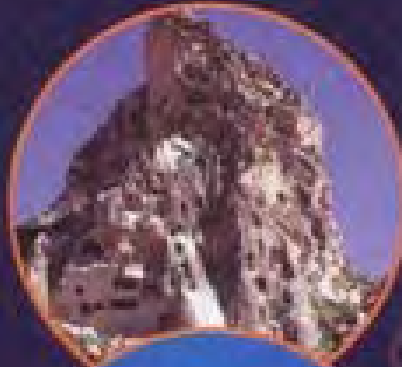




**KÜLTÜR ve HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU**

**4-5 Temmuz 2003
KAPADOKYA**



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK SAĞLIK
YÜKSEKOKULU
VE
NEVŞEHİR SAĞLIK
YÜKSEKOKULU**

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ

**ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU
VE
NEVŞEHİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**KÜLTÜR VE HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU**

4- 5 TEMMUZ 2003

KAPADOKYA

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU
VE
NEVŞEHİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU

KÜLTÜR VE HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU

4- 5 TEMMUZ 2003

Kapadokya

SEMPOZYUM KİTABI

MEB TURİZM MESLEK LİSESİ
UYGULAMA OTELİ KONFERANS SALONU

Nevşehir

KÜLTÜR VE HEMŞİRELİK SEMPOZYUMU

ONURSAL BAŞKAN : Prof. Dr. A. Zeki YILMAZ *Erciyes Üniversitesi Rektörü*

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

BAŞKAN : Prof. Dr. Ümit SEVİĞ *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

2. BAŞKAN : Prof. Dr. Nimet KARATAŞ *E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu*

SEMPOZYUM

SEKRETERİ : Yrd.Doç. Dr. Sultan TAŞCI *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

SEKRETER

YARDIMCILARI : Yrd.Doç. Dr. Meral BAYAT *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

SAYMAN : Öğr. Gör. Emine ERDEM *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Öğr. Gör. Özlem UĞUR *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

ÜYELER : Öğr. Gör. Tülay AYDIN *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Öğr. Gör. Hülya BAŞDOĞAN *E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu*

Öğr. Gör. Salime MUCUK *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Öğr. Gör. Sennur KULA *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Öğr. Gör. Şenay YILMAZ *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Okt. Gönül SUNGUR *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Okt. Songül KARADAĞ *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

Okt. Sibel ÇOBAN *E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu*

**SOSYAL
KOMİTE
ÜYELERİ**

:	Okt.	Bahtışen	KARTAL	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Nazan	YARAMIŞ	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Nuray	ŞİMŞEK	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Dilek	GÜVEN	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Birgöl	ÖZKAN	<i>E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Rahşan	KOLUTEK	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Zübeyde	KORKMAZ	<i>E.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Ömür	KARACA	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Rabia	EĞLENCE	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>
	Okt.	Gonca	KAZANCI	<i>E.Ü. Nevşehir Sağlık Yüksekokulu</i>

KÜLTÜR VE HEMŞİRELİK SEMPOZYUM PROGRAMI

4 TEMMUZ 2003

9.00 - 9.30 Kayıt

9.30 -10.00 Açılış Konuşmaları

10.00-11.00 Konferans

" Sağlık ve Hastalık Kültürü "

Prof.Dr. Bozkurt Güvenç

11.00-11.20 Ara

11.20-12.30 KONFERANS

"Sağlığın Sosyal Boyutu ve Postmodernizmin Sağlığa Getirdiği Bakış Açısı"

Doç. Dr. Zafer Cirhinlioğlu (Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi)

12.30-14.00 Öğle Yemeği

14.00-15.30 PANEL

"Kültür ve Hemşirelik Uygulamaları"

Moderatör: Prof.Dr. Ümit SEVİĞ

*Kültür Kavramı ve Hemşirelik

Yrd.Doç.Dr. Candan Öztürk (9 Eylül Üniversitesi HYO)

Yrd.Doç.Dr. Samiye Mete (9 Eylül Üniversitesi HYO)

* Transkültürel- Multikültürel Hemşirelik Deneyimleri

Doç.Dr. Sema Kuşuoğlu (Marmara Üniversitesi HYO)

Hem. İnci Ataseven öZTUNCA (Başkent Üniversitesi Alanya Hastanesi Başhemşiresi)

5 TEMMUZ 2003

9.00-10.30 KONFERANS

" Farklı Kültürlerde Hasta Yakını, Sağlık Personeli İlişkisi"

Prof.Dr. A. Zeki Yılmaz (E.Ü. Rektörü)

10.30-10.50 Ara

10.50-11.50 KONFERANS

" Toplumlar, Beslenme Alışkanlıkları ve Sağlıkla İlişkisi"

Prof.Dr. Türkan Merdol (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi YO)

11.50-13.30 Öğle Yemeği

13.30-15.00 PANEL

" Transkültürel- Multikültürel Hemşireliğe Gereksinimi Ortaya Koyan Olaylar"

Moderatör: Prof.Dr. Bozkurt Güvenç

: Prof.Dr. Nimet Karataş

: Prof. Dr. Ümit Seviğ

* Bir Hastalığın Farklı Kültürlere Göre Yaşanması

Prof.Dr. Nur İnanç (GATA Hemşirelik Yüksekokulu)

* Örnek Vaka Tartışmaları

15.00-15.30 Kapanış ve Değerlendirme

15.30- Gezi programı

SAĞLIK VE HASTALIK KÜLTÜRLERİ

Prof. Dr. BOZKURT GÜVENÇ

Küreselleşme Sürecinde “Çokkültürlülük”

Küreselleşme Süreci ve Kavramı

Küre Olan Dünya’da “Dünya Köyü” ve “Küreselleşme” ne Demek?

.*Çokkültürlülük: Multiculturality,*

.*Çokkültürcülük: Multiculturalism,*

.*Kültür aşırılık: Transcultural,*

. *Kültür: Yaşayarak Öğrendiğimiz Her şey.*

Küreselleşme süreci ve kavramı Küre olan Dünya’ da “Dünya Köyü” ve “Küreselleşme” ne demek?

- Çokkültürlülük : *Multiculturality*
- Çokkültürcülük : *Multiculturalism*
- Kültür aşırılık : *Transcultural...*

Kültür

Yaşayarak öğrendiğimiz her şey -ise?...

Bana verilen konu, “Sağlık ve Hastalık Kültürleri”ydi. Bu iki konu hayatımızın çok önemli iki kavramı, iki büyük sorunu. Aslında bu ikilem, ikili, ikizler birbirini tamamlıyor. Sağlığı hastalıktan bağımsık olma gibi tanıyoruz; hastalığı da sağlığın kaybedilmesi gibi kullanıyoruz. Dünyada çeşitli kıtalar, toplumlar, devletler, uluslar var. Bunlar çağlar boyunca birbirinin varlığını belki duydular ama, birbirinden uzakta, birbirinden bağımsız, çoğu zaman habersiz yaşadılar. Fakat yüzyıllardan beri olup bitenler, bu birbirinden habersiz yaşayan toplumların arasındaki ilişkileri çoğaltarak, iletişimi kolaylaştırarak onları sanki birbirlerine yaklaştırdı. Dünyanın beş kıtasında olup bitenlerden anında haberdar oluyoruz. Artık yalnız çevremizden değil, dünyada olup biten her şeyden anında haberdar oluyoruz. Kürenin boyutları değişmiyor ama küreselleşmenin hızı artıyor. Dünyanın boyutları değişmiyor, ama dünya üzerindeki yaşayan insanlar birbirinin varlığından haberdar oluyor. Hatta birbiriyle birlikte yaşamak zorunda olduğunu, birbirine katlanmak zorunda olduğunu, hatta birbirini tanımak zorunda olduğunu, söylemek istiyorum. Birbirimizle tanışalım, birlikte yaşayalım ama, kendi

kimliğimizi de kaybetmeyelim. Küreselleşme sürecinde dünyamız köyleşiyor, bir köy haline geliyor, köyde yaşayan insanlar birbirini tanırlar, ama birbirine benzemezler. Köylüler her sorduğunuzu tanırlar ama birbirine benzemediklerini bilirler. Amaç insanların benzeşmesi değil, benzemeyen varlıkların bir arda yaşayabilmesidir, işte “küreselleşme” den kastım bu. Birbirine benzeyen varlıkların birbirine benzemeyen varlıkların bir arada yaşayabilmesi için birtakım kavramlar, birtakım çözümler, bazı çareler düşünülmüş. Bunun başında da “çokkültürlülük” gelir. Yani dünyamız bir küredir ama, kültürlerin varlığındaki çeşitlilik bize bir zenginlik sunuyor. Tıpkı doğada olduğu gibi. Mesela doğayla ilgilenmişseniz, yüzbinlerce çeşit ağaç, yüzbinlerce çeşit böcek olduğunu görürsünüz. Bir gülün bile ne çok çeşidi var. Demek ki, doğa bile farklılıkları çeşitlilik içinde sürdürmeye çalışıyor. Amaç o çeşitliliği ortadan kaldırmak değil, oradaki o çeşitliliği koruyarak birliği, sürekliliği sağlamaktır. İşte bunun bir adı da çokkültürlülük, İngilizcesi *Multi Culture*. Çok kültürlülük bir olgudur, ama çok kültürcülük bir akımdır. Çok kültürcülüğü muhafaza etmeye, korumaya çalışmak çağdaş bir akımdır. Dünyada çeşitli kültürler var, ama bu küreselleşme süreci içerisinde onu nasıl koruyabiliriz; korumak için neler yapmalıyız, korumalı mıyız? Öyle kolay bir iş değil. Hem dünyanın çeşitliliğini koruyacaksınız, hem de küreselleşmesini savunacaksınız. Bu çeşitliliği korumanın bir adı “çok kültürcülük” ise, bir adı da “kültür aşırılığı”. Yani size benzemeyen dünyayı korumaktır; onları ortadan kaldırmak değil. Dünyayı kendimize benzetmek değil, bize benzemeyen dünyada yerimizi almaktır.

Benim konuşmam da böyle bir dünyada acaba sağlık ve hastalık kültürü ne anlama geliyor. Konuşmamın gündeminde, biraz önce de söylediğim gibi çok kültürlülük ve kültürcülük var. Amaç ideal olarak da çeşitliliğin korunmasıdır. Bu çeşitliliği Avrupa’da Amerika’da, Asya’da görüyoruz. Ulusal devletlerde kullanıldığını görüyoruz. Metropol kentlerde görüyoruz. Köyler, kırsal yerleşmelerde görüyoruz. Etnik çeşitliliklerde görüyoruz. Bir ülkede yaşayan çoğunluk ve azınlık ilişkilerinde görüyoruz.

Çokkültürlülüğün Korunması: Çok Kültürcülük, Birlik ve Çeşitlilik Sorunları (Çokkültürlülük ve Kültürcülük)

Gündem

Çokkültürlülük ve kültürçülük

- Avrupa'da, Amerika'da, Asya'da
- Ulusal devletlerde ve toplumlarda
- Ulusal bölge ve yörelerde
- Metropol kentler ve kırsal yerleşmelerde
- Etnik çeşitlilik: çoğunluk ve azınlıklar
- *Aborijin*'ler: Avustralya, Zelanda vb.
- Çokuluslu kurum ve sektörler: turizm vb.

8
1.08.2008

Amerika'da, Avustralya'da, Asya'da yaşayan etnik toplumlarda görüyoruz bu çeşitliliği. Çok uluslu kurum ve sektörlerde görüyoruz. Çok uluslu şirketler veya Birleşmiş Milletler, Avrupa topluluğu gibi birliklerde de bu çeşitliliği görüyoruz. Şimdi temel ilkeyi özetleyeyim: Birlik içinde çeşitlilik, çeşitlilik içinde birlik! nasıl sağlanacak? Amaç ne birlikten vazgeçmektir; ne de çeşitlilikten. Çözüm birlik içinde çeşitlilik, çeşitlilik içinde de birlik olacak. Çok basit örnek vereyim. Ülkemizin Karadeniz Bölgesiyle ülkemizin Güneydoğu Bölgesi. Şimdi Karadeniz Bölgesinde yaşayan insanlarımızın kişilik özellikleriyle Güneydoğu Bölgesinde yaşayan insanlarımızın kişilik özelliklerine baktığımızda hiçbiri ötekine benzemiyor. İkisi de Türk, ama birbirine benzemiyor. Yani kuzeye bakarsanız, gayet hareketli, neşeli, çılgınca hareketli bir varlık güneyde gayet sakin, sessiz hiçbir sorunu yokmuş gibi davranıyor. Kuzeyliler sürekli tartışıyorlar, kavga ediyorlar. Gerçi kuzeyde töre davası, namus davası var ama tartışmaları sonunda kızıyorlar, bağırıyorlar ama öldürmüyorlar. Güneyde hiç bağırma yok, birisi tabanca ile vurdu diyorsa, tabancayı komişere teslim ediyor. Bu iki insan birbirinden çok farklı. Acaba bu yalnız bizim ülkemizde mi böyle? Hayır bütün dünyada böyle çeşitlilik var. Bütün içerisinde daima çeşitlilik var. Ülkenin tümünde çeşitlilik var. Ülkemizde en azından altı kültür bölgesi var. Karadeniz, Akdeniz bir başka, Orta Anadolu bir başka, Doğu ve Güneydoğu kişilik özellikleri birbirinden çok farklı. Dünya literatürüne baktığımızda, uluslaşma sürecine bizden önce girmiş olan ülkeler birkaç yüzyıl önceden giren toplumlar, bu farkları kısmen ortadan kaldırmışlar, farklılığı kabul eder hale gelmişler. Biz, bu işlere ancak Cumhuriyetle birlikte başladığımız için daha yeni yeni açılıyor engine. Şöyle bir örnek vereyim 1957'de Kayseri'de Sakalsultan köyünde araştırma yapan Stirling yazdığı kitabında diyor ki, bu köyde Kayseri'yi görmüşlerin sayısı beş kişidir.

Halbuki yirmi yıl sonra ziyaret ettiğinde kızlar Kayseri'den, Adana'dan evleniyor, erkekler Almanya'da çalışıyorlar, yaşlılar Almanya'da çalışan çocuklarının ardından Almanya'ya gidiyorlar. Buna karşılık literatüre baktığımızda, mesela Avustralya yerlileri var. Çağdaş dünyada hâlâ, doğanın bir parçası olan insanlar. Onların da bir dünya görüşleri var. Bu insanlara "ilkel" demek büyük haksızlık ve yanlışlık. Çünkü bu insanların dünya görüşü ilkel değil, bu insanların gelişmiş öteki insanlara saygısı, ilgisi var. Şiddet son derece az. Birbirine saygılı son derece ahenk içinde çalışıyorlar. Belki dünyanın ihtiyacı olan barışı burada birlikte yaşamla simgeliyorlar. Bunların ikelliği sadece teknik araçlara sahip olmamak. Şimdi dünyanın gelişmiş ulusları bu kültürlerin yokolmaması için çalışıyorlar. Bunları yaşatmaya çabalıyorlar. Güçlü kültürlerin bunları yok etmemesine çalışıyorlar. Böyle birkaç örnek verilebilir. Bu çeşitliliği ortadan kaldırmamak lazım. Çeşitlilik bir defa ortadan kaldırılırsa bir daha yaratılamaz. Teknik bir arıza giderilebilir, bugün kaybettiğimiz bir araç yarın bulunabilir. Ama kültür, insanlığın ortak malı, onun kaybolmamasına çalışılmalı. Çünkü her kültür ürünüde yüzyıllarca, binlerce yıllık emek var.

Bu gün gündemimizi oluşturan insan! Şimdi buradan, sağlık hizmetlerine, hemşireliğe geçerken bir anekdotumu sizinle paylaşmaya çalışacağım. Bundan 40 yıl kadar önce Columbia Üniversitesinde antropoloji eğitimi görüyorum. Bir sağlık kurumunu ziyaret ettim. Sonra bir rapor yazın dediler. Bize verilen konular arasında bir ruh sağlığı kliniği olan genel hastane. Ruh sağlığı konusunda yöneticiler, burası çok özel bir kurum, hastalar adeta hapis, yani tecrit altında, biraz zor olur bu hastanede çalışmanızı tavsiye etmiyoruz. Başka bir sağlık kurumunun yöneticileriyle görüştim. Bir müracaat (information) bürosu var. Görevli bana "Hoş geldiniz bay Türk" dedi. Beni nerden tanıyorsunuz dedim, "davranışınızdan" dedi. İçeriye girdiğinizde ürkek ve kimseyi rahatsız etmeden, çok dikkatli bir şekilde yaklaştınız dedi. Biraz burada durun dedi. Mesela bak şu gelen gürültücü grup Yunanlı. Kızılca kıyamet, asansörle yukarı çıkacaklar. Hakikaten baktım, kendi aralarında Rumca konuşuyorlar. Bir kadın elinde çanta, hiç kimseye bir şey sormadan doğru asansörlere doğru gitti, daha önce gelmişti, ben kendisini tanıyorum. Kapıda yazılı birtakım ilanlar vardı. Bunları okuyacak dedi. Bu kişi Hollanda karışımı İsveçli. Derken bir başka grup, gerçekten hangi ülkeyse, adam tanıyor. Buna antropoloji diyorlar. Ama dedi sadece insanların davranışlarını gözlemleyerek biliyorum. Yani demek istediğim, kültürel çeşitlilik kimsenin tekelinde değil, kim bunlara dikkat ediyorsa, özen gösteriyorsa bir şeyler öğreniyorsa, bundan istenilen sonuçlar çıkarabilir.

Şimdi değerli arkadaşlarım, çalışmamızın başında, kültürün “belirleyici” olduğu söylendi. Bu tür davranışların arkasında bizi böyle davranmaya iten kültürel kalıplar (öğretiler) vardır. Ama hemen şunu belirteyim ki, kültürel kalıplar herkesin, her davranışını belirlemiyor, eşitlemiyor. Kültürel kalıplar bir toplumun en az yarısının nasıl davranacağını söyler. Geri kalan yarısı (aslında % 40’ıdır ama) kalan yarısında, bireysel ayrılıkları ortan kaldırmaz. Yani siz Türksünüz diye ille birbirinize benzer biçimde hareket etmezsiniz, kültürel bazı özelliklerini taşırsınız ama diğerlerinden farklı bir tarafınız da kalır. Yani bu insanın davranışlarını belirleyen kültür kalıplarını göreceksiniz ama bireysel farklılıkları da göz ardı etmeyeceksiniz. Hem genetiğin getirdiği o bireysel farklılıkları, hem de eğitimin getirdiği farklılıkları gözdardı etmeyeceksiniz. Çok boyutlu bir olay, kültürel, bireysel ve genetik ayrılıklar.

Hastalık-Sağlık kavramları ve Tanımları: Tıp mı, Kültür mü?

Kurumsal, Mesleki Tanımlar... Hastalık/Sağlık Tanım(lama)ları (WHO (DST) tanımı, Tıp ve Sağlık Bilimleri Tanımı, Epidemiyolojik tanımı)

Kurumsal, mesleki tanımlar...

Hastalık / Sağlık tanım(lama)ları

- WHO (DST) tanımı
- Tıp ve Sağlık Bilimleri tanımları
- Epidemiyolojik (endemik / epidemik)
 - Organik, semptomatik
 - Travmatik
 - Psikiyatrik
- **Kültürel:** demografik, ekonomik, politik



Şimdi böyle bir ortamda hastalığın ve sağlığın tanımlanması son derece zor bir konu. Niçin zor? Çünkü kim tanımlarsa hastalık ve sağlığı ona göre bir tanım ortaya çıkıyor. Çok ünlü bir tanım dünya sağlık teşkilatının bir tanımıdır. İnsanın bedenen, aklen, ruhen tam bir iyilik hali, her durumda kendini iyi hisseden, son derece mutlu. Böyle bir insan var mı dünyada, bilemem; çok merak ederim. Bu bir tanımdır. Tanımı çok zor ama ideal tanımı böyle. Çünkü insan öyle bir varlık ki, ötekenden bağımsız değil, eğer siz kendinizi iyi hissetmiyorsanız çevrenizdekiler kendini iyi hissetmiyor demektir. Tıp ve sağlık bilimlerinde iş biraz daha karmaşıktır. Biraz daha gerçekçidir. Tabi bir de biyolojik bulgular var, endemik bulgular var, efendim, başka neler var, epidemiler var. Hindistan’ın Yeni Delhi şehri: Gayet sağlıklı bir başkente benzer. Hemen kuzeyinde eski (asıl) Delhi var. Oraya gitmek istediğimde, bana siz

bilirsiniz ama gitmeseniz daha iyi olur dediler. Çünkü eski Delhi’de kolera hiç ortadan kalkmamış. Peki ne yapıyorsunuz dedim, hiçbir şey yapamıyoruz. O toplum bu tür hastalıklarla yaşamayı öğrenmiş. Bu kentte kolera, salgın değil endemik bir vaka. Biliyorsunuz trahom taşıyan sinekler çocuğun gözüne konmuş, iki gözü de sinekten gözükmüyor. Artık o kadar alışmış ki çocuk, sinekleri kovmuyor, bir tepki göstermiyor bile. Doktora sorarsanız trahom. Ama işte toplumsal tanımların da böyle sakıncaları da var. Buna belki tıbbi tanım diyemeyiz ama kültürel ve sosyal sınıflar burada da önemli. Soyumuz bir köyden geliyor. Köyün çevresi iki geniş vadide son derece rutubetli bir dere kenarı havası kapalı, bulutlu bir vadi. Yetişkinlerin % 20-25’i 25 yaşından sonra kan tükürüyor, tüberkülozlu fakat o köyümüzde, 1950’lere kadar “kan tükürmek” hastalık sayılmazdı. Adeta 25 yaşına geldiğinizde “kan tükürmeniz” gerekiyordu. O zaman tıbbın veya hemşireliğin işi biraz daha ağırlaşıyor. Çünkü hastalığı kabul etmeyen bir kişiye veya bir topluma, bunun bir hastalık olduğunu ve bir çaresi olduğunu anlatacaksınız. Zor bir iş. 1970’lerde Hacettepe’de Psikiyatri Başkanı Öztürk Amerikan Psikiyatri Derneği Başkanı’ni bir seminere çağırmış. Çok enteresandır konuk, hayatına bir fizikçi olarak başlamış, oradan biyolojiye geçmiş 35 yaşından sonra tıp okumuş. 40 yaşında psikiyatrist olmuş. 45 yaşında psikiyatri derneği başkanı seçilmiş. Bize psikiyatriyi anlattı. Konferansa şöyle başladı: dünyanın her yerinde psikiyatri-nöroloji asistanları, aslında psikiyatri biraz tıbbın dışında görünür ama, psikiyatri bütün tıbbi içine alır. Yaptığımız araştırmalara göre Amerika’da hastaların % 5-6’sı travma hastalarıdır, % 10’u fonksiyonel hastalıklar, organik hastalıklar, geri kalan % 85’i de değişik bir hastalıktır. Nedir? Bunların önemli bir kısmı hastadır fakat hastalığını kabul etmez, bir kısmı da iyidir ama sağlıklı olduğunu kabul etmezler, hasta olduğuna inanır. Yani % 85’i psikiyatrik vak’adır. Şimdi siz burada hemşire olun. İyi olduğunu söyleyene hasta, hasta olduğunu söyleyene de iyi olduğunu anlatacaksınız. Şimdi ben bunu istatistiki olarak verdim. Ama insan davranışlarına bakarsanız, hepimizde benzer eğilimler vardır. İşimizden şikayet ederiz. Ama doktora gitmeyi reddederiz. Bu yüzden bende dişlerimin yarısını kaybettim. Biraz daha meraklı olan kişi hasta olmadığı halde acaba kanser mi oldum, acaba verem mi oldum? der. Bu da bir tür hastalık. Ankara’da muayenehane açan bir arkadaşım var. Hastalarına bir yazı yazmış. Diyor ki, “Sevgili hastam, dünyayı değiştirmek istiyorsunuz biliyorum, ben de dünyayı değiştirmek istiyorum, acaba kendinizden başlamaya hazır mısınız?” Kendimizi değiştirmekten başlayamadığımız için dünyayı değiştirmeye kalkıyoruz. İnsan çeşitliliği öyle karmaşık ki, kendimizi değiştirdikçe dünyayı değiştirebiliriz.

Hastalık-Sağlık

Kültürel Tanım (*Demografik, ekonomik, politik*)

Şimdi kültürel, demografik, ekonomik ve politik sağlık biraz bunun etrafında dolaşalım. Kültürel yapı farklı, ekonomik yapı farklı, demografik yapı farklı. Ekonomik cevap bir başka türlü, demografik cevap başka. Yaşadığımız yerde görüyorsunuz. Eğitim sorunlarımız var. Ekonominin düzelmesi için insanların başka türlü eğitilmesi lazım. Peki nasıl çıkacağız? işin içinden. İşte zamanla iç ve dış borçlarımızı ödeyeceğiz. Böyle bir ortamda biz insanların Türkiye'yi düzeltmemiz zor. Baktığımız zaman sorunun içinden çıkamıyoruz, sıkılıyoruz. Sonuç olarak bireysel bunalımlar kadar, toplumsal bunalımları da yaşıyoruz. Geçen yıl bu mevsimlerde İzmir'de bir toplantıda idim. Sabah erken saatte kahvaltımı yapıyorum. Benden önce bir yurttaşımız gelmiş, bir masada gazetesini okuyor. Garson da beni yakın bir masaya oturttu. Bana doğru döndü, ters ters baktı vatandaşımız. Ben de baktım ama kendisini tanımıyorum, neden sert baktığını anlayamadım. “Günaydın, efendim” dedim. Daha da bir sertleşti. “Bu günün neresi aydın?” dedi. “Afedersiniz, ben kötü bir şey söylemiyorum. Gününüzün aydın olmasını diliyorum”. “Hay Allah nerden çıktı bu adam”, diyor. Şimdi adamın tepkisi kuşkusuz bana değildi, yaşadığı toplumda geçirdiği sıkıntılara karşı bir boşalmaydı. Sadece bireysel değil, toplumsal ruh sağlığımızda da sorunlar yok mu? Mesela dünya devletlerinde bizimle ilgili gözlemlerinde diyorlar ki: Türkler çok az gülüyorlar, birbirlerine çok sert davranıyorlar, birbirlerine çok sert cevap veriyorlar. Bilmiyorum dikkatinizi çekiyor mu? Bir yere telefon edersiniz, santral sizi adeta azarlar öyle günaydın'ı falan bırak, kimi istiyorsun söyle. Günaydın orası falanca yer mi? Ben falancayım Müdürü rica ediyorum. “Haa günaydın afedersiniz” diyor, ama önce sizi bir azarlar, Cemalciğim benim, o sen misin Bozkurtcuğum, kusura bakma sesini tanyamadım. Yani tanıdıklarımıza nazik, tanımadıklarımıza kaba davranıyoruz. Bu sağlık işareti değil. Kabul etmek zorundayız. Eğer toplumsal bir varlıksak karşılıklılığı kabul etmek zorundayız. Biz ne kadar iyi isek o da o kadar mükemmel. Şimdi buradan hastalık ve tedaviye geçelim.

