlar ona "Karaciğere de atlamiş, her tarafini sarmiş mı ne?" diyor. Morali bozuk. Hekimlikten önce inanacağı bir dost ariyor. Yani bir numarali doktor olmasa da yakından ilgilenecek, onu rahatlatacak birisi lâzim! Nasıl yardımcı olabilirsin?
- Hıı! Bir bakalım! Alanım dışında ama… Nerede oturuyor?
- İstanbul'da, Avrupa Yakası'nda.
- Peki, ben seni arayacağım. Biraz araştırayım; Vakıf Gureba'da gastroenterolojide bir arkadaşlarım var, onlara bir sorayım. Bildiğim kadarıyla onkoloji de fena değil orada.
- Yaa, çok memnun olurum. Zahmet olacak!
- Rica ederim, ne demek! Biz bu iş için variz. Siz devleti yönetecesunuz biz da hastaları tedavi edeceğuk; buşonlarini (kulak kiri) temizleyeceğuk, göz çapaklarini çıkaracağuk!
- Yaa, yine dokunmadan edemiyorsun!
- Dostum, takılıyorum işte. Dediklerimde yanlış yok. Yoksa koskoca başmüsteşar ya da başka baş olan dostlarımızdan bir şey beklemiyoruz!
- Hee! Ole ole!

Aradan bir ay kadar zaman geçiyor ve bir vesile, hem dostumuz sayın müsteşarla hem de adı geçen hasta ile bir araya geliyoruz.

- Haa, bak Şaban Hocam, o bahsettiğim hasta bu işte! Tanışın.
- Ooo! Memnun oldum.
- Ben da Doktor bey ben da! Alla(h) razi olsun, gönderduğun adam bize çok iyi bakti. İnsan gibi insan, başka ne diyeyim.
- …
- Her şeyi anlatti bağa. Sordum oğa ki "Barsağım nasildur?" Dedi bağa ki "*İ*yidur." Sordum oğa ki "Karaciğerum nasildur?" Dedi bağa ki "*İ*yidur; hiç bi *şeyun* yoktur! Yani vardır ama yoktur!"

"Nasi yani? Karaciğerum yok midur?" dedum oğa. "Ya! Olmaz olur mi?! Senun endişe edecek, bir *şeyun* yok, demek istedum." dedi bağa!

- Çok iyi!
- Bir da sordum oğa; "Yaşayacak mıyım?" diye; "Ne demek tabii" dedi.
- Güzel!
- Güzel ama emin olamadum!
- Niçin?
- Çünkü bir soru daha sordum oğa, cevabini veremedi!
- Ne sordunuz?
- "Ölene kadar kesin yaşarum değil mi Hocam?" dedum oğa!
- Hay Allah'! Gerçekten zor bir soru sormuşsun! Valla bana sorsaydın ben de cevap veremezdim!
- Sen da ayni da!
- Nasıl ben da ayni daaa?
- Sen da fanisun!
- Elbette, emr-i hak vaki olduğunda hepimiz… Yani bu dünya'da kalan var mı?
- O zaman ikimuz da ayniyiz!
- Nasıl?
- Aramuzda bir fark yok!
- Anlamadım!
- Yahu anliyamiyacak ne var hocam; sen da ölene kadar yaşayacasun, ben da!

5. Telefon Etmediysem Bil ki Öldüm!

Bir Adil Ataseven amcamız vardı. Şimdi tam olarak hatırlamıyorum ama sanıyorum ki gözünde hem glokom hem de katarakt vardı. Birtakım ameliyatlar, tedaviler yapılmış ancak ardı ardına çıkan komplikasyonlar gözü içinden çıkılmaz vaziyetlere getirmişti. Çalışma arkadaşlarımdan Dr. İnci kendisiyle canı yürekten ilgilenmiş ama bir sonuç alamamıştı. Benden yardım istedi. Uğraştık, didindik ama görme anlamında bir katkı sağlayamadık ona maalesef. Bütün bunlara rağmen bize müteşekkirdi hastamız.

İnci ve ben başka hastanelere tayin olduktan sonra da (aslında ikimize de sürgün!) kliniğe gelip gitmeye devam etmiş. Sık sık telefon açıyordu bana. Anlattığına göre, gözünden değil de(!) özellikle de bizim (artık eski demek gerekiyor) kliniğimizdeki bir doktorun muamelesinden hiç memnun değildi. O günlerden bu yana yaklaşık altı yıl geçti. Adil amcam her bayram, her kandil gecesi mutlaka arar ve kendisine yaptığımız iyiliklerden(!) dolayı teşekkür eder durur, sağ olsun. Son görüşmemizde kendisine, bu aramalarından gerçekten mahcup olduğumu söyleyince, büyük bir içtenlikle şunu dedi:

- "Hocam, Allah sizden bin kere razı olsun. Ben yaptığınız iyilikleri ölünceye kadar unutmam. Eğer bir bayram telefon açmazsam bil ki ben öldüm!"

Kıssadan Hisse:

Artık günümüzde ender olarak karşılaştığımız böylesine yüce gönüllü, vefalı davranışlar çektiğimiz onca cefayı bir an için de olsa unutturuyor ve mesleğe yeniden sarılmamıza vesile oluyor. Ne diyelim; sen sağ ol Adil amca ve diğer Adil amcalarım.

6. Genç ve Güzel Kadının Yaptığı!

Robert Koch mikroskopta gördüğü çomağa benzer cisimciklerin Şarbon etmeni olduğuna karar verdi. Bu kanı farelere şırınga etti ve onların hastalandığını gördü. Tüberküloz mikrobunu (Koch basili) buldu. Adına, İnsanlığa yaptığı bu katkılardan dolayı, hayattayken bir anıt dikildi.

Bütün bu başarılar ne yazık ki ona mutlu bir evlilik getirmedi. Eşinden ayrıldı. Genç, güzel ve pek gösterişli bir sanat tarihi öğrencisiyle evlendi. Her yere onunla gitti. Ancak bu beraberlik bazılarınca çekilemedi ve dedikodular yayıldı. Sonunda halk o hale getirildi ki kendi elleriyle diktikleri anıtı yıktı.

Kıssadan Hisse:

İyi evlilik bir şanstır, nasiptir. Öyle önceden ölçmeye, biçmeye filan gelmez! Çok iyi bir eş olsanız da… İyi doktorluk da aynıdır, heykelinizin yıkılmasını önleyemeyebilir.

Salgın dönemi alışkanlıklarımızı hastane başvurularında avantaja çevirmek

Prof. Dr. Sabahattin Aydın

1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Sakarya, Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini üstlendi. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

COVİD-19 salgını esnasında alınan tedbirler ve vatandaşlarımızın bu tedbirlere verdiği reaksiyon neticesinde hastanelerimizde göğüs hastalıkları, enfeksiyon klinikleri ve yoğun bakım servisleri dışında hasta sayısı önemli oranda düştü. Elektif vakaların ertelenmesine yönelik Bakanlık tebliğine ilave olarak vatandaşlarımızın çoğunluğu zorunlu olmadıkça hastaneye gitmeme davranışını kazanmış oldu. Acil servislerimizde ise COVİD-19 şüpheli vakalar dışında belirgin bir azalma oldu.

Bilhassa acil servis başvurularının çoğunun, acil olmayan hastalardan oluştuğu bilinmektedir. Bu dönemde COVİD-19 hastaları nedeniyle acil servislere yeni başvurular olmasına rağmen toplam hasta sayısında düşüş yaşanmıştır. Gerçek acil hastanın hastaneye gelişinde hiçbir engel bulunmamaktadır. Dolayısıyla şu anda acil servislerimizde sadece gerçek acil hastaların bulunduğu düşüncesini desteklemektedir.

Özetlersek, acil servis, poliklinik ve kliniklerin iş yükünün azalmasında iki temel faktör var. Birincisi elektif vakaların ve ertelenebilir hastalıkların etkisi, diğeri ise "mecbur olmadıkça hastaneye gitmeme davranışının" kazanılması. Bildiğimiz gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte bir yandan hastanelere erişilebilirliğin artması, diğer yandan performansa göre teşvik verilmesi hastanelerin hasta yükünü o oranda artırmıştır. Bugün unutulmaya başlayan hastane kuyruklarının azaltılması için ortaya konan bu politikalar çok etkili olmuş ve hedefine ulaşmıştır. Bugün için abartılmış hastane başvurusu olarak yeni bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu sorunun üstesinden gelmek, krizi fırsata dönüştürmekle mümkün olabilir. Şöyle ki, bugünlerde geçici olarak kazanılmış olan "mecbur olmadıkça hastaneye gitmeme davranışının" kalıcı hale getirilmesine yönelik tedbirler geliştirebiliriz. Bunu başarabilmek için detaylı bir politika oluşturularak hayata geçirmek gerekebilir. Ama elimizde böyle bir fırsat olduğu, bunu kaçırmamamız gerektiği de açıktır. Davranış değişikliği kazanmak çok zordur. Kural değiştirmekle erişkin davranışlarında değişiklik kolayca ortaya çıkmamaktadır. Detaylı bir politika, kapsamlı bir eylem planı, politikaya uygun teşvik tedbirleri ve bütün iletişim kanallarını kullanarak geniş bir bilgilendirme yaparak bunu başarabiliriz.

Bu arada sokağa çıkma kısıtlaması sonrasında insanların alışverişe hücum etmesi gibi, salgın sonrası hastanelere de hücum beklenmelidir. Buna fırsat vermemek için şimdiden tedbirler almalı ve beklentilerin bir kısmını karşılamalıyız.

Böyle bir politika için anahtar söylem "mecbur olmadıkça hastaneye gitme", veya olumlu bir ifadeyle "sadece mecbur kaldığında hastaneye git" olabilir. Sorunun en fazla olduğu eğitim hastanelerinden başlayabiliriz. Politikayı kademeli ortaya koymak öğrenme eğrisini yavaşlattığından etkili olmamaktadır. Onun için tam bir reform paketi şeklinde bütün tedbirleri bir arada uygulamak daha etkili olabilir.

Önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz:

Bu dönemden başlamak üzere, hastane polikliniklerinde sadece MHRS randevulu hastalara bakılacaktır. Ancak MHRS randevu alternatifleri artırılarak hastalara kolaylık sağlanacaktır. Vatandaşın doğrudan aldığı MHRS randevu

programı 20 dakika aralarla planlanacaktır. Buna dış MHRS randevusu diyelim. 6 saatlik bir yoğun poliklinik hizmeti planlarsak, günde bu yolla 18 hasta randevu alabilecektir. Bu randevu alanların hepsi hastaneye gelmediğine göre bu aralar fiiliyatta daha geniş olacaktır. Zaten önemli oranda hasta yanlış branşı tercih etmektedir. Burada beklenen sonuç randevu alabilme sürelerinin uzamasıdır. Bu dış MHRS randevusu, doğrudan alınabileceği gibi, sistem gelişince, önce "Neyim var" uygulamasına girilip doğru branşı belirledikten sonra randevu alınmasını teşvik edici tedbirler de geliştirilebilir.

Yukarıda tanımladığımız her iki MHRS randevusu arasında bir hasta için boş randevu pozisyonu açık tutulacaktır. Yine 6 saatlik bir yoğun poliklinikte bu aralarda 18 hastaya daha randevu verilebilecektir. Bunu da iç MHRS randevusu olarak adlandırabiliriz. İç MHRS randevularının daha erken dönem verilmesi beklenir. Bu açıdan hasta açısından avantaj oluşturacaktır. Mesai dışı poliklinik uygulaması yapılan hastanelerde bu randevu saatlerine mesai dışı çalışma saatleri de eklenebilir. Hastaların mesai dışı muayene taleplerinin bir karşılığı olması gerekir. Mesela muayene katkı payı artırılabilir.

İç MHRS randevusu sadece belli kişiler tarafından verilebilecektir. Bunlar 1-klinik telefon nöbetçi hekimleri, 2-aile hekimleri ve 3-polikliniklerde kontrol muayene görevlileri olacaktır.

Klinik telefon nöbetçi hekimleri, her eğitim kliniği ihtiyaca göre bir veya 2 doktorunu (uygulamada asistan olacaktır) mesai günlerinde telefon nöbetine koyacaktır. Bugün için doktorla başlanır. Sistem gelişince yetişmiş sağlık personelleri çağrıyı karşılayabilir. Ancak gerekli olduğunda doktor devreye girer. Bu nöbetçi doktor, kendisine telefonla ulaşan hastalara cevap verecektir. Bu bir uzaktan tıbbi konsültasyon değildir. Belki tıbbi danışma diyebiliriz. Dolayısıyla malpraktis vb. tartışmalara kurban edilmemelidir. Bugün için branşla ilgili şikayeti olup gelemeyen veya daha önce tedavi almış olup kontrole gelme noktasında sorusu olan kişiler başvuracaktır. Nöbetçi doktor, bu kişiler için uyarısı varsa yaparak, tereddüdü halinde hastaneye gelmesini isteyecektir. Bu durumda iç MHRS randevusu verebilecektir. Klinik telefon nöbeti, hastaneye gereksiz gelen önemli sayıda hastanın gelişini engelleyecektir.

Hastaların doğrudan klinikleri araması zor olabilir, istismarlar bulunabilir. Bu uygulama bir çağrı merkezi aracılığıyla yürütülüp ilgili klinikle bağlantı kurmak şeklinde tasarlanabilir. Doğrudan MHRS çağrı merkezi bu işi üstlenebilir. Bu durumda ek bir yatırım gerekmez.

Klinik telefon nöbeti, teknoloji desteğiyle geliştirilerek bir tele sağlık hizmetine de dönüştürülebilir. Hastanın sahip olacağı mobil cihazlar, veri aktarımı ve görüntü iletimi sayesinde gittikçe gelişen bir alan halini alacaktır.

Aile hekimleri doğrudan iç MHRS randevusu verebilir. Kendi gördüğü hastasını hastaneye yönlendiren aile hekimi, zorlayıcı istisnaları olsa da bir triyaj yapmış olacaktır. Yani en olumsuz senaryoda dahi "Neyim Var" uygulamasını fiilen gerçekleştirmiş olacaktır. Bu yolla randevu almayı tercih eden hastanın aile hekimine uğramayı alışkanlık haline getirmesi bile bir kazanımdır.

Pandemi dönemindeki alışkanlıkları olumlu yönde değerlendirip hastanelerimizin kullanımında akılcı bir yöne çevirebiliriz. Kapsamlı bir program, yaygın bir kampanya ile bunu başarabiliriz. Bu yöndeki başarı hem hastalarımızı hem gereksiz yüke maruz bırakılan doktorlarımızı rahatlatacaktır.

Aile hekimleri doğrudan iç MHRS randevusu verebilir. Kendi gördüğü hastasını hastaneye yönlendiren aile hekimi, zorlayıcı istisnaları olsa da bir triyaj yapmış olacaktır. Yani en olumsuz senaryoda dahi "Neyim Var" uygulamasını fiilen gerçekleştirmiş olacaktır. Bu yolla randevu almayı tercih eden hastanın aile hekimine uğramayı alışkanlık haline getirmesi bile bir kazanımdır. Kaldı ki, bu yolla hastaneye doğrudan gitmesi muhtemel önemi sayıda hasta engellenecektir.

Hastanede yatış sonrası taburcu edilerek veya polikliniklerde muayene edilip fiili olarak kontrole çağrılan hastalara hastaneden çıkmadan görevliler tarafından kontrol muayenesi randevusu verilecektir. Bu hastaların fiili muayene gerekmeyen kontrollerinin telefonla yapılabileceği yukarıda belirtilmişti. Bu ayırım konusunda hastanelerimizde titiz bir eğitim/bilinçlendirme gerekmektedir.

Aslında telefon nöbetçi hekimleri dışında iç MHRS randevu sisteminin alt yapısı bugün mevcuttur. Ancak yeterli teşvik ve yönlendirme olmadığı için yeterince uygulanmamaktadır. Hastaların doğrudan müracaatının engellenmesi ve iç MHRS randevusunun daha erkene alınabilmesi gibi hususlar daha sık kullanılmasını teşvik edecektir. Bu uygulamayı teşvik edici başka yöntemler de bulunabilir.

Böylece;

a) Servis telefon nöbetçilerinin çağrılara verdikleri cevaplarla önemli oranda hastanın hastaneye gelmesi engellenecek.

b) Dış MHRS randevusu devam ettirilerek hastaların bugün sahip oldukları avantaj korunacak,

c) İç MHRS randevu sistemiyle telefon başvurusu ve aile hekimi başvurusu teşvik edilecek, buralarda önemli oranda hasta elenecek,

d) Kontrol hastaları telefon ve fiili kontrol olarak ayrılacak, fiili kontrol iç MHRS randevuları verilerek kolaylık sağlanacak. Hastaneye gelen kontrol hastası sayısı azalmış olacak.

e) Eğitim hastanelerinin normal polikliniklerinde randevusuz hasta kabul edilmeyerek hastane içi düzen sağlanacak, belli saatlerde aşırı yığılmalar olmayacak,

f) Toplamda bir poliklinikte 36-48 hasta bakılacak. Hastalar süzülerek geldiği için bunlar önemli oranda gerçek hasta olacak. Salgın öncesi hastane polikliniklerimizde yüze yakın hasta görülmüş olmasına rağmen, bu basamağa başvurması gereken hasta bu sayıyı çok geçmemektedir.

Hastanelerimizde yaygın olan kanaate göre, daha çok poliklinik hastası baktıkça, daha fazla gelirleri olmaktadır. Global bütçelemenin olduğu bu dönemde bu doğru olmayan bir kanaattir. Ancak bireysel performansta hasta muayenesi önemli bir yer tuttuğundan, doktorlarımız bir yandan şikayet etmekte, diğer yandan daha fazla poliklinik hastası kaydetmek için yarışmaktadır. Burada işin uygulanışı gereği, kliniklerdeki hocalar fazla bakılmasını istemekte, asistanlar ise şikayet etmektedir. Bireysel performans uygulamasını kaldırırsak, İç MHRS randevusu engellenir. Dolayısıyla bireysel performansı koruyup hasta sayısına tavan koyarak (tam gün poliklinik başına 50 hasta gibi) bu sorunu aşabiliriz.

SUT'ta muayene fiyatı bir paket olarak yer almaktadır. Fiyatın bugünkü gerçek maliyetle hiç ilgisi olmadığı bilinmektedir. Toplam hasta sayısı düşürülürse, bütçe bütünlüğü bozulmadan birim muayene fiyatı artırılabilir. Global bütçelemede bunun çok önemi bulunmuyor. Ayrıca SUT'ta hastayı hastaneye gitmeye mecbur bırakan birçok hüküm vardır. Raporlu ilaç yazdırma, uzman hekim reçetesi vb. Bu hükümler elden geçirilip yarar ve zarar hesaplaması yapılarak ciddi bir ayıklamayla hastaneye yönlendirilen hasta sayısı düşürülebilir.