Uzakdoğu'da Hastalık-Sağlık

Hastalık nedenleri ve tedavisi

- Uzak Doğu Asya'da (içten: *yin & yang*)
- Batı Avrupa ve Amerika'da (dıştan)
- Geleneksel kültürlerde (melez / harman)
- "İlkel" kültürlerde (iyi / kötü ruhlar, güçler)

Kültür-kişilik ve farklı dünya görüşleri

Batı: "İnsan doğaya egemendir!" (kontrol)

Güney: "İnsan doğaya bağımlıdır!" (kul)

Doğu: "İnsan doğayla barışıktır!" (uyumlu)

Dünyadaki kültürlere baktığımızda Uzak Doğu'da, Asya'da, Batı Avrupa'da birbirinden ilkel kabilelerde, birbirinden farklı hastalık kavramlarının varlığını görüyoruz. Uzak Doğu'da hastalık dıştan gelen bir faktör değildir. Uzak Doğululara göre, bütün canlılar her türlü hastalığa karşı içten korumalı yaratılmıştır. Yani onu yaratan (Tanrı) canlıyı bütün hastalıklara, felaketlere kötülöklere karşı korumuştur. İnsan bir hastalıkla karşılaştığı zaman vücut ona karşı direnir, ama yeterli, başarılı olmuyor ise sebebi dışarıda değil, içerdedir. Yani insanın yaşamında öyle şeyler vardır ki, hücreler gerekli proteini, enzimi, antikoru sağlayamıyor. Öyleyse hastalığın nedeni içerde ise tedavisi içerde bulunmalıdır ve bu yüzden Çin tıbbı, koruyucu tıptır, koruyucu hekimliktir. Hekimler, sorumlu oldukları kişilerin sağlıklı yaşamaları için ne gerekiyorsa onu yerine getirmelidir. Bu biraz değişti tabi fakat hâlâ temel düşünce böyledir. Sağlıklı insan için çözüm, insanın kendi içindedir, dışında değil. Batıya gelince olay biraz değişir. Batı tıbbı hastalığın dışarıdan geldiğini kabul eder. Öyleyse çözüm de dışarıdan olmalı. Dışarıdan bir müdahaleyle hastalığı ortadan kaldırmak gerekir. Ne yapalım? İlaç verelim, olmazsa ameliyat edelim; o, ruhu, hastalığı, kötülüğü oradan çıkartalım. Batı tıbbının da temeli bu. Geleneksel tıpta bu iç ve dış meselesi biraz harmanlaşmış, bazı hastalıklar dışarıdan gelir, dışarıdan geldiği için dışarıdan tedavisi gerekir, bazı hastalıklar içerden gelir, tedavinin içerde bulunması gerekir. Mesela Orta Anadolu'nun köylerinde sağlık sorunlarında sağlık ocağına gidiyorlar, köylüler ve sağlık ocaklarına bağlı yerleşimler kalp yetmezliği, dolaşım hastalığı, apandisit, fıtık gibi, ameliyat edilecek şeylerde doktora giderler. Fakat ruh sıkıntılarında doktora gitmezler, hocaya giderler, bilirkişilere giderler, "Ocaklara" giderler. Gerekçesini sorduğumuzda derler ki, sizin okullu (tıbbiyeli) hekimler bizim dilimizden pek anlamıyor. Ne demek anlamıyor? Gördüğüm kadarıyla gönlüm bun alıyor diyorum kan muayenesi iyi geliyor diyorlar. Halbuki bunun kanla ilgisi yok, burada başka bir iç sıkıntısı var, sizin doktorunuz bunu anlamıyor burada çok ilginç bir durum var.

Köyde çalışan bir doktor köyün sıkıntısını bilmiyor, köy kültürünü bilmiyor, ama köyde çalışan bir hoca biliyor köyün sorunlarını, adam aşık mıdır, derdi mi var, bir kan davası mı var. Sorunu bildiği için çözümü de buluyor. Ama siz kültürü tanımıyorsanız, onun ruh sıkıntısına çözüm bulamıyorsunuz. Hatta en etkili sağlık ocaklarında bile köylüler, bedensel hastalıklarla, ruhsal hastalıklar arasında bir bağlantı kurup bazı yerlerde muskayı, tercih ederler, hocayı tercih ederler, hatta büyüü tercih ederler. Şöyle bir örnek vereyim. Bazen özelleştirmenin bize verdiği yanlış örnekler de var. Sanıyorum 1971'deki askeri müdahalede Eskişehir'deki bölge örfi idare komutanı bir bildirge yayınladı. "Benim bölgemde yağmur duası yasaklanmıştır". Bu kadar! Yani köylüler artık yağmur duasına çıkmayacak. Tabii herkes biliyorlar ki, yağmur duasıyla yağmur arasında bir ilişki yok. Yani yağmur duasına çıkmakla yağmur yağmaz. Ama köyüler yine yağmur duasına çıkarlar. Neden çıkarlar? Belki yağmuru yağdıramazlar ama, yaklaşan bir felakete karşı aralarında bir dayanışma ilişkisi kurarlar. Felakete karşı dayanışma. Biri pilavını pişirir, öbürü davasını keser etini verir, yemek yiyeceğiz, paylaşacağız, daha büyük bir felaket geldiği zaman bu dayanışmayı devam ettireceğiz. Yani toplum yaklaşan bir felakete karşı, dayanışma kültürünü pekiştirerek sağlıklı olmaya hazırlıyor. Şimdi bölge idare komutanının bilmediği de şudur: Yağmur duası yağmur getirmez ama yağmur duası toplumsal bir kurumdur. Ne zaman dua yanlış uygulama olabilir, eğer sizin çeşmelerinizden, sizin tarlalarınızdan gürül gürül su akarken, siz hâlâ yağmur duasına çıkıyorsanız bu mantık dışıdır, bâtıldır. Ama suyun olmadığı yerde yağmur duasının çok bilinçli, çok insani bir fonksiyonu var. İşte bunu anlamadığımız zaman çağdaşlaşmada, modernizasyonda kalkınmada da, büyük yanlışlıklar yapabiliyoruz. İlkel kültürlerde sağlık ve hastalık kavramı çok değişiktir. İnsanlarda bütün canlılarla ortak bir yol paylaşmaktadır. Hastalık ve sağlık bir yoldur, geçicidir, insanlar içindir, canlılar aleminin mantığı onu gerektiriyordur. Onlar hastalığı da sağlığı da hemen hemen "doğal" kabul ederler. Yalnız onlara göre dünyada iyi ve kötü güçler vardır. Sağlıklı ve mutlu olmak için iyi güçlerin bize dost olması, kötü güçlerinde bizden uzak olması gerekir. İşte o bölgede şamanlar, yaptıkları totemlerle kötü ruhları, kötü güçleri uzaklaştırıp, iyi ruhları davet ederler. Bireylerin ve toplumun daha sağlıklı yaşamasını sağlarlar. Şimdi özetlemeye çalıştım. Bu dört çeşit sağlık ve hastalık anlayışı: Temelde insan olmanın veya kişiliğimizin dünya görüşüne bağlantısı var. Dünyada kültür kişilik sistemlerinin üç farklı bakışı var. Birincisi batıda rastladığımız insan ve toplum doğaya egemendir. Tanrı bütün dünyayı bizim için yarattı, biz de onu ne kadar kullanırsak (denetlersek) o kadar medeniyiz, bu bir dünya görüşüdür: İnsan ve toplum doğaya egemen olmalı. Avını, ağacını kesmeli, Suyunu

tüketmeli, dağını ortadan kaldırmalı, havasını kirletmeli... Her şey insan için. İkincisi, güney kıtalarda, dünyamızın güney kısmında rastlanılan dünya görüşüdür, insan doğaya bağımlıdır, doğanın bir parçasıdır, ona fazla bir şey yapamaz, doğa egemendir. Doğuda ise Çin'de ve Japonya'da daha farklı bir dünya görüşü var. Orda deniyor ki İnsan da doğanın bir parçasıdır. Onunla uyum içinde, ahenk içinde yaşaması gerekir. Bu barış içinde birlikte yaşamak için de doğayı iyi tanımak gerekir. Siz doğayı ne kadar iyi tanırsanız, doğaya ne kadar saygılı davranırsanız, doğa da size aynı şekilde anlayış gösterir; bolluk, bereket ve barış içinde yaşarsınız. Çağdaş teknoloji ve bilimin çevre bilimine göre insanın çevresini daha iyi tanması gerekir. Daha iyi tanıdığımız zaman daha iyi bir hayat içinde yaşarsınız. Tanımasanız ona zarar verebilirsiniz, o da sizden bunun intikamını alır. Bilmiyorum dikkatinizi çekiyor mu?. Bugüne kadar görülmemiş fırtınalar, seller (Ninya), dünya üzerinde büyük felaketler ortaya çıkıyor. Şimdi bunun sebebini araştıranlar diyorlar ki insanlar küçük küçük doğaya o kadar büyük zararlar veriyorlar ki, sonunda doğa bizimle hesaplaşıyor. Siz teker teker yüzlerce, binlerce hayat kurtarıyorsunuz, bir felaket yüzbinleri götürüyor. Bir dalga geliyor yüzbinleri götürüyor. Yani insanları ve toplumların eğitiminde bir temel eksikimiz, yanlışımız var. İnsanın dünyadaki yerini, insanların dünya görüşünü ihmal ediyoruz. Dalıp gidiyoruz. Bildiğimiz gibi yaşıyoruz. Üzerine fazla “düş”müyoruz, düşünmüyoruz. Evrende yerimiz nedir? Amacımız nedir? Neler yapmalıyız, nasıl yapmalıyız? Evet bu size karışık gelebilir, şöyle iki cümleyle özetleyim. Temelde iki hastalık ve sağlık anlayışı vardır. Bir, hastalığın sebebi dışarıdandır. Öyleyse tedavisi dışardan olmalıdır. Diğer bir anlayış hastalık sebepleri dışarıda değil, içerdendir, bizim içimizdedir. Eğer biz dünyamıza bakış açımızı değiştirirsek bedenimize yaşama fırsatı verirsek hastalıklara karşı direncimizi artırırız. Daha sağlıklı yaşayabiliriz.

Hemşirelik Hizmetlerinde Çok Kültürlülük / Kültürcülük

Hemşirelik hizmetlerinde ... çokkültürlülük / kültürcülük

Olgular, faktörler, sorunlar

- Dini inançlar, tabular, töreler
- Doğal felaketler, kitlesel göçler
- Savaşlar, siyasal sığınmalar
- Limanlar, havayolları, gümrükler
- Çocuk ve yaşlı bakımı

Fırsat eşitliği mümkün mü?

Şimdi gelelim hemşirelik hizmetlerinde çok kültürlülük ve kültürcülük. Burada çeşitlilik dediğim olay, birdenbire bir patlama gösteriyor. Yalnız toplumlar değil, dinler, mezhepler, tarikatlara, dünyayı birbirinden farklı bir şekilde tanımlıyorlar ve sağlık personelinin bu farklı olayları, bu farklı uygulamaları önce bilmesi, sonra hoşgörülü olması ondan sonra karar vermesi gerekiyor. Bu farkları ortadan kaldırarak sorunları önleyemezsiniz, çözüm sağlayamazsınız. Ancak bu farklılıklarla ne yapabileceğimizi araştırmak gerekir. Doğal felaketlere çok fazla bir şey yapamayız ama, çevre eğitimi bize gösteriyor ki, çevreye karşı duyarlı olursak bazıları önlenabilir. Dini inançlarla beraber tabular (yasaklar) da önemlidir. Şunu yiyeceksin, bunu yemeyeceksin. Şunu içeceksin bunu içmeyeceksin. Hayvan şöyle kesilirse yiyebilirsin, böyle kesilirse yiyemezsin. Şimdi bunların bir kısmının mantığı (gerekçesi) vardır, elbette. Eğer çok sıcak bir iklimdeyseniz, buzdolabında besinleri koruyamıyorsanız, besinler çok kısa sürede bozulur. Mesela Uzak Doğu'da bir uygulama vardır. Dolaba yemek koymazlar; yemek pişirilir ve yenir. Sebebi pişmiş yemeği bekletirseniz iki saat sonra yemek küflenir. Limonu keserseniz, bırakırsınız iki saat sonra geldiğinizde limonun üzerinde yemyeşil bir küf vardır, o kadar canlı bir iklim ve ortam. İslam dünyası gibi sıcak ülkelerde yağlı besinler o bakımdan yasaklanmıştır. Çünkü çok çabuk bozulurlar. Bunları yediğiniz zaman sağlığınız bozulabilir. Bu bakımdan tabu'lar (yasaklar) vardır, töreler vardır. Ancak tabular ve töreler çok da ileriye götürülmemelidir. Mesela bir olay anlatayım size, Avrupa'da bir toplantıya giden bir Türk çantasında tabak ve çatal bıçak götürmüştü. Sormuşlar, neden tabak getirdiniz? Sizin tabaklarınıza domuz eti deymiştir, bizim dinimizce haramdır. Şimdi bize biraz komik geliyor, bu tür davranışlara "bâtıldır" demekle onu değiştiremezsiniz. Hele inancı hiç değiştirmemezsiniz. Buna saygılı olmak zorundasınız. Şimdi son zamanlarda uluslararası hava yollarında usul var. Uzunca bir yolculuk yapıyorsanız, yediğiniz veya yemediğiniz besinleri soruyorlar, ona göre servis yapıyorlar. Veya bazı açıklamalar var, bu et yemeğinde domuz yoktur, yani güvenlidir yiyebilirsiniz. Bu hayvan "dini kurallara uygun olarak" kesilmiştir. Bizim kurallarımıza göre. Bu çeşit töreler, tabular, inançlar var. Hemşirelik hizmetinde de bunu kabul etmek zorundasınız. Yani sağlıklı insanları değiştirmek mümkün değil, hasta insanları nasıl değiştireceksiniz? Kabul ederek, saygı duyarak, ikna edilebilir. Savaşlar, göçler, siyasi sığınmalar işleri güçleştiriyor. Birinci körfez savaşında yüzbine yakın Iraklı Türkiye'ye iltica etti. Yani kurtulmak için kendini Türkiye'ye attı. Bu insanlar yeme içme adetleriyle bizden farklıydı. Düşünün eğer siz buna hazırlıklı değilseniz, insanlara sadece bir çadır vermekle, su vermekle bu insanların sorunlarını çözemezsiniz. Hemşirelik hizmetinin kriz dönemlerine

göre hazırlanması gerekiyor. Belki bir kriz ekipliği gibi deprem ekipliği gibi bir deprem hemşireliği gerekir; en yakınlarını kaybetmiş insanların davranışlarının normal olmasını bekleyemezsiniz. Benim oğlumun bir arkadaşı var. Bu son depremde enkaz altında 24 saat kalmış. Aradan üç yıl geçti ama hâlâ tam normal değil. Yaşiyor, işine gidiyor, fakat, kapandı, sevincini kaybetti, hal hatır sormuyor, bir başka dünyada yaşıyor sanki. Yani depremden kurtuldu ama depremin travmasından kurtulamadı. Şimdi bu insan neden böyle davranıyor, artık kurtulmuş, hayatı normal olsun. Normal olsun diyoruz ama demek ki olamıyor. Zaten “normal” dediğimiz istatistik bir kavramdır. Çoğunluk (modal) eğilimi yüzde kırksa (% 40) normaldir, geri kalan % 60'ı normal değildir. O zaman hemşireler normallere göre mi yoksa anormallere göre mi, hareket etsinler? İstatistik açıdan, insan hakları açısından normal olmayan çoğunluğun ön plana çıkması gerekir. Savaşlar ve savaşların yol açtığı göçler, düşünün yerlerinden kopmuş, bir yerlerde barınmaya çalışıyorlar. Bu insan hayatı boyunca alıştığı her şeyden uzak kalmış, yemesi içmesi, uyuması, bütün alışkanlıklarını kaybetmiş ve gelmiş sizden yardım bekliyor. Bu insanları anlamak, onlara yardımcı olmak zor zenaat. Çağdaş dünyamız küçülüyor ve bunun sonucu olarak insanlar daha çok seyahat ediyor ve daha çok birbirini tanıma fırsatı buluyor. Bir sabah TV’de, bir masada kuzeyli olduğunu tahmin ettiğim bir grup oturuyordu. Bir masada da Japonlar. Bunların davranışları birbirinden çok farklı. Bu farklılıklara duyarlı, bunu bilen, bunu anlayanlar olmalı, sadece yabancı dil bilmek yetmiyor. Biraz kim olduğunu, beklentilerini bilen kişilere ihtiyacımız var, anlayışlılara ihtiyaç var. Japonya’ya uçak servisimiz var. Hosteslerin yarısı Türk yarısı Japon. Yemek siparişlerini alırken Japon hostesler servis yapıyor, öteki işlerde, Türk hostesler. Aralarında güzel bir iş bölümü yapmışlar. Daha iyi hizmet veriyorlar. Gümrüklerde benzer sorunlar var. Turizm için Türkiye’ye gelmesi için, reklam yapıyoruz, para sarf ediyoruz, ama Türkiye’ye geldiği zaman onu saygıyla karşılamıyoruz. Gümrükte de özel hizmetlere ihtiyacımız var. Şimdi bu günkü açılış konuşmasında kültür farklılıklarına ek olarak, bir de “alt kültür” karşımıza çıktı. Mesela bir toplumu oluşturan bireyler kadınlar ve erkekler. Ama kadınlar ve erkekler sanki iki ayrı dünyada yaşıyor. Kadınlar dünyası, erkekler dünyası! Kadınlar birbirlerini daha iyi anlıyorlar, erkekler anlamıyorlar, bu bir alt kültür. Kadınların dünyası erkeklerinkine, erkeklerin dünyası kadınlarinkine benzemiyor. Şöyle bir çarpıcı örnek vereyim size. Bir otobüs durağında otobüs bekliyorum. İki kadın. Birisi genç 30 yaşlarında, birisi 45 civarında orta yaşlı. Birinin elinde bir çanta, ötekinin elinde bir bohça. Kardeş nereye gidiyorsun dedi? Orta yaşlı. Bizimki dedi şofördür. Dün akşam dedi kalbi tıklamış, hastanede. İşte ona pijama götürüyorum. Seninki nedir? Benimki

de emekli, dün akşam çok kaçırmış, düşmüş, kafasını yarmış, bir şeyler götürüyorum bizim körolasıcaya. Şimdi bu iki kadın birbirini hiç tanımıyor, hiç tanışmadan dertleşiyorlar. Neden çekiniyorlar? Erkeklerden, erkek milletinden yakınıyorlar. Düşünebiliyor musunuz iki erkek bir otobüs durağında karşılaşmış, eşlerini çekiştiriyor. Erkekliğe yakışır mı? Kadınlar belki o yüzden biraz daha uzun yaşayabiliyor. Sıkıntılarını, streslerini birbirine anlatıp, boşalıyor. Şimdi bu çeşitlilik içersinde hemşirelik hizmetlerinde eşitlik sağlamak gerekir.

Hemşirelik Eğitim Programları

Hemşirelik hizmetlerinde ve eğitim programlarında

Çokkültürlülük & çokkültürcülük

- Yandaş, *olumlu* görüşler: Genel eğilim!
- Karşıt görüşler, eleştiriler: *Abartılıyor!*
- Temel referans: Leiningen (1991 ve 1997)
– *The Transcultural Nursing.*

Program geliştirme denemelerinde:

- *Bilgi, anlayış, duyarlık, hoşgörü eğitimi!*

İletişim konusunu sabahleyin bir öğrencinin sorduğu soruyu sizinle paylaşmak istiyorum. İnsan nedir kimdir? insan kelimesi ne demek? Bu soruyu cevaplarırken insan kelimesi ne demek? Sözlüklerde araştırdık, Arapça'dan geliyor anlamı, ilişki kuran varlık! Şimdi çocukluğumuzdan beri ailemizle olan ilişkimiz var. Bir konuya aşına olmaktır, ilişki kurmak. Bir çiçeği tanırınız. İnsan kelimesinin anlamı ilişki kuran varlık demektir. İnsan kelimesini anlamı ilişki kuran ama çoğumuz bilmeyiz. Bir konuya aşına (bilen) olmaktır, ilişki kurmak, yani doğayı tanırınız, insanı tanırınız, bir sanatı tanırınız, yalnız insanı değil. Japonya'da bir deneyimim oldu, bir Japon çocukla, o Japonca konuşuyor, ben Türkçe. Belki bir saat konuştuk, ne konuştunuz, valla çok güzel şeyler konuştuk. Peki neyle konuştuk ses tonumuzla konuştuk, sevgi dolu anlayışla "insanca" konuştuk. Şimdi çocuklarımızdan sohbetlerde, okullarda dinleriz, ilimde irfanda hep dinleriz dünyada hiçbirşey bağımsız değildir. Her şey her şeyle ilişkili. Her şey her şeyle ilişkili de neyle bağımlı, çamaşır ipiyle mi, telefon teliyle mi, yahut internetle mi? Evet her şey her şeyle bağımlı ama dille bağlı. Şimdi burada bu dil yalnız ağızımızın içinde ki o kemiksiz organımız değil. Bu dilden çok kıyafetimizle verdiğimiz, davranışla iletişim, sözümüzle, halimizle, tavrımızla, bakışımızla, yüzümüzdeki çizgilerle. İnsanoğlu sadece sadece diliyle konuşmuyor, insanoğlu bütün hali,

varlığıyla konuşur. Bebeklerin anne sesini tanıdığını biliyoruz. Anne sesinin tonunu tanıyor. Anne sesini duyduğunda çocuk rahatlıyor. İnsan çok yönlü iletişim kurabilen bir varlık. Şimdi hemşirelikteki önemi: Efendim ben onun dilini bilmiyorum, o benim dilimi bilmiyor bu bir mazeret. Dikkat eden dikkatini esirgemeyen kişi o dilini bilmediği insanı tanıyabilir, onunla iletişim kurabilir. Bunun ödülü de büyük olur. Çünkü o da bir insan o da sizin aynı dili konuşmadığınızı biliyor. Ama iletişim sizin çok yakınınızdır. Benim babamın köyünde Türkçe konuşanlara “yabancı” demezler. Gelenler eğer Türkçe konuşmuyorsa yabancıdır. Demek ki dilimizi konuşanları biz kendimizden sayıyoruz. Son olarak bir anektotum var. Polonya’da genç bir adam geldi. Otobüste yanıma oturdu kendisini tanıttı. Norveçli tarih profesörü imiş. Siz kimsiniz, ben Türküm dedim. Ben Türkiye’den geliyorum. Türkiyeli mi? Avrupa’ya ne katkınız oldu ki buraya çağırdılar. Siz sadece bizi öldürdünüz ve korkuttunuz. Böyle bir soru beklemiyordum. Biraz şaşırdım. Bu otobüsü beğeniyor musun? dedim. Evet dedi çok güzel. İnanmayacaksınız ama bu otobüs Türk malı dedim. Sonra, buraya geldikten sonra ailene telefon ettin mi dedim. Edemedim dedi. Edemediğini bildim de sordum, sarı telefonları deneyin. Türk malıdır ve çalışıyor. Gayet soğuk bir şekilde ayrıldık. Ertesi sabah kahve molasında, özür dilerim, efendim, dedi. Otobüs Türk malıymış, karım da size teşekkür ediyor, telefon için. Şimdi bakın biz çok güzel iletişim kurduk. Ben de akşam düşündüm. O zaman size bir çift sözüm var, beni iyi dinle. Siz kuzeyden Norveç’ten geliyorsunuz. Bergen’i tesadüfen gördüm. Sizi Avrupa’da pek “Avrupalı” saymazlar. Sen bir “Viking” sin. Sen bir kuzeylisin, kuzey insanısın, denizcisin. Konuşmalarımız insanca olmalı değil mi. Ama bak dedim beni görünce kendini “Avrupalı” hissediyorsun. İşte biz, Avrupa’ya ve size bunu kattık. Kalktı yüzü kızardı. Birden gidemedi, döndü geldi elini omzuma koydu. Dedi ki, Bizim memleketimizde pek adet değildir. Ama, müsaade edersen “seni kucaklamak” istiyorum. Şimdi benim bu kişiye sunduğum bir insanlık, tarih dersidir. Beni nerde görürse gülerken el sallıyor, nedeni iletişim! Nasıl? Ama bütün bir gece bu adamla karşılaşınca ona nasıl davranacağımı kendi kendime sordum ve hazırlandım. Aslında söylediğim çok ağır. Sen Avrupalı değilsin ama ben seni Avrupalı yapıyorum. Teslim olmak zorunda kaldı. Dili bilmeseniz bile insanlarla iletişim kurabilirsiniz. Çünkü insanlar iletişime açıktır. Hastanın beklediği ilk şey anlaşılmalıdır. Birincisi dinlersin, ikincisi anlarsın. Üçüncüsü de anladığımı belli edip bir şeyler söyler, yaparsın.

Çağdaş Sorunlar Eğilimler

Çağdaş eğilim ve yönelimler

Sağlık antropolojisi gerekli

- Önem ve öncelik kazanıyor
- *Sosyal Antropolojiye Giriş* yeterli değil!
- "Dünya köy"ünde herkes eşitlenmeyecek!

Bilgi toplumunda eğilimler

- Hasta bakım hizmetlerinden...
- Koruyucu tıp danışmanlığına ve Geriatri (yaşlı) yönetimine doğru ...

Eğitim kurumlarında uzmanlaşma..

- Program geliştirme denemeleri yaygınlaşıyor
- Lisansüstü alan ve düzeylerde çeşitlilik artıyor

11.05.2004

SAĞLIĞIN SOSYAL BOYUTU VE POSTMODERNİZMİN SAĞLIĞA GETİRDİĞİ BAKIŞ AÇISI

Doç. Dr. Zafer Cirhinlioğlu¹

Giriş

Sayın Valim, Sayın Rektörüm, değerli meslektaşlarım ve çok değerli katılımcılar; sözlerime başlamadan önce hepinizi saygı ile selamlamak isterim. Aranıza beni davet ederek büyük incelik gösteren Sayın Ümit Seviğ hanımefendiye özellikle teşekkürü bir borç bilirim. Gerçekten de sağlık alanı ile sosyal bilimler alanının birbirinden kopuk gibi görünüyorsa, aşmanın en etkin yollarından birisinin her iki alan mensuplarının zaman zaman bir araya gelerek düşüncelerini, bakış açılarını paylaşmalarından geçtiğine olan inancım tamdır. Özellikle akademi dışındakiler, sağlık alanını, tıp alanının özel bir konusu, sosyal bilimleri de toplumsal sorunların özel bir alanı olarak görme eğilimindedirler. Oysa, bizler artık çok iyi biliyoruz ki, her iki alan birbirlerinden ayrılamayacak kadar ortak konuları, araştırma alanlarını paylaşmaktadırlar. En azından katkılarınızla düzenlenen bu toplantı da bu gerçeği yeniden hatırlamamıza yardımcı olmaktadır. Günlük işlerimize uğraşırken belki de bu iki disiplin arasındaki ilişkilere dikkatimizi çevirme fırsatı bulamamaktayız. Tıp mesleğine katılmış olanlar ya da sağlık alanlarında çalışanlar özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde büyük iş yükü altındadırlar. Sadece tıp ilkelerini uygulayarak, hastalıklara çözüm yolları düşünmekten ve mesleğin özel sorunlarından fazlaca etkilendiklerinden çalışma alanlarının doğası ya da diğer disiplinler ile olan bağlantıları üzerinde yeteri kadar duramamaktadırlar. Bunun tersi de kanımca doğrudur. Yani, sosyal bilimciler de uzun zamandır, sağlık alanlarını bir inceleme/araştırma konusu olarak görme eğilimini yaratamamışlardır. Bu eğilimin en büyük delili şüphesiz ki, hem akademik hem de kamuya dönük çalışmaların hem nicel hem de nitel boyutunda bulunabilir. Hepimizin bilgisi dahilindedir ki, sosyal bilimleri tıp bilimleri ile ilişkilendiren çalışmalar, Türkçe’imizde oldukça azdır. Yapılan az sayıdaki çalışmalar da son on yılda ortaya çıkan çalışmalardır. Bunların bir kısmı tıp camiasından bir kısmı da sosyal bilim camiasından gelmiştir. Tıp

¹ Cumhuriyet Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Sivas. cirhin@cumhuriyet.edu.tr

camiasından gelen çalışmalar arasında özellikle, İlhan Belek'in (1998), çalışmaları dikkat çekmektedir. Sosyal bilimler ve özellikle sosyoloji alanında yapılan çalışmaların en son örneğini de meslektaşımız Nurşen Özçelik Adak'ın (2002), *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*, konulu tez ve kitap çalışması ile vermiştir. Açıktır ki bu çalışmalar, bu alanın ilk ve belki de en önemli yazarı olan, çalışmalarını hepimizin yakından bildiği Nusret Fişek'in (1983) açmış olduğu çizgide, amacımızı ve hedefimizi çok daha genişletecek bir görünümde dirler. Aynı şekilde, Türk Tabipler Birliği'ndeki değerli hekim dostlarımızın çıkardığı *Toplum ve Hekim* adlı derginin de aynı amacı gerçekleştirme de büyük katkıları olduğunu bu vesile ile belirtmek isterim. Birçok olumsuzluklara rağmen, Türkçe literatürün her geçen gün geliştiğini ileri sürmek yanlış olmayacaktır.

Ancak, üzümlere belirtmem gerekir ki, takip etmeye çalıştığım İngilizce literatür ile Türkçe literatürün hiçbir şekilde karşılaştırılması mümkün değildir. Özellikle, II.Dünya Savaşından sonra İngiltere ve ABD'de Sağlık Sosyoloji diye sonradan daha uygun bir deyimle adlandırılan Medical Sociology alanı, hem sosyal bilimcilerden hem de sağlık bilimcilerinden büyük bir rağbet görmüştür. 1960 ve 70'li yıllarda ise, bu alanda üretilen eserlerin sayısı binlere ulaşmış bulunuyordu. Bu da şunu göstermektedir ki, ülkemizde yeni yeni başlayan böyle bir ilgi, sözünü ettiğim ülkelerde daha önceleri başlamış, akademik çevreler sağlık ile sosyoloji arasındaki ilişkileri görmüş ve açığa çıkarmaya çalışmışlardır. Burada dikkat çekici nokta, sağlığın aslında toplumsal olaylar ile yakından ilgili olduğu üzerinde geniş bir uzlaşının olmasıdır. Batı toplumları hem modern tıbbın kurucuları hem de modern sosyal bilimlerin kurucuları olarak, bu iki alanı bizlerden daha önceleri bir araya getirmeyi başarmışlardır. Bu buluşturmanın gayesi, tıp alanlarındaki sorunların nasıl toplumsal sorular ile ilişkili olduğunun bilgisini ortaya koymaktı. Böylece, bireylerin daha ucuza, çok daha sağlıklı ortamlarda yaşamalarının önü açılmış olacaktı. Bu cümledeki "daha ucuz" deyimini Batılı yöneticiler için en dikkat edecekleri nokta gibi durmaktadır. Gerçekten de bilindiği gibi sağlık harcamaları, tüm diğer hizmet sektörlerindeki harcamalar gibi, toplumsal maliyeti yüksek olan harcamalardır. Yöneticiler, doğal olarak her ülkede bu maliyetleri en aza indirmek isteyeceklerdir. Bu bakımdan, eğer sağlık sosyolojisi alanında üretilebilecek bilgiler böyle bir amaca hizmet edecekse -ki Batı toplumlarının yöneticileri buna inanmış görünmektedirler- ekonomik manada yatırım yapmaya değerdir. Bu inançla olsa gerek, Batı toplumlarında bu alan görülmemiş bir hızla gelişme kaydetmiştir. Özellikle, ABD'de sosyal bilim geleneğinde tıp sorunları ile ilgilenen sosyologlar arasında oldukça yaygınlaşmış, sosyolojinin başlıca alanları arasına girmiştir. Sadece, Sağlık Sosyolojisi ile ilgilenen

Üniversite bölümleri ortaya çıkmış ve sağlık eğitiminde etkin roller alan sosyal bilimciler aranır olmuştur. Ülkemizdeki son yıllardaki artan akademik ilgi bu bakımdan hiç de şaşırtıcı değildir. Kanımca önümüzdeki yıllarda da bu trend giderek artabilecektir. Özellikle de sağlık alanında etik konusunun daha fazlaca irdelenmesine olan ihtiyacımız su yüzüne çıkacaktır. Yine bir başka çalışmada dile getirdiğim gibi, bu araştırmalar yapıldıkça meslekten olanlar ve olmayanlar da daha iyi kavramaktadırlar ki, “sağlık sorunları, çözümü sadece hekimlere bırakılamayacak kadar ciddi sorunlardır”.

Yinede belirtmem gerekir ki, ülkemizdeki mevcut durumu çok gelişmiş kapitalist toplumlardaki durumla karşılaştırmaya çalışmamın nedeni, moralleri zaten bozuk olan az gelişmiş ülke aydınlarının morallerini daha da bozmak değil, tam aksine araştırma alanında hangi konumda olduğumuzu anlayarak, mevcut konumumuzu daha ileri noktalara götürebilmek için, hızımızın artmasını tetiklemektir.

Sağlığın Toplumsal Temelleri

Değerli dinleyiciler, izin verirsiniz, sağlık sorunlarının toplumsal temellerini irdeleyen araştırmalardan çeşitli örnekler vermeden önce, güncel bazı olaylara değinerek konunun, sadece akademik bilgi alanları ile değil, pratik hayatımızla ya da halkın günlük hayatı ile ne ölçüde ilişkili olduğunu göstermek istiyorum. Hepimizin de yakından izlediği bir anlamda da izlemekten bıkkınlık getirdiğimiz yeni bir Sağlık İlişkilerini düzenleyen kanunun tartışması yapılmaktadır. Bıkkınlık geldiğini vurguluyorum yaşı uygun olanlar hatırlayacaktır ki, ülkemiz de buna benzeyen sağlık alanlarını kökten reforme eden kanunlar zaman zaman tartışılmış, kimileri hayatiyet kazanmış, ama sağlık sorunlarımız bütün şiddeti ile devam etmiştir. Örneğin, bugünlerde tartışılan ve sağlık alanının vazgeçilmezi olarak düşünülen, hekimlerin tam zamanlı çalışması gerekli kılacak düzenin kurulmasına yönelik yapılan öneriler, 1978 yılında görev alan hükümetçe, halkçı bir tutum olduğu düşünülerek, hayata geçirilmişti. Ancak, hiç de başarılı olmadı; hekimler büyük tepki gösterdiler, sokaklarda gösteriler yaptılar. Tam zamanlı çalışma uygulanamadı. Yani, hekimlerin bir kısmı (örneğin, TBB'nin yayınlarında belirtildiği gibi) tam zamanlı çalışmanın hekimlerin onurlarını korumaları, hekimliği ticari bir meslek olmaktan çıkaracak sihirli bir anahtar gibi görürlerken, piyasa hekimliğine alışmış olan kimselerin ilkesel olarak bu tür çalışmayı kabul etseler bile, pratikte görmek istemeyecekleri aşıkardır. Sağlık Bakanlığımızın en üst kesimlerinde görev yaparak emekli olmuş bir bürokratin, tam-zamanlılığı savunan görüşlerini dinledikten sonra kendisine anlattıklarını nasıl uygulanacağını sordum. Aldığım yanıt, Türkçe'de tanık

olduğumuz klasik bir yanıtı. Şöyle dedi, “demokrasilerde halkı arkanıza almadığımız sürece herhangi bir yasayı/tebiri uygulama şansınız yok. Biz de bu sorunda halkı arkamıza aldığımızda tam-günü uygulayabiliriz”. Ömrünü tıp camiası içinde geçirmiş, sağlık soruların neler olduğunu çok iyi bilen bu bürokratımızın gözden kaçırdığı bir nokta vardı. Nasıl olacak ta halkın desteği sağlanacaktı? Demokrasilerde halkın desteği nasıl sağlanır ya da destek istemek ile destek sağlanır mı? Halk desteklemediğinde yapılan işler gerçekten yanlış mıdır? Ya da daha radikal bir tutumla, bu sorular tersine çevrilirse, sağlık uygulamalarında yani, vatandaşın sağlığının söz konusu olduğu alanlarda, siyasi sistem demokrasi bile olsa, halkın desteğine ihtiyaç duymak ya da bu beklenti içinde olmak gerçekten gerekir mi? Kalıplaşmış siyasal değer yargılarımızla düşündüğümüzde, “halkın desteği” gibi büyülü bir yaklaşımın sihirli bir anahtar gibi işleyerek her kapıyı açıp, sorunları çözeceğine inanma eğilimdeyiz. Oysa, halkın gerçekten nasıl davrandığını dolayısıyla neler istediğini bireyler olarak sorunlarına nasıl çözümler ürettiğini saptayabilmenin yolu sanırım, tıp alanından ziyade sosyal bilimler alanı ile ilgili olmaktadır. Halkın sağlık sorunlarına bakış açılarının anlaşılması tıp kuramlarının ya da tıp alanının marjlerinde geliştirilmiş olan disiplinler çerçevesinde bulunabilecek bir sorun gibi durmamaktadır. Oysa sosyoloji ve psikoloji gibi alanlar tamamıyla bu sorunlar ile uğraşmaktadırlar. Sosyoloji kuramlarının ödünç alınarak tıbbi analizler yapmaktansa, tıp sorunlarını sosyal terimler ve kuramlar ile anlamaya çalışan alanlarda yoğunlaşmak seçenekler arasında en doğrusu gibi görünmektedir². Şunu belirtmeye çalışıyorum; günlük hayatımızı yakından etkileyeceği ve sadece tıp alanına özgü olduğu düşünülen tedbirler/yasalar ancak sosyal bilimlerin açılımcı bilgileri ile kalıcı olma şansı vardır. Hemen belirteyim ki, katılımcı gözlem tekniği kullanarak yaptığım bir araştırmada Türk halkı kendi bireysel sağlık sorunları da dahil olmak üzere, sağlık sorunlarına “geçici davranış kalıpları” geliştirerek yaklaşmaktadır. Örneğin, ciddi sağlık sorunları olan birisi, hastanede olduğu sürece kendisine azami özenin gösterilmesi için beklenti içerisinde olmaktadır. Bunu da çeşitli şekillerde açığa vurmaktadır; örneğin hastaneye ya da bir hekime başvurmadan önce çeşitli referanslar kullanmakta bunu beceremese, halk deyişi ile torpil aramakta, hekime tanış çıkmaya çalışmakta, hiçbir şekilde bunlarda başarılı olmasa en

² Bundan dolayı olacaktır ki, makalelerinden etkilendiğim, çok değer verdiğim, bazı yabancı yazarların bir vesile ile hayatları hakkında bilgi sahibi olduğum da şaşırıldığımı, bazen da hayrete düştüğümü itiraf etmeliyim. Bu yazarlar, hastanelerde mesleklerini icra eden hekimlerdi. Oysa, yazdıkları makaleler, ancak uzman sosyoloji kuramcılarının becerebilecekleri kadar tarihsel ve sosyal bilimsel bilgiler ile doluydu. Tıp bilgilerinin üstüne hayret verici bir şekilde sosyal bilgi de koymuş olan yazarlardı bunlar. Ancak, bu makaleler onları tıpcı olmaktan ziyade, sosyal bilimci yapıyordu. Bu tarz araştırmayı tercih ederek daha doğrulara erişmeyi hedeflemiş olsalar gerek.

azından hekime şirin görünmeye, onu kızdırmadan en iyi bakımı almaya çalışmaktadır. Yani, sağlık sorunu bu kimse için hasta olduğu müddetçe vardır ve bu şahıs hastalığı konusunda talepkardır, en azından belli bir arayış içindedir. Ancak, talepkarlığı ya da arayışı tedavi olma yoluna girdiğinde düşme eğilimi içine girmekte, iyileşme sağlandıktan sonra tamamen ortadan kalkmaktadır. Tipik Türk hasta ilaçlarını hekim dediği şekilden ziyade, kullanmayı yarıda kesen ya da daha güvendiği kişilerin gösterdikleri şekilde ve sürece kullanan hasta değil midir? Çünkü hastalık onun için anlaşılmalı, sorun en azından çözülüyor gibi olmuş, her şey “normal”e dönmeye yüz tutmuştur. O halde talepkarlık, istek ve beklentilerinden vazgeçerek hayatın, normal alanlarına geri dönebilir. Daha açık söyleyecek olursam, kendi hastalığı konusunda bile ısrarını ve ilgisini kolayca dağılabilen bir hasta tipi ülkenin sağlık sorunlarına ne ölçüde yaklaşım sağlayabilir. Bireysel temelde sağlık sorunu ancak belli bir süre için vardır ve daha sonra yoktur. Dolayısıyla, şimdi sorulması gereken soru, bürokratomuzun, halkın desteğini alarak sağlık reformu yapılabileceği gibi kalıp yargısını yeniden hesaba katarsak sorulacak soru şu hale gelmektedir; “hangi halk”. “Nasıl bir topluluğun desteği”.

Konuyu daha canlı kılmak için sizlere daha dikkat çekici bir örnek vermek isterim. Ülkemiz birkaç ay öncesinde, tarihi bir genel seçim yaptı. O günlerdeki parlamentoda ağırlığı olan partilerin hepsini siyasi arenanın dışında bıraktı. Hatırlayacağımız gibi o günlerdeki kamuoyu yoklamalarına bakılarak seçimi kazanması kuvvetle olası olan ve şu anda da parlâmentoyu oluşturan, iki partinin lideri Uğur Dündar’ın Arena adlı programını davet edilmişlerdi. Seçime yaklaşılacak bir zamanlama seçilmiş olduğundan kamu oyunca en çok izlenen program görüntüsünü kazanmıştı. Liderler birkaç saat ülkenin gündemini tartıştılar. Fakat, bizi bu tartışmada ilgilendiren husus, programın bitmek üzere olduğu, gece yarısından sonraki bir saatte cereyan etti. Programın sunucusu, liderlere en son olarak şu soruyu sormuştu; “efendim, süremizin bitmesine üç dakika kaldı, bu süre içerisinde sırası ile partileriniz, sağlık ve eğitim konusundaki görüşlerini anlatabilir misiniz”. Sunucu, partilerin, eğitim ve sağlık konularındaki görüşlerinin üç dakikalık görüşler mi olduğunu düşünmüştü. Ya da bu alanlardaki konuların Türkiye açısından önemsiz mi olduğunu düşünmekteydi? Doğal olarak asıl neden, bunların her ikisi de değildi. Ünlü sunucumuz muhakkak ki, reyting peşindeydi ve ülkeyi yönetmeye hazırlanan liderlerden halkın, sağlık ve eğitim konusundaki görüşlerini bilmek istemeyecekleri düşünmekteydi. Halk daha ziyade, o seçimlerde yolsuzluklar ile ilgilenmiş, kendi sağlık sorunları ile ilgilenmemişti. Ama bunun nedeni gerçekten de ciddi bir sosyal bilim sorusu olarak durmaktadır. Birçok açıklama yapılabileceği gibi, yukarıda açıklamaya çalıştığım, genel eğilimin ağırlıklı bir rol oynadığını

düşünmekteyim. Halkımız için sağlık sorunları ancak olduğunda var. Sonrasında yok. O halde, olmayan bir soruna nasıl olup da kamu oyu desteği bulunacaktır. Sağlık alanında çalışanların bir sorunu gibi değil daha ziyade sosyal bilimcilerin bir sorunu gibi durmaktadır.

Kısaca şunu vurgulamak istiyorum, sağlık sorunları sadece tıp alanındaki bilgiler ile çözülebilecek gibi değildir. Aslında kimilerine göre bu sorun interdisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (Turner, 1992).

Örneğin, hastalık kavramının bile başlı başına incelenebilir olması ne tıp alanında ne de sosyoloji alanında gelişen bilgiler ile olmuştur. Felsefe alanında üretilen bilgiler belki de tıp alanındaki bilgileri allak bullak etmiş, modern tıbbın temellerinin atılması ile neticelenmiştir. Bizler de kendi tarihimizden hatırlayacağımız gibi, insan vücuduna yönelik yaklaşımlar daha ziyade dinsel temelli olmuştur. İnsan vücudunun kutsal sayılması dokunulmaz farz edilmesi hatta emanet olarak bizde olduğu gibi din kaynaklı görüşler sadece İslam geleneğine aitmiş gibi düşünme eğilimindeyizdir. Oysa, özellikle dinsel konuların çok yoğun biçimde tartışıldığı Orta Çağ boyunca bu tür konular Hıristiyanlık teolojisinin başlıca konuları arasında idi. Kutsal sayılan Tanrı vergisi olan insan vücuduna el vurulması bir anlamda Tanrının yaratımına nüfus edilmesi anlamına geliyordu ve dolayısıyla Tanrı'ya bir başkaldırı gibi algılanıyordu. Bu Hıristiyanlık ile İslamiyet'in insan vücuduna temelde pek de farklı bakmadığını bize göstermektedir. Ancak, bizim kültürümüz de, böyle bir anlayış hala etkisini biçim değiştirerek devam ettiği halde Hıristiyanlık bu düşüncüyü birkaç yüz yıl önce aşmış bulunmaktadır. Örneğin, bizler, Tıp fakültelerine giden kız öğrencilerin erkek vücutlarına el vurup vurmamalarının günah olup olmadığını halen güncel bir konu olarak tartışırken, Batı felsefe geleneğinde, Descartes, 17.yy'da Vücut'u Ruh'dan ayırarak vücudun kutsallığı ile dünyeviliğini birbirinden ayırt edecek bir yol buluyordu. Buna göre, maddi öğeler içeren Vücut artık incelenebilir, dokunulabilir, bozulan kısımları tedavi edilebilir olmuştur. Vücut bu dünyanın malıdır Ruh ise diğer dünyanın. Vücut fiziki özellikler taşımaktadır Ruh ise kutsal ve manevi özellikler taşımaktadır. Böylece, vücut incelenmiş, hastalıkların mikrobiyolojik özelliklerinin incelenmesi için uygun bir ortam sağlanmış oldu. Kanımca, bu açılım modern tıbbın doğmasında en önemli düşünsel dönüşümdür. Çünkü, Descartes'in bu yaklaşımından yaklaşık iki yüz yıl sonra, hastalıkların asıl nedeninin mikroplar olduğu keşfedilmiş, 1882 de Koch tüberküloz mikrobunu keşfetmiş 1897 ile 1900 yılları arasında 22 çeşit enfeksiyona neden olan mikrop keşfedilmiş bulunuyordu. Günümüze kadar hastalıklara ilişkin keşifler sürdüğü gibi hastalıklara ilişkin bakış açılarımızda da ciddi

dönüşümler oldu. Hastalıklara sadece mikropların yol açtığı gibi bir görüşle başlayan gelişme çizgisi günümüzde çok değişik, açıklamalarını çoğulcu nedenlere dayatan görüşlere terk etmiş bulunmaktadır. Artık hastalıklar, sadece mikropların ya da gözle görülmeyen canlıların ürünleri değildir. Dünyanın küçülmesi ile ülkelerin birbirleri ile kıyaslama olanaklarının da artmış olduğunu aşıkardır. Bu bakımından, araştırmacılar artık, bir toplumda hastalıkları meydana getiren nedenlerin çoklaştırılması fikrinden de vazgeçerek, niçin belirli bazı grupların diğerlerine göre hastalıklara ve ölüme duyarlı olduklarını (Locker, 1983) açıklamaya çalışmaktadırlar. Çok gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere, hemen hemen her ülkede hastalıklara, bireyin içinde bulunduğu sınıfsal koşullar, yaşadığı mahalle, gelir düzeyi, eğitim, meslek gibi faktörler etkili olmaktadır. Bunlara ek olarak, toplumsal bütünleşme, toplumsal destek sistemleri, medeni hal, vs. gibi diğer faktörler de sayılabilir. Bireylerin hayattan beklentileri, tecrübeleri, davranış kalıpları da hastalıkların ortaya çıkmasında ve bireylerin ya da grupların hastalıklara karşı hassasiyetlerini etkileyecek faktörler arasındadır. Yani, kısaca vurgulamak gerekirse, mikroplar temelinde yapılan açıklamalar artık yerlerini çok daha geniş bakış açılarına terk etmiş bulunmaktadır. Özellikle, Freud ile başlayan hastalıklara yaklaşımı psikolojik temellerde etkileyen akımlar da bu açıklamalarda kendi yerlerini alınca, hastalıkları açıklamak ancak çok daha geniş bir kuramsal zemini gerekli kılmıştır. Bu zemin içinde görüleceği gibi, en önemli payı, toplumsal öğeler tutmaktadır. Bu zeminin, hastalıkları anlamamıza yaptığı katkılar birçok araştırma bulgularınca açıkça ortaya konulmuştur. Bunlardan bazıları o kadar açıktır ki, araştırmalar ile saptamamıza bile gerek yoktur. Örneğin, hepimiz çok iyi biliriz ve şahidiz ki, her hangi bir şehrin fakir mahallelerinde zengin mahallerine göre hastalıklar özellikle bulaşıcı hastalıklar çok daha yaygındır. Yine günümüzde sağlıklı yaşam denince akla hemen sigara alışkanlığı gelmektedir. Tıp bilimi, sigara içiminin kesinlikle sağlığı olumsuz bir şekilde etkilediğini saptamış olduğu halde ülkemizde hala çok sayıda insanın sigara içiyor olmasının nedenleri doğaldır ki tıp biliminin dışında kalınarak cevaplanabilecek bir sorudur. Yani, sigara, içiminde aile sorunları, taklit, büyüklere özentisi, sözü geçen biri olma gibi etkenlerin ne ölçüde rol oynadığının saptanması sosyal bilimlerin alanına girmektedir. Sanayileşme süreci ile birlikte birçok hastalık kalıpları da ortaya çıkmıştır. Sanayileşmemiş kesimler üzerinde yapılan çalışmalar, bu bölgelerde yaşayan bireylerde, sanayileşme ile birlikte yaşa bağlı tansiyonun arttığı gözlenmiştir (Prior, 1974). Kalp hastalıklarının bu süreçle yakından ilgili olduğu bilinmektedir. Yine, yeme alışkanlıklarının da kalbi etkilediği hepimizin malumudur. İşsiz bireyler üzerinde yapılan bazı araştırmalar da gösterdi ki, bu kesimde de diğerlerine göre kalp hastalığı daha fazla

görülmektedir. Bunun başlıca iki nedeninden söz edilmektedir; 1) İşsiz kalan bireylerin hayat standartları düşmektedir, 2) Diğer insanlar ile olan ilişkileri zayıflamakta, toplumsal rollerini yerine getirmekte güçlükler çekmekte ve stres kronik hale gelmektedir.

Sosyolojinin ana konularından biri de, toplumsal hareketlerdir. Bu bağlamda özellikle 1960'lı ve 1970'li yıllarda yapılan araştırmalar gösterdi ki, iş değiştiren, oturduğu yeri değiştiren, hayat koşullarını değiştiren insanlar hastalıklara daha fazla yakalanmaktadırlar. Örneğin, çiftlikte çalışan birisinin şehirde yaşamaya başlaması ile birlikte ciddi kalp rahatsızlıklarına yakalanma olasılığının arttığı bulunmuştu (Syme, at all, 1964). Aynı şekilde, kırsaldan kente göçen birisinin kansere yakalanma riski daha da artmaktadır (Haenzel, at all, 1962).

Bir başka araştırma ise, boşanma olgusunun sağlık üzerindeki etkilerine dikkat çekiyor. Buna göre, boşanmışların ya da dulların, ölüm oranı evli çiftlere göre daha yüksektir. Yine aynı oran erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuş.

Bu araştırmalardan belki de daha önemlileri, konumuzla daha yakından ilgili olanları "sınıf" ve "sınıfsal ilişkiler" üzerine yapılan araştırmalardır. "Sınıf" kavramı sosyolojinin ana kavramlarından biridir. Genellikle bir bireyin ya da grubun toplum içerisindeki konumunun saptanması için kullanılmaktadır. Bu bakımdan, hemen hemen her toplum -şekli değişiyor olsa bile- sınıflı bir toplumdur. Dolayısıyla, sınıflı toplumlarda bireyler yukardan aşağıya doğru sıralanmaktadır; yani, hiyerarşik bir düzen içinde olduklarını söylemek mümkündür. Sorulacak soru şudur: bir sınıflı- yani hiyerarşik düzen içinde- bireylerin sağlıkları nasıl korunmaktadır, bireylerin sağlıkları bu koşullardan nasıl etkilenmektedir. Bir araştırmaya göre (Dutton, 1989), fakirlik kötü sağlık koşulları üretmekte, kötü sağlık koşulları da fakirlik üretmektedir. ABD'nin fakir bölgelerinde çocuk ölümlerinin ortalamalardan çok daha fazla olduğu saptanmıştır. Ölüm oranları siyahlarda daha fazlaymış ve bulaşıcı hastalıklara çok daha fazlaca maruz kalıyorlarmış. Kalp hastalıkları düşük gelir gruplarında zenginlere göre üç kat daha fazla çıkmış. Düşük gelir grubundaki insanlar, daha tehlikeli işlerde çalışmakta ve bu iş yerlerinin çevresel düzenlemeleri de belli bir standardın çok altında kalmaktadır. Çevre kirliliğine maruzdurlar. Çocuklar aşırı gürültülü ortamlarda büyümektedirler. Bu ortamlarda büyüyen çocukların tansiyonları anormal düzeylerde seyretmekte, kalp atışları normal dışında olmakta, bilişsel/davranışsal bozukluklar gözlenmektedir. Fakir kimselerin yaşadıkları evlerin de fiziki koşulları oldukça olumsuzdur. Bu evlerde fareler bulunmakta, yangın tehlikesi ile karşı karşıya yaşamaktadırlar, su, elektrik sorunları yaşamaktalar, kanalizasyon sorunları

çözülememektedir. Üstelik bu olumsuz koşullarda ki evlerde çok sayıda nüfus barındırılmaktadır. Kalabalık evlerde yaşayanlar, dinlenebilecek zamanı ve fiziki ortamı bulamamaktadırlar, Bütün bu nedenlerden dolayı, stresleri ve enfeksiyonlara karşı hassasiyetleri artmaktadır.

Toplumsal hiyerarşinin en alt kesimlerinde yaşayan bireyler zaman içerisinde kendilerine saygıyı yitirmektedirler ve kendi kişilikleri üzerindeki kontrol zayıflamaktadır. Maddi güçleri yeterli olmadığından toplumsal izolasyon içerisinde yaşamaktadırlar. Oysa toplumsal ilişkileri az olan kimselerde tüberküloza, şizofreniye, alkolizme ve çeşitli kazalara daha fazla rastlanmaktadır. Toplumsal izolasyon içerisinde yaşayan kimselerde stres daha fazla olmakta kalp krizi geçirmiş kimselerde daha düşük düzeyde stresi olan diğerlerine göre dört kez daha fazla ölüm oranına rastlanmaktadır.

“Bireylerin sürmüş oldukları hayat tarzı hastalıkların temel nedenlerini oluşturuyor değildir, ama bu hastalıklara yönelik hassasiyetleri etkilemektedir” (Boyce, 1983:193). Arkadaş ve aile çevresi, güçlü kültürel bağlar, kişilere dayanıklılık ve devamlılık gücü vermektedir. Bu yolla aile bir de kimlik kazanmaktadır. Örneğin, “aile içinde rutin olarak yapılan etkinliklerin stres ve hastalıklar arasındaki bağı zayıflatıcı etkisi olduğu gözlenmiş” (Boyce, 1983:194). “Aile içinde oraklaşarak ve düzenli yapılan etkinlikler arttıkça, çocukların solunum yolları hastalıklara daha az yakalandıkları saptanmış” (Fiese, 2002:385).

Fakir bölgelerde yaşayan kimseler sağlık hizmetlerinden çok az yararlanmaktadırlar. Zenginlere göre çok daha az hekime başvurumaktadırlar. Zenginler bu bakımdan da kendilerine kişisel olanaklar yaratmaktadırlar. ABD bile nüfusun %19'nun sağlık sigortası bulunmamaktadır.

Görüldüğü gibi, bireylerin sağlıkları ile içinde yaşadıkları toplumsal sınıf koşulları arasında yakın bir ilişki vardır. Bu ilişkiyi vurgulayan diğer bir örnek de, Freund ve McGuire (1991), ın yaptıkları araştırmada bulunabilir. Buna göre, 1930'larda İngiltere'de kronik kalp yetersizliğine, üst sınıf erkeklerin hastalığı olarak bakılırdı. 1950'li yıllarda ise, bu hastalık artık bir alt sınıf hastalığı haline gelmiş. Benzer bir eğilim ABD'de de gözlenmiş (Susser, at all., 1985), Bu dönüşümün nedeni olarak üst sınıfların kalp hastalıklarına karşı geliştirdikleri davranış kalıpları gösterilmektedir. Yani, kalp hastalıklarının beslenme ile olan ilişkisi tıbben açıklık kazandıktan sonra, üst sınıflar daha dengeli beslenmeye başlamışlardır ve spor olanaklarını artırmışlardır. Bu olanaklardan ve bilinçlenmeden mahrum olan alt sınıflar ise bu hastalığa daha fazla yakalanır olmuşlardır. Yine benzer şekilde, alt sınıflarda büyüyen

çocuklar, sağlıklı koşullarda büyümediklerinden, çocuk felcine karşı bağışıklık kazanmışlar, dolayısıyla üst sınıftaki çocukların bu hastalığa yakalanma riskleri daha fazla olmuş. Ancak, çocuk felci aşısı keşfedildikten sonra, üst ve orta sınıflar aşı olanaklarından daha fazlaca yararlanmaya başlamışlar alt sınıflarda bu hastalık çok daha fazla gözlenir olmuştur.

Yukarda sıralanan araştırmalardan bazı örnekler açıkça göstermektedir ki, bireylerin sağlıkları içinde buldukları toplumsal koşullar ile ve bu koşulların yaratıldığı sınıfsal ilişkiler ile yakından ilişkilidir. Bireylerin hangi hastalıklara yakalanacakları ya da yakalanmayacakları aslında, bir ölçüde, içinde doğdukları sınıfsal koşullar ile belirlenmektedir. Yine, toplum içinde yaşarlarken, kurdukları ilişkiler, yaşam tarzları, toplumsal rolleri, statüleri, toplumsal hareketlilikleri, gibi olgular bireylerin sağlıklı olup olmayacakları konusunda en etkin rolü oynamaktadırlar. Aslında, bu faktörlere görünmez faktörler de dense yerinde olabilir. Çünkü, hastalıkları mikrop temelinde açıklayan yaklaşımlar ve özellikle halkın arasında, hastalıkları bu şekilde algılama gelenekleri, hastalıkların toplumsal kökenlerinin açık bir şekilde görülmesini engellemektedir. Oysa, modern anlayışlarımız ve özellikle günümüzde geliştirilerek yaygınlaşan anlayışlar hastalıkları sadece bireysel olarak istenmeyen bir durum gibi algılanmanın çok ötesine gitmiş bulunmamaktadır. Bir başka açıdan bakıldığında, aslından hastalıkları bireysel zeminde ele almak toplumsal koşullardan uzaklaştırmak, yöneticilerin, sorumluların, hastalıklardaki payının göz ardı edilmesi için mazeret zemini yaratılması anlamına gelmektedir. Gerçekten de hastalıkların toplumsal koşullar ile ilgili olması zorunlu olarak yirminci yüz yıl toplumlarının en belirgin özelliklerinden olan eşitsiz yapılanma özelliğini de vurgulamamızı zorunlu kılmaktadır. Bir başka deyişle, toplumsal eşitsizlik aslında sağlıklı bir hayat yaşayıp yaşayamayacağımızı da bizlerden bağımsız olarak etkilemektedir.