Neticede bu uygulamaları hayata bir paket olarak geçirmek gerekir. Bu paketin yoğun bir kampanyası yürütüle-

bilir. Hem sağlık personeli hem de vatandaşlarımızda bu hususta farkındalık artırılabilir. “Sadece mecbur olunca hastane”, “hasta muayenesinde kalite”, “işimiz hastayı görmek değil, kaliteli muayene” gibi vurgular yapılabilir. Bu konuda profesyonel bir kampanya işimizi kolaylaştıracaktır.

Acil servis başvuruları için de bazı tedbirler almamız mümkündür. Kendisinin acil hasta olduğuna inanan bir kişinin acil olmadığına ikna etmek zordur. Bu yüzden tanıtım ve propagandalarla hastaneye başvurması gereken acil konusunda yaygın bilinçlendirme faaliyetine ihtiyaç vardır. Hastanede acil servislerini, “işini hızlı görme”, “randevusuz muayene olma”, “ilaç yazdırma”, “pansuman yaptırma”, enjeksiyon yaptırma” mekanları olmaktan çıkarmamız gerekir. Bu tür talepler meşru ise başka mekanlarda çözülebilir.

Hastanelerde acil servisler hastaların girebildikleri yerler değil, triyaj sonrası hastaların alınabildiği yerler olmalı, mimari tasarımlar, organizasyonlar buna göre yapılmalıdır. Acil hasta triyajı başlıca 3 şekilde yapılabilir: hastane dışı acil sağlık ekibi tarafından, aile hekimi tarafından, acil servis girişindeki triyaj ekibi tarafından. Bu triyaj noktalarından geçmiş hastalar doğrudan acil servise (kırmızı alana) alınarak acil hasta muamelesi görür. SGK’nın acil hastaya ilişkin hükümleri sadece bu hastalar için geçerli olabilir.

Türkiye’de çok gelişmiş bir acil ilk yardım sistemi mevcuttur. Çağrı üzerine vakaya ulaşan acil ilk yardım ekibinin, diğer bir ifadeyle ambulansın getirdiği her hasta triyajı yapılmış acil hasta muamelesi görür. Mümkün olduğunca acil servislerde ambulans girişi, yaya girişleri ile kesişmeyen, ayrı noktada ve yaya olarak ulaşılması zor bir konumda olmalı, ambulans hastayı doğrudan acil servise yani kırmızı alana ulaştırabilmelidir.

Aile hekimleri de birer triyaj noktası olarak kabul edilmelidir. Acil servislerde bulunan bir çağrı noktasını kimlik teyidiyle arayan aile hekiminin gönderdiği hasta acil kabul edilmeli ve doğrudan kırmızı alana alınmalıdır. Aile hekimleri bu gibi durumlarda ağır olabilecek hastaları için zaten ambulans çağıracağı için, yukarıdaki durum işleyecektir. Ancak başka yollarla da gelse hasta acil kabul edilmelidir.

Artık telefon çok geçerli bir iletişim aracıdır. Hemen herkeste mevcuttur. Aile hekimlerinin kayıtlı bireylerine telefon numaralarını ilan etmeleri yönünde bir düzenleme yapmak gerekebilir. Bu uygulama, hastaların acile kolay ulaşmak için önce aile hekimlerini aramalarını sağlayacak, her hâlükârda bir kısmı bu aşamada elenecektir. Acil servislerde bir çağrı masası kurulabileceği gibi MHRS çağrı merkezinden de yararlanarak bu yapı oluşturulabilir.

Tüm bunlara rağmen, henüz toplumsal bilinç oluşmadığı için hasta kendisini acil kabul ederek doğrudan başvurabilecektir. Bu yolla gelen hasta acil servise değil, acil öncesi bir alana (sarı alan, yeşil alan) geldiğini hissetmelidir. Yani hasta doğrudan acil servise giremediği bilincini kazanmalıdır. Bu yönde düzenleme yapmak zor olmasa gerekir. Ayaktan ya da kendi aracıyla acil servis ön alanına gelen her hasta buradaki triyaj ekibi tarafından karşılanacaktır. Bu şu anda zaten yapılıyor. Ancak acil servise girdiği hissi ve inancında olan bir hastanın “acil olmadığı” yargısını kabul etmesi zor oluyor. Bu yüzden bu triyaj mekanları konsepte uygun tasarlanmalıdır.

Triyaj alanının bulunduğu ortam, acil hastaya müdahale yapılabileceği görüntüsü vermemelidir. Hasta kapıdan girer girmez onu karşılayacak bir yapı olmalı, beklemeden triyaj ekibiyle muhatap olmalıdır. Bununla birlikte geniş ve mümkün olduğunca konforlu bekleme salonları olmalı ve acil kodu alamayan hastalar bu salonlarda beklemeye davet edilmelidir. Hasta alındığı salonda en az ne kadar süre bekleyeceği konusunda bilgilendirilmelidir. Bu triyaj ekibince sözlü söylenebilir, eline bu bilginin yazılı olduğu bir kart verilebilir. Ancak nasıl olursa olsun, beklediği salonda asılı tablolarda aynı bilgiler ilan edilmelidir. Bu bekleme salonlarında tercihan en az bir psikolog bekleyen hastalarla ilgilenmeli, onların sorularına cevap vermelidir. Bu hastalara gerçek acil olmadıkları konusunda telkin yapılabilmelidir.

Acil servis çalışanlarına vaka bazlı bireysel performansa göre ek ödeme yapılması doğru değildir. Sabit bir ek ödeme tercih edilebilir. Ancak bu durumda acil servislerde yığılma başlayacaktır. Belki sabit bir ek ödemeye ilave olarak sadece ambulans ve aile hekimi aracılığıyla gelen hastalar performansa ilave edilebilir. Doğrudan baş vuran hastanın hiçbir surette performansa dahil edilmemesi gerekir.

Poliklinik hastalarının yönlendirilmesinde olduğu gibi, acil hastaların yönlendirilmesinde de yoğun bir propaganda yapmalıyız. “Acil servisler doğrudan gidilecek yerler değil”, “acil durumda ambulans çağırınız” “durumunuzun acil olduğunu düşünüyorsanız aile hekiminizi arayınız” benzeri temalı kampanyalar düzenlenebilir.

Pandemi dönemindeki alışkanlıkları olumlu yönde değerlendirip hastanelerimizin kullanımında akılcı bir yöne çevirebiliriz. Kapsamlı bir program, yaygın bir kampanya ile bunu başarabiliriz. Bu yöndeki başarı hem hastalarımızı hem gereksiz yüke maruz bırakılan doktorlarımızı rahatlatacaktır.

Türkiye'nin modern yüzü: Şehir hastaneleri

Doç. Dr. Ali Ramazan Benli

2001 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Erciyes Üniversitesinde fizyoloji ihtisasında bulundu. 2009 yılında Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği ihtisasını tamamladıktan sonra 3 yıl aile hekimi olarak çalıştı. Karabük Üniversitesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda kurucu başkanlık, sağlık kurulu başkanlığı, palyatif bakım ünitesi kuruculuğu ve evde bakım hizmetleri sorumluluğu gibi çeşitli idari görevlerde bulundu. 2018 yılında Doçent oldu. Kayseri Şehir Hastanesinin açılışında aktif görev yapan Dr. Benli halen Kayseri Sağlık Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Şehir hastanelerini *"Sağlık hizmetlerinde performansın daha yüksek ve kaliteli olması amacıyla; aynı kampüs içerisinde, en başta tıbbi hizmetlerin yer aldığı, tüm sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulduğu, eğitim ve araştırma hizmetlerinin de her alanda sunulmaya devam ettiği, teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin uygulanabildiği, bu sayede hasta yatış sürelerinin kısaltılmaya çalışıldığı, nitelikli hasta yatak sayısının artırıldığı, hastaneler arası hasta naklinin minimum seviyeye düşürüldüğü, hasta ve çalışan güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılmaya çalışıldığı, sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına zemin olduğu, özel yönetim modellerine sahip dijital ve kompleks niteliğinde akıllı bina yapısında ki hastaneler"* şeklinde tarif etmek mümkündür (1). Şehir hastaneleri, Türkiye'nin sağlık alanında modern yüzü olmakla birlikte hizmet kalitesini her geçen gün daha da artırmaktadır. Hemen her branşta hizmet veren poliklinikler ile daha modern ve konforlu üniteler sayesinde hastalar, kaliteli sağlık hizmeti almaya başlamıştır. "Nitelikli yatak" denilen tek veya çift kişilik hasta odaları ile hasta mahremiyeti sağlanmakta olup hastalar daha hijyenik ve konforun en üst seviyede sunulduğu ortamlarda tedavi olmaktadır. En son teknolojiye sahip tıbbi cihazlar, laboratuvarlar, yaşam destek üniteleri, uluslararası standartlardaki ameliyathaneler ile sağlıkta hizmet kalitesindeki çıta, her geçen gün daha da yükselmektedir. Şehir hastaneleri, 2023 hedefine yürüyen güçlü Türkiye'de sağlıkta gelinen ve hizmet alınabilen son nokta olarak planlanmaktadır (2).

Adana, Elazığ, Eskişehir, Isparta, Kayseri, Manisa, Mersin, Yozgat, Bursa, Ankara Bilkent, İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi olmak üzere toplam 16.105 yatak kapasiteli 11 adet şehir hastanesi işletmeye açılmıştır. Hizmete açılan ve inşaatı devam eden hastaneler aşağıda listelenmiştir.

Denizli, Samsun, Ordu, Trabzon, Aydın, Diyarbakır, Antalya, İstanbul Sancaktepe, Rize ve Sakarya Şehir Hastanelerinin ihaleleri, söz konusu projelerin genel bütçeden yapılmasına karar verilmesi nedeniyle Bakan Oluru ile iptal edilmiştir. İzmir (Yenişehir) Tınaztepe Şehir Hastanesi Cumhurbaşkanlığında onay beklemekte olup 1.200 yatak sayısına sahiptir. Ayrıca genel bütçe ile yapımı gerçekleştirilecek olan 3 adet şehir hastanesinin proje danışmanlık hizmet alım işi gerçekleştirilmiş olup, 7 adet şehir hastanesi yatırımının proje danışmanlık hizmet alım işi hazırlık çalışmaları devam etmektedir (4). Genel Bütçe Modeli İle Danışmanlık Hizmet Alımı İhalesi Yapılan Şehir Hastaneleri aşağıda listelenmiştir.

7 adet şehir hastanesi yatırımının proje danışmanlık hizmet alım işi hazırlık çalış-

PROJE ADI	YATAK KAPASİTESİ	HEDEFLENEN AÇILIŞ TARİHİ
Adana Şehir Hastanesi	1.550	Açıldı
Mersin Şehir Hastanesi	1.300	Açıldı
Isparta Şehir Hastanesi	755	Açıldı
Yozgat Şehir Hastanesi	475	Açıldı
Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	Açıldı
Manisa Şehir Hastanesi	558	Açıldı
Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	Açıldı
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.704	Açıldı
Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	Açıldı
Bursa Şehir Hastanesi	1.355	Açıldı
İstanbul Başakşehir İkitelli Şehir Hastanesi	2.682	Açıldı
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.577	2020
Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	2020
Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	2020
Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi	480	2020
Kütahya Şehir Hastanesi	600	2020
Kocaeli Şehir Hastanesi	1.180	2020
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	2020
Şanlıurfa Sağlık Kampüsü	1.700	2021

Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Güncelleme Tarihi: 01/08/2019 (3).

maları devam etmektedir (4). Genel Bütçe Modeli ile Danışmanlık Hizmet Alımı İhalesi Çalışmaları Devam Eden Şehir Hastaneleri aşağıda listelenmiştir.

Şehir hastaneleri, sağlık yatırımlarının yenilenmesi ve modernize edilmesi noktasında en önemli yatırımlar arasındadır. Kamu ve özel sektör iş birliği (KÖİ) ile, yap-kirala-devret modeliyle yapılan ve 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" kapsamında ortaya çıkmış bir yatırım finansman modelidir. Bu modelle birlikte kamu hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda etkinlik ve verimliliğin sağlanması hedeflenmektedir. Sağlık sektöründe uygulanacak olan KÖİ'nin esası, 3359 "Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"na, 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun" ile "Ek 7. Maddesi"ne dayanmaktadır. Bu kanunla, KÖİ yöntemiyle yapılan şehir hastaneleri projelerinin önemli bir yasal dayanağı olan Ek 7. Maddenin ilk bendinde *"Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine, kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir"* ifadesi yer almaktadır (5). Şüphesiz ki bu derece önem arz eden bir yatırımın temel amacı, hastalara en iyi sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Bu noktada söz konusu hastanelerin mükemmelliği yakalaması için yapılacak mevzuat düzenlemelerinde, sahada karşılaşılan sorunlarla ilgili yapılan geri bildirimler büyük önem arz etmektedir. Bu geri bildirimler sayesinde hastane işletmeciliğinin hizmet kalitesinin artacağı aşikardır. Bu noktada hizmete açılan ve yapımı devam eden, şehir hastanelerin KÖİ kapsamında çalışma sistemi ve yönetimiyle ilgili yapılan tespitler, uygulamada yaşanan sorunlar ve öneriler müteakip maddelerde belirtilmiştir:

	YATAK SAYISI
İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi	4.200
Ordu Şehir Hastanesi	900
Sakarya Şehir Hastanesi	1.000
TOPLAM	**6.100**

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2019

	YATAK SAYISI
Antalya Şehir Hastanesi	1.000
Aydın Şehir Hastanesi	950
Denizli Şehir Hastanesi	1.000
Diyarbakır Kayapınar Şehir Hastanesi	750
Rize Şehir Hastanesi	800
Samsun Şehir Hastanesi	900
Trabzon Şehir Hastanesi	900
TOPLAM	**6.300**

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2019

1. Yüksek Planlama Kurulunun aldığı kararlar doğrultusunda şehir hastaneleri yapılacak iller belirlenmektedir. Bu iller belirlenirken tam teşekküllü bir hastaneyi kaldırabilecek ve coğrafi olarak merkez olan illerin belirlenmesi daha uygun olacaktır. *Hastane yöneticiliğinde iş gücü planlaması, bina ve cihazın önündedir.* Bu nedenle yan dal uzmanlarının atanmadığı, tam teşekküllü 3. basamak bir hastane olarak planlanamayacak illerde şehir hastanelerinin yapılmaması ülke menfaatleri açısından değerlendirilmelidir. Örneğin Yozgat Şehir Hastanesi, coğrafi olarak merkezi bir konumda olmamakla birlikte en fazla 250-300 bin nüfusa hitap edebilecek bir durumdadır. Hekimler için cazibesi olmayan bu küçük ilde aynı zamanda üniversite hastanesi de bulunmaktadır. Hekim gücü planlanmasında ve komplike ameliyatların yapılmasında, nitelikli personel ihtiyacının karşılanmasında güçlükler yaşanacağı aşikardır. Kayseri ve Ankara illerine yakınlığı sayesinde ölüm riski yüksek olan hastalıklarda ve önemli ameliyatlarda hastaların tercihleri bu iller olmaktadır. Tüm bu sayılan nedenlerden dolayı ergonomik planlama kaçınılmazdır. Şehir hastaneleri yapılacak iller planlanırken nüfusu bir milyonun üzerinde olan veya

sağlık turizmi yapılacak illerin seçilmesi daha doğru olacaktır.

2. Şehir hastanelerinde kaliteli sağlık hizmeti sunumu önemlidir. Bu açıdan bu hastanelerin üstün ve farklı bir şekilde işletilmesi gerekmektedir. Devlet hastaneleri, bu hastanelere taşınırken kamu hastaneleri yönetimi mantığı ile taşınılmaktadır. Binanın ve cihazların yenilendiği şehir hastanelerinde destek hizmetleri profesyonel firmalar tarafından karşılanmakta ancak kamu tarafının çalışanları herhangi bir elemeye tabii tutulmaksızın çalıştırılmaktadır. Bu durum medikal hizmetleri veren kamu ayağını zayıf kılmaktadır. Medikal hizmetlerin kalitesinin artırılması için sözleşmeli hekim ve yardımcı sağlık personeli uygulamasına geçilebilir. Yapılacak düzenleme ile şehir hastanelerinin tüm kadroları "sözleşmeli" olarak artırılmış maaş ve yapılan hizmete ek ödeme şeklinde ücretlendirilir ise bu hastaneler *"hekimlerin kaçtığı"* bir hastane olmaktan *"hekimlerin koştuğu"* bir hastane oluşmasına neden olur. Milli Eğitim Bakanlığında uygulanan "proje okul" örneğinde olduğu gibi sadece başhekim ataması yapılır ve başhekim, tüm birimlere her üniversiteden veya her hastaneden (özel-kamu fark etmeksizin) sözleşme imzalamaya yetkili kılınır. Bu uygulama, tıp fakültelerinin anlayışlarının ve eğitim modellerinin şehir hastanelerine transferine neden olabilir. Hatta yurtdışından yabancı doktorların çalıştırılabileceği (denklik almadan) bir ortam oluşturulabilirse sağlık turizmi ayağı güçlendirilmiş olur. Böylece binası yeni, cihazları son teknoloji ve profesyonel destek hizmetleri ile saygın tıp hocalarının katkısı ile şehir hastaneleri, eğitim ve araştırmanın devam ettiği daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulduğu, tabiri caizse *"sağlığın fen liseleri"* olması sağlanabilir.

3. Sağlıkta kaliteli hizmet sunumunda sürdürülebilirlik önemlidir. Birinci basamak dediğimiz koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak düşünüldüğü aile hekimliği sistemi 2010 yılından itibaren tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Ancak hastaların hizmet alımında birinci basamaktan başlayıp üçüncü basamak hastanelere giden sevk zinciri uygulanmamaktadır. Gelişmiş ülkelerde uygulanan sevk zinciri temelde sürdürülebilir sağlık hizmeti oluşmasını sağlamaktadır. Ülkemizde de sevk zincirine geçilmek istenmekle birlikte bu sisteme geçiş, alınan tepkiler dolayısıyla bir türlü uygulanamamıştır. *Bu durumda sevk zincirinin uygulanmasına kademeli olarak geçilmesi uygun görülmektedir*. Ayrıca sevk zincirinin uygulanmaması basamaklar arası irtibatsızlığa ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olmasını zorlaştırmaktadır. Şehir hastaneleri 3. basamak hastaneler olarak planlanmalı ve sağlık turizmine kapı açmalıdır. Bu hastanelere acil durumlar dışında sevksiz hasta kabul edilmemelidir. Böylece hem kısmi sevk zinciri başlatılmış ve aile hekimleri ile ikinci ve üçüncü basamak hekimleri arasında iletişim artırılmış olur. Bunun istisnası sağlık turizmi kapısı olmalıdır. Sağlık turizminin özel fiyat tarifesi bulunmakta olup sevksiz gelmek isteyenlere bu kapı açık tutulabilir. Bu şekilde hastaların özel muayene istekleri karşılanmış ve bu uygulama ile şehir hastanelerinin finansmanı desteklenmiş olur.

4. Kamu Kurumları ''İdare'' ile ''Yüklenici'' olarak tanımlanan Özel Sektör İşletmeleri arasında akdedilen sözleşme kapsamında hizmet vermekte olan, şehir hastanelerinin yönetim şeklinde hızlı karar alacak ve üst düzey denetleme yapacak bir mekanizma kurulması gerekmektedir. Çünkü destek hizmetlerini sağlayan şirketler ile kamunun bakış açısı arasında farklar vardır. Şirketler sermaye odaklı çalışırken, kamu ise "kamu yararı" odaklı çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı düzeyinde bu hastanelerin yönetimi, KOİ Modeli olması sebebiyle farklıdır. Şöyle ki; İdare yöneticisinin tesiste baş yönetici olmasıyla birlikte ortak yönetim modeli vardır. Sürecin yönetilmesinde; Üst Düzey Yönetici, Koordinasyon Kurulu ve Tesis Yönetimi olarak önemli üç mekanizma vardır. KOİ modeli şehir hastanelerinin her birinin yapım ve işletme sürecine ilişkin olarak imzalanan sözleşmeler her bir yüklenici ile Bakanlık arasında ayrı olarak imzalanmakta olup, imzalanan sözleşmeler ve ekleri Şehir hastanesine özel nitelik taşımakta ve hukuki bağlayıcılık arz etmektedir. Bu nedenle kamu hastaneleri mantığından çıkılmalı ve *"Şehir Hastaneleri Genel Müdürlüğü"* kurulmalıdır. Bu genel müdürlüğün altında Şehir Hastaneleri Yatırım Daire Başkanlığı, Tıbbi Hizmetler Daire Başkanlığı, Denetleme (merkezi yardım masası gibi şehir hastanelerine özel uygulamalar) Daire Başkanlığı, Mali Hizmetler Daire Başkanlığı, Uyuşmazlık-Hukuk Daire Başkanlığı gibi işletmeye dönük muhatabın tek olacağı ve hizmetin tek elden sağlanacağı daire başkanlıklarının oluşturulması ile hızlı kararların alınması sağlanabilir. Bu sayede kamu yararının daha fazla gözetileceği ve hizmet kalitesinin artacağı değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak Türkiye'nin sağlıkta yenilikçi yüzü olan şehir hastanelerinin etkin ve verimli bir şekilde planlanması kaçınılmazdır. Sahada karşılaşılan sorunları hızlı bir şekilde çözümleyebilecek, *aktif ve değişken kararların alınabileceği yeni bir işletme-yönetim modeli*, değişen ve gelişen sağlık dünyasına ayak uydurma açısından önem arz etmektedir. Şehir hastanelerini, sağlık sistemimize katkısını daha çok artırmak ve ülkemizin tıbbi birikimini uluslararası arenada pazarlayabileceğimiz mekanlara dönüştürmek kendi elimizdedir.

Kaynaklar

1) Uçar, E. Şehir Hastaneleri Sunusu, Ankara, 2017.

2) Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu.

3) Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri, Yatırımlar Gn. Müdürlüğü, (Güncelleme Tarihi: 01.08.2019)

4) T.C Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2019

5) 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na, 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, Resmî Gazete, 2005a.

"Göz Tanımlama Sistemi" ile

kişiye özel iLASIK

Wavefront teknolojisi ile 20/2 ve ötesi net görüş
İris tanıma yöntemi - Bıçaksız - Dokunmadan - Güvenli

MEDİPOL ÇAĞRI MERKEZİ 444 70 44

Kuruluşumuz, Akademik Tıp Merkezi Hastanesi olarak JCI tarafından akredite edilmiştir.

MEDİPOL MEGA
MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİ

medipolsaglik medipolsaglik medipolsaglik MedipolSaglik

Sağlık hizmetinin gizli ajanları: Kalite göstergeleri

Dr. Hasan Güler

2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van'da hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2016 yılları arasında Sağlık Bakanlığında performans, kalite ve sağlık finansmanı konularında daire başkanlığı ve genel müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2016 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuna geçti. Güler, Uluslararası Kalite ve Akreditasyon Derneğinde Yönetim Kurulu Başkanı ve UHGSfam Başkan Yardımcılığı görevlerini yürütmektedir.

Ercan Koca

İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun oldu (2007). Sağlık sektöründe eczacılık ve mesul müdürlük yaptı. 2012'de T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına geçti. Sağlıkta kalite ve akreditasyon standartlarının geliştirilmesi, Path, Duque, Crabs benzeri uluslararası iş birliği projeleri ve ISQua akreditasyonu süreçlerinde rol aldı. Halen Uluslararası Kalite ve Akreditasyon Derneğinde Yönetim Kurulu Üyesi ve Dış İlişkiler ve Ar-Ge Başkanı görevlerini sürdürmektedir.

Doç. Dr. Mücahit Avcil

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (2002). Uzmanlığını Süleyman Demirel Üniversitesi Acil Ana Bilim Dalı'nda tamamladı. İzmir Bozyaka EAH ve Kütahya Evliya Çelebi EAH'da acil tıp uzmanı olarak çalıştı. 2011 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesinde göreve başladı. 2014-2015 arasında hastane başhekimliği ve rektör danışmanlığı yaptı. Halen Acil Tıp ABD'de akademik çalışmalarına devam eden Avcil aynı zamanda Uluslararası Kalite ve Akreditasyon Derneğinde Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısıdır.

Ortak ve üzerinde anlaşılmış operasyonel bir tanımı bulunmamasına karşın sağlık hizmetleri açısından kalite kavramının tanımına kısaca yer verecek olursak Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlıkta kalite; bireylere ve hasta nüfusa verilen sağlık hizmetinin kapsamının istenen sağlık sonuçlarına ulaştırmasıdır. Tanıma ek olarak ayrıca "Bunu başarmak içinse sağlık hizmetinin verimli, etkili, adil ve insan merkezli olması gerekir." vurgusuna yer vermektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin bir diğer tanımında ise sunulan hizmetin etkili, güvenli, mükemmellik kültürü esasına sahip olma ve beklenen sonuçları karşılama ilkelerini temel alan "mükemmellik kültürünü yansıtan, optimal veya istenen sağlığa ulaşılmasıyla sonuçlanan etkili ve güvenli bakımın değerlendirilmesi ve sağlanması hizmeti" şeklinde ifade edilmektedir.

Bu tanımdan hareketle kaliteli sağlık hizmeti sunumu dünyanın her yerinde gelişmişlik düzeyinin olduğu kadar insana verilen değerin de bir nişanesi olduğu ifade edilebilir. Kalite tanımında yer alan hususların gerçekleşme düzeyini belirlemek, küresel dil birliğini sağlamak ve gelişimi teşvik etmek için bilimsel ve standardize edilmiş göstergeler kullanılarak gerçekleştirilen ölçümler en güçlü enstrümanlardır.

Temel olarak göstergeler, herhangi bir konunun sayısallaştırılması suretiyle nitel veya nicel yönden ölçülebilir hale getirilmesini ve başarı düzeyinin ortaya konulmasını sağlayan araçlardır. Türkçe bir isim olan "gösterge" teriminin kökeni, Latincede işaret eden veya gösteren anlamına gelen "indicātor" kelimesine dayanmaktadır. Türk Dil Kurumu tanımıyla; bir gelişimi gösteren nicelikler veya değerler arasındaki ilişki, endeks, indeks, bir şeyi belirtmeye yarayan şey, belirti, im, işaret şeklinde ifade edilmektedir. Konu ölçme ve iyileştirme olduğunda ise göstergeden sonra ilk olarak "hedef" terimi karşımıza çıkmaktadır. Hedef değer, herhangi bir konuda elde edilmek istenen sonucu gösteren veya ulaşılmak istenen yeri belirten nitel veya nicel bir tanımlayıcıdır. Göstergeler ile hedefler tam anlamıyla ayrılmaz bir ikilidir. Çünkü doğru analizler ve anlamlı sonuçların elde edilmesi, gösterge sonuçlarının, hedef değerlerle birlikte istatistiksel analiz metotları kullanılarak değerlendirilmesi ile mümkündür. Göstergeler, genel işlevlerine göre yapı, işleyiş ve sonuç göstergeleri olarak üçe ayrılırlar. Sağlık hizmeti, diğer sektörlere kıyasla multidisipliner ve birbiriyle farklı noktalardan bağlı karmaşık daha fazla sayıda süreci barındırır. Bu sebeple esas olarak işlevi değişmese de sağ-

lık alanında gösterge sınıflandırmanın daha çok süreç (koruyucu bakım, tanı, tedavi), izlenen faktör (hasta güvenliği, çalışan güvenliği, verimlilik) veya alan (birey, bölüm, branş, tesis, il) benzeri daha özelleştirilmiş boyutlar bazında gerçekleştirildiğini görmekteyiz.

Konu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi olduğunda, sistemin tüm aşamalarının bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Ancak bu makalede, özellikle tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ilişkin sunulan hizmetlerin, göstergeler üzerinden değerlendirilmesi hususu ön plana çıkarılacaktır.

Bilindiği üzere her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de genel olarak kurumsal düzeyde yapılan sistem odaklı çalışmaların uzun vadede daha başarılı olduğu inkâr edilemez bir gerçektir. Ancak bu başarının ortaya konabilmesi için önceden belirlenen alanlara yönelik geliştirilmiş göstergeler üzerinden yapılacak olan ölçüm ve değerlendirmeler için referans değerler gerekecektir. Benzer sağlık tesislerinin standardize edilmiş göstergeler izlemesi, aynı sektördeki paydaşlarla kendilerini kıyaslama imkânı sağlayacak ve daha gerçekçi, tarafsız bir karar mekanizmasına sahip olmalarını sağlayacaktır. Dolayısıyla göstergelerin doğru belirlenmesi zorunluluk arz etmektedir. Bu hususu "Kem âlâtla kemâlât olmaz" atasözümüz ile özdeşleştirdiğimizde doğru belirlenmemiş göstergeler üzerinden yapılacak her türlü analiz doğru sonuçlar vermeyeceği gibi gelişime ve ilerlemeye de büyük bir engel teşkil edecektir.

Bilgi yönetim sistemleri, veri kalitesini sağlamada ve tüm süreçlerde büyük bir öneme sahiptir. Özellikle gösterge temelli, yıllık veya dönemsel raporların yayınlanması ilgili alanın gelişiminde öncül bir aktivitedir diyebiliriz. Göstergelerde veri kalitesi büyük önem arz etmekle birlikte sağlık alanında geri ödeme yöntemlerinin ve politikalarının da veri kalitesi noktasında büyük bir etkiye sahip olduğunu söylemek mümkündür.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinde oldukça başarılı bir şekilde gösterge yönetimi sağlansa da tanı/tedavi hizmet alanlarının daha karmaşık ve multidisipliner bir hüviyete sahip olması ve bunun getirdiği zorluklar sebebiyle bu alanlardaki göstergelerin izlenmesi, sonuçlarının ve performansın değerlendirilmesi noktasında oldukça primitif düzeyde kalındığını görmekteyiz.

Göstergelerin amacına hizmet etmesi için hangi alanda izlemeye ve iyileştirmeye ihtiyaç olduğu öncelikler çerçevesinde belirlenmeli ve bu alanlara yönelik gösterge hüviyetine sahip izleme parametreleri geliştirilmelidir. Burada amaç fazla sayıda gösterge izlemek değil, yönetilebilir, ihtiyacı karşılar nitelikte ve sayıda izlem aracı geliştirmektir.

Uluslararası Örnekler

Gösterge yönetimi konusunda uluslararası örnekler incelendiğinde öncelikli olarak bu alanda yıllardır çalışmalarını sürdüren OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*), WHO (*World Health Organization*) ve AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) gibi kuruluşlar karşımıza çıkmaktadır. Uluslararası akreditasyon kuruluşlarının belgelendirdiği sağlık tesisleri için belirlemiş olduğu göstergeleri de bu gruba dahil edebiliriz.

OECD'nin sağlık bakım kalitesi göstergeleri dokuz kategoriye ayrılmıştır ve her kategori altında belirli sayıda gösterge yer almaktadır. Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterge kategorileri ve örnek göstergelere yer verilmiştir.

AHRQ tarafından geliştirilen kalite göstergeleri ise dört ana kategoriden oluşmaktadır ve her kategori altında da belirli sayıda gösterge yer almaktadır. Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterge kategorileri ve örnek göstergelere yer verilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise göstergelerini uluslararası hasta güvenliği eylem planı, el hijyeni programı ve PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) gibi özelleştirilmiş projeler çerçevesinde direkt hedefe yönelik olarak geliştirmektedir. PATH projesinde yer alan örnek kalite göstergeleri Tablo 5'te yer almaktadır.

Türkiye'de ise T.C. Sağlık Bakanlığı, çeşitli sağlık tesislerine yönelik yayınladığı standart setleri, sınıflandırma sistemi, rehberler ve programlar ile gösterge standardizasyonu ve ölçüm kültürünü yaygınlaştırmaya çalışmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmı şunlardır:

Tablo 1: OECD Health Care Quality Indicators (HCQI) Kategorileri

OECD HCQI - Gösterge Kategorileri	
1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Önlenebilir Hastane Kabulleri)	6. Hasta Deneyimleri
2. Birincil Bakım (Reçetelendirme)	7. Kanser Bakımı
3. Akut Bakım	8. Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Bakım
4. Ruh Sağlığı Hizmetleri	9. Demans Sağlık Hizmetleri
5. Hasta Güvenliği	

Tablo 2: OECD Örnek Sağlık Bakım Kalitesi Göstergeleri

OECD HCQI - Örnek Göstergeler
• Konjestif kalp yetmezliği (KKY) nedeniyle hastaneye yatış oranı
• Diyabet (DM) nedeniyle hastaneye yatış oranı
• Diyabet nedeniyle alt ekstremite amputasyon oranı
• Akut miyokard infarktüsü (AMİ) tanısı ile yatışı yapılan hastalarda 30 gün içinde ölüm oranı
• Hemorajik inme tanısı ile yatışı yapılan hastalarda 30 gün içinde ölüm oranı
• İskemik inme tanısı ile yatışı yapılan hastalarda 30 gün içinde ölüm oranı
• Unutulan cerrahi materyal ya da geri alınmamış cerrahi gereç
• Postoperatif pulmoner emboli
• Postoperatif DVT
• Uzman hekimden randevu alabilmek için 4 hafta veya daha fazla bekleyen kişi oranı
• Hekimin, hastayı bakım ve tedavi konusunda kararlara dâhil ettiğini belirten kişilerin oranı
• Meme kanseri 5 yıllık sağ kalım oranı
• Difteri, tetanoz, boğmacaya karşı aşılama oranı

• Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

• Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)

• Türkiye Klinik Kalite Programı

• SİYÖS-TÜRGÖS

Tablo 3: AHRQ Gösterge Kategorileri

AHRQ - Gösterge Kategorileri
1. Önleyici Kalite Göstergeleri
2. Yatan Hasta Kalite Göstergeleri
3. Hasta Güvenliği Göstergeleri
4. Pediatrik Kalite Göstergeleri

Tablo 4: AHRQ Örnek Göstergeler

AHRQ - Örnek Göstergeler
PQI 01 - Diyabet, kısa dönem komplikasyon başvuru oranı
PQI 02 - Perfore apandisit başvuru oranı
PQI 03 - Diyabet, uzun dönem komplikasyon başvuru oranı
IQI 14 - Kalça replasmanı mortalite oranı
IQI 15 - Akut miyokard enfarktüsü mortalite oranı
IQI 16 - Kalp yetmezliği mortalite oranı
IQI 17 - Akut inme mortalite oranı
PSI 07 - Santral venöz kateter ilişkili kan akımı enfeksiyon oranı
PSI 08 - Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı
PSI 11 - Ameliyat sonrası solunum yetmezliği oranı
PSI 12 - Perioperatif pulmoner emboli veya derin ven trombozu oranı
PSI 13 - Ameliyat sonrası sepsis oranı
PSI 14 - Ameliyat sonrası yara açılması oranı
PSI 17- Doğum travması oranı – yeni doğanda zarar
PSI 26 - Transfüzyon reaksiyon hızı

Tablo 5: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) PATH İndikatörleri

PATH - Örnek Göstergeler
Ç1. Sezaryenler
Ç2. Koruyucu antibiyotik kullanımı
Ç3. Ölüm oranları (AMI, felç, toplum kökenli pnömoni, kalça kırığı, koroner arter bypass)
Ç4. Yeniden başvuru (AMI, felç, toplum kökenli pnömoni, kalça kırığı, koroner arter bypass, astım, diyabet)
Ç9. Ameliyathane kullanımı
Ç13. İğne yaralanmaları
Ç14. Personelde sigara içme yaygınlığı
Ç17. Hasta beklentileri

• Hata Sınıflandırma Sistemleri

• İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi (İHSSTR)

• Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi (CHSSTR)

• Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi (LHSSTR)

• Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma Sistemi (HGHSSTR)

• İlgili Rehber ve Yayınlar

Standart setlerinde yer alan bölüm bazlı göstergeler sağlık tesislerindeki süreçlerin izlenmesine yönelik iken klinik kalite programı çerçevesinde geliştirilen göstergeler ise daha çok tanı/tedavi süreçlerinin detaylarına ve çıktılarına odaklanmaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane setinde yer alan bölüm bazlı ve klinik göstergeler Tablo 6 ve Tablo 7'de yer almaktadır.

Temel ve Kritik Noktalar

Göstergeler üzerinden yapılacak performans ölçümü ve iyileştirme faaliyetleri için tablo 8'deki başlıklar temel ve kritik öneme sahiptir. Hem kural koyucu ve yönetim erkinin en üst organı olan Sağlık Bakanlığı hem de saha uygulayıcıları başarı elde etmek ve sağlıklı bir monitörizasyon yapmak istiyorlarsa temel ve kritik öneme sahip hususları göz ardı etmeden çalışmalarını yürütmeleri büyük öneme sahiptir. Bu alanın etkisi ve çıktısı anlamında da gereklilik seviyesi çok yüksektir.

Sonuç

Sağlık hizmetinin gizli ajanları olarak nitelediğimiz kalite göstergelerini, bahsedilen hususların yanı sıra maddeler halinde sıraladığımız değerlendirme sonuçları ile birlikte bir bütün olarak içselleştirmek yapılacak faaliyetlerin başarısı ve sürekliliği için büyük önem arz etmektedir.

Tablo 6: SKS-Hastane Bölüm Bazlı Örnek Göstergeler

SKS Hastane - Bölüm Bazlı Örnek Göstergeler	
GBHD01	Hasta Memnuniyet Oranı
GBSÇ01	Çalışan Memnuniyet Oranı
GBSÇ04	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GBSÇ07	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı
GBHB01	Düşen Hasta Oranı
GBHB02	Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı (Opsiyonel)
GBEN01	El Hijyeni Uyumu
GBEN02	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
GBEN03	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu
GBEN04	Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay
GBAS02	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
GBAS03	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
GBAH01	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı (Opsiyonel)
GBAH03	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı (Opsiyonel)
GBYB01	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı
GBYB02	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
GBYB03	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
GBDH04	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
GBDİ02	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1.2'den Düşük Olan Hasta Oranı
GBBL03	Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBBL04	Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
GBML03	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı (Opsiyonel)
GBML04	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
GBPL01	Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı
GBPL02	Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı

1) Standartlaştırılmış ve amaca hizmet eden gösterge demetleri üzerinden yapılan analiz ve iyileştirmeler, tüm tarafların aynı dili kullanmasını ve sonuçlar üzerinde mutabık kalmalarını büyük ölçüde sağlamış olacak ve tartışma alanlarını minimum düzeyde tutacaktır.