Toplumsal Eşitsizlikler

Eşitsizlik kavramını iki bakımdan ele almak mümkündür. Birincisi, bir toplum içindeki eşitsizlikler (ki bu eşitsizlik var olduğundan dolayı sınıflardan bahsetmek mümkün olmaktadır). İkincisi, ülkeler arasındaki eşitsizlikler. Nasıl bir toplum içinde fakirler ve zenginler var ise, dünya ölçeğinde düşünüldüğünde fakir ve zengin ülkelerden söz etmek mümkündür. Hemen vurgulanabilir ki, bir bireyin sağlıklı olması, ülkesinin içinde bulunduğu zenginlik ve fakirlik basamağı ile yakından ilgili olduğu kadar, ülkesinin diğer ülkeler ile kıyaslandığı zaman, gelişme çizgisinin neresinde bulunduğu ile de yakından ilgilidir. Yine

vurgulayabiliriz ki, günümüz ekonomik ve toplumsal ilişkileri eşitsizlik üzerine kuruludur. Ülkeler arasındaki farklar, sağlıklı yaşamlar arasındaki farklar gibidir. Bu bakımdan ülkeler arasındaki farklara kısaca bir göz atmak belki de ne ölçüde sağlıklı yaşayabilme kapasitesine sahip olduğumuzu anlamamıza yardımcı olabilecektir.

Ülkeler arasında eşitsizliklere ilişkin en çok bilinen karşılaştırmalar Birleşmiş Milletlerin periyodik olarak yayınladığı araştırma raporlarında bulunmaktadır. Bu raporların bizlere sunduğu bilgiler zaman zaman iç karartıcı boyuttadır (Belek, 1998; Civelek, 2001; OECD, 2001; UNİCEF, 2001; UN, Report on the World Social Situation, 2001; UN, Human Development Report, 2002; WHO, the World Health Report, 2002):

- Günde bir dolar ya da altında yaşayan insan sayısı 1.2 milyar.
- Aileleri temiz içme suyu bulamadığından, her yıl bir milyondan fazla çocuk ishalden ölmektedir
- ABD’de dahil, altı çocuktan bir tanesi fakirlik sınırında yaşamaktadır.
- Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun üçte biri her gece aç olarak uyumaktadır.
- Gelişmekte olan ülkelerde nüfusunun dörtte biri içme suyundan yoksundur.
- Gelişmekte olan ülkelerde nüfusunun üçte biri insanlık dışı, yoksulluk sınırlarının altında yaşamaktadır.
- Dünya nüfusunun %12’sini oluşturan sanayileşmiş yedi Kuzey ülkesi, (ABD, Japonya, Kanada, Fransa, İtalya, ve İngiltere), dünyada tüketilen toplam katı yakacağın, %43’ünü, kağıdın %64’ünü alüminyum, bakır, kurşun, nikel ve demir gibi madenlerin, %55-60’nı tüketmektedirler.
- Dünya nüfusunun sadece %5’ini oluşturan ABD, dünyada tüketilen katı yakacağın, üçte birini, kağıdın üçte birini, tüketmekte, mevcut artıkların ise %50’sine neden olmaktadır.
- Dünyanın en üst gelirine sahip %20’lik nüfusunun gelirinin, en alttaki %20’lik nüfusun gelirine oranı, 30’a birden, 78’e bire ulaşmış bulunmaktadır (1994 hesabı ve eğilim giderek artmaktadır).
- Dünyadaki 385 milyarderin, yıllık geliri, dünya nüfusunun %45’inin gelirinden daha fazladır.
- Dünyadaki en büyük 500 şirketten, 170 kadarı ABD, 130 kadarı Japon şirkettir.

- Kişi başına düşen gelir, örneğin Norveç'te 33 bin, ABD 27 bin, Türkiye'de 2600 dolarken, az gelişmiş ülkelerde bin doların altına düşmektedir. Yani, Norveç'te yaşayan bir kişi, az gelişmiş bir ülkede yaşayan birine göre, yaklaşık otuz üç kat daha fazla mal ve hizmet üretebilmektedir.
- 88 gelişmekte olan ülke arasında Türkiye (2001 krizinden önce) Brezilya ve Peru'dan sonra on sekizinci sırada yer almaktadır.
- Dünya nüfusunun %20'si, dünyada üretilen mal ve hizmetlerin %80'nini tüketmektedir.
- Dünya nüfusunun en zengin %1'inin geliri, en fakir %57'sinin gelirine eşit.
- Amerika nüfusunun en zengin %10'nun geliri, dünya nüfusunun en fakir %43'nin gelirine eşittir. Bir başka açıdan, en zengin 25 milyon ABD'linin geliri, yaklaşık olarak 2 milyar kişinin gelirine eşittir.
- Dünya nüfusunun en zengin %5'nin geliri, en fakir %5'nin gelirinden 114 kat daha fazla.
- Dünya nüfusunun yarısı açlık ile karşı karşıyadır.
- İlk okul yaşında olan 680 milyon çocuktan, 113 milyonu okula gidememektedir; bu çocukların %97'si gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır.
- 90'lı yıllarda 50 milyon kişi savaşlar ve iç çatışmalar nedeniyle evini terk etmek zorunda kalmıştır. Dünyada 10 milyon mülteci, 5 milyon evsiz insan vardır. İç savaşlarda, son on yılda, 5 milyon kişi yaşamını yitirmiştir. Yaklaşık 6 milyon kişi sakat kalmıştır.
- Amerikalılar yemek porsiyonlarını %10 küçülttüklerinde, Afrika'da aç insanın kalmayacağı hesaplanmaktadır
- 200 büyük şirket, dünya ekonomisinin dörtte birini kontrol etmektedir.

Sağlık konusunda eşitsizlikler ise şu şekilde sıralamak mümkündür, (Belek, 1998; Civelek, 2001; OECD, 2001; UNİCEF, 2001; UN, Report on the World Social Situation, 2001; UN, Human Development Report, 2002; WHO, the World Health Report, 2002):

- Sağlıkta eşitsizlikler küresel eşitsizlikler gibi değildir. Bir ülkede yaşayan hatta çok gelişmiş bir ülkede yaşayan bir birey, diğerlerine daha eşitsiz bir konumda olabilmektedir. Bu bakımdan belki de en eşitsiz ülke ABD'dir.
- Küresel olarak risk faktörleri önem sırasına göre şu şekilde sıralanabilir: normal kilonun altında olma, güvenliksiz cinsel yaşam, yüksek tansiyon, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı, temizlik ve hijyen, demir eksikliği, ev içinde katı yakıt dumanı, yüksek kolesterol ve obesite.
- Normal kilonun altında olma sorunundan, gelişmekte olan ülkelerde yılda üç milyondan fazla çocuk ölmektedir. Buna karşın, bir milyar yetişkin aşırı kilolu ve bunlardan 300 milyon kadarı klinik olarak obez. Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da yılda yarım milyon kişi obesiteden ölmektedir.
- HIV virüsü taşıyan toplam 40 milyon hastadan, 28 milyonu Afrika'da yaşamaktadır.
- Kuzey Amerika, Avrupa ve Pasifik Asya'da ölümlerin üçte biri, sigara, alkol, tansiyon, kolesterol ve obesiteden kaynaklanmaktadır. Dünyada, kolesterol yılda 4 milyon kişinin, sigara 5 milyon kişinin, tansiyon 7 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır.
- Ölüm hızı ile sosyo-ekonomik düzey arasında ters orantı vardır. Ölüm hızı toplumsal sınıflara göre farklılaşmaktadır.
- Hayat beklentisi açısından bakıldığında, dünya ortalaması 66 iken, çok gelişmiş ülkelerde, örneğin, Norveç'te 78, gelişmekte olan ülkelerde 50-64 arası ve gelişmemiş ülkelerde 48, Türkiye'de ise, 69 yıl olmaktadır.
- Dünya nüfusunun %40'ını oluşturan 50 ülkede, beş yaş altındaki çocukların beşte birinin kilosu normalin altındadır.
- Güney Afrika'da çocuk vakalarının %10'unu kötü beslenme ile ilgili, bu rakam bu bölgede %40 kadar çıkmaktadır.
- Her gün 30 bin çocuk önlenebilir hastalıklardan ölmektedir.
- 450 milyon insan ruhsal sorunlar yaşamaktadır. 70 milyon kişi alkol bağımlısı. 24 milyon kişi şizofrenden muzdarip.

- Hükümetler politikalarının temeline, bilimsel bilgileri koymalıdır, risk belirsizliklerini ortadan kaldırmalıdır ve bir dizi etik konuyu gündeme getirmelidirler.

Yukarda belirtilenlerden hareketle, iki nokta özellikle vurgulanabilir. Bizler genel olarak içinde bulunduğumuz yüz yılda büyük ölçüde eşitsiz bir dünyada yaşıyoruz. Eşitsizlikler o kadar derin ki, en alttakiler en üsttekilerin hayat tarzına erişebilmeleri için yüz yıllarca uzunlukta bir zamanın geçmesi gerekiyor. Üstekilerin, içinde bulunduğumuz kapitalist ekonominin icapları gereği ellerinde bulundurdukları servetten gönüllü olarak vazgeçmeyeceklerinden bu eşitsizliklerin devam edeceği düşünülebilir. Alttakileri ise, ellerinde bulundurdukları olanaklar bakımından dünya ölçeğindeki eşitsizlikle mücadele edebilme imkanları hemen hemen yok gibidir. Bir çok kuram birçok mücadele yolu önerse bile, geline noktada, fakirler daha fakir zenginler daha zengin olmaktadır. Örneğin, ağır dış borç yükü altında olan ülkemizde, borçların bir kısmının bile ertelenmesinden söz dahi edilecek olsa, alacaklıların değil borçluların tamamından vaz geçmek, ertelenmesini bile istemeyeceklerinden emin olduğundan, ekonomik istikrar bir anda sarsılmaktadır. Zenginler, kendi refahlarından gelişmekte olan ülkeler lehine biraz olsun feragat etmek istememektedirler.

Bu durum doğal olarak sağlık alanına yansımaktadır. Yukarda genel hatları çizilen tabloda da görüldüğü gibi, en üsttekiler daha uzun yaşamaktalar, sağlık olanaklarına daha kolay erişmekte, daha sağlıklı yaşamaktalar, kısacası dünyanın nimetlerini sağlıklı bir yaşama aktarabilmektedirler. Aşağıdakiler ise, açıkça, yaşadıkları ilkel koşulların kurbanı olmaktadır, ömürleri kısa, standartları çok düşük olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki durum ise, gelişme basamağının nerede olduklarına göre değişmektedir. Ülkemizdeki durum ise, Afrika ülkeleri ile kıyaslanamayacak kadar iyi bir düzeyde olmakla birlikte, Batı Avrupa ülkeleri ile kıyaslanamayacak kadar kötü bir durumdadır. Türkiye’de yaşayan bizler bu durumu rakamlar aracılığı ile kavrayabildiğimiz gibi günlük hayatımızdaki deneyimlerimiz ile de kavrayabilmekteyiz. Sağlık sorunları, giriş bölümünde de değinildiği gibi, ülkemizin gerçekten çözmesi gerektiği öncelikler arasında yer almaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanının incelenmesinin o kültür hakkında önemli ip uçları verdiğine belki de en iyi örnek, Fanon’un (1965) Cezayir’de yapmış olduğu ve daha çok gözlem tekniğine dayalı araştırmasıdır. Bu çalışmada Fanon, hastaneye gelen yerli halktan kimselerin, özellikle Fransız kökenli hekimlerin sorularına cevap vermediklerini bunu

da belli utangaçlıklara sığınarak yaptıklarını gözlemiştir. Hastalar, özellikle kadın hastalar, hekim yerli haktan kimselerden bile olsa, soruları cevapsız bırakmaktadırlar. Yanlarındaki refakatçiler bir ölçüde kısa kısa sorulara cevap vermeyi tercih etmektedirler. Bu durum aslında o kişileri içinde buldukları koşullar ile çelişmektedirler. Bir yandan hekimlerden yardım talep etmektedirler, diğer yandan sorularına cevap vermemektedirler. Fanon bunu Cezayir'in kolonileştirildiği geçmişinde aramaktadır. Halk modern tıbbi işgal kuvvetleri aracılığı tanımıştır. Faydasını da görmüştür, talep etmek istemektedir; ancak, ülkelerini işgal eden böyle bir güç karşısında aynı zamanda öfke duymaktadır. Onların sorularına bilinç altından cevap vermeyerek, bir ölçüde intikam almaktadırlar. Bu örnek de göstermektedir, ülkelerin sağlığa yaklaşımı sadece fiziksel iyi ya da kötü olma hali ile sınırlı değildir.

Daha başka bir şekilde vurgulayacak olursam, Aydınlanma döneminde aydınların hayal ettikleri rasyonel yaşam tarzı, henüz tüm insanlar için eşit bir şekilde kurulabilmiş değil. Ayrıca, bu noktadan çok uzak bir konumdayız. Buna rağmen, hem Batı ülkelerinde hem de ülkemizdeki hakim entelektüel gündemde uzunca bir zamandır sadece postmodernizm denilen moda bir akım konuşulmaktadır. Bu bakımdan, postmodernizmin mevcut tabloyu ne ölçüde değiştirme şansına sahip olabileceği düşünmeye değer bir konu gibi durmaktadır. Ya da postmodernizm bu tabloyu değiştirmek istiyor mu, gerçek amacı ne?

Postmodernist Sağlık

Bir kez daha vurgulamak gerekir ki, postmodernizm şu anda belki de en çok konuşulan konuların başında geliyor. Özellikle ülkemizde postmodernist söylemlerin her alana etkisinden söz edilmektedir. Son zamanlarda Batı dillerinden çevrilen kitapların büyük çoğunluğu postmodernizm konusunda olduğu hepimizin dikkatini çekmektedir. O halde postmodernist söylemler temel olarak neyi iddia etmektedirler?

İlkin post-modernizm, sözcük anlamından da anlaşıldığı gibi modernizmin bittiğini ve farklı bir dönemin başladığını haber vermektedir. Dolayısıyla, postmodernizmin ileri sürdüklerinin modernizmden farklı olması gerekir. Postmodernist kuramcılar, emeğin yapısının değiştiğini (Bell, 1973), pazarın yapısının değiştiğini (Baudrillard, 1975), ya da sınıf yapısının değiştiğini (Lash and Urry, 1987), iddia etmektedirler. Söz konusu bu yapılar değiştiğinde, artık modernist ilkelere de gerek kalmamaktadır. Modernleşme, “amaçlılığı”, “aklı”, “birleştiriciliği”, “belirnimciliği”, “tekçiliği”, “pozitivizmi”, “yeniliği”, “dengeyi”, temsil ederken, postmodernizm bu ilkelerin zıddı olan, “amaçsızlığı”, “tesadüfiliği”, irrasyoneliteyi”, “ayrımcılığı”, “belirlenemezçiliği”, “çokçuluğu”, “yöntem karşıtlığını”,

“gelenekselliği”, “değişkenliği”, temsil etmektedir (Hassan, 1980; Jameson, 1984; Burgin, 1986; Fekete, 1988). Post modernizmin kurucu olarak bilinen Lyotard, (1984), ise, ‘modern’ teriminin üst bir söylem geliştirmeye çalışan her türlü bilim için kullanılacağını belirtmiş ve bu tür açıklamaların günümüz koşullarındaki zayıflıklarına dikkat çekmiştir. Bu iddiaya göre, bilim de artık sanat gibi, eleştirmeye ve karşılaştırmaya açıktır artık. Bunun için, post modernizm, modern zamanlarda doğan kuramların parçalanması/bozulması (deconstruction) demektir (Derrida, 1987). Postmodernizm, hakim kültürden sosyo ekonomik örgütlerden köklü bir kopuştur. Post-modernizm, gerçekliğin, büyük ölçekli anlatımlar temelinde değil, bölgesel bir temelde yorumlanması demektir. Post modernizmin diğer önemli kurmacısı Baudrillard’a göre ise, günümüzde ekonomiler artık, ‘işaret’ (sign) ile ‘imge’lerin (images), çok çeşitli şekillerde değiştirilmeleri ile yönlendirilmektedir. Bireylerin neyi tüketecekleri medya ya da başka araçlar ile dikte edilmektedir. Bu o kadar yoğunluk kazanmaktadır ki, ‘gerçeklik’ ile ‘imge-işaret’ arasındaki bütün farklar ortadan kalkabilmektedir.

Aynı şekilde, Feyerabend’e (1975) göre, insan aklı, ‘modernite’nin rasyonaliteye aşırı önem vermesi ile yıpratılmış ve dar kalıplara hapsedilmiştir. Modernist dönemde araştırma geleneği bir tek yöntem-pozitivizme- indirgenmiştir, şimdi bu terk edilmelidir. İnsan kendi tarihi ile tanışmalı ve düşünce/yöntem, gelenekler ile de desteklenerek çoğaltılmalı ya da çoklaştırılmalıdır. Kısaca, artık gerçeklik kültürel bir kavram olmuş ve ne kadar kültür varsa o kadar gerçeklikten bahsetmek olanaklı hale gelmiştir. Ayrıca, ‘rasyonalite’nin yerini gelenekler almıştır. İnsan aklı artık görelidir. Modernliğin kültürler arsında yapmış olduğu hiyerarşi anlamsızlaşmıştır. Her kültür kendi ‘rasyonalitesini’ kendi içinde taşımakta ve bireyler bu özel kültüre göre hareket etmektedirler.

Postmodernist akımların hissedildiği alanlardan biri de “sağlık/hastalık” alanıdır.

Çok genel olarak söylenecek olursa, postmodernist söylem, modern tıp bilgilerinin, çok genelleştirilmiş bilgiler olduğunu ileri sürmektedir. Öyle ki, günümüzde tıp bilgileri bütün dünya okullarında aynı konuları içermekte, tıp fakültelerinde hep aynı konular öğretilmektedir. Öğrenciler iki yüz yıldır biriken bilgileri öğrenmekte, ömürlerinin büyük bir kısmı, mevcut bilgileri öğrenmekle geçmektedir. Yani, tıp bilgileri tek-biçimleştirilmiştir, tekleştirilmiştir. Bunun altında yatan, yine modernist ilkelerdir.

Daha da önemlisi, yüzyıllar boyunca tıp alanında ulaşılan bilgilerin hep evrensel bilgiler, yani temeli hiçbir zaman değişmeyecek bilgiler olduğuna inanılmıştır. Oysa, postmodernistler bu tür bilgilerin var olduğunu ret etmektedirler. Modern tıp bilgileri

kendilerini evrensel alternatifsiz bilgiler olarak serimlediklerinden, gerçekten alternatif olabilecek bilgilerin de ortaya çıkmasını engellemişlerdir (Fayerabend, 1975). Modernite aklın bilgisinin tek olduğunu, tıp bilgilerinin bu zeminde üretilen biricik bilgiler olduğunu aşılacak ile açıkça hata etmiş, bilim adamlarını yanıltmıştır. Bir başka anlatımla, postmodernistler, modern tıp bilgilerinin karşısına evrensellik iddiası olmayan yerelliğe ağırlık veren bilgi türlerine yer vermektedirler

Postmodernist dönem kendini kavramlar konusunda da farklılaştırmaktadır. Özellikle sağlık söz konusu olduğunda, kavramlar tarih içinde çeşitli anlamlarda kullanılmıştır. Bir dönemin kavramı ancak o döneme ait anlamlar taşımıştır. Örneğin, hastalık (disease) kavramı ile rahatsızlık (illness) kavramının yüklendikleri anlamlar da postmodern bir döneme girildiğini haber vermekteydi. Hastalık ve rahatsızlık arasındaki fark postmodern analizi anlamamız açısından oldukça elverişlidir. Bu farklılığın derinliğinde öznel ve nesnel ayrımı yatmaktadır. Tıp bilgileri bilimsel bilgilerdir ve nesnel olarak doğrulanabilirler. Bundan dolayı, hastalık nesnel gösterir, rahatsızlık öznel. İki terimin anlamı kuvvetli bölünmeyi gösterir: hasta raporları öznel (güvenilmez), laboratuvar raporları nesnel (doğru), rakamlar sayılar nesnel (ciddi), hasta anlatıları öznel (saçma ve abes). Hekimler, hastalığı tanıyan ve tedavi eden otoritelerdir; buna karşın hastalar kendi hastalıklarının güvenilir hikayecileri olarak kalırlar. Gücün dağıtımı son derece etkili bir şekilde simetriktir. Bir grup bilir, diğeri hisseder, biri emreder diğeri itaat, birine ödenir diğeri öder. Morris'e (1998) göre hastalık ve rahatsızlık arasındaki fark görüldüğü kadar masum değildir. Modern tıbbın kendini gelecekte yeniden yapılandırması için, aradaki bu farkı en aza indirgenmesi gerekmektedir.

Bir başka anlatımla, modernist dönemin sonunda hasta hastalığı ile baş başa kalmıştır. Hasta sadece hastalığı olan birisi değil, bunun yanında bir çok özelliği de beraberinde taşımaktadır. Modern tıp, hastanın, kendi hastalığı ile ilgili, bilgisine ve düşüncesine başvurmadan, nesnel, pozitif, bilimsel bilgileri ışığı altında hastalığı tedavi etmeye çalışmaktadır. Modern dönem hastanın ve hastalığın bir nesne gibi ele alındığı dönemdir. Modern tıpçılar, hastayı sadece biyolojik bir zeminde ele almaktadırlar. Oysa, postmodernist bakıştan, hastalığın bir de sosyo-kültürel nedenleri vardır ve hastalık/sağlık olgularının anlamı ve tedavi şekilleri kültürden kültüre değişmektedir.

Hastalık artık tam manasıyla biyolojik değildir (Morris, 1998). Hayat tarzının değişmesi ile hastalıklardan anlaşılan da değişmektedir (Nakajima&Mayor, 1996). Hem

mikroplar/virüsler hem de kültürel güçler, birbirlerini karmaşık bir şekilde etkilemektedirler. Bugünün hastalıkları ile dünün hastalıkları aynı değildir artık; çevre çok daha zehirli, ilişkilerin çok daha stresli, AIDS gibi hastalıklar çok daha tehlikeli ve öldürücüdürler. Bunlar postmodern dönemin hastalıklarıdır. Doğal olarak postmodern hastalıkların çözümü de postmodern tıpta aranmalıdır. “Postmodern hastalık, biyolojimizin, insan kültürü tarafından biçimlenen, şekil verilen duygularımızın biokültürüdür. Postmodern hastalık dinsel biokültürdür. Yani, daima biyolojik ve daima kültürel. Biyoloji ve kültürün ara yollarında ayırt edilerek bulunan etkidir” (Morris, 1998:6-8). Bu fikirler, sosyolog ve antropologlar arasında sıradan doğal kabul edilirken, geçen yüz yıldan beri Batı tıbbında ağır basan biomedikal modelde, hasta-hekim arasında keskin bir çizgi vardır. Postmodern düşünce bu düzeni sarsmaktadır.

Modern tıp alanına yönelik Postmodern eleştirileri, modernlikten postmoderniteye geçişi simgeleyen *üç süreçte* ele alınabilir; yani, *nesnelleştirme, akıllaştırma ve öznelleştirme* (Bury, 1997).

Nesnelleştirme süreci, bilginin ve bilgi formlarının modern yaşam içerisinde uzmanlaşarak ayrılaşmasıdır. Bir başka anlatımla, “modern sosyal koşullar altında dinsel, ekonomik, kültürel ve bilimin özellikle de tıp bilimi gibi bir çok alandaki hızlı değişimler, bilginin formlarını ve biçimlerini uzmanlaşarak ayrılmaya doğru bir ilerleme süreci”dir (Featherson; 1992:163 akt., Bury, 1997:9). “Nesnelleştirme süreci tıp ve sağlık alanını derinden etkilemiştir. Hastalığın nesnelleştirilmesini birbiriyle ilgili iki süreçte ele almaktadır” (Lawrance, 1995, akt, Bury, 1997:7).

Birincisi, 19.yy sonunda ortaya çıkan bilimsel gelişmeler ve 20.yy’daki ilerlemelerdir. Hastalık acı çekenlerin tecrübelerinin dışında ele alınmaya başlanmış; insan bedenine dayanan patolojik anatomi düşünce sistemi gelişmiştir. Özellikle, 19.yy’ın yarısından sonra hastanelerin gelişmesi, nesnelleştirme sürecinde önemli bir aşamadır. Yatakta tedavi (Bedside Medicine) yani geleneksel evdeki tedavi, bu süreçte hastanelerin gelişmesiyle birlikte hastane tedavisine (Hospital Medicine) dönüşmüştür. Ve insanlar birer “hasta”ya dönüştürüldüler.

İkincisi tıp mesleğindeki dönüşümlerdir; bu daha çok hastalığın nesnelliliğinin kabulü ile ilgilidir. Hastalığın nesnelleşmesi ile hastalık bireyselden ayrılır ve doktor-hasta ilişkisinde yeniden anlam bulur. Hastalık, gittikçe artan mesleki organizasyon içerisinde bir düzene sokulması için üzerinde çalışılması gereken bir olgu anlamına geliyor. Geleneksel hastalık yerini hekim ve tıba bırakıyor. Hekim, bilimsel bilgisiyle ve bakış açısıyla, hastalıkla

ilgilenen ve bir organizasyon içerisinde çalışan uzman olarak görülmeye başlandı (Lawrence, 1995, akt: Bury, 1997:7).

Hatırlanacağı gibi, burada sözü edilen sürece Foucault gibi postmodernist kuramcılarının önemli eleştirileri vardır. Foucault'a (1976) göre 19.yy'da hastalık ve hasta tamamen uzmanın kontrolü altına girdi; hastalıklar, tıp mesleğinin bilimsel şifreleri ve anlayışları tarafından sınırlandırıldı. Oysa, hastalıklar hetorejen bir yapıya sahiptir. Modern tıp tek başına üstesinden gelemez. Çünkü, hastalıklar temel olarak günlük yaşam deneyimlerinden meydana gelirler. Bu deneyimler göz ardı edilemez. Hastalık, hasta pasifize edilerek etiketlenmektedir. Hastalık bir nesne gibi hastadan soyutlanarak ele alınmaktadır, hastanın kendi hastalığı hakkındaki duygu, düşünce ve deneyimleri hesaba katılmadan, tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Foucault 'bedenin kontrolü tıp iktidarına verildiğini' vurgulayarak hastanelerde iktidarın yeniden yapılandığını iddia etmektedir. Bu anlamda "Foucault'un yeniliklerin, teknolojilerin kültürel bağlam ile ilişkilendirmesi sosyal bilimlere yeni bir yol açtığı" (Fox, 1998:427) söylenebilir.

Diğer bir süreç akıllaştırma sürecidir. Lyon'a göre (1994, akt., Bury, 1997:9) "akıllaştırma süreci, moderniteden postmoderniteye gidişte giderek artan tutum ve davranışların uyumunu içeren önemli bir süreçtir. Modern yaşamın her alanı akıllaştırma sürecinden etkilenir. Günlük yaşamın rasyonelleştirme sürecinin etkileriyle hastalık, sağlık ve tıbbın rolü yeniden merkezi öneme sahip olmaktadır.

Bilimsel yöntemler ve güçlü istatistiksel teknikler, akıllaştırma sürecinin gücünü göstermektedir. Sağlık "iyi olma", "yaşamdan memnun olma", "kaliteli yaşam" gibi kavramlar sosyal tıp sözlüğüne 1960'lardan sonra girmeye başlamıştır. Akıllaştırma süreciyle birlikte sağlık olgusuna bakış da değişmeye başlamıştır. Şöyle ki, nesnelleştirme sürecinde sağlık ve hastalık sadece hastane ortamında ve tıp biliminin içerisinde yaşanan bir olgu olarak ve gündelik yaşamdan kopuk bir şekilde algılanıyordu, ancak akıllaştırma süreciyle birlikte sağlık olgusunu tanımlama ve algılanışı değişti. Akıllaştırma süreci aracılığıyla günlük yaşam kendi kendine bir güce dönüştü. (Oysa nesnelleştirme sürecinde bu yaşam alanı tamamen devre dışı bırakılmıştı) yaşam alanları gittikçe aklın seçimi ve hesaplarını idaresi altına almaya başladı. "Hastalıktan" çok "sağlık" parola olmaya başladı. Uzman olmayan sıradan insanlar, uzmanların bilgilerini çekip alarak kendi yaşamlarını organize etmektedirler. İnsanlar artık, nasıl bir sağlıklı yaşam tarzına sahip olabileceklerini biliyorlar. Böylece nesnelleştirme

sürecinde uzman olmayan sıradan insanlar, maruz kaldıkları edilginlikten ve uzmanlara mecbur edilme durumundan rasyonelleşme süreciyle birlikte kurtulmaktadırlar.