2) Sağlıklı bir ön değerlendirme ile ihtiyacı karşılayacak göstergelerin belirlenmesinin eskiye nazaran daha kolay olduğu ve uluslararası örneklerden de bu konuda evrensel ve zengin bir gösterge yelpazesinin ortaya çıktığı görülmektedir. Bu alandaki en değerli aşamanın, sahiplenici bir liderlik mekanizması ve multidisipliner iş birliğinin etkin bir şekilde sağlanması olduğunu söyleyebiliriz.

3) Başarı değerlendirmesi açısından asıl yoğun ve zorlu sürecin elde edilen verilerin bilgiye dönüştürülmesi aşaması olduğunu müşahede etmekteyiz. Bundan dolayı hem merkezi otorite hem de sağlık hizmet sunucularının analiz ve iyileştirme süreçlerine daha fazla zaman ayırmaları yapılan çalışmaların istenen değere ulaşmasını sağlayacaktır.

4) Kaliteli sağlık hizmet sunumunun ölçülmesinde büyük öneme sahip olan göstergelerin büyük bir özveriyle, bilimsel normlar ve valide edilmiş istatistiksel metotlar esas alınarak analizi gerekmektedir.

5) Türkiye ölçeğinde yapılan çalışmaların başlangıç noktasında sağlık sistemine önemli derecede katkısı olmakla birlikte göstergelerin etkili ve sistematik kullanımı ve sonuçları itibarıyla tüm paydaşların sorumluluk almasını sağlayıcı şekilde daha fazla üzerinde durulması ve teşvik mekanizmaları ile desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca sektördeki farklı paydaşların iş birliğiyle standardizasyon ve referans ölçümlere yönelik daha geniş çaplı çalışmaların gerekliliği söz konusudur.

Tablo 7: SKS Hastane Klinik Kalite Gösterge Örnekleri

SKS Hastane - Klinik Kalite Gösterge Örnekleri	
GKKA11	By-Pass Cerrahisi Sonrası Mortalite Oranı
GKKA12	By-Pass Cerrahisi Sonrası Reoperasyon Oranı
GKKA14	AMİ'da Vaka Gelişinde Aspirin Verilmesi (Opsiyonel)
GKKA15	AMİ'da Hastaneye Varış İtibarıyla 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı (Opsiyonel)
GKKA16	AMİ'da Hastaneye Varış İtibarıyla 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı (Opsiyonel)
GKKA17	AMİ Vaka Ölüm Oranı (Opsiyonel)
GKKK01	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan "Kalça Kırığı Cerrahisi" Oranı
GKKK02	Kalça Kırığı Mortalite Oranı
GKDM01	HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM02	Yılda En Az 4 Kez HbA1c Ölçümü Yapılan Hasta Oranı
GKDM03	Son Ölçülen HbA1c ≥%9 Olan Hasta Oranı
GKDM04	Son Ölçülen HbA1c ≤ 7 Olan Hasta Oranı
GKDM05	Son HbA1c Düzeyi %7-9 Arasında Olan Hasta Oranı
GKDM10	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Komplikasyonsuz)
GKDM11	Diyabet Nedeniyle Yatışı Yapılan Hasta Oranı (Akut Komplikasyonlar)
GKDM16	Diyabet Nedeni ile Gelişmiş Böbrek Hastalığı Bulunan Hasta Oranı (Opsiyonel)
GKİN11	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Pulmoner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKİN12	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Üriner Enfeksiyon Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKİN13	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Bası Ülseri Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKİN14	İnme Sonrası Hastanede Yatış Süresinde Derin Ven Trombozu Komplikasyonunun Gelişme Oranı
GKKO01	Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı
GKKO08	Operasyon Sonrası Altı Ay İçinde Yeniden Katarakt Gelişme Oranı (Opsiyonel)
GKKO09	Operasyon Sonrası Bir Yıl İçinde Gelişen Dekolman Sıklığı (Opsiyonel)

Kaynaklar

1) Allen-Duck, A., Robinson, J.C., Stewart M.W. 2017. Healthcare Quality: A Concept Analysis. Nursing Forum, 52(4): pp.377–386.

2) Demir, B. Sağlığın Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Perspektifi, Yayınlanmamış Makale. 2020.

3) Gösterge Yönetimi Rehberi, 2.Baskı. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2015.

4) Güler, H. Sağlık Hizmetlerinde Gösterge Yönetimi. 9. SKS Değerlendiricisi Eğitimi Sunumu, Ankara. 2019.

5) Kalite İndikatörleri ve SİYÖS. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2014.

6) Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. 2015.

7) Şimşir, İ. Geri Ödeme Mekanizmalarının Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi (Bir Sistem Önerisi) (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi. 2018.

8) World Health Organization. How Do We Define Quality Of Care. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/ (Erişim Tarihi: 15.11.2019).

Tablo 8: Gösterge Yönetiminde Temel ve Kritik Noktalar

Liderlik
SWOT Analizi
Mevcut Durum Tespiti
Hedef Değerin Gerçekçi ve Anlamlı Olması
Beyin Fırtınası
Multidisipliner Yaklaşım
Katılımcılık
Geri Bildirim
Eğitim
Bilgi Sistemlerinin Kullanımı
Kayıt ve Bildirim Sistemi
Verinin Doğruluğu ve Yeterliliği
Analiz Süreci ve Periyot
Kök Neden Analizi-Alt Göstergeler
İyileştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi ve Takibi
Süreklilik
Geri Ödeme İlişkisi

Sosyal tutuşma: bazı davranışları açıklayan yeni bir teori

Prof. Dr. Cafer Marangoz

1969 yılında İstanbul Fen Fakültesini tamamladı. 1970 yılında İstanbul Yüksek Öğretmen Okulunu bitirdi. 1978 yılında Atatürk Üniversitesinde Tıp Fakültesinde fizyoloji uzmanlığını tamamladı. 1980 yılında Avrupa Bilim Vakfının (ESF) Beyin ve Davranış Araştırmaları Programıyla ilgili bursuyla İsviçre'nin Fribourg Üniversitesinde araştırmalar yaptı. 1985'te On Dokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalına atandı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Üniversite Senato ve Üniversite Yönetim Kurulu üyeliği yaptı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalında çalışmaktadır.

"Bir kimseye kırk gün deli dense deli, veli dense veli olur"
Anonim

İnsan ve toplum hayatında akılları zorlayan ve açıklanması gereken sorular vardır. Bu soruların bir kısmı şöyle sıralanabilir: Tutkulu davranışların nörobiyolojik temeli nedir? Davranışsal bağımlılık nasıl oluşur? İnsan niçin ve nasıl terörist veya darbeci olur? İnsan niçin ve nasıl aşırı partizan ve fanatik taraftar olur? İdeolojik saplantıların beyindeki temeli nedir? İntihar edenlerin ve canlı bomba olanların beyinlerinde değişen nedir? İnsan niçin ve nasıl âşık olur? Dini deneyimlerin beyindeki temeli nedir? İşte "sosyal tutuşma veya sosyo-kognitif tutuşma teorisi" sıralanan soruları ve benzerlerini açıklamaya çalışan bütüncül bir teoridir. İnsanın bütün davranışları, beynin ürünüdür. Ancak beyin davranışları üretirken, davranışlar da beyni etkilerler. Beynin yapısı ile görevi arasında var olan bu ilişki öğrenmenin, kavramanın ve plastisitenin temelini oluşturmaktadır. Son yıllarda geliştirilen beyin görüntüleme teknikleriyle ve özellikle manyetik rezonans görüntüleme (MRI) metoduyla yapılan araştırmalar, öğrenmenin ve diğer bazı deneyimlerin beynin gri ve beyaz cevherinde yapısal değişikliklere yol açtığını gösterdi. Söz konusu değişikliklerin hücresel ve moleküler mekanizmaları hakkında bilinenler, henüz spekülasyondan öteye geçmemiştir. Şimdiye kadar bu konuda yapılan çalışmaların ortak amacı, farklı öğrenme davranışlar ve deneyimlerinin beynin hangi kısımlarında, nasıl bir değişikliğe yol açtığını belirlemektir. Sosyal tutuşmanın oluş mekanizmasını anlamak için sara hastalığının (epilepsi) deneysel modellerinden biri olan tutuşma (kindling) modelini incelemek gerekir. Tutuşma kompleks epilepsinin (temporal lop epilepsisi) önemli bir modelidir. Modelin esası, deney hayvanlarında kalıcı nöbetler oluşturmaktır. Tutuşma modeli nöbeti oluşturmak için beynin belli bölgelerine, belli aralıklarla eşik altı elektrik akımı veya uyarıcı kimyasal maddeler verilir. Uyaranlar beyinde hem elektro-fizyolojik hem de yapısal değişmelere sebep olur. Elektriksel uyaranların arasındaki süre bir günden uzun olursa tutuşma meydana gelmez. İlk uyaranlar kalıcı bir etki göstermez ve anormal beyin dalgaları oluşturmazken, günler sonra verilen bir uyaran ilk epileptik nöbete yol açar. İlk nöbeti başlatan uyarandan aylar sonra verilecek daha düşük bir uyaran, şiddetli bir nöbeti başlatmaya yeter. Yani artık epileptik nöbet kalıcı olmuştur. Bundan sonra zayıf uyaranların varlığında bile epilepsi nöbetine giren bir deney hayvanı oluşmuş demektir. Tutuşan hayvanın beyninde, nöbete yol açan kalıcı değişiklikler meydana gelmektedir. Hayvanlarda oluşturulan tutuşma ile insanda görülen psikomotor epilepsi hem EEG yapısı hem davranış hem de ilaçlara olan cevap bakımından birbirlerine oldukça benzemektedir. Bazı ilaç ve kimyasal maddeler tutuşma modelinin meydana gelmesini engellerken diğerleri bunu kolaylaştırabilir. Tutuşma modeli nöbetinin oluşmasını baskılayan ilaçlar, epilepsinin tedavisinde işe yarayabilir. İnsanda temporal lop kaynaklı nöbetleri önlemek için geliştirilecek bir ilaç öncelikle tutuşma modelinde denenir. Tutuşma modeli epilepsinin niçin ve nasıl oluştuğu, henüz tam olarak aydınlatılmış değildir. Ancak tekrarlanan kimyasal veya elektriksel uyaranların beyinde gen ifadesini değiştirdiği; bunun mikro çevrede yapı değişimlerine ve bazı kimyasal maddelerin normalden fazla, diğerlerinin ise normalden az üretilmesine yol açtığı tespit edilmiştir. Kısaca anlatılan bu modelin üzerinde yaptığımız araştırmalar, patolojik ve normal dışı sosyal davranışların oluşmasında da benzer bir mekanizmanın geçerli olabileceğini düşünmemize sebep oldu.

Sosyal Tutuşma Teorisi

Tutuşma modeli epilepsinin mekanizması üzerinde düşünüp çalışırken sık tekrarlanan, müspet veya menfi anlamda "derin ilgi" duyulan sosyal ve kognitif uyaranların da gen ifadesini ve sonuçta beyinde mikro çevreyi değiştirebileceği fikri oluştu. Sosyo-kognitif uyaranların motivasyon ve derin konsantrasyon doğurması gerekir. Epilepsinin tutuşma modeli ile sosyo-kognitif tutuşma ara-

4
TAKSİM — TÜNEL
115
115

sında en azından üç önemli fark vardı: Birincisi sosyal tutuşmada uyaran elektriksel veya kimyasal değil iç ve dış çevreden gelen her türlü sosyal-kognitif uyarandır. (İnsan beynini etkileyen uyaranları, kimyasal, elektriksel, termal, mekanik ve sosyo-kognitif uyaranlar diye sınıflandırabiliriz). İkincisi, sosyal tutuşma sonucunda epilepsi değil normal dışı, şiddetli duygu ve davranış biçimleri oluşmaktadır. Üçüncüsü, sosyal tutuşma geri dönüşümlüdür. Değişen iç ve dış çevre şartlarına bağlı olarak zamanla zayıflayıp sönebilir. Epilepsi modelinde tutuşma süreklilik arz eder. Aynı uyaranlara maruz kalan insanlardan bazısı tutuşmayabilir. Bunun en önemli sebebi genetik yapı ve uyaranlara duyulan ilginin farklı olmasıdır. Sık ve sürekli tekrarlanan fikirler, sloganlar ve anahtar ifadeler, önce beyinde genetik yapının çalışmasını, sonra da beyin hücrelerinin mikro çevresini değiştirir. Nihayet davranış değişir. İşte biz bu durumu "sosyal tutuşma" diye adlandırmaktayız. Çünkü tutuşmaya sebep olan şey, uzun süre tekrarlanan sosyal uyaranlardır. "Sosyal tutuşmanın gerçekleşebilmesi için beyin hem sürekli hem de uzun süre belli bir sosyal uyaranla meşgul olmalıdır. Tutuşmuş beyin uyanık kaldığı sürenin %80-90'ında tek bir konuyla meşguldür. Hatta tutuşmuş beynin rüyaları da tutuştuğu konuyla ilgilidir." Dilimizde uzun süre tekrarlanan sosyal uyaranların insan davranışına olan etkisini anlatan güzel bir deyim vardır: *"Bir kimseye kırk gün deli dense deli, veli dense veli olur"*. Sosyal tutuşma gerçekleştikten sonra tutuşan insanları ve kitleleri rüzgârın önündeki yaprak gibi hareket ettirmek mümkündür. Tutuşmuş insan bir robot gibidir. Onu istediğiniz gibi yönetebilir, insan öldürtebilir, canlı bomba yapabilir ve ölüme gönderebilirsiniz. Nasıl ve niçin terörist olunur? Normal bir insan niçin ve nasıl terörist veya terör yanlısı olur? Bu temel sorular ancak sosyal tutuşma ile izah edilebilir. İnsanlar ve özellikle kitleler sosyal tutuşma sonucu normal dışı patolojik davranışlar gösterirler. Sosyal tutuşma, kime ve neye hizmet ettiğini fark edemeyen ve suçsuz insanların kanını sinsice dökmeyi marifet sayan, kurulmuş robotların davranışını açıklayan bir teoridir. PKK'nın teslim olan teröristleri, ifadelerinde belli bir süre, genelde üç ay siyasi eğitim aldıklarını söylemişlerdir. Onların siyasi eğitim dedikleri şey, beyin yıkama işlemidir. Biz buna sosyal uyaranlarla oluşturulan sosyal tutuşma diyoruz. Aslında yazılı ve sözlü basının, politik gerginliklerin, açık-gizli dernek ve cemiyetlerin yaptıkları da sosyal tutuşmadan başka bir şey değildir. Medyanın terör olaylarını veriş biçimi de hem sosyal tutuşmaya hem de tersine sosyal tutuşmaya yol açarak vatandaşlar arasında ayrışma ve kutuplaşmanın artmasına sebep olmaktadır.

Sosyal Tutuşmanın Çeşitleri

Sosyal tutuşmanın; doğruca sosyal tutuşma, tersine sosyal tutuşma ve yalancı sosyal tutuşma diye adlandırdığımız üç çeşidi vardır. Sosyal tutuşma belli fikirlerin, düşüncelerin, görüntülerin, sloganların uzun süre ve sık sık tekrar edilmesi, hayal edilmesi, akıldan geçirilmesi yoluyla gerçekleşir. Hedef kişi veya grup söylenenleri kabul eder, benimser, duygu dünyası kabarır veya söylenenlere hiç inanmaz, benimsemez hatta söyleyenden ve söylenenden nefret eder. Üçüncü bir ihtimal, hedef fert veya grup aslında verilen uyaranlardan pek etkilenmez ama etkilenmiş gibi davranır. Birinci guruptaki insanın beyninde zamanla gen ifadesi değişir ve sonunda mikro değişmeler olur. Bu değişmeler davranışı etkiler. Böyle bir insana uyarıcı-anahtar kelimeler söylendiğinde tutuşur. Uzun süre tekrarlanan sosyal uyaranların tutuşturduğu fert bir robottan farksızdır. Duygu ve düşünce dünyası işgal edilmiştir. Bir söz, bir slogan, zayıf bir kıvılcım onu tutuşturmaya yeter. Yöneticisi ne isterse onu yapar. Saldırır, öldürür. Canlı bomba olur. Hatta en yakınlarını bile katledebilir. Sosyal tutuşma eşiğine gelmiş veya getirilmiş kimseleri harekete geçirmek için küçük bir kıvılcım, bir anahtar sözcük, bir görüntü ve madde bağımlısı ise azcık madde yeterlidir. Söylenenlere ve tekrarlanan telkinlere inanmayan, yani istenen doğrultuda tutuşma göstermeyen insanlar da ikiye ayrılır. Birinci grupta tersine tutuşanlar, ikinci grupta ise yalancı tutuşanlar vardır. Tersine tutuşanlar bir bakıma birinci gruptakilere benzerler fakat bunlarda istenen değil de istenenin tam tersi davranışlar gelişir. Çünkü inanılmayan, benimsenmeyen hatta nefret edilen sosyal uyaranlar, beyinde daha farklı mikro değişmelere yol açar. Bu olaya da "tersine tutuşma" diyoruz. Yoğun ve sürekli sosyo-kognitif uyaran yağmuruna maruz kalan bazı kimselerde tersine tutuşma görülür. Stalin, tersine sosyo-kognitif tutuşmanın tipik örneklerindendir. Stalin 17 yaşında Ortodoks ilahiyat okuluna gönderilir. Okulda maruz kaldığı sosyal uyaranlar Stalin'de tersine sosyal tutuşmaya sebep olmuş ve nihayet 20 yaşında okulu terk etmiştir. Stalin o yılları kızı Svetlana'ya şöyle yazar: "Kutsal Ruha veya Tanrı'ya bir an bile inanmamış genç bir adam için bitmek bilmeyen dua okumalar ve zorla benimsetilmiş din eğitimi sadece aksi sonuçlar üretebilirdi." Sosyal tutuşmanın üçüncü şekli "yalancı tutuşma"dır. Yalancı tutuşmada da sosyal uyaranlar vardır. Ancak ne hedeflenen yönde ne de tersi yönde bir tutuşma oluşur. Yalancı tutuşma sergileyen insan davranışını bulunduğu ortama göre değiştirir. Bulunduğu kabın şeklini alır. Bukalemun gibi ortama uyar. Yalancı tutuşanların davranışları gerçek ve içten değildir; yalan ve gösterişten ibarettir. Beyinlerinde ne gibi değişmelerin olduğu şimdilik bilinmemektedir. Sosyal tutuşmaya giden yolu 5 safhaya ayırabiliriz. Normalde insanlar birinci safhada doğarlar. İkinci safhada normal arkadaşlık kardeşlik sevgi ve bağlılığı görülür. Üçüncü safha eş ve evlat sevgisiyle temsil edilir. Dördüncü safha derin tutkuların alanıdır. Nihayet beşinci safha çok derin tutku ve anormal denen davranışların katıdır. Bu safhaları aşağıdaki dizelerle ifade etmek mümkündür:

"Beş Katlı Dünya

İlk katta oturmak çoğunun işi,
İkincide arar kardeş kardeşi,
Üçte görmelisin evladı, eşi,
Dördüncüde dinmez gözünün yaşı,
Son katta can yakar aşkın ateşi.
Hatırla Kerem'i yakan ateşi,
Unutma Mecnun'u yıkan ateşi,
Orada bulundu Ferhat'ın na'şı.
Beşte dara gitti Mansur'un başı…"

Sosyal tutuşma çeşitlerini bir örnekle açıklayabiliriz. Sosyal tutuşmada hedef grup, bir etnik kesime ait bireylerden meydana gelmiş olsun. Hedef gruba, sürekli olarak mensup oldukları etnik kesime haksızlık yapıldığı, sosyal ve kültürel haklarının gasp edildiği ve bunu yapanlardan intikam almak gerektiği, bu maksatla yapılacak şiddet ve terörün meşru olduğu fikri, uzun süre etkili biçimde telkin edilmiş olsun. Çeşitli vasıtalarla sürekli olarak verilen sosyal uyaranları haklı ve doğru bulan insanın beyin hücrelerinde gen ifadesi değişir. Sonra biyokimyasal ve yapısal değişmeler olur. Nihayet davranışı de-

ğişir. Yani sosyal tutuşma gerçekleşmiş olur. Tutuşmuş fertlerden oluşan grup; artık şiddet, terör ve intihar eylemleri için hazırdır. Guyana'da Jim Jones Tarikatı'nın 914 üyesi, 1978 yılında liderlerinin isteği üzerine siyanürlü meyve suyu içerek hayatlarına son verdiler. Diğer bir toplu intihar olayında Tanrının On Emri Tarikatı'nın 650 üyesi, liderlerinin telkin ve isteğine inanıp kendilerini yakarak intihar ettiler. FETÖ üyesi asker, kamu görevlisi ve siviller, liderlerinin isteğine uyarak 15 Temmuz 2015'te hükümet darbesi yapmaya kalktılar. Bu hain girişimi kahramanca önleyen millet, 252 şehit ve 2 bin 193 gazi verdi. Maddi ve manevi kayıp ise hesaplanamayacak kadar çok oldu. Aslında FETÖ üyelerinin bu hain girişimi de bir çeşit toplu intihardı.