Sağlıklı yaşam tarzı ve bedenin işlevlerinin yerine getirilmesi günümüz kültürünün çok önemli bir özelliğidir. Sigaranın sağlığa zararları, alkol tüketimi, hap kullanımı (yasal olsun veya olmasın), yiyecek ve diyet, spor, aklın uygun şekilde kullanımı, stres ve sarsıntılı yaşantılardan uzak durma gibi, bilgiler toplumun üst tabakasından en alt tabakasına kadar yayılmaya başlamıştır. “Uzman olmayan sıradan insanların yaşadığı dünya ile uzmanların dünyası arasında sınır aşınmaya başlamıştır” (Bury, 1997:13). Yani, sağlık konusunda yaygın risklerin hesap edilmesi uzman olmayan sıradan insanlar arasında genişlemesi postmodern bir süreci meydana getirmektedir. Nesneleştirme sürecinde tıp ve uzman bilgileri sadece hastane ve uzmanda kalıyordu ve bilgilerin tek sahibi onlar iken sağlık ve riskleri konusunda bilgiler toplumun her tabakasına yayılmaktadır.

Bu süreçte sermaye sahipleri çeşitli iletişim araçlarını da kullanarak insanları etkilemekte ve onların bedenleriyle istedikleri gibi oynayabilmektedir. “Estetik, atletik, zayıf, ince, bakımlı vücut belki de ona sahip olanlardan çok daha fazla kapitalist ekonomiyi yönlendirenlerin isteği gibi durmaktadır. Çünkü, “böyle bir anlayış aynı zamanda bireyin hem spora, hem diyete hem de bakım malzemelerine ayıracağı para dolayısıyla tüketimin körüklenmesi ya da yaratılması anlamına gelecektir. Modern beden anlayışı aslında tüketim toplumlarının beden anlayışı olmaktadır” (Cirhinlioğlu, 2001:96). Foucaultçu bakıştan iktidar yine kendini bu süreçte yeniden yapılandırmıştır.

1950 ve 1960’larda hastalık üzerine söylem farklılaştı. Hekim-hasta ilişkileri değişti (Amstrong’un 1983, akt., Bury, 1997:10). Bu noktada iki süreç gözlenmektedir; birincisi, hekimlerin, hastaların kaldıkları ortamlara psikolojik ve duygusal açıdan katılmaları; hastalarını anlamaları. İkincisi; hekimlerin kendi özelliklerini sınav etmeleri; yani öz eleştiri yapmaları konusunda cesaretlenmeleri. Modernist dönemde, hekimler kendilerini hastalardan üstün görerek uzaklaşıyor ve hastalar da kendi ihtiyaç ve hissettiklerini açıkça tanımlayamadıklarından dolayı hekimlerden uzak kalıyorlardı. Bu iki süreç, yalnızca hayal kırıklığı ve memnuniyetsizlikleri ortadan kaldırmıyor, hastalığın bütüncül görünüşü ortaya çıkarılıyordu. Böylece, akılcılaştırma sürecinde hekim-hasta ilişkisinde bazı olumlu gelişmeler de ortaya çıkmış oldu.

Kısacası, öznelleştirme, nesnelleştirme ve akılcılaştırmanın süreçleri aslında birbirleri ile sıkı bir bağlantı içindedirler.

Postmodernistlerin eleştirisi hedeflerinden birisi de modern tıp hizmetlerinin, klinik uygulamalarının ya da sağlık hizmetlerinin herkese eşit bir şekilde ulaşamamasıdır (Ellis, 2000; D'Andrea, 2000)

Toplumsal ve biyolojik çevredeki değişimleri izleyerek, toplumun gelişmesine uyum sağlaması ve gelişimin bütün iyi yönlerini elinde geçirebilmesi için modern tıbbın yapması gereken üç nokta vardır (Gray, 1998:5-6): a)Bilgi seçimi, b)kişiye ait klinik uygulamalarda bilgisayarları kullanma, c)hastaların yetkilendirilmesi.

İlkin, hastalara risk hakkında bilgi verilmediğinden, zihinlerinin sürekli olarak üstlenecekleri riskle meşgul olduğu söylenebilir. Çok sayıda hasta, kendilerine sunulan ve kendilerinden saklanan tedaviyi kabul etmeme eğilimine girebilir. Bundan dolayı gelecekte, bilgi seçim derecelerine ihtiyaç vardır. Hastaların, hastalıkları ve tedavileri konusunda yeterince bilgilendirildikten sonra seçimin onlara bırakılması, hem tıbbın kendisini yenilemesinin hem de postmodern eleştiriyi aşmanın bir yolu olacaktır.

İkinci olarak, her ne kadar klinikler '*bilgi*'yi alıkoymak için çabalasalar da, hastaların hastalıkları hakkında bilgiler, kişiliğin doğasına tehdidi önlemek için, bilgisayarda saklanmalıdır.

Üçüncü olarak, hekimler, yönetim eğitimi almadıklarından bu konudaki bilgileri yetersizdir. Bunun için, verilen kararlar ve uygulamalarda hastalara daha fazla olanak tanınması gerekmektedir. Örneğin, onlara daha çok bilgi verilmesi ya da danışılması, ilgi ve katılmayı kolaylaştırır. Bu, sadece hastaların memnuniyetini düzeltmek için değildir. Aynı zamanda, hastaların klinik sonuçlarını da yardımcı olacaktır.

Postmodernistlerin önemle üzerinde durduğu bir diğer konu da insan bedenidir. Günümüz toplumlarında yaşamın her alanında bireyin belirlenmişlik baskısı altında yaşadığını ve özellikle de bu baskının beden üzerine yöneldiği iddia edilmektedir. Modern tıbbın insanı ve onun bedenini ele alış tarzı sık sık eleştiriyeye uğramaktadır.

Uzmanlaşma ile birlikte, modern tıp, bedeni bir cisim gibi ele almış, parçalara ayırmış ve her bir parçadan sorumlu uzmanlık alanı meydana getirmiş, beden bütünlüğünü yitirmiştir. Postmodernistlere göre, beden ancak, postmodernist yaklaşımla cisimleşmekten, maddeleşmekten kurtulabilir. Örneğin, Williams&Bendellow (1988) bedenin ve hastalığın cisimleşmesi ile insan deneyimlerine anlam yükleyen hareketler arasında, diyalektik ilişki kurmaya çalışıyorlar; burada '*kültür*' uzlaştırıcı bir role sahip olmaktadır.

Williams&Bendellow, Deleuze ve Guattari'nin *Organsız Beden* kavramsallaştırmaları ve düşüncelerinden etkilenmişlerdir. Beden yeniden kavramsallaştırılmış, basit bir modern organizma olarak değil, daha çok küçültülmüş, yoğunluğun ve akıcılığın yüzeysel bir politiği olarak beden organsızlaştırılmıştır. Organsız beden mekansızdır, sonsuz ve yerleştirilmemiş arzunun oluşumları vardır. Beden, basit organlardan oluşan bir yapının dışında ele alınmıştır. Bedene politik, kültürel anlamlar ve yoğunluklar yüklenmektedir.

Foucault (1979) ise, tıp biliminin, esaslı, köklü araştırmalardan uzak bir şekilde insan bedeniyle ilgili bilgiler ürettiğini ileri sürmektedir. “Bedenin mekanını toplumsal düzenimizdeki indirgenemez unsur olarak ele almaktadır. Çünkü, baskı, toplumsallaşma, disiplin altına alma ve cezalandırma güçleri bu mekan üzerinde uygulanır. Beden mekan içinde vardır ve otoriteye boyun eğmek (örneğin, organize bir mekana hapsedilerek ya da göz altında tutularak) ya da baskıcı dünyada, başka alanları, direniş ve özgünlük mekanlarını mücadele vererek yaratmak zorundadır. Foucault'a göre toplumsal tarihin merkezinde yer alan bu mücadelenin hiçbir zorunlu mekansal mantığı yoktur. Eski rejimin altı, aydınlanma tarafından kazılmıştı; ama onun yerini mekanın, benliğin ve arzunun dünyasının, toplumsal denetimi, göz altında tutulması ve baskı altına alınması tekniklerine yönelik yeni bir organizasyon almıştır. Aradaki fark modern çağ devlet iktidarının kişiselleşmiş ve keyfi olmak yerine yüzünü gizleyen rasyonalist, teknokratik bir nitelik kazanmış olmasıdır. İnsan bedeninin indirgenemezliği insan arzusunun özgürleşmesi mücadelesinde direnişin ancak oradan hareketle seferber edilebileceği anlamına gelir (Harvey, 1997:239). Foucault iktidarın, yaşamın her alanında her dönemde sürekli olarak kendisini yapılandığı vurgusunu yapıyor. Cinsellik üzerine çalışması bunun en açık örneğidir. Sıradan insanların rahat ve özgür bir şekilde cinselliklerini yaşayarak pasifize olmaktan kurtulmalarına rağmen yine iktidarın baskı ve hakimiyeti altında kaldılar. Çünkü, iktidarın yeni yapılanması, bireylere özgürlük verilerek oluşturuldu (Bury, 1997). Modern tıbbın ‘bedene’ bakışı ve onu ele alışı ile iktidara, egemen güçlere hizmet ettiği görüşü postmodernist analistler arasında yaygın kabul görmektedir.

Post-modernizm insan bedeninin algılanmasında tüketim toplumunun belirgin özellikleri olduğu kadar cinsiyetin de ayırt edici bir rol oynadığını ileri sürmektedirler (Martin, 1987; Grosz, 1994). Yeni dönemde artık sadece beyaz, zenci, kadın-erkek, büyük-küçük, insan bedeni yoktur. Bu ayrımlar artık, toplumda belirli hakim gruplara mal edilecek ideolojik araçlar olmaktan farklı anlamlara sahip değildir. Özellikle, feminist yazarlar, kadınların modern bir toplumda kendi bedenlerini algılamalarının ancak ataerkil bir toplumda,

-tıp gibi- kurumların ideolojik yaklaşımları tarafından belirlendiğini iddia etmektedirler. Kadınlar, yetiştirme koşullarından dolayı sadece bir ev içerisinde geçerli olan ve genellikle düşük düzeye sahip işlevler aracılığı ile tanımlanırken, erkekler ev dışı yani bir iş çevresindeki işlevleri ile tanımlanmakta ve bu işlevlere yüksek düzey bahşedilmektedir. Daha sonra kadınlara toplumsal tabakalaşma içerisinde kendilerine biçilen bu işlevlere bakılarak yer verilmektedir.

Kadınlar modernist dönemin kendilerine sundukları vücut algılamalarını redetmeledirler. Postmodernist dönemde vücudun değişmeyen sabit bir doğası olduğu gibi modernist bir görüş terkedilmelidir (Shildrick, 1997:216; akt:Ettore, 1988). Vücudun kültürel olarak yapılanması ile ahlaki yapılanması arasında bir sınır vardır. Ancak bu sınır postmodernist dönemde değişmektedir. Bu değişimin araçları, 1)vücudun kültürel yapılanması, 2)bu yapılanmanın temelinde yatan etiksel ilkeler, 3)vücut açısından cinsiyet farklılaşmaları. Böylece bireyler kendi kimliklerini ve vücutlarını yeniden elde edebilecekleri, yeni bir etiksel zemin yaratabileceklerdir (Shildrick, 1997:216; akt:Ettore, 1988).

Modern toplum kimilerince, bedence özürlü kimselere takınılan tutum yüzünden de eleştirilebilir. Örneğin, Oliver, (1990), genel kanının kapitalist toplumun sadece toplumsal sınıf ayrımları üzerine kurulmuş olduğunu, oysa bunun doğru olmadığını belirtmektedir. Ona göre, bu ayrıma ek olarak modern/kapitalist toplumlar, hem cins hem de etnik ayrımlar üzerine kuruludur. Aynı şekilde, modern toplumlar “sağlam vücut” a ve “dengeli bir ruha/akla” sahip olanlar üzerine de kuruludur. Dolayısıyla, kapitalist toplumlar özürlü kimseleri üretim sürecinde mümkün olduğu kadar dışlamaya çalışan toplumlardır. Özürlü olmak bu toplumlarda “bireysel bir trajedi”, “bireysel yetersizlik” ya da “alinyazısı” olarak görülmektedir. Oysa, bir çok özürlü kişi kendi bedenini hiç de eksik olarak algılamadığını çeşitli vesilelerle ifade etmektedirler (Lenny, 1993). Özürlülerin eksik olduğu hissi tamamen özürlü olmayan diğer toplum üyelerinin bu konuda yarattıkları söylem içerisinde yer almaktadır.

Hem feminist hem de özürlüler üzerine çalışan yazarlarca, kadınlara ve özürlülere ilişkin geliştirilen görüşler, bu görüşlerin oluşturduğu kültürel söylemden ayırt edilerek incelenemez. Bu kültürel özellikler de post-modern ya da geç kapitalist bir dönemin özelliklerini dile getirmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalar da ister istemez toplumda hakim olan gücün ya da söylemin izlerini taşıyacaktır. Bunun için, post-modern toplumlarda, insan bedenine yönelik tıbbi bir bakım, sadece kendi egemenliğini kurmanın bir aracı

olacaktır. Bunun için, tarihteki kamu sağlığına yönelik her türlü araştırma insan vücudunu “disiplinize” etmeye de yönelik olmuştur (Armstrong, 1993).

Modern’den post-modern’e doğru geçildiği düşünülen günümüzde, hemen hemen her toplum kendi sağlık ve tıp anlayışını hastalık kavramı üzerine odaklaştırmaktan ziyade sağlık kavramına odaklaştırmaktadır. Bunun belki de en iyi örneği televizyon reklamlarında görülebilir. Tıp içerikli bir çok reklam hastalanınca nasıl çare aranacağından çok *hastalanmamak* için neler yapılması gerektiğine yönelik ürünlerin reklamı olmaktadır. Buna ek olarak, spor ve spor ürünlerine ilişkin reklamların da azımsanamayacak ölçüde olduğu görülebilir. Klasik tıbbın bilgi üzerinde kurmuş olduğu egemenlik bir çok alanda kırılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde dile getirilen, rasyonel tıbbın en klasik nesnesi olan özürlü kimseler ve kadınlar kendi kuramlarını kendileri geliştirerek tıbbın kendilerini hesaba katmayan geleneksel tedavi tekniklerine karşı çıkmaları da post-modern dönemin bir özelliği gibi durmaktadır. Yeni dönem, aşağıdan gelen sese kulak vermek durumunda kalmaktadır. Ayrıca, cinsiyete ve bedensel yapıya dayalı farklı sesler etnik ayrılıklara dayalı farklı seslerle bütünleşerek post-modern dönemi oluşturmaktadır. Modernliğin amaç edindiği günlük hayatta homojenlik yaratma, yerini heterojenliğe bırakmakta ve profesyoneller bireylerin günlük hayatlarındaki hakimiyetlerini yitirmektedirler. Post-modernizm bütün dünyada da kendini hissettirirken, modernliğin “anormal” dedikleri, artık “farklılıklar” olarak adlandırılmakta ve rakipsiz profesyonel güç yerini terk etmektedir.

Postmodernistlerin sağlık konusundaki görüşleri *ağrı ve anlamına* ilişkin ileri sürülen görüşlerde de incelenebilir. Postmodernist ağrı, modern tıbbınkinden çok farklıdır. “Tıbbi uygarlık ağrıyı teknik bir konuya dönüştürmüş, acıyı, yapısında var olan kişisel anlamdan yoksun bırakmıştır (Weizsacken 1949 akt., Illich,1995:93). Ağrının bir duygu olarak tam ve kesin bir anlamı yoktur. Ağrının kendisi özneldir. Organsız beden her bir bölgesinde yoğunluk ve akış vardır. Bu yoğunluk ve akış kültürden etkilenir. Dolayısıyla, her bedenin yoğunluk ve akışı birbirinden farklı olacaktır. Bundan dolayı, ağrıyı bir nesne gibi ‘*budur*’, ‘*şudur*’, ‘*şöyledir*’ diye tanımlamak mümkün değildir. “Ağrı özneldir ve sembollerle anlatılır” (Williams&Bendellow, 2000:139). Ağrı çeken bedenin bu modern çıkmazı ve insan hükmü altında inşaa edilen beden belli bölgelere ayrılmamalıdır (Fox, 1993l akt., Williams and Bendellow, 2000). “İçsel ve gizli ve aktarılamaz bir bozukluk olarak yaşanan bedensel ağrı, bilincimize acı çeken kişinin içinde bulunduğu toplumsal durumu da katmasıyla ilgilidir” (Illich, 1995:99).

Toplumun özellikleri acı çekenin kişiliğini bir dereceye kadar biçimlendirir ve böylece kendi ağrısı ve yara beresini somut ağrı olarak yaşama ve deneyim kazanma tarzını belirler. Ağrı çekme eyleminin daima tarihsel bir boyutu vardır. Illich (1995) ağrıyı, toplumsala, kültürel ve tarihsel dayandırıyor. Bunlardan soyutlayarak ve bunları dikkate almadan ağrıyı anlamak mümkün değildir. “Ağrı insan psikolojisi ve anatomisinin yarattığı biricik ve tek değildir Williams&Bendellow (2000:133). Daha ziyade; *kültür, akıl ve beden kesişmesinden ortaya çıkar*. Ağrı asla fiziksel acı çekmenin basit bir formu değildir. Kartezyen bir bakışla, ağrıyı tek bir nedene fiziksel, biyolojik gibi bağlamak mümkün değildir. Descartes’e göre ağrı, bedenin mekanik bütünlüğünü korumak için oluşan bir kendini koruma tepkisiydi. Bu tepkiler tehlikeye karşı ruha aktarılır ve ruh da onları ağrı olarak algılar. Ağrı yararlı bir öğrenme aracına indirgenmişti. Ruha bedeni daha fazla zarardan nasıl koruyacağını öğretiyordu (akt; Illich,1995:105). Burada beden ruh ayrımını açık bir şekilde görüyoruz. Ağrı önce fiziksel bir şekilde biyolojik olarak bedende meydana geliyor, daha sonra ruha iletiliyor. Modern tıbbın özünü, mantığını oluşturan bu kartezyen anlayış, postmodernistler tarafından eleştirilmektedir. Onlar ağrının çok nedenli ve karmaşık bir olgu olduğunu düşünmektedirler.

“Ağrı ile baş edebilme konusunda *akılcılaştıran ağrı kavramsallaştırılması*” yapılabilir (Vracken, 1989 akt., Williams&Bendellow, 2000;135). Şiddetli ağrı yabancılaşmayı üretecek ve en kısa zamanda da bedenden dışarıya atmaya çalışarak ondan kurtulmaya çabalayacağımızı vurguluyor. Böylece kendimizi cansız bir varlık yapıyoruz. Aslında, ağrıya inandığımızda, kendini bize inandırdığımızda ve ağrıya odaklandığımızda ağrıyı bedenden ‘akılcılaştıran ağrı’ aracılığıyla kendi kendine kesebilir ve bedenimizi de cansız olmaktan kurtarabiliriz. Böylece yine postmodernistlerin şiddetle karşı çıktıkları *ağrı gidericiler* gerek kalmaz.

Yani, ağrının “‘bio-tıp’ yargılarının dışında, yeniden talep edilmesi gerekmektedir” (Leder, 1984 akt., Williams&Bendellow, 2000:139). Ağrı çeken insanların, ağrının anlamını kültür içerisinde bulmaları gerekir. Bu başarılmazsa, yalnız kalma ve ümitsizlik gelişebilir. Şiddetli ağrılarda niçin ben , nasıl bir çare, beni kurtarabilir gibi, sorulara cevap aranır. Bu açıdan ağrı yorumlama, anlama ve açıklamanın bir çok çeşidini arar. Bu soruların net cevabını modern tıp veremediği gibi, postmodern tıp da verememektedir. Ancak, postmodern tıba göre, modern tıptan farklı olarak, cevabı ve onun anlamını pek çok bilgi çeşidinde ve pek çok yöntemde bulma olanağı ve ihtimali vardır. Modern tıpta ise tek bir bilgi vardır: *bilimsel bilgi* ve tek bir yöntem vardır: *bilimsel yöntem*.

Postmodern analistler ‘ağrı’ konusunda, cinsiyet, sınıf, etnik gibi diğer faktörlerin de can alıcı noktalar olduğunu vurguluyorlar. Örneğin, kadın ve erkek her ikisi de acıyı azaltma ve acıyla baş edebilme kabiliyetine sahiptirler. Ancak, bu kabiliyetleri arasında farklılık vardır (Williams&Bendellow, 2000)

Postmodernistlerin modern tıbbın kullanmış olduğu ağrı dindiricilere tepkilidirler ve eleştirel bir tavır takınırlar. Bunun iki yönü vardır: birincisi, modern ağrı dindiriciler faydalı değildirler. Ağrıyı dindirmez, sorunu ortadan kaldırmaz, hatta bedene zararları da vardır, bağımlılık yapabilirler. İkincisi, modern tıp malzemeleri ve teknik ağrı dindiricilerinin sermayeleşmesi ve büyük ilaç firmalarının para kazanmak amacıyla oluşlarıdır. Öyle ki, piyasada insan sağlığına zararlı ilaçlar satılmaktadır. “ilaçlar hep potansiyel zehir olagelmiş ve beklenmeyen yan etkileri bunların güçleri ve geniş kullanımıyla birlikte artmıştır. Birleşik Devletler ve Birleşik Krallıktaki yetişkinlerin yüzde 50 ya da 80’i tıpça önerilmiş kimyasal bir maddeyi yutmaktadır. Kimileri yanlış ilaç almakta, kimileri eskimiş ya da başka maddelerin bulaştığı ilaçları, kimileri de sahte ilaçları kullanmaktadırlar; tehlikeli birleşim oluşturacak ilaçlar bir arada oluşmakta, kimileri ise iyi sterilize edilmemiş enjektörlerle iğne olmaktadır. İlaçların bazıları alışkanlık yapıcı bazıları sakat bırakıcıdır” (Illich, 1995:28). Modern hayat tarzları yaratmak içinde ilaçlar kullanılmaktadır. Bu tür bireyin hayatını değiştirmek amacı ile ilaç kullanma yaygınlaşırken toplumu tehdit edici sonuçlar da doğurmaktadır (Lexchin, 2001).

Sağlık alanında post-modernist ilkelere ilişkin bir takım *eleştiriler* yapılmıştır. Kimilerine göre (Burry, 1998; Habermas, 1987), post-modernizm her ne kadar bir takım eleştiriler bakış açısı geliştirmiş olsa da, modernlik döneminde hedeflenen noktaların bir çoğu el değmemiş olarak durmaktadır. Örneğin, sağlık konularına ilişkin bir çok reklam yapılıyor olsa da hastanelerde tıbbi tedaviye duyulan ihtiyaç hiçbir şekilde ortadan kalkmış değildir. Çağdaş toplumlarda tıp ve tıp bilgisi sıradan insanların günlük hayatında yine merkezi bir konumu işgal etmeye devam etmektedir. Bu konum çeşitli buluşlarla zaman zaman post-modernistlerce ileri sürüldüğünden çok daha fazla önem kazanmaktadır. Sağlık ve hastalıkla ilişkin bir çok değişme örneğin hastanelerde çok daha açık bir şekilde görünür haldedir. Ancak, değişim ile tıbbın klasik yanı daha bir süre her toplumda yan yana duracak gibidir. Bunun için, sağlık sosyolojisi şüphesiz ki, toplumda sağlığa karşı geliştirilen bakış açılarını uzak durmamalıdır. Ancak, bu tür değişimlerin araştırma sürecinde hesaba katılması, modernitenin ileri sürdüğü tüm hedeflerin yok olduğu gibi bir sonucu çıkarma hakkını hiçbir

araştırmacıya vermez. Post-modernistler, toplumsal değişime kavramını genelleştirerek, başkalaştırmaktadırlar.

Özellikle azgelişmiş ülkelerde, “modernleşme” sürecinin neresinde bulunduğu, bu süreçte, başarı sağlanmışsa neden, başarısızlık varsa neden başarısız olduğu, bilim çevrelerince/halk tarafından yeteri kadar tartışılmadan bireyler neredeyse kendilerini post-modern bir hayat tarzı içerisinde buluvermektedirler. Modernite, günümüzde yerini gerçek anlamda yaşanabilecek ekonomik ve toplumsal gelişmenin önünde bir “tuzak” gibi duran post-modernliğe terk etmiş gibidir. Post-modernist stratejilere karşılık, azgelişmiş ülke aydınları, zengin bir ulus olabilmenin yolunun, “iç koşulları/dinamikleri” yeniden düzenlemek kadar, “dış koşulların/dinamiklerin” de önemli olduğu bilincinde olmalıdırlar. Sağlık sistemleri ve sağlık sorunları da ancak böyle bir bakış açısı geliştirilebildiği oranda çözülebilecek gibi durmaktadır.

Sonuç

Sağlık sorunları en önemli toplumsal sorunlarımız arasındadır. Ancak, ülkemizde konunun önemine uygun kapsayıcı çalışmalar henüz yapılmış değildir. Batı'da geliştirilen literatürde sağlık sorunları ayrıntıları ile işlenmektedir. Bu bağlamda, insan sağlığına, içine girmekte olduğumuz iddia edilen Post-modern bakış açıları ile açıklamalar da getirilmek istenmektedir. Post-modernist dönemde, insan sağlığının içinde bulunulan ekonomik yapının genel ilkelerine uygunluğunun sağlandığı iddia edilmektedir. Buna göre, insan sağlığı artık bir tüketim toplumunun temel taşıdır. Modernist dönemde, bir bütün olarak düşünülen insan bedeni, bu yeni dönemde parçalanmıştır. Bireyler kendi bedenlerini ancak, çeşitli vasıtalarla tanımakta, bedeni üzerindeki kontrolünü yitirmekte ya da böyle bir klasik kontrol anlayışı anlamını kaybetmektedir. Örneğin, post-modernist dönemin tipik bir bireyi, yaşlanmak istememekte, yaşlanmayı hayatın kaçınılmaz bir yanı olarak algılamamaktadır. Kısacası, post-modernizm, bireylerde ve toplumlarda “parçalanmışlık” duygusu yaratmaktadır. Ülkemizin uzun zamandır çözümlenemeyen sağlık sorunları, refah toplumunu yaratmış ve şimdi de bu toplumu aşmaya çalışan kuramların ileri sürdükleri göz önüne alınmadan çözümlenecek gibi değildir. Batı ülkelerinde ileri sürülen post-modernist ilkelerin yaygınlık kazanması, az gelişmiş sağlık durumunu iyileştirmeden çok daha karmaşık hale getirecektir. Çünkü, ülkemizin sıradan insanların, en basit rahatsızlıklarını dahi insana yakışan bir şekilde çözümlenmesinin dışında büyük beklentileri bulunmamaktadır. Sağlık sorunlarımız ancak, modernitenin ilkelerinin tam anlamıyla hayata geçirilmesi ile çözümlenebilecek gibi durmaktadır.

Ülkeler, kültürler arasında bir fark yoksa, her ülke/toplum kendi içindeki koşullarını devam ettirebilir; kendi koşulları özgündür ve değiştirmesi gerekmez; her sağlık sistemi o kültürün özgün koşullarından türemiştir ve biriciktir. O halde, postmodernizm ile birlikte değişim bu özgünlüklerin korunması şeklinde olmalıdır. Özgün koşulları kıyaslama,üste alta yerleştirme imkanı da böylece ortadan kalmış bulunmaktadır. Ülkeler arasında bir fark yoksa “her şey mubah” ise sağlık sorunları da o ülkenin kültürel bir meselesidir. Oysa, böyle bir bakış örneğinin “sağlıkta eşitsizlik” olgusunu yok saymakta hatta görmezlikten gelmektedir.

Ancak, postmodernizm yeni bir şey getiremeye de eleştirileri dikkat çekicidir.

Özellikle, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde modernizm sürecinin tamamlanmış olduğunu iddia etmek mümkün değildir. Modernitenin ilkelerinin daha sağlam ve kalıcı bir şekilde geliştirilebilmesi için, tıbbın, postmodern eleştirileri dikkate alarak kendisini yeniden yapılandırması gerekmektedir. Bunu yaparken sadece tıp alanındaki bilgilerin organize

edilmesi değil, sağlık konusunda bilgi üreten her alanın da hesaba katılması işlevsel olacaktır. Bu yolla, sağlık/hastalık olgularının toplumsal, ekonomik, siyasal ve kültürel boyutları ve kökenleri daha iyi görülebilecek ve bireylerin sağlığı daha etkin bir şekilde korunabilecektir. Postmodern tıp alışageldiğimiz tıp anlayışının tıkadığını ve bakış açılarımızın değişmesi gerektiğini iddia etmektedir. Sağlık/hastalık olguları çok yönlü ele alacak olan yeni dönem anlayışı bu eleştirilere tutarlı bir cevap oluşturabilecektir. Ülkemiz tıbbı da bu süreçten ayrı düşünülemez.

KAYNAKÇA

- ARMSTRONG, D. (1993), "Public Health Spaces and the Fabrication of Identity", *Sociology*, 27, 3:393-440.
- BAUDRILLARD, Jean.(1975), *The Mirror of Production*, St.Louise.
- BELEK, İlker. (1998), *Sınıf Sağlık, Eşitsizlik*, İstanbul: Sorun Yayınları.
- BELL, Daniel. (1983), *The Coming of Post-Industrial Society*, London: Basic.
- BOYCE, Thomas W. (1983), "The Family Routines Inventory: Theoretical Origins", *Soc.Sci. Med.*, Vol:17, No4., 193-200.
- BURGIN, Victor. (1986), *The End of Art Theory: Criticism and Post-Modernity*, London.
- BURRY, Micheal. (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, London: Routledge.
- CALLINICOS, Alex. (1990), *Against Postmodernism: A Marxist Critique*, New York.
- CIVELEK, Mehmet. (2001), *Küreselleşme ve Terör*, Ankara:Ütopya.
- CİRHİNLİOĞLU, Zafer. (2001), *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yayınları, Ankara.
- D'ANDREA, (2000), "Michael Postmodernism, Constructivism, And Multiculturalism: Three Forces Reshaping And Expanding Our Thoughts About Counselling", *Journal of Mental Health Counselling*, Vol. 22 Issue 1, p1.
- DERRIDA, Jacque. (1987), *The Truth in Painting*, London.
- DUTTON, Diana. B. (1989), "Social Class, Helath and Illness" in Phile Brown, *Medical Sociology*, Illinois: Waveland Press.
- ELLİS, Albert. (2000), "A Continuation of The Dialogue on Issues In Counselling In The Postmodern Era", *Journal of Mental Health Counselling*, Vol. 22 Issue 2, p97.
- ETTORE, Elizabeth, (1988), "Re-shaping the Space Between Bodies and Culture: embodying the biomedicalised Body", *Sociology of Health and Illness*, Vol:20, No.4, pp.548-55.
- EUGENE, Taylor. (1998), "After Postmodernizm What", *The Journal of Mind—Body Health*, Fall, Vol.14, Issue 4, P.255; 5p.
- FANON, Frantz. (1965), *A Dying Colonialism*, London: Penguin Books.
- FAYERABEND, Paul. (1975), *Against Method*, London.

- FEATHERSTONE, M. and Hepworth, M. (1991), "The Mask of Ageing and the Post-modern Life Course" in M. Featherstone, M. Hepworth and B.S.Turner, (ed.), *The Body and Social Process and Cultural Theory*, London: Sage.
- FEKETE, John (ed.), (1988), *Life After Post-modernism*, London.
- FIESE, Barbara, at all (2002), "A Review 50 Years of Research on Naturally Occuring Family Routines and Rituals: Cause for Celebration?", *Journal of Family Psychology*, Vol.6, No.4, 381-390.
- FIŞEK, Nusret. (1983), *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- FITZPATRICK, R.M. (1991), "Society and Changing Pattern of Disease", in G. Scambler, as *Sociology Applied to Medicine*, London: Bailliere Tindall.
- FOUCAULT, M. (1976), *The Birth of Clinic*, London: Tavistock.
- FOUCAULT, M. (1979), *Discipline and Punish*, New York; Vintage
- FREUND, Peter, E.S. and McGuire, Meredith B. (1991), *Health, Illness and Social Body*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- GRAY, J.A. Muir. (1999), "Postmodern Medicine", *Loncent* (in), Vol.354, Issue 9189.
- GROSZ, E. (1994), *Volatile Bodies: Towards a Corporeal Feminism*, Blomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- HABERMAS, Jürgen. (1987), *A Philosophical Discourse of Modernity*, Oxford: Blackwell
- HAENZEL, W. Loveland, D. & Sirken, M., (1962), "Lung Cancer Mortality as related to residence and smoking Histories: I.White Meales", *Journal of Natn.Cancer Ins.*,28, 947-1001.
- HARVEY, David. (1997), *Postmodernliğin Durumu*, Metis Yayınları, İstanbul.
- HASSAN, Ihab. (1980), "The Question of Post-Modern", in Harry G. Garvin (ed.), *Romanticism, Modernism, Post-Modernism*, London: Bucnell Review, pp.117-26.
- ILLICH, Ivan. (1997), *Sağlığın Gasptı*, Ayrıntı Yayınları:İstanbul.
- JAMESON, Frederic. (1984), "Post-modernizm and the Cultural Logic of Capitalism", *New Left Review*, 146:53-93.
- KELLNER, D. (1990), "The Post-modern Turn; Position, Problems and Prospects, in G. Ritzer (ed.), *Frontiers of Social Theory: the New Syntheses*, New York: Columbia University Press, 255-286.
- LASH, S. And J.Urry. (1987), *The End of Organised Capitalism*, Cambridge: Polity.
- LENNY, J. (1993), "Do disabled people need counselling" in J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Olivier (eds.), *Disabling Barriers-enabling Environments*, Milton Keynes: Open University Press.
- LEXCHİN, Joel,(2001), "Lifestyle Drugs: Issues For Debate", *Canadian Medical Association Journal* , 05/15/2001, Vol. 164 Issue 10, p1449, 3p
- LOCJER, D. (1983), *Disability and Disadvantage: the Consequences of Chronic Illness*, London: Tavistock.
- LOCKER, D. (1991), *Disability and Disadvantage*, in G.Scambler, as *Sociology Applied to Medicine*, London: Bailliere Tindall.

- LYOTARD, Jean-François. (1984), *The Post-modern Condition*, University of Minneapolis Press.
- MARTIN, E. (1987, *The Women in the Body*, Milton Keynes: Open University Press.
- MORİSS, David. (1998), “Illness and Health İn The Postmodern Age”, *The Journal Of Mind—Body Health* (in), Fall 98, Vol. 14 Issue 4, P 237, 15p. 1 Chart.
- MUMFORD, Emily. (1983) *Medical Sociology*, New York: Random House.
- NAKAJİMA, Hiroshi; MAYOR, Federico. (1996), “Culture and Health”, *World Health*, Vol. 49 Issue 2, p3, 1p, 2bw.
- NİC J., Fox. (1998), “Foucault, Foucauldians and Sociology”, *British Journal of Sociology*, Vol:49, No:3, 415-434.
- OECD, (2001), *Statistics*.
- OLIVER, M. (1990), *The Politics of Disablement*, London: MacMillian.
- ÖZÇELİK Adak, Nurşen. (2002), *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*, İstanbul: Birey Yay.
- Prior, I. (1974), Cardiovascular Epidemiology in New Zealand and the Pasific, N.Z. Medical Journal, 80. 245-52.
- SCAMBLER, Graham. (1991), *Medicine as Applied to Sociology*, Bailliere Tindal.
- SUSSER, Mervyne, William Watson and Kim Hopper, (1985), *Sociology in Medicine*, New York: Oxford University Press.
- SYME, Thomas, M. Enterline, P (1964), Soma Social and Cultural Factors Associated with the Occurrence of Coronary Heart Disease, *Journal of Cronical Disease*, 17, 277-89.
- TURNER, Bryan S.(1992), *Regulating Body*, London: Routledge.
- UN, (2001), *Report on the World Social Situation*.
- UN, (2002), *Human Development Report*.
- UNİCEF, (2001), *Statistics*.
- WHO, (2002), *the World Health Report*.
- WİLLİAMS, Simon and BENDELLOW, Gllian. (1988), “ In Search of ‘Missing Body’ Pain, Suffering and The Postmodern Condition”, in Graham Scamler/Paul Higs; *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology Towards 2000*, London and New York, 1988.
- ZOLA, I. (1973), “Pathways to the Doctor: From Person to Patient”, *Social Sciences of Medicine*, 7:677-89.

KÜLTÜR ve HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Yrd. Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK

Dokuz Eylül Üniversitesi,

Hemşirelik Yüksekokulu,

İzmir

KÜLTÜR

Kültür ile ilgili yapılmış çok sayıdaki tanımlardan birkaçına bakıldığında;

Türk Dil Kurumu kültürü; “tarihî, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddî ve manevî değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü, hars, ekin” olarak tanımlamıştır (6).

Kültür, birbiriyle ilişkili bir bütünü oluşturan, öğrenilen, paylaşılan davranış ve anlama olarak kabul edilebilir (5).

Trotter’a göre kültür; birbirimizi anlamak için paylaştığımız mekanizmaları ve ilişkileri bir arada tutan “sosyal yapıştırıcı”dır. Kültür, bir davranışsal harita, algısal bir filtredir (5).

KÜLTÜREL OLARAK YETKİN HEMŞİRELİK BAKIMI

Her hasta dinlenilmiş ve anlaşılmış olmayı umut eden bir “öykü satıcısı”dır (Edelson, 1993)

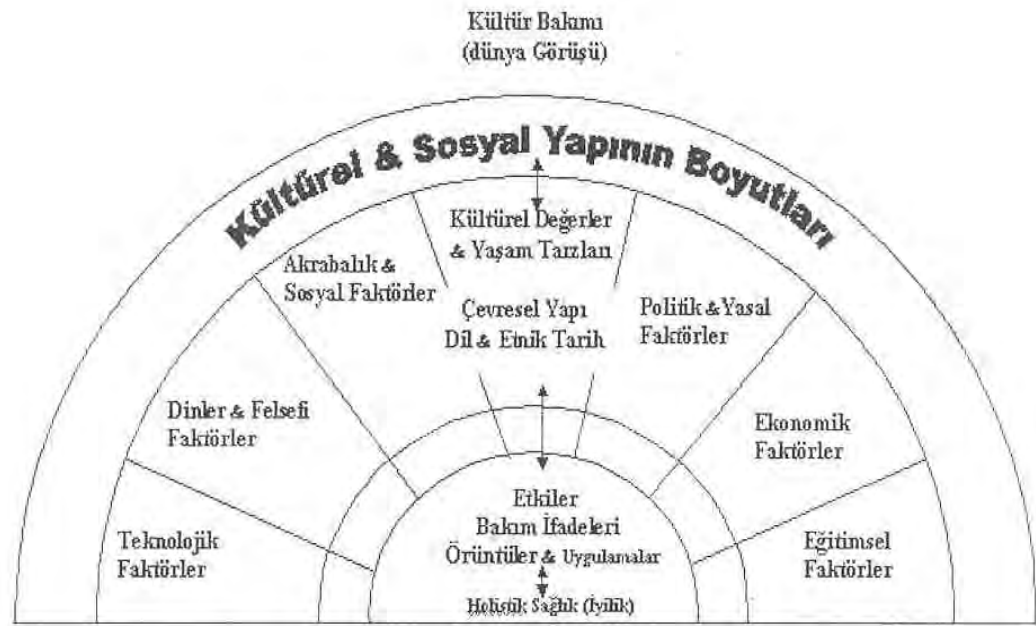
Anlaşılmış olmanın sağladığı hoşnutluk, iyileşme sürecinin merkezini oluşturur (Bacal 1985)

Transkültürel hemşirelik ilk olarak 1950’li yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri’nde kavranmaya ve gelişmeye başladı. Farklı kültürlerle özgü bakım ve evrensellik teorisi, transkültürel hemşirelik uygulamalarında hemşirelere rehber olacak bilgiyi oluşturmak için geliştirildi. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Amerika’ya ve diğer ülkelere dünyanın birçok yerinden yeni göçmenler ve mülteciler geldi. Farklı kültürden gelen bu insanlara bakım vermek gerekiyordu ancak henüz hemşire ve diğer sağlık personeli bu durumla mücadele etmeye hazır değildi. Hemşirelik ve tıp, yeni teknolojiyi kullanmaya, biomedikal hastalıklarla ve semptomlarla ilgili çalışmalara odaklanmıştı. Farklı kültürdeki insanları anlamak ve bakım vermek için gereken transkültürel bakış açısının eksikliği önemli bir gereksinim olarak görülmüyordu (5).

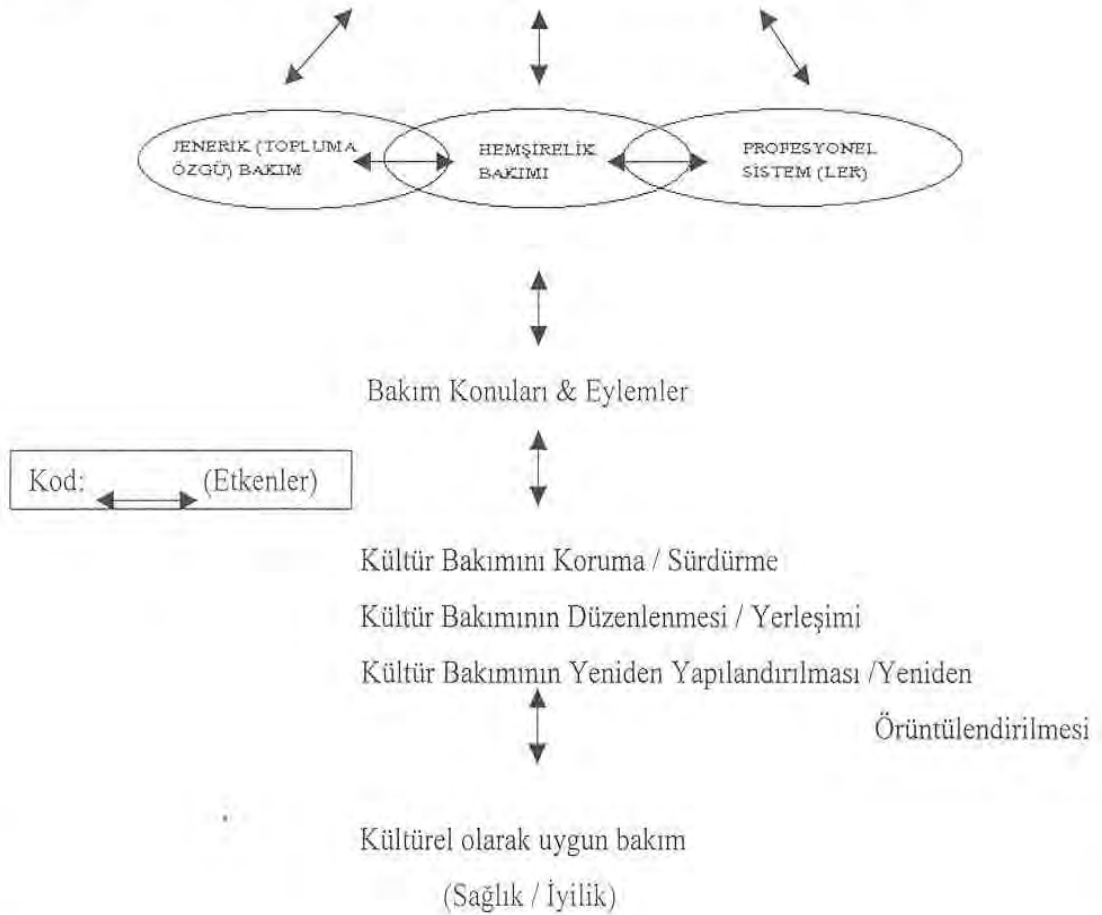
Bernal ve Froman, halk sağlığı hemşireleri ile yaptıkları bir çalışmada (1993) hemşirelerin farklı kültürlerden gelen hastalara ilişkin yetersiz bilgi ve uzmanlığa sahip olduklarını saptamışlardır. Bunun nedenini hemşirelerin Amerikan toplumunun heterojenliğini yansıtmamasına bağlamışlardır. Ulusal hemşirelik araştırması (1998) sonuçlarına göre; Amerikadaki hemşirelerin % 90’ı beyazdır. Hemşire popülasyonundaki bu homojenite, hemşirelerin kendi meslek grubundan diğer kültürleri tanıma şansını azaltmaktadır. Hemşirelik bakımında kültürel yetkinliği arttırmak için mevcut hemşirelerin kültürel bilgisini arttırmak kadar, farklı ırk /etnik gruplardan da mesleğe üyeler kazandırılmaya çalışılmalıdır (5).

Transkültürel hemşirelik, araştırmaya dayalı güvenli bilgi sağlamak, farklı kültürlerden gelen insanlara sorumlu, uygun bakım vermek için, hasta, sakat veya ölmekte olan insanın sağlık gereksinimlerine yönelik bakım vermek amacıyla kullanılır (3).

Gündoğumu Modeli, hemşirelerin kültürel yetkinlikte bakım verebilmelerine yardımcı olmak amacıyla 1996 yılında Leninger tarafından geliştirilmiştir. Bu model “araştırmacının aklına güneş girmesine izin vermek” ve kültürel değerler ve kültüre özgü bakım gereksinimleriyle ilgili bakım faktörlerinin geliştirilmesi nü taşımaktadır. Bu modelde çizilen “yükselen ve parlayan güneş” hemşirelik bakımına yeni bakış açıları getirmektedir (2,3).



Bireyler, aileler, gruplar, toplumlar & farklı sağlık sistemlerindeki kuruluşlar



Kültürel yetkinlik süreci Campinha – Bacote modeli ile açıklanabilir. Bu modelde ilk adım; **kültürel farkındalık**tır. Hemşireler, bakım verdikleri bireylerin kültürlerine ilişkin değerlerine, inançlarına, uygulamalarına duyarlı olmalıdırlar. Farklı kültürlere önyargılarını doğru tanımlayabilmek için her şeyden önce kendi kültürel değerlerini ve inançlarını tanımalıdırlar. Bunu yapmazlarsa verdikleri hemşirelik bakımı etnosentrik olacaktır, yani kendi kültürüne benzer değer ve inançları olan bireylere etkin hemşirelik hizmeti verecektir. Kültürel yeterlilik için sonraki adım; farklı kültürel gruplar, onların inanç sistemleri, değerleri, uygulamaları hakkında **bilgi edinmek** ve kültürel ve etnik grupların benzerlik ve farklılıkları konusunda **bilimsel bir bilgi tabanı oluşturmak**tır. Örneğin bireylerin birbirleriyle, diğerleri ile nasıl ilişki kurdukları, nasıl tanıştıkları konusunda gerçekten farklılıklar vardır, kimileri çok resmi davranırken, kimileri oldukça yakın davranırlar. Bazı sosyal veya etnik gruplar bazı hastalıklara daha yatkındırlar. Hemşire, **kültürel beceri** gelişimi arttıkça, kültürel tanılama yapmada daha duyarlı ve daha yetkin olmaya başlar. Başlangıçta rehber kitaplar, araştırma sonuçları gibi yazılı materyallere daha bağımlı olunurken, beceri arttıkça birey üzerinde yoğunlaşma da artacak ve yazılı materyallere bağımlılık azalacaktır. Kültürel tanılama aracı, veri toplamada yardımcıdır. Kültürel yetkinliğe ulaşmada son adım; **kültürel zorlukla karşı karşıya gelmektir**. Hemşire, farklı kültürel geçmişi olan bireylerle ve gruplarla bilinçli etkileşimler yaratmaya çalışır. Bu süreçte, hemşire o grubun üyesi ile belli bir kültür hakkındaki bilgisini ve algılamalarını paylaşır. Bu paylaşımlar hemşirenin bilgi birikimini geçerli ya da geçersiz bulmasına ve yanlış anlamaları düzeltmesine böylece kültürel olarak yetkin bakım vermeye hazırlanmasına yardım eder (6).

Giger ve Davidhazar (1990, 1999), kültürel olarak yetkin bakımı sağlamak için sağlık ve hastalıkla ilgili çeşitli değişkenleri değerlendirmek ve hemşireliğe pratik bir tanılama aracı kazandırmak amacıyla Transkültürel Tanılama Modeli'ni geliştirmişlerdir. Bu modele göre; her birey geçmiş deneyimlerinin, inanç ve normlarının bir ürünü olarak kültürel anlamda tektir, eşsizdir. Kültürel olarak yetkin olma, dinamik, akıcı ve devam eden bir süreçtir ve bu sayede birey / organizasyon / kurum, kültür mirasının bilgisine dayalı bakım sağlar. Transkültürel Tanılama Modeli, altı kavramdan oluşur (1);

1. İletişim; bir insanın diğerleri ile nasıl etkileştiğini anlatır ve kültür paylaşımı anlamını da taşır. Hem sözlü, hem sözsüz olabilir ve birey bunu kültüründen öğrenir. Bir birey aynı kültürden değilse, iletişim engelleri artar.

2. Mekan / Alan; etkileşim kuran bireyler arasındaki mesafeyi anlatır. Hall'a göre insanlararası alanın dört farklı bölgesi vardır. Kişisel alana dair kurallar, kültürden kültüre farklılaşır. Hastanın kişisel ve özel alanının ihlali, rahatının bozulmasına neden olabilir ve hastanın tedaviyi reddetmesine yol açabilir.
3. Sosyal Organizasyon; aile yapısı ve organizasyonu, dini değerler ve inançlar, rol dağılımları etnik yapı ve kültürle ilişkilidir.
4. Zaman; kültürel gruplar geçmişe, günümüze ya da geleceğe odaklanmış olabilirler. Geçmişe odaklanmış bireyler, gelenekleri sürdürmeye çalışır, geleceğe yönelik çok az motivasyonları vardır. Bireyler günümüze odaklanmış ve şu anki görevleri onlar için her şeyden önemli görünüyorsa, bu kültüre sahip insanlar, geçmişini takdir etmeme ve gelecek için plan yapmama eğiliminde olurlar. Geleceğe odaklanmış bireyler plan yaparlar ve gelecekteki amaçlarına ulaşmak için bu günden aktivitelerini organize ederler. Koruyucu sağlık bakımı, gelecek zaman oryantasyonu gerektirir.
5. Çevresel Kontrol; kişinin doğayı kontrol etme ve kendisini etkileyen çevresel faktörleri planlama ve yönetme yeteneğidir. Eğer bireyler iç kontrole daha az, dış kontrole daha fazla inancı olan kültürel gruplardan gelmişse, sağlık bakımına ulaşmayı gereksiz görme gibi kaderci bakış açılarına sahip olabilirler.
6. Biyolojik değişkenler; farklı ırklardan gelen bireylerde özellikle genetik değişiklikler sık görülür. İnsanlar farklıdır, benzer olarak kültürler de farklıdır. Bu bilgidan yola çıkarak ırklar arasındaki farklılıkları tanımak, ırklar arasındaki kültürel etkileşimleri tanımlamada önemli yer tutar.

Kültürel olarak yeterli bakım sağlama, dinamik bir süreçtir. Hemşireler, Giger ve Davidhizar'ın kültürel tanılama modelini kullanarak, kültürel olarak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını sunabilirler (1).

Etnosentrizm, bireyin kendi kültürünün diğer tüm kültürlerden daha üstün olduğu inancıdır. Bu inanç sıklıkla bilinçaltında olmak üzere, tüm insanlarda vardır ve bakım alan ve bakım veren bireyi etkiler. Leninger etnosentrik hemşirelik bakımının kültürel olarak rahatsız edici bir bakım olduğunu belirtmiştir (2,3). Hemşireler olarak hastalarımızın ve kendimizin etnosentrik inançlarımız olabileceğinin farkında olmak ve hemşirelik bakımını hastanın gereksinimlerini karşılayacak şekilde planlamak, bizim sorumluluğumuzdur. Kültürel yetkin hemşirelik bakımının önemi; hasta haklarını korumak ve etkin hasta eğitimi verebilmektir (4).

Farklı Kültürlerle Çalışan Hemşireler İçin Stratejiler

Bir kültür hakkında bilgi almak için hemşire iki tür kaynağa gereksinim duyar: kütüphane ve kültürel bilgi verebilecek kaynak kişiler. Spradley (1979) bu kişilerin seçiminde dört özellik belirlemiştir (5);

1. Tamamıyla kültürlenmiş olması; uzun süreden beri o kültürün içinde yaşıyor olması.
2. Halen o kültürde yaşıyor olması ve yaşadığı gruba aktif katılıyor olması
3. Bilgiyi analitik olarak aktarmaması; bazen kaynak kişiler hemşirenin neden-sonuç ilişkisini duymak isteyeceklerini düşünerek, verecekleri bilgiyi analitik (çözümlemeli) olarak aktarırlar. Oysa kaynak kişilerin bilgileri olduğu gibi aktarması gereklidir
4. Katılmaya istekli olması; zamanını ve kendi kültürel grubuna ilişkin bilgileri vermeye istekli olması gerekir.

SON SÖZ

Çatışmaların, gerginliklerin, kültürel çeşitliliğin arttığı dünyamızda, kültürel yetkinlikte bakım verecek hemşirelere olan gereksinim de artacaktır. Küreselleşme eğilimleri sonucu, bakımı alanlar ve verenler arasında kültürel farklılıklar olması kaçınılmazdır. Hemşireler kendi kültürel yönelimlerinin farkında olmalı ve hemşireler ve bakım alan bireyler arasındaki kültürel farklılıklara duyarlı olmalıdır. **Önyargısız** ve **hoşgörülü** davranış, esastır. Hemşireler, bakım verdikleri bireylerin yaşamları ve inançları konusunda **meraklı bilgi araştırmacıları** olmalıdırlar. Çalıştıkları birey, aile ve toplumda daha iyiye ulaşmada bazı değişiklikler yapabilmek için **gerçekçi** olmalıdırlar. **Yaratıcı** ve **risk almaya istekli** olmalıdırlar. Kendilerine çevrelerindeki dünyayı görmelerine izin veren bakım verdikleri bireylerden, farklı kültürleri dinlemeye, öğrenmeye ve kabul etmeye istekli, uyanık ve mesleki becerilerle donanmış hemşireler olmalıdırlar. Hemşireler giderek daha heterojen toplumlara hizmet vereceklerinden, bütün bu özellikler son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Giger, J.N., Davidhizar, R. (2002) Culturally Competent Care: Emphasis on Understanding the People of Afghanistan, Afghanistan Americans and Islamic Culture and Religion, *International Nursing Review*, June, 49(2).
2. Leninger, M. (1997) Future Directions in Transcultural Nursing in the 21st Century, *International Nursing Review*, 44(1).
3. Leninger, M.M. (2001) *Theory Of Culture Care Diversity And Universality*, Parker, M.E.,(Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practise*, Davis Company.
4. McGee, C. (2001) When The Golden Rule Does Not Apply: Starting Nurses on the Journey Toward Cultural Competence, *Journal for Nurses in Staff Development*, May/June, 17(3).
5. Smith, C.M., Maurer, F.A. (2000) *Community Health Nursing Theory and Practice* , 2nd Edition, WB Saunders Company.
6. Türk Dil Kurumu www.tdk.gov.tr

TRANSKÜLTÜREL-MULTİKÜLTÜREL HEMŞİRELİK DENEYİMLERİ

Doç. Dr. Sema KUĞUOĞLU

Marmara Üniversitesi,

Hemşirelik Yüksekokulu,

İstanbul

skuguoglu@operamail.com

Hemşirelik uygulamalarında kültüre ilişkin çalışmalar, 1950'li yıllarda başlamış ve transkültürel hemşirelik akımının ortaya çıkması ile gelişmiştir. Transkültürel bakım bazen, farklı ülke veya coğrafik bölgelerden gelen sağlık inançlarını veya uygulamalarını karşılaştırma gibi dar bir anlamda görülmektedir. Oysa transkültürel hemşirelik akımı; karşılaştırmalı, hümanistik ve bilimsel bilgi üzerine odaklanan, tüm kültürlerdeki davranışları, uygulamaları, değerleri ve inançları taşıyan, sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilmesi yöntemlerini içeren bir hemşirelik alanıdır (1,7).

Leininger ilk kez 1940'larda kültüre duyarlı hemşirelik bakımının gerekliliğini açıklamış ve daha sonra transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım teorisini geliştirmiştir.

Leininger; "bakım güçtür, bakım iyileşmenin temelidir, bakım tedavi edicidir, bakım hemşirelik ve transkültürel hemşirelik kararları, eylemlerinin odağı ve merkezidir" demiştir. Onun vizyonu bir çok değişimi beraberinde getirmiştir (8).

Bununla birlikte transkültürel bakım, araştırma ve derin gözlem yapmayı gerektirir. Kültürel yapı içinde uygulanır ve bireylere bilgi veren, yardım eden holistik bir yoldur.