Diğer taraftan, söz konusu telkine veya problemin çözümü için gösterilen yolun doğruluğuna inanmayan ve telkinleri derin nefretle karşılayan ferdin beyninde de gene mikro seviyede değişiklikler meydana gelir. Ancak ilk örnektekinden farklı olan bu değişiklikler, terörü çözüm olarak gösterenlere ve terörü destekleyenlere karşı şiddetli bir kin ve nefrete yol açar. İşte bu tersine sosyal tutuşmadır. Bir toplumda sosyal tutuşma varsa, tersine sosyal tutuşma da olacaktır. Hem doğruca sosyal tutuşma hem de tersine sosyal tutuşma, toplumda kutuplaşmayı ve ayrışmayı körükleyen olaylardır. Çok zor şartlarda terörle mücadele eden, çatışmalarda yakınlarını yitiren güvenlik güçlerinin, şehit yakınlarının ve terörü kınamak için meydanları dolduran insanların psikolojisini tersine sosyal tutuşma ile açıklayabiliriz. Yalancı sosyal tutuşmada ise nabza göre şerbet verme vardır. Fert bulunduğu ortama göre davranır. Ortama tam uyum sağlamaya çalışır. Ortam gerektiriyorsa terör yanlılarına ve teröristlere yakınmış gibi görünür. Ortam farklı ise terörü, terör yanlılarını kınar, terörizme karşı olduğunu söyler. Böyle bir ferdin davranışı yalancı sosyal tutuşma ile ifade edilebilir. İkiyüzlülüğe sebep olduğu ve kişiliğin gelişmesini engellediği için yalancı tutuşmanın da zararlı olduğunu belirtmek gerekir. Bir toplumda sosyal tutuşmanın yukarıda anlatılan üç ayrı çeşidine de rastlamak mümkündür.

Epigenetik, Sosyal Tutuşma Teorisini Desteklemektedir

Çevre; beynimizi, beynimiz de davranışlarımızı sürekli olarak etkiler. Çevre ile beyin ve beyin ile vücut ilişkisini etkileyen faktörlerin bir kısmı kalıtım ma-

Tutuşmuş fertlerden oluşan grup; artık şiddet, terör ve intihar eylemleri için hazırdır. Guyana'da Jim Jones Tarikatı'nın 914 üyesi, 1978 yılında liderlerinin isteği üzerine siyanürlü meyve suyu içerek hayatlarına son verdiler. Diğer bir toplu intihar olayında Tanrının On Emri Tarikatı'nın 650 üyesi, liderlerinin telkin ve isteğine inanıp kendilerini yakarak intihar ettiler. FETÖ üyesi asker, kamu görevlisi ve siviller, liderlerinin isteğine uyarak 15 Temmuz 2015'te hükümet darbesi yapmaya kalktılar. Aslında FETÖ üyelerinin bu hain girişimi de bir çeşit toplu intihardı.

teryali (DNA) ile ilgilidir. Genetik yapı ve onun ürünü olan proteinler, söz konusu ilişkiyi düzenleyen temel aktörlerdir. İnsanın kişiliğini, davranışını, tepkilerini ve kim olduğunu belirleyen; genetik yapı ile çevre ve eğitimdir. Kişiliğin oluşmasında genetik yapı ile çevrenin her birinin yaklaşık yüzde elli oranında etkili olduğu kabul edilir. Yani kişilik ne tamamen genetik yapının ne de sadece çevrenin ürünüdür. Kişilik, her ikisinin ortak etki ve etkileşimi sonunda oluşmaktadır. İnsanlar arasındaki davranış çeşitliliğini sadece genetik yapıyla açıklamak mümkün değildir. Sosyal, çevresel ve gelişmeyle ilgili faktörler davranışı doğrudan veya dolaylı olarak etkilerler. Doğrudan etki, uyaran-yanıt ilişkisi şeklinde ortaya çıkarken dolaylı etkiyi, gen ifadesi ve sonuçta sinir hücrelerinin fonksiyonunda zamanla meydana gelen değişmeler belirler. Yani genler hayatımızı sadece kalıtım yoluyla etkilemekle kalmaz, ömür boyu öğrendiklerimiz de genetik yapıyı yeniden düzenleyerek davranışımızın oluşmasını ve değişmesini sağlar. Beynin fonksiyonunu etkileyen çok sayıda faktör vardır. Stres, egzersiz ve öğrendiğimiz yeni şeyler bu faktörlerdendir. Sinir hücreleri dâhil her hücrenin çekirdeğinde kromozomlar bulunur. Bir kromozomda çok sayıda gen vardır. Kalıtımın işlevsel birimi olan genler, esas olarak deoksiribonükleik asitten (DNA) ibarettir. Ancak bir genin görev yapabilmesi için ribozomal ribonükleik asit (rRNA) ile taşıyıcı ribonükleik asit (tTRN) denen iki moleküle ihtiyaç vardır. Bu iki molekül, genin yapısını tamamlar. Watson ve Crick 1953 yılında DNA'nın çift sarmal yapısını aydınlattılar. Canlıların karakterleriyle ilgili bilgi, DNA üzerinde yazılıdır. Buna genetik enformasyon veya genetik şifre denir. Genetik bilginin yazılmasında kullanılan alfabenin sadece 4 harfi vardır. Bunlar adenin, guanin, sitozin ve timin denen moleküllerdir. DNA'nın özel bağlarla birbirine bağlı iki ipliği birbirinin tamamlayıcısıdır. İpliklerdeki bazlar genetik şifreyi yaparlar. Ardı ardına gelen üç baz bir şifre anlamına gelir. Hücre içinde sentezlenecek protein molekülündeki amino asitlerin diziliş sırasını üçlü şifreler belirler. DNA'nın iki önemli görevi vardır. Birincisi kendisini eşlemesi yani replikasyon. İkincisi de ribonükleik asit (RNA) sentezi yapmasıdır. İkincisine kopyalama transkripsiyon görevi denir. Transkripsiyon yoluyla DNA'dan alınan bilgi RNA'ya aktarılmakta ve bu bilgi RNA tarafından protein sentezinde kullanılmaktadır. RNA'nın taşıdığı şifreye göre protein üretilmesine de tercüme translasyon adı verilir. Çevre şartlarına aşırı ölçüde duyarlı olan genler hem kalıtımla geçen bilgiyi taşırlar hem de vücutta sürekli olarak sentezlenen proteinlerin amino asit sırasını tayin ederler. Uzun yıllar insanın kişiliğinin sadece DNA tarafından belirlendiği sanıldı. İnsanın büyümesi ve gelişmesi için gereken bilginin genetik materyalde bulunduğu doğrudur. Ancak daha sonraları bütün hikâyenin bundan ibaret olmadığı anlaşıldı. Kısa bir süre öncesine kadar bilim adamları insanda iki yüz bin kadar gen olduğunu düşünmekteydiler. Fakat İnsan Genomu Projesi kapsamındaki çalışmalar 1999 yılında insandaki gen sayısının otuz bin kadar olduğunu gösterdi. Bu sayı sonraki yıllarda yapılan araştırmalarla daha da azaltıldı ve yirmi bine kadar indi. Bugün bir tavukta ve farede yirmi beş bin kadar gen olduğu tespit edilmiştir. Bu çok şaşırtıcı bir sonuç olmuştur. Çünkü önceleri bilim adamları insanın karmaşık yapısını gen sayısının çokluğu ile açıklamışlardı.

Çevre Gen İfadesini Değiştirebilir

İnsan vücudunda yaklaşık olarak 50 trilyon hücre bulunmaktadır. Vücudunuzdaki her hücre, aynı DNA'yı paylaşır. Buna rağmen bir beyin hücresi, bir böbrek hücresinden çok farklı görevler yapmaktadır. Bu farklılaşmanın temel sebebi, bir hücrenin bulunduğu ortamın diğer hücreninkinden farklı olmasıdır. Hücreler farklı ortamlarda farklı uyaranların etkisindedir. Bu etkiler, farklı genlerin açılmasına veya kapanmasına neden olur. Gen zincirinde değişiklik olmadığı halde, genin ifadesinde (ekspresyon), yani iş yapmasın-

da ve susmasında görülen farklılıklar epigenetik olarak tanımlanmaktadır. Epigenetik terimini ilk olarak 1942'de Waddigton kullandı. Gen ifadesini (ekspresyon) değiştiren üç önemli epigenetik sistem vardır: DNA metilasyonu, histon modifikasyonu ve RNA ile ilişkili susturma. DNA metilasyonu, DNA'nın belli noktalarına bir metil grubunun bağlanmasıyla gerçekleşir. Metilasyon, bir kimyasal bileşiğe bir metil grubunun (CH3) bağlanmasıdır. DNA'da sitozin-fosfat-guanin (CpG) bölgelerinde metilasyon sonucu sitozinden 5-metil sitozin (Me-CpG) oluşur. Reaksiyonu, DNA metiltransferaz katalizler. Demetilazlar reaksiyonu geri döndürür. CpG adalarının metilasyon oranı gen ifadesini etkiler. Agouti (Avy) geni üzerine yapılan çalışmalar, çevrenin etkisini açıklayan tipik bir örnek olmuştur. Bu, farede deri ve tüy rengini belirleyen genlerden birisidir. Eğer gende metilasyon olmaz veya çok az olursa fare sarı renkli olur. Bu fareler obez olur, diyabet ve kanser gibi hastalıklar sık rastlanır. Eğer gende hipermetilasyon olursa, fare kahverengi ve sağlıklı olur. İşte bu örnekte görüldüğü gibi gen aynıdır fakat metilasyon farkı vardır. Araştırıcılar (Dolinoy ve ark.) agouti geni taşıyan fareleri B vitaminince zengin besinle beslediklerinde, sonraki döllerde obez-hasta farelerin oluşmadığını buldular. Yani B vitamini agouti genini susturmaktadır ki bu bulgu besin gibi çevre faktörlerinin genlerin çalışmasına veya susmasına sebep olabileceğini gösterir. Histon modifikasyonu, histonlarda oluşan asetilasyon, metilasyon ve fosforilasyon gibi olaylardır. Üçüncü sistem mikro RNA'nın genler üzerine susturucu etkisi yoluyla çalışır. Kısaca belirtilen ve normal hücresel işleyişin bir parçası olan epigenetik olayların bozulması, davranışın değişmesine veya genetik hastalıklara neden olabilir. Yani belirtilen üç sistem bir denge içinde çalışmalıdır. Mesela metilasyonun normalden az olması da çok olması da dengeyi bozarak bir hastalığa veya normal dışı bir davranışa yol açabilir.

Epigenetiğin yanında uzun süreli potansiyasyon (LTP) da sosyo-kognitif tutuşmanın bazı özelliklerini ve oluşumunu açıklayabilir. LTP özellikle hipokampusta ve beynin çeşitli bölgelerinde tespit edilen ve uyarıcı sinapsları güçlendiren bir mekanizmadır. Posttetanik potansiyasyon (PTP) denen olay, omurilikte yaygın olarak görülür. Ancak kedide yaptığımız çalışmalara göre omurilikteki PTP'nin süresi yaklaşık 45 saniye kadardır. Halbuki hipokampusta görülen LTP haftalar, aylar ve hatta yıllar boyu süren bir güçlenme-güçlendirme olayıdır. İlk kez Bliss ve Lomo (1973) tarafından tanımlandı. Daha sonra Abraham ve arkadaşları ile Malinow ve arkadaşları bu konuda ileri araştırmalar yaptılar. Öğrenme ve bellek için önemli olan bu mekanizma tutkulu davranışların oluşmasında da etkili olabilir. Yakın zamana kadar insan beyninin sadece kritik gelişme döneminde plastisite gösterdiği sanılıyordu. Ancak son çalışmalar, beynin çevre şartlarına bağlı olarak hayat boyu yapısal ve fonksiyonel bakımlardan değiştiği ve yeni ortama uyum gösterebildiğini ortaya koydu. Manyetik rezonans, pozitron emisyon tomografisi ve magnetoensefalografi insan beyninde in vivo olarak araştırma imkânı veren önemli, invasif olmayan tekniklerdir. Yüksek spasyel çözünürlüğü ve invasıf olmayışı sebebiyle MRI beyinde yapı-fonksiyon ilişkilerini ve beynin plastik özelliklerini araştırmada tercih edilen bir yöntem olmuştur. Eğitim ve her türlü deneyim sonucu beynin yapısında oluşan değişikliklerin ve özellikle gri cevherdeki artışın muhtemel sebepleri şöyle sıralanabilir: Gen ifadesinde değişme, protein sentezinin etkilenmesi, hücre hacminin artması, yeni nöron ve glia üretimi, dendrit yoğunluğunda artış, sinaps sayısı ve yoğunluğunun artması, kan akımında ve dokular arsı sıvıda artış. Tutuşmuş fertleri ve tutuşmuş fertlerden oluşan toplumu tedavi etmek mümkün müdür? Teorik olarak mümkündür. Ancak hem uzun zamana hem de yeni ve zıt bir tutuşmaya ihtiyaç vardır. Örneğin aşkla ilgili bir tutuşma ancak başka bir aşkla önlenebilir. Bu kural terör ve diğer normal dışı davranışların tedavisi için de geçerlidir. Diyanet İşleri Başkanlığı "Kendi Dilinden FETÖ: Örgütlü Bir Din İstismarı" başlıklı araştırmasını 2017'de değil de darbe teşebbüsünden yıllar önce yayınlayıp topluma mal edebilseydi, FETÖ'ye inanan, yani FETÖ aşkıyla tutuşan insan sayısı çok daha az olabilirdi. İnsanın davranışlarını, beyin yönetir. Beyin iç ve dış çevreden aldığı bilgilere ve uyaranlara göre çalışır. Davranışlar önemli ölçüde bu uyaranların eseridir. Beyin yapısı ve beyin fonksiyonları bakımından normal insan ile terörist arasında, darbeci beyin ile normal beyin arasında ve özetle tutuşmuş beyin ile normal beyin arasında hem yapısal hem de fonksiyonel farklar olmalıdır. Bu farkların oluşmasında, sürekli olan ve derin ilgi duyulan sosyo-kognitif uyaranların çok önemli rolü vardır. Yapılacak yeni nörobiyolojik, beyin görüntüleme ve epigenetik çalışmaların sosyal tutuşma teorisini daha ileri ölçüde destekleyeceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

Abraham, W. C., B. Logan, J. M. Greenwood and M. Dragunow (2002) Induction and Experience-Dependent Consolidation of Stable Long-Term Potentiation Lasting Months in The Hippocampus. J. Neurosci. 22:9626-9634.

Bliss, T.V.P. and T. Lomo (1973) Long-Lasting Potentiation of Synaptic Transmission in The Dentate Area of The Anaesthetized Rabbit Following Stimulation of The Perforant Path. J. Physiol. 232: 331-356.

Diyanet İşleri Başkanlığı: Kendi Dilinden FETÖ: Örgütlü Bir Din İstismarı. Ankara, 2017.

Dolinoy, DC., Huang, D., and Jirtle, RL. Maternal Nutrient Supplementation Counteracts Bisphenol A-Induced DNA Hypomethylation in Early Development. PNAS, 104 (32) 13056-13061, 2007.

https://www.aa.com.tr/uploads/TempUserFiles/haber/2017/07/KENDI-DILINDEN-FETO-20170725son.pdf (Erişim Tarihi: 10.10.2019)

Karakurt, M.D., Kocacan, S.E., Marangoz, C. The Effect of Nitrendipine and Levetiracetam in Pentylenetetrazole Kindled Rats. International Journal of Neuroscience Research.

Kocacan, S., Sefil, F., Elibol, E., Altunkaynak, B.Z., Acar, M.D., Bağırıcı, F., Marangoz, C., Kaplan, S.: Seizures With Pentylenetetrazol Kindling Cause A Decrease in The Number Of Pyramidal Neurons in The Rat Hippocampus. Analytıcal and Quantıtatıve Cytopathology and Hıstopathology, 38(5): 295-300, 2016.

Malinow, R., H. Schulman and R. W. Tsien (1989) Inhibition of postsynaptic PKC or CaMKII Blocks Induction but not Expression of LTP. Science 245: 862-866.

Marangoz, C.: Sosyo-Kognitif Tutuşmanın Düşünce ve Davranış Kalıplarına Etkisi, "Düşünce ve Gelenek, s. 472, 2016.

Marangoz, C.: Terörün Nörobiyolojisi. Gençleri Terörden Koruma Çalıştayı, İnönü Üniversitesi, Malatya, 20-21 Mart, 2009.