Leininger "sunrise" modelinde; hemşirelik bakımında kültürel bakımın zorunluluğundan bahsetmiş, kültürel sağlık inançlarına yönelik araştırmalara yol gösteren kuramsal bir yöntem oluşturmuş ve hemşirelik için standart ilkeleri geliştirmiştir (1,6,8).

Transkültürel/multikültürel hemşirelik bakımında kültürel farkındalık temeldir. Hemşireler kendi kültürel grupları dışındaki bireylere bakım verir ve diğer kültürlerden gelen sağlık bakım ekibi üyeleriyle çalışır. Diğerleriyle etkili iletişim için kültürü anlamak gerekir (11).

Örnek:

Değişik kültürlerden birey ve ailelerin kültürel ve dini ritüelleri gözardı edilmemelidir.

Musevi geleneğinde çocukların saç 3 yaşına gelinceye kadar kesilmez. Saçlar “saç kesme töreni” ile kesilir. Bu nedenle saç kesilerek yapılması gereken uygulamalarda ailelerin izni alınmalıdır (15).

Kültürel farklılıkları anlamamanın ilk aşaması; bireyin kültürel değerlerini ve kültürel uyumunu nasıl kazandığını anlamaktır ve kültürel uyum beş aşamada gerçekleşir. Bunlar; (1) balayı aşaması (2) kültürel şok (3) yüzeysel uyum (4) engelleme/frustrasyon (5) gerçek uyum aşamasıdır.

Balayı aşaması: Birey farklı kültürde bulunduğu zaman macera hissi yaşar, farklı yaşantılar onun için ilginç ve heyecan vericidir. Kendini tatilde ve turist gibi hisseder (1,14).

Örnek:

1993 yılında “Uluslararası Pediatri Hemşireleri Kursu” nedeni ile bulunduğu İsrail’de ilk günler benim için son derece ilginçti. İlk kez yurtdışına çıkıyordum. Farklı bir kültürde, 23 farklı kültürden gelen meslektaşımın ortak bir amaç doğrultusunda bir kültür harmonisi oluşturmuştu. İlk kez bir yabancıyla odamı paylaşıyordum. İlk günler kursa adapte olmaya, hem birbirimizi hem çevremizi tanımaya çalışıyorduk. Kendimizi tatilde gibi hissettiğimizi ifade ettiğimiz anlar çoktu. Bu Leininger’in balayı aşaması ile uyumludur.

Sağlık bakımında kültürel değişkenlik hemşireler için yeni ve eşi bulunmaz fırsatlar sağlar. Dünya çapında coğrafi hareketlilik, göç etmedeki kolaylıklar ve doğum oranları nüfus artışlarına ve kültürel farklılıklarda kısa değişimlere neden olmaktadır.

Klinik uygulamaların transkültürel sağlık perspektifi ile birleştirilmesi sağlık hizmetlerinin şartı olarak kabul edilmektedir.

Eğer kültürel etkin bir sağlık bakımı yapılacaksa, transkültürel hemşirelik ile gerek bireyler gerekse çalışanlararası iletişime yönelmelidir (4).

Kültürel Şok: Leininger, kültürel şok terimini kültürel uygulamalar, değerler ve inançlarda farklılıklardan dolayı farklı bir kültürel gruba ya da duruma oryente olamama ve sorun yaşamakla birlikte rahatsızlık ve çaresizlik hissetme şeklinde tanımlar (15).

Birey bazı şeylerin kendi elindeki gibi olmadığını farkına varır ve iki kültür arasında gidip gelir. Sosyal ilişkilerde güçlükler, uzaklaşma, yalnızlık, sıla hasreti, ego sınırlarının zorlanması genel semptomlardır. Birey eğer evine kendi kültürüne dönme şansı varsa bu aşamada seçim yapar (1,14).

Bu durum farklı bir kültürde bulunan hem hastalar hemde sağlık çalışanlarında meydana gelebilir. Yeni bir ülkeye, bölgeye veya aile dışındaki bir subkültüre giren (okul çocuk için bir

subkültür, hastane bireyler için bir subkültürdür) kişi kültür şoku yaşayabilir. Dil bariyeri spesifik subkültürel grup, etkin iletişim gibi faktörler yeni çevreye reaksiyonu etkiler (9,15).

Örnek:

İyileştirici uygulamalar, inançlar ve kültürel farklılıklara önem veren bir çocuk acil hemşiresi, subkültürlerle iletişimde rehber oluşturacak bir el kitabı hazırlamış ve konu ile ilgili bir çok şey öğrenmişti. Fakat aşağıdaki durumu deneyimlediğinde kendini iyi hissetmedi. Konvülzyon geçirmekte olan 15 aylık bir kız çocuğu ebeveynleri tarafından acile getirilmişti. Aile korkak ve ürkek görünüyordu. Çok az İngilizce biliyorlardı. Hemşire çocuğun bir gün önce MMR aşısı olduğunu öğrendi. Sarıp sarmalanmış battaniyelerden çocuğu çıkarırken, bir taraftanda hızla A (havayolu),B (solunum),C (Dolaşım)'yi değerlendirdi. Vücut ısısının yüksek olduğunu kaydetti. Ayrıca alkolle ıslatılmış bez parçalarının kasıklarına konulmuş olduğunu not etti. Oksijen maskesi ile oksijen vermeye başladı. Elbiselerini çıkarıp tüm vücudunu değerlendirdi. Alkollü kompresleri attı. IV yolu açtı ve Ativan yaptı. Konvülzyon geçmişti. Hemşire “şimdi daha rahat, ebeveynlerle iletişim kurabilirim” diye düşündü. Ancak onların uzun süre kendisiyle göz kontağı sağlamadıklarını ve annenin konvülzyon durduktan sonra kendisiyle hiç konuşmadığını farkettiler. Departmanına dönünceye kadar da aralarında iletişim olmadı. Niçin ebeveynler iletişimi kesmişti? Alkollü bezleri atmadan önce izin almamak veya geri vermemek bu farklılaşmaya neden olabiliyordu?(15).

Yüzeyel uyum: Bireyin kendine ait değerlere inançlara tutunur, bölgesel kültürdeki insanlarla ilişkisini geliştirir.

Engellenme/Frusturasyon: Birey üçüncü aşamada kazanılmış kültürü daha iyi tanır ve anlar. Ancak çözümlenemeyen sorunlar, çatışmalar ortaya çıkabilir. Birey sıkıntı yaşayabilir. Son aşama *gerçek uyum* aşamasıdır. Birey yeni kültürü farklı yaşam biçimi olarak kabullenir (1,15).

Transkültürel hemşirelik bakımında farklı kültürlerden bireylerle iletişim ve yaklaşım özellik gerektirir. Birey ve ailesinin yaşadığı kültürün sağlık bakım uygulamaları bizim kültürümüzden farklı olabilir. Ayrıca farklı ülkelerin farklı yasal zorunlulukları vardır. Bunları da göz önünde bulundurmak gerekir.

Örnek:

Yakın geçmişte hemşirelik öğrencileri ile birlikte klinik uygulamadaydık. Acil ünitelerde iki 3. sınıf öğrencisi ve ben, birimden sorumlu iki hemşire vardı. Öğrencilerden biri bir çocuk hastaya enjeksiyon yapıyor, hemşire bir erişkinin kan basıncını ölçüyordu. O sırada içeriye

hızla oldukça cüsseli bir bey girdi. Diğer öğrencimizden ağrı kesici istedi. Hemşire reçetesiz ilaç veremediklerini söyledi. Yabancı ısrar etti. İstedığı narkotik bir analjezikti ve gittikçe kabalaşıyordu. Hemşire kurumun aile hekimini telefonla çağırdı. Hekim gelerek bunu veremeyeceklerini, yeşil reçete gerektiğini ifade etti. Hollanda'lı olduğunu öğrendiğimiz yabancı kötü sözler sarfederek servisten çıktı.

Beslenme alışkanlıklarında kültürlere göre değişir. Ülkemiz yedi coğrafi bölge hatta il bazında farklı mutfağa sahiptir. Zengin bir mutfak kültürümüz vardır. Sağlıklı ve hasta bireylere diyet hakkında yaklaşımda bulunurken, sağlık ekibinin birey ve ailenin geldiği kültüre göre beslenme alışkanlıklarının göz önünde bulundurulması gerekir.

Örnek:

Çocuk hematoloji-onkoloji servisinde intern öğrenciler ile uygulama yapıyorduk. Lösemili bir hastamız sabahları verilen kahvaltıyı reddediyor, ısrarla annesinden muhlama istiyordu. Karadeniz mutfağına özgü peynir eritmesi ve yumurtadan oluşan bu karışımı servis mutfağında annenin hazırlamasına yardımcı olduk. Hasta yaklaşımımızdan memnun oldu. Bu olumlu sonuç tedavi sürecindeki yaptığımız uygulamalarda hasta ve hemşire ilişkisine pozitif olarak yansdı.

Etkili hasta bakımı, karşılıklı saygının ve kültürel hassasiyetin olduğu ortamlarda gerçekleşebilir. Hemşireler her bireyin farklı olduğunu bilmelidirler. Ayrıca kültürel veya etnik yada dini inanış bakımından ortak geçmişi olan hastaların aynı değerleri, inançları ve gelenekleri paylaşmaları gerekmediğinin farkında olmalıdırlar. Hemşireler kendi davranışlarını ve hastanın bu davranışları nasıl karşıladıklarını sürekli değerlendirmelidir. Kültürel hassasiyete sahip tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi hasta ve ailelerinden alınan geri bildirimlerle ve hastaların durum ve tavırlarındaki olumlu değişikliklerin gözlemiyle mümkün olur(13).

Hemşireler, nadir de olsa hastanın sağlık veya tedavisine ters düşen etnik ve dini uygulamalarla karşılaşabilirler.

Örnek:

Bir diyabetli müslüman kadın ramazan ayında oruç tuttuğunda sağlığını riske atmış olur. Bu durumda sorumlu hemşire ne yapmalıdır? Hemşire hastanın sağlık durumunu kötüleştirecek alışkanlıkları destelemek zorunda mıdır?

Leininger her türlü tedavi ortamında uygulanabilecek seçenekleri tanımlamıştır.

Hemşireler hastanın sağlığına faydalı olabilecek kültürel alışkanlıkların devam ettirilmesi konusunda yardım edebilir. Diyet kısıtlamaları olmayan, Çin'li bir hastanın

bitkisel çay kullanması bu duruma bir örnektir. Sağlığa etkisi olmayan nötr davranışlar konusunda da destek olabilirler. Bazı Amerikan yerlilerinin hasta yatağının çevresine buğday serpmesi gibi. Yada hemşireler sağlığa potansiyel zararı olan davranışları değiştirmek için tavsiyelerde bulunabilirler. Diyabet müslaman kadın örneğinde hemşire kadın tekrar sağlığına kavuşana kadar oruç ibadetini ara vermesi için imam ile görüşmesi konusunda yönlendirebilir (11,12,13).

Hemşirelerin kendi kültürel eğilim ve uygulamalarının farkında olması en azından bazı hastaların ortamda daha rahat olmalarını sağlayacak böylece duygularını daha rahat paylaşacaklardır. Kültürel farklılıklara karşı açıklık sadece hasta hemşire arasındaki iletişimi değil, aynı zamanda farklı kültürel geçmişe sahip sağlık çalışanlarının iletişimini de geliştirir. Hastanın anlayamayacağı tıbbi terim ve karmaşık açıklamalardan kaçınılmalıdır. Kültürel farklılıklar bakım planını hazırlarken hemşirenin yaratıcı ve zeki çabalarını gerektirir. Kültürel konular genellikle göz ardı edilebilir veya akut sorunlardan daha az değerli görülüp yeterince duyarlılık gösterilmeyebilir. Özellikle geleneksel kültürden gelen bireylerde kültürlerine aykırı olabilecek tutum ve davranışları onlardan beklemek doğru olmaz (5,7,13).

Örnek:

Ekim 1993'de The Hospital of Israel's Children Onkoloji ünitesi sorumlu hemşiresi ile yaptığım görüşme sırasında hemşire özellikle Türkiye, Kıbrıs, Amerika, Tunus, Etopya gibi farklı kültürel özelliklere sahip ülke çocuklarına hizmet verdiklerini belirterek "bizler kanserin transkültürel yönleri, kültürel duyarlılık, kanserin transkültürel yönleri gibi konularda duyarlı olmalıyız" diye kültürel duyarlılığını dile getirmişti.

Farklı kültürlerde farklı sağlık bakım yaklaşımlarına rastlamak mümkündür.

Örnek:

1999 yılında Children's Hospital Medical Center of Akron'da ülkemizde rastlamadığım bir uygulama ile karşılaştım. "Pet Therapy....." Ülkemizde son yıllara kadar kedi, balık, kuş dışındaki evcil hayvanlar ev ortamında beslenmezdi. Ancak son yıllarda özellikle metropollerde köpeklerin evde bakıldığına sıkça rastlıyoruz. Kültürel bakım farklılığına bir örnek olarak getirebileceğim The Doggie Brigade of Children's Hospital olarak isimlendirilen bu Pet Therapy programının aile merkezli bakım felsefesinde ve hastaların iyileştirilmelerinde bütünleştirici bir rol oynadığı ifade edildi. Programın planlama aşaması bir yıldan fazla sürmüş ve Aralık 1991'de başlanmış. Dokuz köpek ve iki hasta ünitesinde önce pilot uygulama başlatılmış.

1999 itibari ile Doggi Brigade ordusu, yetişkin elli köpek ve onların çocuk arkadaşlarında oluşmaktadır. Onlar şimdi dört gönüllü ile haftanın yedi günü hastanenin tüm birimlerinde aile ve çocuklara hizmet veriyorlar.

Sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerde üniversitelerin uluslararası sağlık programları vardır.

Sağlık sektöründe enstitüsyonel değişimler yapmak, holistik ve multikültürel hizmet sunmak, sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek için üniversite çevresi kurumsal politikalar ve toplum gereksinimlerinin entegrasyonunu gerektirir.

Bu günümüz dünyasında sosyo ekonomik, politik, kültürel ve çevresel elementleri birleştirici bir çatı oluşturarak, üniversiter düzeyde uluslararası sağlık programlarını geliştirmeye alternatif bir yol sunar (3).

Bu çatı içinde lisans ve lisans üstü eğitimde yeniliklere açık olmak ve dünyadaki diğer insanlara kendini daha iyi entegre etmeyi üniversiteler görev edinmelidir.

Birey, toplum ve çevre sosyal bir network içinde olursa yeni kavramlar üretilebilir. Ulusal ve uluslararası ilişkide öncelikli farklı yöre ve ülkelere özgü stratejiler ve teoriler geliştirmek gerekir. Sadece geliştirilmiş modeller ve uygulamalar transfer edilerek uyarlanmadan kullanılmamalıdır (10).

Misafir öğretim üyesi olarak A.B.D.'deki bazı hemşirelik okullarına ve hastanelere sağlık bakım departmanlarına yaptığım ziyaretlerde kültürel değerlere teori ve uygulamada çok önem verildiğini gördüm.

Hemşirelik müfredat programlarında multi-kültürel, transkültürel, crosskültürel, uluslararası hemşirelik gibi derslere rastladım.

Örnek:

Kuzey Amerika'da Kent State Malone College Department of Nursing'de "Multi kültürel deneyim" adı altında lisans eğitiminde 5 kredilik majör bir ders verilmekteydi.

The University of Akron Collage of Nursing'de lisans programının 1. yıl birinci döneminde 4 kredilik "Kültürel Antropoloji", 3. yılın ikinci yarısında 2 kredilik "Hemşirelikde Kültürel Boyutlar", 4. yılın ikinci yarısında "Alan Çalışmaları ve Kültürel Boyutlar" adı altında 4 kredilik bir kültür dersi verilmekteydi (15,16,17,18).

Lisansüstü programda "International Nursing" dersi; uluslararası bir çevrede hemşirelik rollerini ve girişimlerini karşılaştıran, eğitim, etik, sağlık politikaları demografik kültür ve coğrafyanın sağlık bakımı üzerine etkilerini tartışan bir aylık uluslararası geziyi de içeren üç kredilik bir derstir.

Transkültürel hemşirelik ile ilgili faaliyetlerin özeti aşağıda verilmiştir.

1973’de transkültürel hemşirelik derneği kurulmuştur. 1988’de hemşirelikte sertifika programı başlatılmış, 1989’da Journal of Transcultural Nursing yayınlanmaya başlamıştır. The Journal of Multicultural Nursing&Health’de kültürel hemşirelik anlayışına hizmet vermektedir. Transkültürel hemşirelik dersleri şimdi hemşirelik müfredatının bir parçasıdır ve kültürel bakım hemşirelik teorisinde benimsenmiştir. Transkültürel hemşirelik alanında Leininger’den sonra ortaya çıkan bilim adamları: Camphina-Bacote, Giger ve Davidhizar, Orgue, Bloch ve Morray ve Spector’dır (11).

Bacote, 1991 yılında “Kültürel yetenek bakım modelini” geliştirmiştir. Bu model kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel beceri ve kültürlerin karşılaştırılması elementlerinden oluşan kavramsal bir modeldir (2).

Ayrıca A.B.D.’de bir çok üniversitede bu alanda serktifika programları bulunmaktadır.

Sonuç olarak **Transkültürel Hemşirelik** yirmibirinci yüzyılda hemşirelik eğitiminin ve uygulamalarının bir parçası olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Arslantaş, H., Ulupınar, S.: Hemşirelikte Transkültürel Yaklaşım, II. Türk Alman Psikiyatri Kongresi, İTÜ Maçka, Eski Maden Fakültesi, 17-23 Mart 1996, 2003.
2. Bacote, JC.: The Process of Cultural Competence in Health Care: A Culturally Competent Model of Care. 2 nd Edition Transcultural C.A.R.E. Assaciates Published, Perfect Printing Press, Wyoming, Oltio, 1994, pp:4-7.
3. Culley, L.: Acritique of Multiculturalism in Health Care: Thechallenge for Nurse Education, Journal Advance Nursing, Mar;23(3):564-70, 1996.
4. Davidhizar, R., Bechtel, G.A., McEven, M.: Referencing in Transcultural Nursing: An Ethical Analysis, Nursing Forum, 34:(1), Oct.-Dec. 1999, pp:14-17.
5. Delbar, V.: From The Desert: Transcultural Aspects of Cancer Nursing Care in Israel, Canser Nursing, Feb;22(1):45-51, 1999.
6. Eliason, M.: Ethics and Transcultural Nursing Care, Nursing Outlook, 41:225, 1993.
7. Leddy, S., Pepper, JM.: Conceptual Bases of Professional Nursing, 4 th Edition, Lippincott Company, Philadelphia, 1998, pp:35-37.
8. Leininger, M.: Transcultural care principles, human rights, and ethical considerations. Journal of Transcultural Nursing, 3, 21-22, 1991.

-
9. Nagai-Jacobson, MG.: Transcultural and Spiritual Issues, In: Ethics&Issues in Contemporary Nursing, Ed.:MA Burkardt, AK Nathaniel, Delmar Publishers, Albany, 1998, pp:318.
 10. Potter, P., Perry, AG.: Basic Nursing-Multi-Cultural Nursing, 3 rd edition, Mosby Year Book, 1995, pp:403-418.
 11. Schlosser, SP.: Social, Cultural and Spiritual Aspects of Health, in: Fundamentals of Nursing-Colloborating for Optimal Health. Ed.: KJ., Berger, MB., Williams, 2 nd edition, Appleton&Lange Publishers, Stamford, 1999, pp:184.
 12. Sloat, AR., Matsuura, W.: Intercultural Communication, in: Nursing Interventions for Infants&Children, Ed.: WB Saunders Company, 1990, pp:166-181.
 13. Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P.: Fundamentals of Nursing, in: Culture and Ethnicity, 2 nd edition, J.B. Lippincott Company, Phidelphia, 1993, pp:112-125.
 14. Williams, J., Rogers, S.: The Multicultural Workplace: Preparing Proceptors, The Journal of Continuing Education in Nursing, May-June;24:3, 1993.
 15. Wong, DL.: Whaley&Wongs: Nursing care of Intants and Children, Mosby Company, sixth edition, 1999, pp:34-49.
 16. _____: 1998-1999 Graduate Bulletin, The University of Akron, Ed: Do Markovich, Ohio, 1998.
 17. _____: The University of Akron Schedule of Classes Spring'99.
 18. _____: The University of Akron Schedule of Classes Summer'99.

TRANS KÜLTÜREL-MULTİKÜLTÜREL HEMŞİRELİK DENEYİMLERİ

İnci ATASEVEN ÖZTUNCA

Başkent Üniversitesi Alanya

Uygulama ve Araştırma Merkezi, Alanya

ataseveni@hotmail.com

Değerli hocalarımızın da belirttiği gibi kültürel değer, tutum, inanç ve davranışlar kişilerin yaşam tarzlarını, dolayısı ile sağlık koşullarını etkilemektedir. Biz hemşireler olarak da kültürlere göre değişen sağlık ve hastalık kavramlarını çok iyi tanımalı ve bu bilgi birikimini kullanmalıyız. Günümüzde gerek ülke içi göç ve yer değiştirmeler, gerekse dış turizmin artması ile multikültürel toplumlar sıkça görülmeye başlamıştır. Biz hemşirelere ise, gerek halk sağlığı, koruyucu sağlık, gerekse tedavi edici sağlık kuruluşlarında çok önemli görevler düşmektedir. Şu da bir gerçektir ki hemşire hastanın avukatı yada temsilcisidir. Primer sorumluluğu hastaya karşıdır.

Hepimizin de çok iyi bildiği gibi sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halidir. Bireyin sağlığını kazanması veya koruması için yapılacak uygulama yada davranışlar planlanırken bireyin kültürünün göz önünde bulundurulması bizi başarıya götürecektir. Aksi takdirde bireyin sağlığına kavuşması gecikecek yada fiziksel sağlığını sağlarken ruhsal sağlığını bozmamız kaçınılmaz olacaktır. Hatta daha ileri düzeyde ki kültür farklılıklarında hastanın fiziksel iyileşme sürecinde uzayacaktır.

Ben 1994 Yılında Başkent Üniversitesi Ankara hastanesinde çalışmaya başladım.2000 yılında ise Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezin de başhemşirelik yapmaya başladım. Bu göreve başlarken aklımdaki birçok sorudan en kaçınılmaz olanı farklı kültürlerden hastalara bakım verecek olmamızdı. O güne kadar olan deneyimimde evet bir çok farklı kültürden hastayla çalışmışım. Bunların arasında doğunun ücra köylerinden gelenler, sosyoekonomik düzeyi çok yüksek olanlar, devlet adamları, sanatçılar, yazarlar ve birçok hasta grubu vardı. Ama hepsinin bir ortak özelliği vardı hepsi de Türk'tü. Yani farklılıklar gösterse de sonuç da bizim memleketimizin insanı idi. Alışkanlıklarını, kültürel yapılarını biliyor yada öğrenmemiz kolay oluyordu. Bizim amacımız kim olursa olsun onlara en üst düzeyde sağlık hizmeti vermektir. Oysaki yeni görev yerim tamamen bir multikültürel

toplumdu. Alanya merkez, çevre ilçeler, köyler bizden sağlık hizmeti bekliyordu. Birde beni en çok tedirgin eden tatile gelen veya Alanya da yerleşik yaşayan yabancı bireylerdi. Biz bir üniversite Hastanesiydik ve ihtiyacı olana sağlık hizmeti vermek görevimizdi. Ve ben ilk defa böyle bir yabancı hasta grubuyla çalışacaktım. En büyük sorunumun yabancı dil bilen hemşire kadrosu oluşturmak olduğunu düşünüyordum. Evet hemşire alımlarımızı yaparken yabancı dil bilmek alım kriterlerine yerleştirildi. Elman alımları yapıldı ve ilk hastalarımızı almaya başladık. Hastalar geliyor bakımlar planlanmış her şey yolunda gidiyor görünüyor. Bir gün ziyaret sırasında yabancı bir hastanın odasına girdim. Ziyaret saati olmamasına karşılık hastanın odasında iki ziyaretçisi vardı ve hasta onlarla ilgilenmeyip dışarıya bakıyor giren çıkanla ilgilenmiyordu. Oda da bulunanlara iyi günler dileyerek dışarı çıktım. Hemşireye hastanın yanındakilerin kim olduğunu sordum bana birlikte tatile geldiği turdan arkadaşları olduğunu söyledi. Arkadaşlarını ziyaret etmek istediklerini söyleyince bende yabancı hasta olduğu için izin verdim dedi. Hasta odasına tekrar dönüp uygun bir dille ziyaretçileri dışarı çıkardım. Hasta ziyaretçileri gittikten sonra bize buranın bir hastane olduğunu ziyaretçilerin kontrolünün bizim tarafımızdan yapılıp yapılmadığını sordu. Hasta ziyaretçilerinden rahatsız olmuştu Dinlenmeye ihtiyacı vardı. İşte o zaman anladım ki bireyleri memnun etmeye çalışırken kendi kültürümüzün gereklerini yerine getiriyor, Hastaları kendi kültürleri çerçevesinde ele almıyorduk Yani sorunumuz sadece yabancı dil bilen hemşire kadrosu ile çözülmüyordu.

Hepimizin de bildiği gibi bireylerin kültürel ve sosyal durumları sağlığı ve hastalığı algılamada ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde çok önemli rol almaktadır. Örneğin vücutta meydana gelen herhangi bir hiperemi bazı kültürlerde basit bir allerji olarak değerlendirilmekle birlikte bazı kültürlerde(özellikle Avrupa kültüründe) gerçekten ciddiye alınacak çok önemli bir sorun olarak gündeme getirilir. Veya yaşadığı toplumda bulunan davranışlar bireyde ortaya çıkacak semptomlara yönelik tanı koymada faydalı olacaktır.(uyuşturucu bağımlılığı, doğum kontrol yöntemleri, cinsel kültür v.b)

Bulduğumuz bölgede yerleşik 5000 Alman yaşamaktadır. Bu bireyler yerleşim sürelerine göre bazı yönleri ile Türk kültürüne adapte olmuş olsalar bile hala kendi kültürlerini devam ettirmekteler. Merkezimize doğum için başvuran Alanya ya yerleşmiş bir alman bayan dokuz ayın sonunda bir gece doğum için merkezimize başvurdu. Önceden belirlendiği gibi spontan doğum yapacaktı. Hasta travay odasına alındı doğum eyleminin son aşamasına geldiği için hemşire hızlı bir şekilde hastayı hazırlamaya başladı. Hastanın perine-pubis tıraşına ihtiyacına karar vererek hastanın tıraşını yaptı doğum eylemi

komplikasyonsuz tamamlandı. Hasta doğumdan sonra ilk mobilizasyonunda tuvalete gittiğinde kapıda bekleyen hemşire bir çığlık sesiyle içeri girdi. Hasta perine traşından son derece rahatsız olmuştu. Bu işlemin gerekliliği anlatılmaya çalışıldı ancak hasta kabullenmedi. İşte son derece basit ve standart bir işlemmiş görülen bu durum hastayı mutsuz etmiş, ruhsal yönden sıkıntıya sokmuştu.

Bu ve bunlar gibi birçok olayın yaşanmaması için günümüzde hızla artmakta olan multikültürel topluluklarda hizmet veren hemşirelere büyük rol düşmektedir. Buda ancak eğitimle olacaktır. hemşirelik eğitimlerimizde kişiler arası ilişkiler dersini hepimiz alırız. Bu derslerde her ne kadar kültürler, kültürler arası farklılıklar ele alınsa da uygulamada yetersiz kalmaktadır. Ancak günümüz sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda hizmet veren kuruluşlarda hemşireler ikilem içerisine düşmektedir. Aynı katta, aynı tanı ile yatan farklı kültürlerdeki iki bireye hizmet veren hemşire sıkıntılar yaşamaktadır. Hastalardan birinin odasına girerken Ahmet Amca nasılsın, diye sorarken öbür odaya girdiğinde hasta HANS'ın beklentisi çok daha farklı olmaktadır. Veya bir Türk anne babanın hasta olan çocuklarına yaklaşımı ile Alman anne babanın hasta çocuklarına yaklaşımı, sağlık personeline güveni ve beklentileri çok farklıdır. Farklı kültürleri çok da yakından tanımayan hemşirelerin bu tip durumlarda anne babaya yaklaşımını da etkilemektedir.