Marangoz, C.: Deneysel Epilepsi Modelleri. O.M.Ü. Tıp Dergisi, 14: 147-186, l997.

Marangoz, C.: Sosyal Tutuşma: İnsanın Bazı Davranışlarını Açıklayan Yeni ve Bütüncül Bir Teori, Konferans, (Social Kindling: A New and Unifying Theory to Explain Some Human Behaviors) 9. Ulusal Sinirbilimleri Kongresi - 9th National Neuroscience Congress, 13-17 Nisan 2010-April 13-17, Yeditepe Üniversitesi-İstanbul, 2010.

May, A.: Experience-Dependent Structural Plasticity in The Adult Human Brain. Trends in Cognitive Sciences xx 1-8, 2011.

Robins, R.S., Post, J.M.: Politik Paranoya: Nefretin Psikopolitiği. Çeviri, İ. Kurmuş Doğan Kitapçılık, İstanbul, 1977.

Tan, Ü., Ağar, A., Marangoz, C.: Decreased Post-Tetanic Potentiation of Monosynaptic Reflexes by Simultaneous Tetanization of Antagonist Nerves. Experimental Brain Research, 31(4),499-510, 1978.

Sosyal ağ analizi

Dr. Nurşen Aydın

1973 yılında Artvin, Ardanuç'ta doğdu. 1996 yılında İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesini ve 2002 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünü tamamladı. 2008 yılında Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Uluslararası İşletmecilik Yüksek Lisansını, 2018 yılında Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümünde doktorasını bitirdi. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde müdür yardımcısı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Kartal İlçe Sağlık Müdürlüğünde şube müdürü olarak görev yaptı. Halen Hatay İl Sağlık Müdürlüğünde görev yapmaktadır.

Prof. Dr. Ş. Burak Bekaroğlu

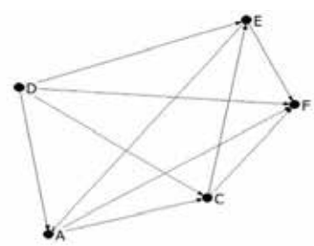
1971'de Üsküdar İstanbul'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim ve Organizasyon Programında doktorasını tamamladı. 2013 yılında doçentlik unvanını alan Bekaroğlu, halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalında öğretim üyeliği görevini sürdürmektedir.

Günümüzde haber alma, satın alma, sosyal ilişki-etkileşim vb. amaçlı internet kullanımı oldukça yaygın hale gelmiştir. Özellikle Facebook, Twitter, LinkedIn gibi sosyal medya araçları ile ya da arkadaş çevresi, belli bir meslek grubu vb. ile oluşturulan sosyal ağlarda etkileşim ve paylaşımlar olmakta, bazen bir kişi bütün bir grubu etkileyerek davranış değişikliğine yol açabilmektedir. İşte bu özellikler nedeniyle araştırmacılar sadece bireyi değil, içinde bulunduğu toplumu veya sosyal ağı da araştırmaya başlamışlardır. Bunun için giderek daha fazla insan merkezli araştırma yöntemlerini kullanmaya başlamışlardır. Bilgisayar teknolojilerinin, hızla gelişmesi ile insan ve içinde bulunduğu sosyal yapı, yazılım programları kullanılarak analiz edilmeye başlanmıştır. Bunun için UCINET, Pajek, Gephi gibi sosyal ağ analizi programları geliştirilmiştir ve bu programlar genelde ücretsiz olarak kullanılmaktadır. Bu makalede, bilimsel dünya ve iş dünyası gibi birçok alanda kullanım yaygınlığı son yıllarda giderek artan sosyal ağ analizi (SAA) açıklanacaktır.

Sosyal Ağlar, Ağ Analizi ve Sosyal Ağ Analizinin Yapısı

Sosyal ağların geçmişi, insanlığın ilk yıllarına kadar gitmektedir. Ancak ağ düşüncesinin sosyal yapılarda farklı bir yaklaşım olarak ortaya çıkması 1930'larda gerçekleşmiştir. Moreno, sosyal etkileşimin biçimsel özelliklerini göstermek ve oluşan sosyal ilişkilerin yapısını araştırmak için "sosyometri"yi geliştirmiştir. Sosyometri ile kişilerarası bağlantıları görselleştirmek için kişiler; noktayla, bağlantılar da noktalar arasındaki çizgi olarak ifade edilmiştir. Bu şekildeki gösterime "sosyogram" denilmektedir (1). Böylece, bir grup insanın ilişkilerini açıklayan matris, çizgilerle bağlı noktaların bir grafiğine dönüştürülmektedir (2). Aşağıdaki şekilde basit bir sosyogram örneği verilmiştir (Şekil 1).

Şekildeki A, B, C, D, E ve F noktaları aktörleri, bu noktalar arasındaki çizgiler ise aktörler arasındaki ilişkileri yani bağları göstermektedir. Ağlar; düğümler ve bunlar arasındaki bağlantılardan oluşmaktadır. Sosyal ağlarda düğümler sosyal aktörlerden, bağlantılar ise arkadaşlık, iş gibi sosyal ilişkilerden oluşur (3). Sosyal ağlar, sosyal aktörler arasında ilişkileri içeren sosyal yapılardır (1). Sosyal ağ: Genellikle arkadaş, aile üyeleri, aynı meslek mensubu olma gibi nedenlerle bir araya gelen bireyler ve bu bireyler arasındaki bağlantılardan oluşur (4). SAA, sosyal varlıklar arasındaki ilişkileri, modelleri ve ilişkiler arasındaki etkileşimi inceleyen yaklaşımlar bütünüdür. İlişki, sosyal varlıklar arasındaki bağ olarak tanımlanır (1). Başka bir tanıma göre SAA, bir ağın ilişkilerini ve yapılarını anlamak için kullanılan bir dizi teori, araç ve süreçtir. Bir ağın "düğümleri" insanlardır ve "bağlantılar" insanlar arasındaki ilişkilerdir. Düğümler ayrıca olayları, fikirleri ya da devlet, hastalık vb. şeyleri temsil etmek için de kullanılabilir (5). SAA'da kullanılan birkaç temel kavram vardır. Bu kavramlar; aktör, ilişkisel bağ, ikili (dyad), üçlü (triad), alt grup veya klik, grup, ilişki ve ağ kavramlarıdır. Aşağıda bu anahtar kavramlardan bazıları tanımlanmıştır:



Şekil 1: Basit sosyogram örneği

• **Aktör:** Sosyal varlıklar aktör olarak adlandırılır. Aktörler bireysel, kurumsal veya toplu sosyal birimlerdir. Aktörlere örnek olarak; bir gruptaki insanlar, bir şirket içindeki bölümler, bir şehirdeki kamu hizmeti kuruluşları veya dünyadaki ulus devletler verilebilir.

• **Bağ:** Aktörler, birbirine sosyal bağlarla bağlıdır. Bağların kapsamı ve türü oldukça geniş olabilir. Bir bağın tanımlayıcı özelliği, iki aktör arasında bir bağlantı oluşturmasıdır. Ağ analizinde kullanılan yaygın bağ örneklerinden bazıları şunlardır:

- Bir kişinin bir başkası tarafından de-

ğerlendirilmesi (arkadaşlık, beğenme veya saygı duyma),
- Maddi kaynak transferleri (ticari işlemler, borç verme veya ödünç verme),
- Dernek veya bağlı kuruluş (bir sosyal etkinliğe ortak olarak katılmak veya aynı sosyal kulübe dahil olmak),
- Yerler veya durumlar arasındaki hareket (göç, sosyal veya fiziksel hareketlilik),
- Fiziksel bağlantı (iki noktayı bağlayan bir yol, nehir veya köprü),
- Biyolojik ilişki (akrabalık veya etnik köken) (1).

• **Düğüm ve Kenar:** Bir grafikteki en temel yapı taşı düğümler, diğer temel yapı taşı da kenarlardır. Bir grafikte aktörleri düğümler temsil eder. Düğümler arasındaki bağı da kenarlar temsil eder. Kenar, grafikte düğümler arasındaki çizgiye denir (6).

• **Boyut/Büyüklük:** Ağdaki aktörlerin sayısıdır.

• **Simetri/Karşılıklılık:** İlişkinin iki yönlü olduğu durumdur. A'nın B ile, B'nin de A ile bağı olduğu anlamına gelir.

• **Bileşen:** Ağ aktörlerinin ve bağlantılarının alt kümesidir. Bileşendeki tüm aktörler, doğrudan ya da dolaylı olarak birbirine bağlıdır ve bileşen dışındaki düğümlerle hiçbir bağlantıları bulunmamaktadır.

• **Bağlantı/Ulaşılabilirlik:** Şebekedeki aktörlerin doğrudan veya dolaylı bağlarla birbirine bağlı olduğu durumdur (7).

Ağlarda ikili, üçlü bağlar ve klikler bulunmaktadır. İkili bağ, düğüm sayısının iki olduğu durumu, üçlü bağ ise düğüm sayısının üç olduğu durumu ifade eder. Bir ağın düğümlerinin alt kümesi, klik olarak adlandırılır (8). Karşılıklılık, sosyal etkileşimlerde en temel, en önemli eğilimlerden biridir (9). Genelde çift yönlü ilişkilerin fazla olması, bağların daha güçlü olduğunu göstermektedir (10). SAA'da örneklem seçiminde genel olarak "tam ağ" yöntemi ve geleneksel araştırmalarda kullanılan "örneklem" yöntemi vardır. Örneklem yapılırken, aktörler temel alınarak (genellikle kartopu yöntemi) evren belirlenir. Kartopu yöntemi, odak aktör veya aktörlerle başlar ve bu aktörlerin her birinin, diğer aktörlere olan bağlarının bir kısmını veya tamamını belirtmesi istenir. SAA çalışmalarında genellikle doğal olarak oluşan, belirli sınır içerisinde yer alan tüm aktörler dahil edilir. Örneğin bir doğum günü partisindeki herkes, bir akrabalık grubunun tüm üyeleri, bir organizasyonun tüm üyeleri, mahalle veya sosyal sınıftaki herkes, bir bölgedeki arazi sahipleri, devletler, firmalar olabilir (11). SAA, ilişkilerin önemli olduğunu varsayar. Etkileşimdeki birimleri ya da bireyleri birleştiren bilgi, yardımlaşma gibi akışları kimlerin kolaylaştırdığını veya engellediğini anlamak için resmi ve gayri resmi ilişkilerin haritasını çıkarır ve ölçer. Kimin kiminle bağı olduğu, hangi bilgileri paylaştığı gibi ilişkiler, genellikle kolayca ayırt edilemediğinden, SAA bir bakıma "kurumsal röntgene" benzetilmektedir (12). SAA bulgularının değerlendirilmesi ve yorumlanmasında kullanılan birtakım temel ölçütler bulunmaktadır. SAA temel ölçütleri, aktörlerin örgütsel yapı içindeki konumlarını göstermektedir. Aktörlerin sosyal ağ içerisinde temel olarak dört konumunu tanımlayabiliriz. Bunların ilki

İnternetin 1990'ların sonlarına doğru küresel anlamdaki yükselişi ve sosyal paylaşım sitelerinin yaygınlaşması, sosyal ağların çok güçlü hale gelmesinde büyük rol oynamıştır. Bu durum, SAA'ya olan ilgiyi artırmaya başlamıştır. El Kaide terör örgütünün yapısının çözümlenerek, elebaşı Usame Bin Ladin'in ve Irak'ın devrik devlet başkanı Saddam Hüseyin'in yakalanmalarında SAA'dan yararlanılması, uluslararası alanda SAA'ya olan ilgiyi artırmıştır.

merkeziyettir. Merkeziyet, bir aktörün ilgili ağın merkezinde olmasıdır. İkincisi, ağdaki diğer bireylere yakın olması ya da diğer bireylere kolayca erişebilmesi olarak tanımlanabilecek yakınlıktır. Aktörün, diğer aktör ya da aktör gruplarını birbirine bağlaması ya da köprü olması ise aracılık özelliğidir (13). Bu ölçütlere sahip olan sosyal aktörler avantajlı konuma sahiptirler. Örneğin merkezi aktörler tüm sosyal ağ aktörleri arasındaki bütünleşmeyi sağlarlar ya da diğer aktörlerle temas, sadece aracı olan aktörlerle sağlanabilir (1). Bu durum o aktörleri diğerlerinden daha etkin ve önemli hale getirir. Son olarak, aktörün hiç bağlantısının olmaması ya da nispeten az sayıda bağlantısının olmasına ise izole denilmektedir (7). Toplumsal aktörler arasındaki önemli bağlantıları ortaya çıkarabilmesi, aktörleri birbirine bağlayan sosyal ilişkilerin kaydedilerek verilerin toplanması ve analizinin yapılması, bu bağlantıların deseninin ortaya çıkarılarak, grafik ifadesi ve son olarak matematiksel analizlerinin yapılması, SAA'yı diğer geleneksel yöntemlerden ayıran temel farklarıdır (14). Geleneksel araştırmalar ve sosyal ağ verileri arasındaki en büyük fark: Geleneksel veriler, aktörler ve nitelikleri üzerine odaklanırken ağ verilerinde aktörler ve ilişkilerine odaklanılmasıdır. SAA'da, bireyler ve nitelikleri üzerinde durulmaz, ilişkilerin yapısına odaklanılır. SAA aracılığıyla resmi ve resmi olmayan ilişkiler incelenerek, taraflar arasında bilgi akışını neyin artırdığı ya da azalttığı, kimin kimi tanıdığı, kimin kiminle hangi bilgiyi paylaştığı ortaya çıkarılmaktadır. SAA, ilgili topluluğun yapısını, aktörlerin davranışlarını, tutumlarını ve düşüncelerini göz önünde bulundurarak, aktörler arasındaki ilişkilerin önem düzeyini tespit etmeye çalışır (11).

Sosyal Ağ Analizinin Gelişimi ve Sağlık Sektöründe Kullanımı

Sosyal ağ analizi (SAA) 1930'larda ortaya çıkmaya başlamış fakat başlarda çok fazla ilgi görmemiştir. 1980'lerin sonlarına doğru bilgisayar kullanımının yaygınlaşması, büyük veri setlerine daha kolay ulaşılması gibi sebepler, SAA kullanımını artırmıştır. İnternetin 1990'ların sonlarına doğru küresel anlamdaki yükselişi ve sosyal paylaşım sitelerinin yaygınlaşması, sosyal ağların çok güçlü hale gelmesinde büyük rol oynamıştır. Bu durum, SAA'ya olan ilgiyi artırmaya başlamıştır (15). El Kaide terör örgütünün yapısının çözümlenerek, elebaşı Usame Bin Ladin'in (16) ve Irak'ın devrik devlet başkanı Saddam Hüseyin'in yakalanmalarında SAA'dan yararlanılması, uluslararası alanda SAA'ya olan ilgiyi artırmıştır (17). SAA fizik ve biyoloji de dahil olmak üzere yönetim danışmanlığı, halk sağlığı, suçla mücadele gibi birçok uygulamalı alana yayılmıştır (18). SAA ile sosyal bilimlerde yapay sinir ağları (19), örgütteki liderlik ağlarını ortaya çıkarma (5), ihracat yapan ülkelerin ağlarının incelenmesi (19), yardımlaşma ilişkilerinin belirlenmesi (20, 21) gibi çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Yönetim danışmanlığında, ağ analizi genellikle kurumun üyeleri arasında dağıtılan bilgi ve yeteneklerden daha iyi yararlanmasına yardımcı olmak amacıyla, bilgi yönetimi bağlamında uygulanmaktadır (18). Örneğin Cross ve arkadaşlarının (2002) yaptığı araştırmada firma yönetimi, stratejik önemi olan bir ekibin yeteneklerini mümkün olduğunca etkin bir şekilde kullanmadığını düşünmektedir. Yapılan ilk analizde, ekibin iki alt grubunun olduğu ve bu gruplar arasında çatışma olduğu belirlenmiştir. Bunun üzerine firma yönetimi tarafından durum değerlendirilerek, bu ekibe ortak çalışma yapma, ortak hedefler belirleme gibi birtakım müdahalelerde bulunulur. Birkaç ay sonra grubun teknik ve örgütsel becerileri birleştirerek daha başarılı olduğu ve dokuz ay sonra tekrar yapılan sosyal ağ analizinde, bilgileri daha etkili bir şekilde paylaşan bütünleşmiş bir grubun oluştuğu ortaya çıkmıştır (19). Bu araştırma, sosyal ağ analizinin kurumsal yönetimdeki başarılı uygulamasını göstermesi açısından önemlidir. SAA ile sağlık alanında, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını durdurma, daha iyi sağlık bakımı ve sosyal destek sağlama (18), kanser, sinir sistemleri, tıbbi bilişim çalışması, hastalıkların nedenini bulma ve önleme (24) gibi yaygın çalışmalar yapılmıştır. Aşağıda SAA ile sağlık alanında yapılmış çalışmalar açıklanacaktır:

• Sosyal Ağ Analizi ile İkili İlişkilerin Analizi

Sağlık alanında en çok yapılan sosyal ağ analizi çalışmalarının başında; eşler, kardeşler, ebeveyn ile çocuklar, iş arkadaşları ve diğer ikili ilişkilerin incelendiği çalışmalar gelmektedir. Örneğin bir eşin hastaneye yatırılmasının diğer eşin ölüm riskini artırdığı, engelli çocukların anneleri arasında psikolojik sorunların daha yüksek olduğu, ergen kızlar arasında sağlıksız kilo kontrol davranışlarının akranlarının diyet davranışları ile ilgili olduğu gösterilmiştir (25).

• Sosyal Ağ Analizi ile Bütün Ağın Analizi

Sağlık alanında yapılan SAA çalışmalarının bir kısmı da toplumdaki tüm ağı kapsayacak şekilde yapılan çalışmalardır. Örneğin Christakis ve Fowler (2007) küresel bir ağ kullanarak, biyodavranışsal bir özellik olarak obezitenin, enfeksiyöz bir hastalık gibi sosyal ağlar aracılığıyla nasıl yayıldığını gösteren bir çalışma yapmıştır. Araştırmacılar, yaklaşık 30 yıllık bir sürede kimlerin kimlerle arkadaş, akraba veya komşu olduğunu inceleyerek hem bireylerin hem de bireylerin içinde bulunduğu bütün ağ verilerinin analizi ile ağdaki obezite kümelerini üç adıma kadar belirlemişlerdir. Bir bireyin komşusunun komşusu obez ise, o bireyin kendisinin de obez olma olasılığının yüksek olduğu, bir kişinin arkadaşı obez olduğunda, o kişinin de obez olma olasılığını %57 oranında arttığı ve aynı cinsiyetten arkadaşlar arasında etkinin daha büyük olduğu belirlenmiştir (26). SAA ile obezitenin yanında, HIV/AIDS salgınları gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tüberküloz, ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu (SARS) ve pnömoni gibi diğer birçok hastalığın yayılımı araştırılmıştır (25). Ayrıca iyimserlik, mutluluk, depresyon veya intihar gibi sağlıkla ilgili duygusal durumların da ağlarla yayılabileceği araştırmalarla gösterilmiştir (27). İkili ilişkilerde olduğu gibi, sosyal ağlarda da obezitenin ötesinde; tütün kullanımı, yemek alışkanlığı, egzersiz, alkol tüketimi veya uyuşturucu kullanımı gibi birçok sağlık davranışı, sosyal salgın olarak adlandırılabilecek güçlü sosyal etkileşimler nedeniyle yaygınlaşabilmektedir (28). Hastalıklarla ilgili çalışmaların yanı sıra sağlık kurumlarında yönetime yönelik, sağlık hizmeti sunan kurumlarda ağ etkinliği (29), sağlık çalışanlarının kurumsal sosyal ağları (30), sağlık çalışanlarının yardımlaşma ilişkileri (22), düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık çalışanlarının doğal sosyal ağları (31) üzerine çalışmalar da yapılmıştır. Örneğin yaptığımız bir çalışmada, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) ve bağlı iki kuruluşun (İstanbul Anadolu Güney Kamu Hasta-

neler Birliği ve Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi) çalışanlarının yardımlaşma ilişkisi, SAA ile analiz edilmiş ve sağlık kurumları çalışanlarının yardımlaşma kültürü ilişkisi belirlenmiştir. Araştırma sonucunda, sağlık kurumlarında birimler arasındaki yardımlaşma ilişkisinin, İSM hariç diğer iki kurumda birkaç aktör aracılığı ile sağlandığı, İSM'de çalışanların hem kendi şubeleri hem de diğer şube çalışanları ile yardımlaşma ilişkisinin olduğu fakat diğer kurumlarda yardımlaşmanın daha çok kendi birimleri içinde gerçekleştiği görülmüştür. İSM'de çalışanlar hem mesleki hiyerarşik üstleri ile hem de aynı hiyerarşik kademedeki çalışanlar ile yardımlaşırken, diğer kurumlarda yardımlaşma ilişkisi aynı hiyerarşik kademede bulunduğu iş arkadaşları ile gerçekleşmiştir (22). Örgütün gayri resmi yapısını belirten özellikler (çalışanların gruplaşması, izole kişi veya gruplar ve aracı olan çalışanlar gibi) SAA aracılığıyla tanımlanabilir ve ağ haritaları gösterilebilir. Sağlık yöneticilerinin bu haritalarda ortaya çıkan (alt gruplar, aracı kurumlar, yoğunluklar vb.) verileri dikkate alması, politika oluşturma ve organizasyon amaçlarının gerçekleştirilmesi için daha yararlı olabilir (32). Tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde; sosyal ağların kişilerin sağlıkla ilgili bireysel davranışlarını ve hastalığın bir kişiden diğerine yayılmasını (biyolojik ve sosyal/biyolojik olmayan bulaşma) etkilediği, ayrıca sağlık dışında bireylerin çalışma yaşamındaki davranışlarını da etkilediği görülmektedir. Sağlık ve hastalık durumu sadece o kişinin kendi biyolojisi ve eylemleriyle ilgili değildir. Sağlık müdahaleleri için, bireyle birlikte bireyin içinde bulunduğu toplum ve sosyal ağ da göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç

Günümüzde çalışma yaşamında başarı elde etmek için klasik analiz yöntemleri ve raporlamanın yanında artık enformel bağlantılar ya da resmi olmayan ilişki ağları da daha önemli hale gelmiştir. SAA ile bir kurumdaki çalışanların sosyal ağdaki etkisi ortaya çıkarılabilir ve çalışan gruplarının oluşturduğu ağ, bütünsel olarak değerlendirilebilir. Bir organizasyon içinde stratejik olarak önemli ağlar belirlenebilir, etkileşim halindeki görünmez gruplar görünür hale getirilebilir. SAA, kurumlardaki yapısal boşluklar ve sosyal sermayeyi göstermekte ve örgütsel etkinlik açısından yöneticilerin dikkatini kritik olabilecek enformel ağlara odaklamaktadır. Böylece yöneticiler ile enformel ağ arasında etkili iş birliği sağlanabilir. Sosyal ağlar kronik hastalıklar, sağlık davranışları gibi sağlık olayları ve özellikleri açısından bireylerle birlikte, bireyin içinde bulunduğu sosyal yapıyı (ağ) da etkilemektedir. Sağlıkla ilgili çalışmalar planlanırken, bireylerle birlikte içinde bulundukları sosyal ağlar ve özellikleri de iyi bilinip, ağ yapısı göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal bağların, ağ yapısını ve işlevinin oluşumunu veya ağlara nüfuz eden çeşitli olgu ya da olayların, sağlık veya sağlık davranışlarını etkileyen mekanizmalarını anlamak, toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik çalışmalarda, sınırlı kaynakların en verimli şekilde kullanılmasında son derece önemli olabilir. Sosyal ağlar aracılığıyla hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşamın geliştirilmesi, toplum, birey ve devlet açısından olası maddi ve manevi maliyetleri ciddi olarak azaltabilir.

Kaynaklar

1) Wasserman S, Faust K. Social Network Analysis: Methods and Applications. Cambridge University Press. 1994, p. 3-10.

2) Scott J. Social Network Analysis: Developments, Advances and Prospects. SOCNET 2011, 1: 21-26. DOI 10.1007/s13278-010-0012-6.

3) Gürsakallı N. Sosyal Ağ Analizi. Bursa: Dora Yayınları, 2009, s. 182-188.

4) Tunalı V. Sosyal Ağ Analizine Giriş. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık, 2016, s. 2, 159.

5) Hoppe B, Reinelt C. Social Network Analysis and The Evaluation of Leadership Networks. The Leadership Quarterly 2010; 21:600-619.

6) Aydin N. Kamu Sağlık Kurumları Çalışanlarında Yardımlaşma Kültürü: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Anadolu Güney Kamu Hastane Birliği Üzerine Bir Çalışma. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ş. B. Bekaroğlu).

7) Brass DJ. Social Networks in Organizations: Antecedents and Consequences. 2002.

8) Tüzüntürk S. Ağ Bilimi. Bursa: Dora Yayıncılık, 2012, s. 6-8.

9) Blau PM. Exchange and Power in Social Life. New York: Transaction Books, John Wiley and Sons, 1964, p:18.

10) Granovetter MS. The Strength of Weak Ties. American Journal of Sociology 1973; 78 (6):1360-1380.

11) Hanneman RA, Riddle M. Introduction to Social Network Methods. Riverside, CA: University of California, Riverside. 2005.

12) Serrat O. Network Analysis. Asian Development Bank. Knowledge Solutions, 2009, 28:1-4.

13) Denny M. Social Network Analysis. Institute for Social Science Research, University of Massachusetts Amherst. 2014, 1-20.

14) Freeman LC. The Development of Social Network Analysis: with An Emphasis on Recent Events. 2011.

15) Wasserman S, Scott J, Carrington PJ. Introduction. In: Models and Methods in Social Network Analysis. Carrington PJ, Wasserman S, eds. New York: Cambridge University Press, 2005, p:1-2.

16) Ouelleta M, Bouchard M, Hart M. Criminal Collaboration and Risk: The Drivers of Al Qaeda's Network Structure Before and After 9/11. Social Networks 2017; 51:171-177.

17) Reed BJ, Segal DR. Social Network Analysis and Counterinsurgency Operations: The Capture of Saddam Hussein. Sociological Focus 2006; 39 (4):251-264.

18) Borgatti SP, Mehra A, Brass DJ, Labianca G. Network Analysis in The Social Sciences. Science 2009; 323: 892-895. DOI: 10.1126/science.1165821.

19) Gülpınar V. Yapay Sinir Ağları ve Sosyal Ağ Analizi Yardımı ile Türk Telekomünikasyon Piyasasında Müşteri Kaybı Analizi. Marmara Üniversitesi, İ.İ.B. Dergisi 2013; 34 (1): 331-350.

20) Kahraman ÇA, Sevim C. Dış Ticarette Doğrudan İkili İlişkilerden Öteye Dolaylı İlişkiler Belirlenebilir mi? Ağ Analizi Yaklaşımı ile Çekim Modelinin Testi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014; 4 (1): 41-58.

21) Amabile T, Fisher CM, Pillemer J. IDEO's Culture of Helping. Harvard Busıness Review, Harvard Business School Publishing Corporation. January-February, 2014; 1-9.

22) Aydin N, Bekaroglu ŞB. A social Network Analysis on The Culture of Helping in Health Institutions. Journal of Global Strategic Management. 2017; 11 (2): 033-050.

23) Cross R, Borgatti SP, Parker A. Making Invisible Work Visible: Using Social Network Analysis to Support Strategic Collaboration. California Management Review 2002; 44 (2): 25-46.

24) Jang HL, Lee YS, An JY. Application of Social Network Analysis to Health Care Sectors. Healthcare Informatics Research 2012; 18 (1): 44-56.

25) Smith KP, Christakis NA. Social Networks and Health. Annual Review Sociology 2008; 34: 405-29.

26) Christakis NA, Fowler JH. Social Network Visualization in Epidemiology. Norsk Epidemiologi 2009; 19 (1): 5-16.

27) Christakis NA, Allison PD. Mortality after The Hospitalization of A Spouse. Annual Review of Sociology 2008; 34: 405-429.

28) Cohen S, Lemay EP. Why Would Social Networks Be Linked to Affect and Health Practices? Health Psychology. 2007; 26 (4): 410-417. DOI: 10.1037/0278-6133.26.4.410.

29) Provan KG, Sebastian JG. Networks within Networks: Service Link Overlap, Organizational Cliques, and Network Effectiveness. The Academy of Management Journal 1998; 41 (4): 453-463.

30) Behrendt S, Richter A, Trier M. Mixed Methods Analysis of Enterprise Social Networks. Computer Networks 2014; 75: 560–577.

31) Perkins JM, Subramanian SV, Christakis NA. Social Networks and Health: A Systematic Review of Sociocentric Network Studies in-Low and Middle-Income Countries. Social Science and Medicine 2015; 125: 60-78.

32) Aydin N. Social Network Analysis: Literature Review. AJIT-e: Online Academic Journal of Information Technology 2018; 9 (34): 73-80. DOI: 10.5824/1309-1581.2018.4.005.x.

Yeşil akıl ve yeşil egzersiz

Prof. Dr. S. Ufuk Yurdalan

1963 yılında Erzurum'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi SBF, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu (1985). İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsünde 1996 yılında doktorasını tamamladı. 1999 yılında doçent, 2009 yılında profesör oldu. 2009 yılından beri Marmara Üniversitesi SBF, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde Kardiyopulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapmakta, İstanbul Medipol Üniversitesi SBF, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde Misafir Öğretim Üyesi olarak dersler vermektedir.

Rafet Umut Erdoğan

1993 yılında İzmir'de dünyaya geldi. İstanbul Bilgi Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu (2016). Marmara Üniversitesi SBF, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Kardiyopulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Yeşil egzersiz, "doğaya doğrudan maruz kalarak, doğada yapılan fiziksel aktiviteler"e verilen isimdir (1). Yeşil akıl teorisi ise "zihni, beden ve beyinle ilişkilendirip, bu bütünü doğal ve sosyal ortamlara bağlama"yı amaçlar (2). Bu iki terim, farklı ülkelerde, sağlığın fiziksel ve zihinsel yönlerini içerdiğinden güncel sağlık politikalarında yer almaktadır. Batı Avrupa ülkelerinde "yeşil egzersiz" ve bütünsel deyişi ile "yeşil bakım", terapi ve müdahale amaçlı kullanılmaktadır. Birleşik Krallık'ta sosyal ve terapatik bahçıvanlık ile yeşil egzersiz öne çıkarken; Finlandiya, Norveç, Avusturya ve Almanya'da hayvan destekli yeşil uygulamalar; Belçika ve Hollanda'da ise yeşil bakım çiftlikleri sık kullanılan girişimlerdendir (3). OECD ülkelerinde sağlık sistemleri farklı sınıflandırılsa da beş ana başlıkta ve ülkeye özgü yönetmeliklerle yeşil bakım uygulamaları desteklenmektedir (4, 5). Mental ve fiziksel sağlığı kapsayıcı uygulamalar için desteklerin kolaylaştırılması, uygulamaların ülke kültürüne de yerleşmiş olması dışında sağlık reformları yolu ile hayata geçirilmektedir (6, 7). Mental ve fiziksel sağlığı kapsayıcı uygulamalara Birleşik Krallık örneğinde olduğu gibi çok farklı disiplinler öncülük edebilirken, Şangay örneğinde olduğu gibi hükümetin daha etkin rol aldığı durumlar da mevcuttur (8, 9).

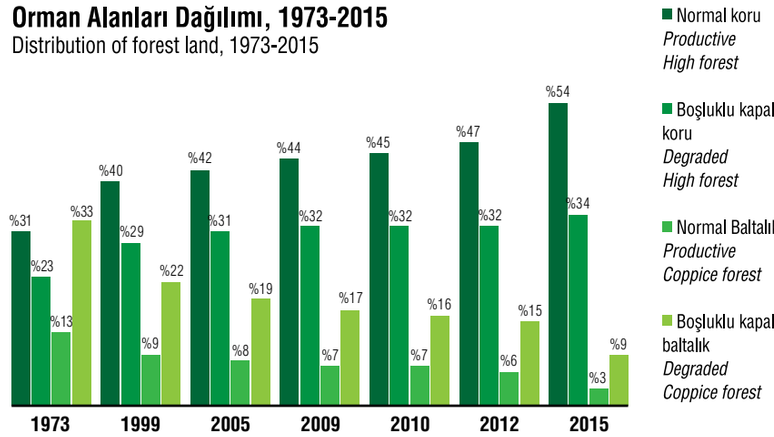
Türkiye'deki Durum

Ülkemizde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda "koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi" ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da, Dünya Sağlık Örgütünün (DSO) de belirttiği gibi, sağlığın "ruhen ve bedenen iyilik hali" olarak tanımlanmasına rağmen doğada yapılan terapi ve müdahale amaçlı bütüncül yaklaşımlar son dönemde yaygınlaşmaya başlamıştır (10, 11). Türkiye, 1973 yılından bu yana artan ormanlık alanları (Tablo 1) ve mevcut yüksek koru ormanı yüzdesiyle (Tablo 2) doğada yapılan bütünsel yaklaşımlara son derece uygun durumdadır.

Yeşil Akıl ve Yeşil Egzersizin Psikolojik ve Fizyolojik Etkileri

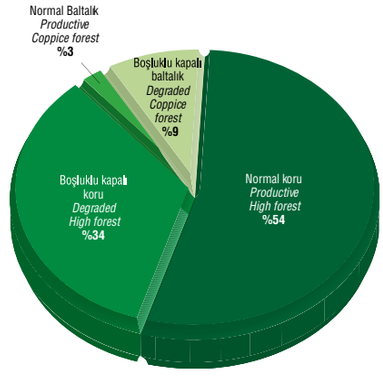
Doğada bulunma hali, -egzersiz yapılmasa bile- bedensel ve ruhsal iyilik sağlaması bakımından değerlidir. Barton ve ark, 130 adolesan ile yaptığı çalışmada el değmemiş doğada yaşadıkları deneyimden sonra katılımcıların özsaygılarının ve doğaya bağlılıklarının arttığını gözlemlemiştir (12). Salomon ve ark. yeşil bakım çalışmalarını incelemiş ve bu çalışmalarda katılımcıların depresyon semptomunun azaldığını

Tablo 1: Yıllara göre Türkiye'deki orman alanları dağılımı



belirlemişlerdir (13). Bir başka araştırmada, yeşil alanların egzersizlerin akut etkilerini artırdığı ve mental sağlığa daha büyük bir terapötik etki sağladığı bulunmuştur (14). Benzer çalışmalarda doğada kısa yürüyüşler yapmanın vagal aktivite ve fizyolojik sağlığı geliştirerek gece uykusunu düzenlediği görülmüştür (15). Yeşil bakım çiftliklerinde, fiziksel çevrenin yanı sıra organizasyonel ve sosyal çevrenin de düzenlenmesi halinde demanslı hasta bakımında yarar sağlanabileceği saptanmıştır (16).

Tablo 2: Türkiye'nin 2015 yılındaki orman alanları dağılımı



Öneriler

Yeşil akıl yaşam tarzı değişikliği gerektirir. Bireysel ve kitlesel uygulamaları ile yeşil egzersiz, biyopsikososyal yararları ile özellikle kontrol altındaki solunum hastaları ve hatta sağlıklılarda geçerli ve kolay ulaşılabilir bir seçenektir (17).

Kaynaklar

1) Pretty J, Peacock J, Sellens M, Griffin M. The Mental and Physical Health Outcomes of Green Exercise. Int J Environ Health Res. 2005 Oct;15(5):319-37.

2) Pretty J, Rogerson M, Barton J. Green Mind Theory: How Brain-Body-Behaviour Links into Natural and Social Environments for Healthy Habits. Int J. Environ Res Public Health. 2017 Jun 30;14(7).

3) Haubenhofer DK, Elings M, Hassink J, Hine RE. The Development of Green Care in Western European Countries. Explore (NY). 2010 Mar-Apr;6(2):106-11.

4) Toth F. Classification of Healthcare Systems: Can We Go Further? Health Policy. 2016 May;120(5):535-43.

5) Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of A Deductive Classification. Health Policy. 2013 Dec;113(3):258-69.

6) De Krom M, Dessein J. Multifunctionality and Care Farming: Contested Discourses and Practices in Flanders. Njas-Wageningen Journal of Life Sciences. 2013 64-65, 17-24.

7) Salvador-Carulla L, Costa-Font J, Cabases J, McDaid D, Alonso J. Evaluating Mental Health Care and Policy in Spain. J Ment Health Policy Econ. 2010 Jun;13(2):73-86.

8) Rotheram S, McGarrol S, Watkins F. Care farms as A Space of Wellbeing for People with A Learning Disability in The United Kingdom. Health & Place 48 (2017) 123-131.

9) Yu Y, Sun X, Zhuang Y, Dong X, Liu H, Jiang P, Yu Z, Zhang Y. What Should the Government Do Regarding Health Policy-Making to Develop Community Health Care in Shanghai? Int J Health Plann Manage. 2011 Oct-Dec;26(4):379-435.

10) Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987, 15 Mayıs). Resmî Gazete (Sayı: 19461) Erişim Adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf

11) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961, 12 Ocak). Resmî Gazete (Sayı:10705) Erişim Adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf

12) Barton J, Bragg R, Pretty J, Roberts J, Wood C. The Wilderness Expedition: An Effective Life Course Intervention to Improve Young People's Wellbeing and Connectedness to Nature. Journal of Experiential Education. 2016 Jan; 39(1):59-72.

13) Salomon RE, Salomon AD, Beeber LS. Green Care as Psychosocial Intervention for Depressive Symptoms: What Might Be The Key Ingredients? Journal of The American Psychiatric Nurses Association. 2018 May; 24(3):199-208.

14) Barton J, Rogerson M. The İmportance of Greenspace for Mental Health. BJPsych Int. 2017 Nov 1;14(4):79-81.

15) Gladwell VF, Kuoppa P, Tarvainen MP, Rogerson M. A Lunchtime Walk in Nature Enhances Restoration of Autonomic Control during Night-Time Sleep: Results from a Preliminary Study. Int J Environ Res Public Health. 2016 Mar 3;13(3).

16) Buist Y, Verbeek H. de Boer B. de Bruin SR. Innovating Dementia Care; İmplementing Characteristics of Green Care Farms in Other Long-Term Care Settings. Int Psychogeriatr. 2018 Jul;30(7):1057-1068.

17) Bailey DS. Looking Back to The Future: The Re-Emergence of Green Care. BJPsych Int. 2017 Nov 1;14(4):79.

Referans noktasını değiştirmek

Prof Dr. Orhan Canbolat

1986 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Tıbbi biyokimya doktorasının ardından İtalya, Almanya ve İspanya'da misafir öğretim üyesi olarak çalıştı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent ve doçent, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde profesör oldu. 2000-2002 yılları arasında Sağlık Bakanlığında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü olarak görev yaptı. 2003 yılında SSK'da Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü yaptı. 2015 yılında Yüksek İhtisas Üniversitesi Rektörlüğü ile Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinin kurucu dekanlıkları görevinde bulundu. 2016-2017 arasında şehir hastaneleri projesinde danışmanlık yaptı. Dr. Canbolat, halen İstanbul Aydın Üniversitesinde Rektör Yardımcılığının da aralarında olduğu akademik ve idari görevleri yürütmektedir.

Bulunduğu hali kabullenme veya geçmişe hayranlık, insanın veya toplumların tekâmülünün önündeki en büyük engellerden biridir. Tekamül sadece maddi unsurlarla ilgili olmayıp onun ruhi veya manevi alanınıda içermektedir. Toplumlarda ortaya çıkan olayları biyolijik tanınlamalarla açıklama çabalarının tarihçesi yüz yıllar öncesine gitmektedir. Magribin büyük alimini "devletler doğar, büyür ve ölür derken bu tür bir tanımlamaya ilk defa başvurandır. İbn-i Haldun'un sözleri toplumların sosyolojik yapılarının zamana bağlı olarak nasıl değişim gösterdiğini açıklamaktadır. Bu tanımlama kabileden büyük devlet yapılarına evrilen toplumsal yapının zamana bağlı olarak dairesel bir yöntemle kendisi tekrar etmesini içermektedir. Alimin yüz yıllar önce yaptığı sosyolojik tanımlamalar genel hatlarıyla hala geçerliliğini korumasıdır. Bu tanımlamalar içerisinde en önemli başlıklardan bir diğeri toplumların biribirine duyduğu hayranlık ve taklitle ilgilidir. İnsanlık kendisine ait toplumsal medeniyetini inşaa ederken çok büyük bir ölçüde yapısal sınırlamalarla karşı karşıyadır. Sınırların neler olduğı ise binlerce yıllık insanlık tarihinde yatmaktadır. İki medeniyetin "genetik kodlarını" oluşturan mutasyonların bu farklılıklaırn oluşmasında çok fazla sebepleri vardır. Bahsi geçen iki medeniyetin tamamen farklı yazılımlara sahip olduğu görülmektedir. Küreselleşme taraftarlarınca iki farklı yapının olmadığı insan ve toplumun kendisini olşturan bileşenlerin aynı olduğu iddia edilse dahi etrafımıza baktığımızda gördüklerimiz bize farklı şeyler söylemektedir. Ticaretin küreselleşmesine rağmen emek, özgürlük, insan hakları gibi evrenesel hakların ciddi bariyerlerle kontrol altında tutulması küreselleşme çabalarının insanlığa huzur veya küresel bir dünya vermediği aşikârdır. Makedonyalı İskender'den beri bir çok fatihin en temel fikri olan tek dünya, tek bir medeniyet fikri yerini daha fazla ayrışmaya, kutuplaşmaya ve daha fazla acıya bırakmıştır. Bu durumun en önemli sebebi; üstünlük iddiasında olanın evrensel değerler adı altında kendi değerlerini dayatması ve bu yolda amacına ulaşmak için çok fazla araç kullansa dahi en son olarak silahlı güce başvurmasıdır. Dolayısıyla küreselleşme çabaları kendi geçmişinin kısır döngüleri içerisinde boğulmaktadır. Devletlerin üstünlük iddiası "üstün medeniyetin" tüm değerlerini içermektedir. Günümüzde üstünlük iddiası bilgi ve teknolojiye dayalı yeni bir hal olarak ilan edilse dahi aynı tür iddiaların geçmişte de tekrarlandığını görürüz. Bu iki medeniyetin birbirine üstünlüğü ise zaman ve zeminle ilişkilidir. Tarihin derinliklerine inilip geçmişten günümüze doğru bir yolculuk yapıldığında medeniyetelerin birbirlerine üstünlük iddiasının veya savaşının şiddetinin hiçbir şekilde azalmadan devam ettiği gerçeği tüm şiddeti ile karşımızda durmaktadır.

İbn-i Haldun, *Mukaddime* adlı eserinde insan ve toplum açısndan hem psikolojik hem de sosyolojik tanımları ortaya koymaktadır. İlginç olan onun yüz yıllar önce yaptığı tanımlamaların günümüzde halen canlılığını korumasıdır. Alim galip ile mağlup arasındaki iilşkinin beklenenin aksine her zaman negatif sonuçlar doğurmadığı ve "mağlup olanın galibin adetini" taklit ettiğini ve onu taklide yöneldiğini sonuçta bu halin karşılıklı anlaşmaya dayanan bir ilişkiye döndüğünü söyler. Taklidin ilk aşamasında galiplerin baskı ve hâkimiyeti, mağlupları rehavete ve pısırıklığa sürükler. İkinci aşamada ise galip tarafın baskı ve hâkimiyetine gerek kalmaksızın mağlup taraf kendi içinde çözülür ve dönüşür. Böylece toplumun ortak ve uzun vâdeli emelleri zayıflar, asabiyeti çözülür, yerel kültür yabancı kültür karşısında giderek erir, mağlubun galibi taklidi, psikolojik bir yönelim olarak başlar ve bireysel taklit seviyesinden toplumsal seviyeye yükselir nihayetinde sonunda devletin ortadan kalkmasıyla birlikte kültür, medeniyet ve millet ortadan kalkar. Onun bu muhteşem görüşleri ancak yüz yıllar sonra Batı'nın sosyolojik ve psiklojik tanımlamaları içerisine girmiştir. Büyük bir gözleme dayanan bu tanımlamaları günümüze uyarladığımızda; galip medeniyetin kodlarının konakçısını yani işgal ettiği sosyal yapıyı nasıl sömürdüğü ve nihayetinde konakçının tüm işlevni bozduğunu gözlemlemekteyiz. Desirarus Erasmus *Deliliğe* Övgü eserinde İbn-i Haldun'un tanımlamalarına benzer bir tanımlamayı başka bir dil ile yapar; "Gerçekten bizim delilerin ken-

dilerine tamamen yabancı olan şeylere, tamamen hayran olma konusunda öyle gelişmiş, öyle bir zevk anlayışları vardır ki." Erasmus'un bu sözleri sanki bire bir İbn-i Haldun'u tekrar eder gibidir. Psiyatrinin üç kurucusundan biri kabul edilen Carl Gustav Jung'un *"İlkel insan* ötekinin *neden kendisinden üstün olduğunu incelemedi. Bu soruya yanıt vermedi. Öteki ondan güçlüyse onda mana, üstün güç vardı."* sözleri yine İbn-i Haldun'un sözleriyle çok büyük benzerlik göstermektedir. Jung'un sözlerindeki en büyük sıkıntı, ilkel insanın "bir zamanlar olmuş olanın gelecekte her zaman olacağı" inancıdır. Bu inanç veya düşünce tarzları en ilkel haliyle olsa dahi kafasını başka yere çevirmek istemeyen ve olduğu hali gerçeklik olarak kabul eden sistemin kahredici sonucudur. Jung, İbn-i Haldun'un aksine doğrudan bireyin akli melekelerine yönelik olarak çalışmış bir hekimdir ve özelikle kişilik parçalanması ve kişliklerin farklılaşmasıyla ilgili çalışmalar yapmıştır. Toplum veya kişilerin kendi gerçekliklerini değil kendilerine başkaları tarafından, genellikle galipler tarafından sunulanı gerçeklik olarak kabul etmesi zamanımızın en büyük problemlerindendir. Zaman, mekân ve çalışma alanı olarak farklılıklar gösteren bu üç şahsın tanımlarının benzerlikleri ortak bir aklı ortaya koymaktadır. Kuantum fiziğine göre elimizdeki sonsuz sayıdaki olasılıktan sadece bizim gerçekleştirdiğimiz şeyler kendi gerçekliğimiz olarak var olacaktır. Gerçekliği biz gerçekleştirebiliriz, diğerleri ise olasılıkları gösterir. Elimizde bu kadar olasılık varken neden farklı gerçeklikler ortaya çıkar. Farklılığı gösteren, birey veye toplumların refarans noktaları veya gözlemci olarak bizim olaylara bakış açımızdır. Bulunduğumuz yeri terk edip başka bir yöne bakmak veya başka dünyaları keşfetmek, bireyin, toplumun veya medeniyetin bakış açısını değiştirmekle mümkündür. Farklı bir medeniyet olarak gözlem noktamızı değiştirmemiz gerekir. Gözlem noktamızda elimizde önemli bir araç vardır. İnsanın kendi aklı ile ürettiği "bilimsel bilgi" asırlar boyunca medeniyetlerin dalgası üzerinde sörf yapmaktadır. Bu gün önümüzde duran gerçek "Batı medeniyetine olan bağımlılığımız" ve onun üretiklerini taklitten öteye gidememektir. Bir medeniyetin ürettiklerine "aşık olma, takdir etme ve kabullenme" şeklinde ortaya çıkan davranış biçimi günümüzde en çok Batı bilimi ve onun üretiği teknolojik ürünlerle ilgilidir. Gerçek dışı kurguladığımız her hayal veya "üstün medeniyeti taklit etme veya kabullenme" dünyanın katı gerçekliğine çarpıp parçalanacaktır.

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) özellikle gelişmekte olan ülkelere odaklanarak, insanların daha iyi yaşam standartlarına sahip olmaları için gerekli olan bilgi, deneyim ve kaynakları sağlar. Buradaki anahtar kelime "gelişmekte olan" ülkeler tanımlamasıdır. UNDP'nin tanımladığı birçok indeks içerisinde başta geleni insani gelişme endeksidir (İGE). İGE dışında eşitsizliğe uyarlanmış insani gelişme endeksi (EUİGE), cinsiyete dayalı gelişme endeksi (CDGE), toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi (TCEE) gibi birçok indeks ülkelerin gelişmişlik durumunu yansıtmaktadır. İGE, insani gelişmenin üç temel boyutunda uzun vadeli ilerlemeyi değerlendirmek için kullanılan özet bir ölçüm yöntemidir. Bu üç temel boyut; uzun ve sağlıklı yaşam, bilgiye erişim ve insana yakışır bir yaşam standardı olarak sıralanmaktadır. Uzun ve sağlıklı yaşam boyutu, beklenen ortalama yaşam süresiyle ölçülmektedir. Bilgi birikim düzeyi, yetişkin nüfustaki ortalama öğrenim süresiyle, bir başka deyişle, 25 yaş ve üstündeki bireylerin ömürleri boyunca öğrenim gördükleri süreyle tanımlanmaktadır. Öğrenme ve bilgiye erişim ise okula başlama yaşındaki çocuklar için beklenen öğrenim süresiyle ölçülerek değerlendirilmektedir. Sağlık kalitesi göstergeleri içerisinde sağlıklı hayat beklentisi, hekim, hemşire sayısı, anne - bebek ölüm hızı, hastane- yatak sayısı gibi parametreler; eğitim kalitesi göstergeleri içerisinde ilköğretimde öğretmen-öğrenci oranı, öğretim eğitimi almış ilköğretim öğretmeni sayısı, internete erişim olan okulların oranı, Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programında (PISA) matematik, okuma ve fen bilgisi gibi skorlar mevcuttur. Yaşam standardı kalitesine ilişkin göstergeler ise güvencesiz istihdamdaki insan sayısı, elektriğe erişimi olan kırsal nüfus oranı, iyileştirilmiş içme suyu kaynakları kullanan nüfus oranı ve iyileştirilmiş sanitasyon tesisleri kullanan nüfus oranı ile değerlendirilmektedir. UNDP'nin düzenli olarak yayınladığı raporlara göre insani gelişme, sadece ekonomilerin büyüklüğü ile değil, zenginliğin toplum kesimleri arasında paylaşım oran gibi kavramları dikkate almaktadır.

2018 yılı İGE verilerine göre en yüksek insani gelişme endeksi değerine sahip olan ilk üç ülke Norveç (0.953), İsviçre (0.944) ve Avustralya (0.939) olurken en düşük İGE değerine sahip olan üç ülke ise Güney Sudan (0.388), Orta Afrika Cumhuriyeti (0.367) ve Nijer'dir (0.354). Temel soru, İGE'nin neden bazı ülkelerde diğerlerine göre düşük seviyede olduğudur. Genel manasıyla İGE Batı medeniyetinin temsilcisi olan ülkelerde yüksektir. Bu ülkeler yüz yıllardır diğerlerine medeniyet kriterleri dayatanlardır. Var olan gerçeklik onlarca yıldır gelişmeye çalışan fakat bir türlü gelişemeyen ülkelerin "kabullendikleri medeniyetin" kendilerine yeni bir şey sunmadığıdır. "Galibin adetini veya medeniyet kodlarını taklit", "yabancı olan şeylere, tamamen hayran olma", "ötekinin neden kendisinden üstün olduğunu incelememe" gibi kavramlar yukarıdaki soruların cevaplarını içermektedir. Bu "kahredici" sistematiği ortadan kaldırmanın en temel yolu var olanı doğru tanımlayıp buna sebep olan nedenleri ortadan kaldırmaktır. Bir başka ifadeyle gözlemci olarak bakış açımız değiştirmemiz gerekmektedir. Yeni bakış açımız "taklide dayalı" tüm yöntemleri terk olmalıdır.

Kaynaklar

İbni Haldun, Derleyen Süleman Uludağ, Dergah Yayınları 17. Baskı, 2017.

Desiderius Erasmus, Deliliğe Övgü, Çeviri Çiğdem Dürüşken, Kabalcı Yayınevi, 2012.

Carl Gustav Jung, C, G, Jung Seçme Yazılar, Ed., Antony Starr. Alfa Basım, 2017.

Orhan Canbolat, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 46 , 94-99, 2018.

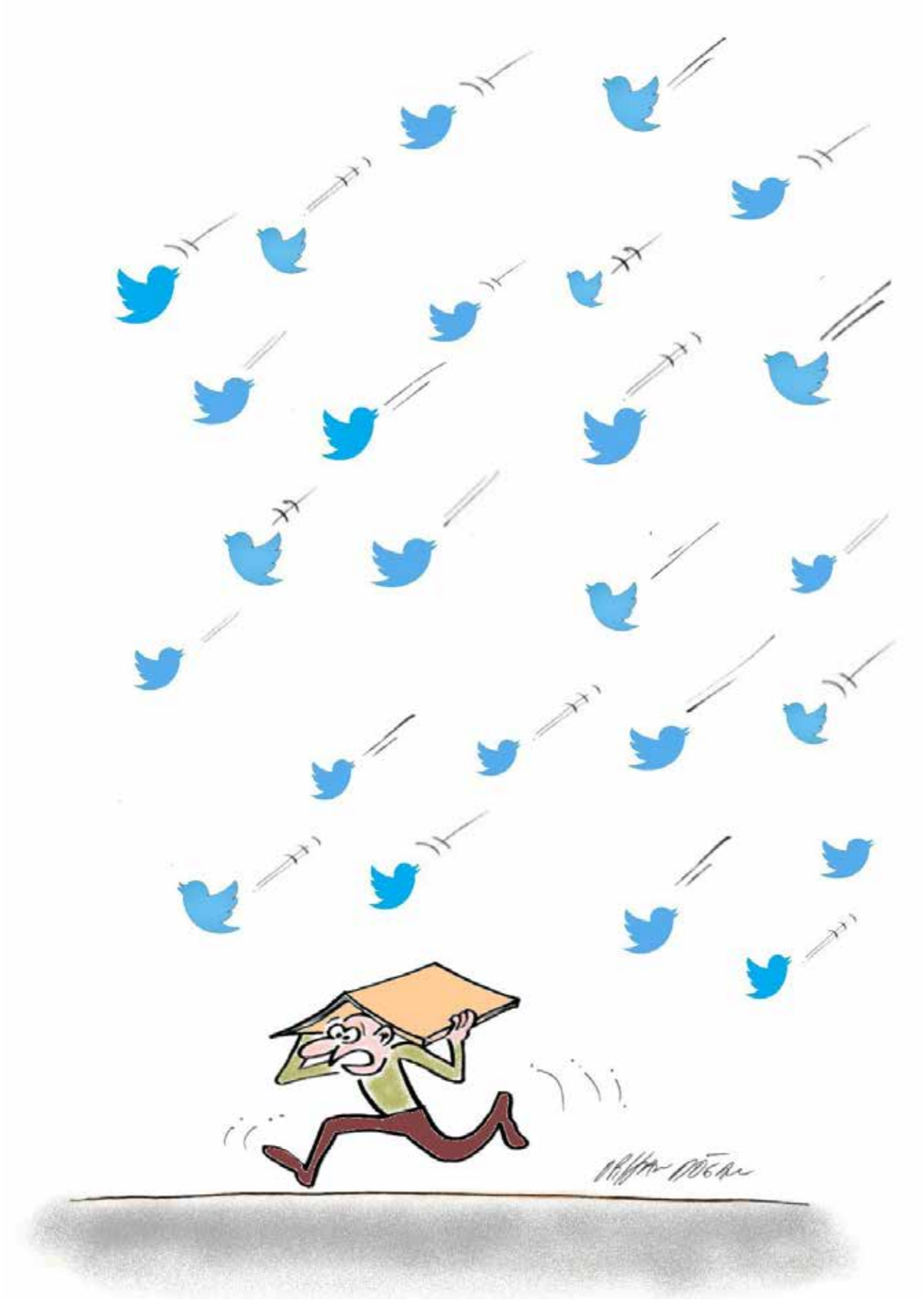
Orhan canbolat , SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 50, 96-99, 2019.

Orhan Canbolat, 1 Hakkında, Bilim ve Bilim Felsefesi Üzerine Değiniler, Otorite Yayınları, 2016.

BM- UNDP İnsani Gelişme Endeksleri ve Göstergeleri: 2018.

http://www.oecd.org (Erişim Tarihi: 01.12.2019)

https://www.tobb.org.tr/saglik/2017 (Erişim Tarihi: 01.12.2019)



Karikatür: Dr. Orhan Doğan