Hemşire kendinde bulunması gereken iletişim, kişiler arası ilişkiler, eğiticilik, danışmanlık yeteneğini ve toplumsal ilişki becerisini hastalara yaklaşımında kullanmalıdır. Çünkü bireyin tutum davranış ve kültürel yapısı doğurganlıktan, ölüme bakış açısına kadar hayatının her aşamasında etkilidir. Örneğin çocuğun maliyet ve yararıyla kadının toplum içinde statüsü ve rolü çok önemlidir. Liebenstein 1957'de yayınladığı doğurganlık teorisine göre, çocuğun aile için maliyeti arttıkça ve çocuktan beklenen psikolojik, sosyal ve ekonomik yarar azaldıkça doğurganlık azalır. Ailenin çocuktan bekledikleri arttıkça ve çocuk yetiştirme aileye büyük yük olmadıkça doğurganlık yüksek düzeyde kalır. Toplumda kadın statüsünün yükselmesi, bir başka deyimle kadının iş hayatında ve ev dışı sosyal yaşamda yer alması, ekonomik bağımsızlığını kazanması ve toplumun kadın üzerinde çocuk doğurma ve yetiştirme baskısının olmaması doğurganlığı azaltır. Bunların dışında doğurganlığı azaltıcı olarak bilinen kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenliğin gelişmesi, eğitim düzeyinin yükselmesi gibi etkenlerin çoğu iki temel nedene bağımlı ara nedenlerdir. İşte buda hemşirenin eğitimlerinde bireylerin durumuna göre plan yapmasını gerektirmektedir.

ENNE TOPLANTISINDAN KÜLTÜRE İLİŞKİN İZLENİMLER

Yrd.Doç.Dr. Samiye METE

Dokuz Eylül Üniversitesi,

Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

samiye.mete@deu.edu.tr

Belçika'nın Hasselt kentinde 16-29 Mart 2003 tarihleri arasında The European Network of Nursing in Higher Education (ENNE) tarafından düzenlenen Yoğun Programa (İntensive Programme) katıldım. Bu gün bu toplantıda edindiğim izlenimlerimi sizlerle paylaşacağım.

Öncelikle ENNE'nin nasıl bir topluluk olduğundan söz etmek istiyorum. Avrupada öğrenci merkezli eğitim yapan, lisans düzeyindeki okulların üyeliği ile oluşan bir topluluk. Bu topluluğun amaçları:

- a- İntensive program düzenleme
- b- Öğrenci hoca değişimi organize etme
- c- Projeler üretme

Ben yoğun programda konuşmacı ve katılımcı olarak yer aldım. Ondört günlük olan bu program, 9 ülkeden 29 öğrenci ve öğretmen ve Türkiye'den benim katılımımla 30 kişi ile gerçekleşti. Bu programda ben Türkiye'de hemşirelik eğitimi, sağlık organizasyonu ve Türkiye' de yaşlılık olmak üzere üç sunu yaptım. Bunun dışında programda yer alan diğer sunular, gözlem gezileri ve tartışma oturumlarına katıldım. Oturumlardaki konular sağlık organizasyonu, hemşirelik eğitimi, yaşlılık, ruh sağlığı ve evde bakım ana başlıklarında toplanmıştı. Böylece katılımcılar hem kendi kültürlerini tanıtmaya hemde başka kültürleri tanıma olanağı buldular.

Ben önce toplantı süresince Türk kültürü ile ilgili karşılaştığım sorulardan ve bu süre içerisinde izlenimlerimden, daha sonra diğer ülke katılımcıları ile ilgili görüşlerimde en son olarakta Belçika'da göçmen ailelere daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için yapılan çalışmalardan söz etmek istiyorum.

Toplantı süresince bana sık sık Türkiye ve Türk kültürüne ilişkin sorular soruldu. Bu soruların cevabını vermek zaman zaman zor oldu. Türkiye çok büyük bir ülke ve çok büyük bir mozaik. Sorulan soruların tek bir cevabı olmadığı için her duruma uygun cevaplar vermek gerekiyordu. Soruların cevabı doğuda yaşayan için farklı, batıda yaşayan için farklı, kuzeyde yaşayan için farklıydı. Örneğin: Beslenme alışkanlıkları doğuda yaşayan kırmızı et olmadan yemeği yemekten saymazken egeli zeytinyağlıyı tercih eder. Eğer bu birey köyde yaşıyorsa başka türlü davranır, şehirde ise farklı. Sonuç olarak her defasında her soru için her değişik duruma göre farklılıkları ile açıklamam gerekti. Örneğin sık sorulardan biri; biz bir diyabeti olan yada hipertansiyonu alan ilaç kullanan ve oruç tutmak isteyen bir hastaya nasıl yaklaşalım. Türkiye’de de aynı sorunları yaşadığımızı, bazı bireyler için çözüme ulaşabildiğimizi ancak bazı bireylerde davranış değişikliğini uzun yıllar sağlayamadığımızı belirttim.

Türk kültürü ile ilgili değerler ile Avrupalıların değerleri zaman zaman o kadar büyük farklılıklar oluyordu ki olayları anlatırken salt davranış gibi algılanıp altında yatan güzel ve değerli düşünce ve inanışlar basitleşebilir, değerini yitirebilirdi. Soruları cevaplarırken hep bu yanını göz önünde tutmam gerekti.

Türk kültüründe ailenin, yaşlılığın, yardımlaşmanın önemini onlara anlatabilmek ve bunun doğru anlaşıldığını fark etmek çok büyük zevkti. Türk kültüründe aileye verilen önem yada yaşlıların çoğunun hala ailelerinin yanında bakılıyor olması gibi olumlu fakat bizim için alışıldık olan bu özelliklerinin başka ülkeler için ne kadar sıra dışı ve özlenen özellikler olduğunu görmem beni çok etkiledi. Örneğin Ruh sağlığının tartışıldığı bir toplantıda, doğum sonu depresyon konuşuluyordu. Bu toplantıda, ben gebelik ve doğum sonu süreçte anneye gösterilen özen ve doğum sonu dönemde özellikle 40 günlük dönemde annenin yalnız bırakılmadığı ve sosyal desteğinin çok güçlü olduğunu söz ettiğim zaman tüm grup çok etkilendi. Doğum sonu dönemdeki emzirme oranlarının yüksekliği grubu çok etkileyen başka bir konuydu. Kültürel değerlerimizin korunması gerektiğine olan inancım bir kez daha yinelendi.

Toplantı süresince gözlemlerim Akdeniz ülkeleri ile ne kadar benzer yanlarımızın olduğu, Kuzey Avrupa ülkeleri ile ne kadar farklı olduğumuz idi. Akdeniz ülkelerinden gelen katılımcılar çok daha çabuk dostluklar kurarken, Kuzey Avrupa Ülkelerinin insanların daha mesafeli ve daha geç iletişim kurduklarını gördüm. Burada Finlandiyalılar için anlatılan bir fıkradan söz etmek istiyorum. İki Finlandiyalı bir tren kompartmanında oturuyorlarmış. Biri diğerine “Bu gün hava ne güzel değil mi? demiş. İkinci Finlandiyalı cevap vermiş; “Eğer bu

kadar çok konuşacaksan ben diğer kompartımana geçeyim.” Finlandiya’dan katılan bir arkadaşımınla gözlemlerimi ve bu fıkrayı paylaştığımda, “Evet bu fıkra bizi çok güzel anlatıyor demişti. Bizim evlerimizde ilişkilerimizde birbirine uzak dedi.

Toplantıda yoğun olarak tartışılan bir konu; her ülkenin ne kadar çok göç aldığı ve göçmen aileler ile ilgili olarak ülkelerin birçok sorun yaşadığı idi. Göçmen ailelerin gittikleri ülkelerin kültürlerinden farklı bir kültüre sahip olmaları bir sorun iken, günümüzde insan hareketliliği nedeniyle bireylerin birkaç kültürün özelliklerini aynı anda taşımaları sorunu yaşanmakta. Böylece farklı kültürden bireyleri anlamak giderek daha karmaşık ve zor bir hale gelmektedir. Benim katıldığım toplantı da bu sorunlardan yola çıkarak yapılan organizasyonlardan biri idi. Avrupa’daki her ülke göçmen aileler ile yaşadıkları sorunlar nedeniyle çözüm yolları aramaya başlamış. Bu çözümleri eğitim programlarında ve uygulama alanlarında yeni düzenlemeler yaparak çözmeye çalışmaktalar. Bu nedenle çok kültürlülük, kültürler arası farklılıklar, benzerlikler ve bu durumun yaşamın her alanına yansımaları, bu durumun yarattığı sorunlar gündemlerini oluşturmakta. Çok kültürlülük ve hemşirelik önemli bir konu olarak Avrupa hemşireliğinin gündeminde yerini almış durumda. Bu konu ile ilgili toplantılar düzenleniyor ve çözümler bulmak amacı ile projeler üretiliyor.

Belçika da Kültürel farklılıkları olan bireylere hizmet sunmada yaşanan sorunlara çözüm bulabilmek amacı ile değişik uygulamalar planlanmakta. Bu uygulamalardan birini “het Ziekentuis Oost- Limburg” hastanesini ziyaretim sırasında görme olanağı buldum. Limburg Belçikanın en yoğun göç alan bölgelerinden biri. Bu bölgede 26. 794 göçmen birey yaşamakta. Göçmen nüfusu 1. sırada İtalyanlar, ikinci sırada Türkler ve üçüncü sırada Morakkanlar oluşturmakta. Ziyarete bulunduğumuz hastane bu bölgeye hizmet veren bölgenin en büyük hastanesi. Yoğun olarak göçmenlere hizmet veren hastane göçmen ailelere ulaşmakta ve kaliteli hizmet sunmakta sorunlar yaşamış. Bunun üzerine bir destek grubu oluşturulmuş. Bu grupta Sosyal çalışmacılar, hemşireler, hekimler ve entegrasyon çalışmacıları (I Worker / İntegration Worker) adını verdikleri bir meslek grubu yer almaktaydı. Entegrasyon çalışmacıları ülkenin göçmen aileler ile yaşadıkları sorunlar sonrasında, sorunların çözüm bulmak amacı ile ortaya çıkan bir meslek grubu. Bu meslek adayları üç yıllık bir üniversite eğitimi alıyorlar. Bu okullara kabul koşullarından biri o ülkedeki göçmen ailelerin çocukları olmaları. Bu okullar Belçika kültürünü, kendi kültürünü ve dillerini iyi bilen kişileri, iki kültür arasında köprü olacak, sorunlara çözüm bulacak bireyler olarak yetiştirmekte. Bu hastanede bize kütürlerarası hemşirelik uygulamalarından örnekler içeren bir sunum yaptılar. Salona ilk girdiğimizde bizi perdedeki yansıda şu anda

gördüğünüz yazı ile bizi karşıladılar (Multicultural Nursing, BUENOSDIAS, HYVAA PAIVAA, GAEIEDAG, WELCOME, BOUNA GIODNATA, DOBRY DEN, İYİ GÜNLER.). Biz gelmeden önce gruptaki katılımcıların hangi ülkeden geldiklerini öğrenmişler ve bize kendi dilimizde iyi günler dediler. Bu küçücük iki kelimenin bizlerde oluşturduğu mutluluk bana kültürle ilgilenen insanların sadece farklı dilleri ve kültürleri bilmesinin ne kadar kısır bir bakış olduğunu, kültürle ilgilenen kişilerin insanı da çok iyi tanımaları anlamaları gerektiğini bir kez daha düşünmeme neden oldu. Entegrasyon çalışmacıları, Örneğin hastaneye bir türk geldiği o kişi ile ilgili çeviri yaparak, onun yaşam biçimi ve inançları ile ilgili bilgi veriyor, sağlık personeli ile hasta arasında iletişimi sağlayarak doğru bakımın planlanmasını sağlıyorlar. Sağlık personeli yaşadıkları en önemli sorunların mahremiyetle ilgili sorunlar olduğunu belirttiler. Kişiler kendileri ile ilgili mahrem bir konuyu başka birine aktarırken zorlandıklarını birde bu konuyu ikinci bir kişinin aracılığı ile yapmakta daha büyük zorluk çektiklerini anlattılar. En çok zorlandıkları konulardan biri de duygu paylaşımı ile ilgili oluyormuş. Tüm bunları bir araya getirdiğimizde farklı kültürlere ve dillere sahip bireylere sağlık hizmeti gibi karmaşık ve hassas bir konuda hizmet vermenin zorluğunu anlamamak mümkün değildi.

Ziyarete bulunduğumuz ikinci kurum ise Evde bakım hizmetlerinin yürütüldüğü Limburgtaki Genk Bölgesindeki “White-Yellow Cross” (WYC) idi. Genk bölgesi göçmen nüfusun yoğun olduğu bir bölgelerden biri. Bu bölgede de İtalyanlar ve Türkler en büyük göçmen grubu oluşturmakta. White Yellow Cross’ ta çalışan hemşireler evde bakım hizmetini yürütmekteler. Bu nedenle bir çok türk ailenin evine ziyaret yapmaları gerekmekte. Bu kurum kendilerine telefonla yada şahsen yapılan başvuruları değerlendirerek evde bakım hizmetlerini yerine getiriyorlar. Hemşirelerin aileler tarafından kabullerinde sorunlar yaşanmış. Özellikle hemşirelerin, Müslüman aileler ile çalışırken, onların yaşam biçimlerini inanışlarını anlamakta zorluk çektiklerini belirttiler.

Limburg bölgesinde göçmen aileler ile sağlık çalışanları özellikle hemşirelerin yaşadıkları sorunlara çözüm bulmak amacı bir proje yapmışlar. Bu proje 1998 yılında başlatılmış. Projede 52 hemşire ve diğer meslek gruplarından 5 kişi yer almış. Bu projenin amacı Dutch dilini kullanamayan ve değişik kültürlerden olan göçmen ailelerin kültürünü anlamak ve onlara ulaşmak için en uygun yollar bulmakmış.

Hemşirelerin değişik kültürlerden bireylerle karşılaştıklarında; dil, iletişim, bilgi eksikliği, değişik kültürlerdeki farklı yaklaşımlar, anlayışlar, tıbbi olaylarda karar verme

sürecindeki farklılıklar, kararda kimin etkili olduğu gibi konularda sorunlar yaşadıkları belirlenmiş.

Bu çalışmalar sonrasında hemşirelerin ulaşmayı amaçladıkları sonuçlar;

- Göçmen ailelerin Dutch dili öğrenmeye başlamaları
- Aile hekimi ve evde bakım hizmetlerini doğru kullanmayı öğrenmeleri
- Hemşirelerin farklı kültürleri tanımaları olmuş.

Bu çalışmaya katılanlar yaptıkları hatalar ve başarılarından çok şey öğrenmişler. Ancak bu yol yeterli olmadığı gibi aynı zamanda çok zaman almaktaymış. Bu projede ilk yapılan şeylerden biri iletişimi sağlayabilmek için hizmet verdikleri kişilerin dillerinde sık kullandıkları sözcüklerin listesini oluşturmak olmuş. Böylece basit düzeyde de olsa iletişim kurabilir hale gelmeyi amaçlamışlar. Ailelere kendi dillerinde eğitim kitapçıkları sağlamışlar. Örneğin Türk aileler için İstanbul Üniversitesinden getirdikleri çeşitli hastalıkların korunması ve tedavisine yönelik olarak hazırlanmış olan eğitim kitapçıklarını kullanıyorlarmış.

Genkte bulunan diğer servisler ile iletişim kurarak farklı kültürler ile ilgili bilgi ve deneyimlerini paylaşmışlar. Bu aktivitelerin içinde çeşitli ziyaretler yapmışlar. Örneğin: Kiliseler, camiler ziyaret edilmiş. Bazı kültürel etkinliklere katılmışlar. Örneğin; çay törenleri, kına törenleri. Farklı yemekleri tanımışlar ve tatmışlar. Bu ziyaretlerin farklı kültürleri anlamada çok yararlı olduğunu belittiler.

Çeşitli sunumlar almışlar. Örneğin; Genk bölgesinde çalışan iki hemşire Türk yaşlılar ve diyabetin yönetimi konusunda onlara sunum yapmış. Bir entegrasyon çalışmacısından Müslümanların alışkanlıkları ve inanışlarına yönelik sunum almışlar.

Tüm bunlardan sonra hemşireler çok şey öğrenmişler ve farklı kültürleri öğrendikçe bireyleri anlamaya başlamışlar. Böylece zorluklar ile karşılaştıklarında onlardan kaçma yerine çözüm aramaya başlamışlar. Onlar bireylerin yaşamlarının kontrolünü ele almaya çalışmamışlar ancak birbirlerini anlayarak çözüm yolları bulmayı öğrenmişler. Böylece daha başarılı ve mutlu olmuşlar. Morokkanlar veya Türkler düğünlerine hemşireleri davet ediyorlarmış. WYC çalışanları hizmet verdikleri ailelere dini bayramlarda tebrik kartları gönderiyorlarmış. Ancak her hemşirenin kazanımları birbirinden farklı olmuş. Çok aile ile karşılaşan çok emek harcayan hemşireler çok yol alırken, bazı hemşireler hala bu konuda çok sorun yaşayabiliyormuş. Örneğin Türk bir ailenin evine ziyarete gittiğinde ayakkabısını çıkarmama konusunda ısrarları olan ve bunu anlayamayan hemşireler olduğunu söylediler.

Benim tüm bu izlenimler sonrasında ulaştığım sonuç; farklı kültürlerden bireylere ulaşmak ve hizmet vermek çok zor bir çalışma. Çünkü kendi ülkesinden ayrılıp başka bir

ülkeye giden bireyler kendi kültürlerini yitirme korkusu ile tamamen kendilerini kapamakta ve ulaşılması çok zor bireyler haline gelmektedirler. Bu bireylerde değişim oluşturmak çok güç olmakta. Bu görüşümü orda konuştuğum Türk ailelerin çocukları ile paylaşımlarım sonucunda da gördüm. Aileler otuz kırk yıl önce Türkiye'den geldikleri gibi yaşıyorlar ve bunu sürdürmek için büyük çaba harcıyorlar.

Bana tüm toplantı boyunca en sık sorulan sorulardan birine verdiğim cevap ile konuşmamı bitirmek istiyorum. Bana katılımcılar sık sık “Biz bir türk bireye bakım verirken onu anlayabilme ulaşabilmek için bize ne öneririsiniz? Farklı bir kültürden bir bireyle karşılaştığımız zaman onu önce insan olarak görmeliyiz. Onu her yönüyle anlamaya çalışmalıyız. Bunun en güzel yolu onun kendisini ifade etmesine izin vermekle olur. Çünkü her birey farklıdır ve her birey kendine özgüdür. Onun için neyin önemli olduğunu ancak o bilebilir. Bizlere düşende o kültürle ilgili çok şey okuyarak, araştırarak bireyin kendi kültürünü ve etkilendiği kültürleri tanımak ve bireyin bize anlattıklarının ne olduğunu bu bilgiler çerçevesinde anlamaya çalışmak. Eğer insanı sever ve ona saygı gösterirseniz, temel iletişim tekniklerini kullanırsanız, hiçbir kültürde ulaşamayacak insan yoktur.

FARKLI KÜLTÜRLERDE HASTA, HASTA YAKINI VE SAĞLIK PERSONELİ İLİŞKİSİ

Doç. Dr. Engin OK,

E.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Prof. Dr. Zeki YILMAZ

E.Ü. Rektörü ve Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Sağlık personelinin kullanabileceği inanılmaz teknolojik ve bilimsel gelişmelere rağmen sağlık personeli ve hasta arasındaki ilişki ve iletişim, hastalıkların tanı ve tedavisinde hâlâ çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu ilişkinin niteliği hastanın memnuniyeti veya memnuniyetsizliğini belirleyecektir. Bu ilişkiden memnun olmayan hastaların tedaviye direnç göstermeleri, uymamaları, güvensizliğe düşmeleri ve bütün bunlara bağlı iyileşmenin uzun sürdüğü gösterilmiştir. Kuşkusuz sağlık personeli de iyi ilişkileri sürdürmek ister ancak bu iyi ilişkileri sürdürecektir iletişim becerileri sağlık personeline eğitim sürecinde çok az verilmiştir. İletişim becerileri ve eğitiminin tarihi de aslında çok eski değildir. Bazı eğitim birimleri bu konuda eğitime başlamıştır. Bu iletişim sorunları sadece hastalara ait sorunlar değildir. İletişim eksikliği veya eğitimsizliği sağlık personelinin de ciddi sorunlar yaşamasına yol açabilmektedir.

Teknolojinin çok büyük bir hızla ilerlemesi sağlık personelinin de peşinden sürüklenmiş, bunun sonunda sağlık personeli bilime daha fazla dayalı olmuştur. Hemşireler artık teknolojik bakımla daha çok ilgilidirler. Yoğun kırtasiye işlemleri ve karmaşık makinelerle ilgilenmek zorunda olmaları, kendilerini bu mesleğe iten nedenlerden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir. Hemşireler, hastaların fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılamaktan çok doktorların yardımcısı olmak gibi sınırlı bir görevi benimsemek zorunda kalabilmektedirler.

Bir başkasının duygularını anlayabilmeye EMPATİ denilmektedir. Sağlık personelinin istemeden ihmal ettiği önemli konulardan biri de budur. Bunun en güzel örneğini, kendisi doktor olan ve meme kanseri olduktan sonra doktorlarıyla yaşadıklarını yazan hastanın satırlarında bulmak mümkündür.

“Onkologlar, radyasyon onkologları, plastik cerrahlar... istatistiksel bir sayı olmadığını, bunun benim yaşamım olduğunu ve kararlarının benim için korkunçluğunu hiçbiri anlamadı. Benim kanserim hâlâ yerinde dururken onların evlerine, kendi yaşamlarına dönmelerinden hiç hoşlanmıyordum. Doktorlarım bana fazlasıyla bilgi veriyor ama beni hiç umursamıyorlardı. Anestezi verilmiş bir bedeni kesmeyi, radyasyon dozunu ayarlamayı çok iyi biliyor ama kendimi nasıl hissettiğimi sormayı bilmiyorlardı. Kucaklamalarından vazgeçtim, sevgiyle okşamadılar bile... Böyle davranmak için eğitilmemişlerdi. Aslında benim gereksinim duyduğum şey eğitim istemiyordu, yalnızca insan olmak yeterliydi (Olmstead M. A doctor story. Mirabella, 1993:131).”

Sağlık personeli, yaşamın üzerine titreyen manevi bir mirasa sahiptir, ancak hastaya önem vermekten çok hastalığa önem veriyoruz. Tedavi milyonlara mal olabilir ancak hastaya gösterilen özen doktor ve hemşirenin yüreğinden gelir. Sağlık personelinin yüzyıllardır hastalara iyi davranmaları mesleğe yüksek bir statü kazandırmıştır. Bugünkü sağlık felsefesi ve tıp ahlakının temellerini atan Hipokrat’tan beri sağlıkçı-hasta ilişkisi güven ve gizlilik esasına dayanmış ve belli ölçülerde “kutsallık” taşıyan bir ilişki olarak yaşanmıştır. Tam olarak tanımlanmayan bu “kutsallığın” dayanağı ise hekim ve hemşirelerin tanrı tarafından yapılan insan organizması üzerinde işlemde bulunan tek meslek grubu olmasıdır. Yine bu kutsallık çerçevesinde uzun yıllar boyunca hastaların her açıdan korunması sağlık personelinin sorumluluğu olarak kabul edilmiştir. Bu durumda hasta-sağlık personeli ilişkisinde sağlıkçı, “doğal ve kutsal otorite” konumuyla, tüm ilişkinin belirleyicisi olmaktadır. *Sağlık hizmeti*; sağlık personelinin, sağlık kurumlarında, hastalara tıbbi girişimde bulunması olarak tanımlanmıştır. Bu tanım çerçevesinde *hasta*, ihtiyacı olduğu için tıbbi girişim talep eden kişidir ve bu amaçla sağlık kurumlarının karmaşık ortamı içinde sağlık personeli ile ilişki içindedir. Hak kavramı açısından bu ilişkideki kritik soru, hasta-sağlık personeli, hasta-sağlık kurumu ilişkisinin hastaların korunmasını gerektiren eşitsiz ve riskli bir ilişki olup olmadığıdır. Bu ilişkide hasta tamamen güçsüz durumdadır. Bu güçsüzlük sağlık bürokrasisindeki karmaşıklıkla, bilgisayarların tıpta kullanımının artması, tanı ve tedavi teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak artmaktadır. Hasta-sağlık personeli, hasta-sağlık kurumu ilişkisine bu açıdan bakıldığında, “Hasta Hakları” kavramı, hastaların korunması ve desteklenmesi açısından kritik bir önem kazanmaktadır. Bu çerçevede hasta hakları, esas olarak temel insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmektedir. Hasta

haklarına temel olan ve sağlık hizmetlerinde insan hakları olarak tanımlanan altı ilke bulunmaktadır.

1. Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
2. Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.
3. Herkes fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olma ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.
4. Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.
5. Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir.
6. Herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba ile sağlığının korunması ve kendisi için sağlanabilecek en yüksek sağlık seviyesine kavuşma hakkına sahiptir.

Hasta hakları ile ilgili ilk temel metin Dünya Tabipler Birliğinin 1981 tarihli Lizbon bildirgesidir. Lizbon bildirgesinin eksiklikleri daha sonra hazırlanan Avrupa Hasta Hakları bildirgesi (Amsterdam 1994) ve Dünya Tabipleri Birliği Hasta Hakları bildirgesi 1995 (Bali) ile önemli ölçüde giderilmiştir. Her iki bildirmede de hasta hakları esas olarak 5 başlık altında toplanmaktadır.

1. Tıbbi bakım hakkı
2. Bilgilendirilme
3. Onur
4. Mahrumiyet ve özel hayata saygı
5. Başvuru hakkı

1-Tıbbi bakım hakkı

Herkesin hiç bir ayırım yapılmaksızın koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti alması, sağlık hizmetlerinin herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olması şeklinde tanımlanabilecek tıbbi bakım hakkı hasta haklarının temelini oluşturmaktadır.

2-Bilgi edinme hakkı

Bilgilendirilme hakkı, hastaların durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirilmesini kapsamaktadır. Bu noktada önemli bir sorun ortaya çıkmaktadır. Hastalar, sağlık personelinin kullandıkları sözcüklerin anlamlarını bilmediklerini, bu nedenle söylenenleri anlamadıklarını ve çok

istedikleri halde daha fazla bilgi için soru sormadıklarını belirtmektedirler. Yakınmalarını anlatmaya ya da soru sormaya başladıktan ortalama 18 sn sonra sözlerinin kesildiğini ve düşüncelerinin önemsenmediğini ifade etmektedirler (Beckman H. Ann Int Med 1984; 101: 692-696).

3- Onay

Hastanın bilgilendirilmiş (aydınlatılmış) onayı her türlü tıbbi girişimin ön koşuludur. Buradaki tıbbi girişim terimi tanı ve tedavi ile ilgili her türlü işlemi kapsamaktadır.

4-Mahrumiyet ve özel hayata saygı, tıbbi kayıtların saklanması

Hastalar ancak yeterli ölçüde güven duydukları hekimlere veya sağlık personeline doğru bilgi verirler. Günümüzde hasta verilerinin bilgisayar ortamına yüklenmesi, sigorta kuruluşlarının hastalara ait bilgileri paylaşmak istemeleri gibi sorunlar nedeniyle mahrumiyet ve özel hayata saygı hakkı ayrıntılı hale getirilmiştir. Bu hakkın temelinde hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgilerinin “Hastanın ölümünden sonra bile gizli olarak korunmalıdır” ilkesi yatmaktadır. Hastaya ait bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastaların kendilerine ait dosyalara, kayıtlara bakabilme ve bunların bir kopyasını alabilme hakkı vardır.

5-Başvuru (şikayette bulunma) hakkı

Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini düşündüklerinde mahkemelere başvurmanın yanı sıra, hastanedeki idari makamlara, varsa bağımsız hasta hakları koruyucu komitelere ve Tabip Odalarına da başvurabilmelidir.

BAZI ÜLKELERDE HASTA HAKLARININ DURUMU

İNGİLTERE

İngiltere’de son yıllarda ulusal sağlık hizmeti standartlarının yükseltilmesi için Hasta Hakları Bildirgesi hazırlanmış ve bu bildirgenin temel ilkesi “Klinik gereksinim temelinde ve ödeme imkanına bağlı olmadan, herkes için mevcut bulunan kapsamlı bir hizmet” olmuştur. Bu bildirge ile herkesin tıbbi tedavi görme hakkı garanti altına alınmış, bunun yanında bilgilendirilme, kişiye itibar ve saygı gibi konular ayrıntılandırılmıştır.

HOLLANDA

Hollanda hasta hakları konusunda önderlik eden ülkelerdendir. Son yıllarda geliştirilen “Model Doctor Patient Regulation” isimli metin çerçevesinde toplum çapında tartışmalar yapılmış ve sonunda hasta hakları ulusal hukuk sistemi içine alınmıştır. Bu ülkede de tıbbi tedavi hakkı, bilgilendirilme hakkı, onay hakkı, mahrumiyet ve özel hayata saygı hakkı

ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Hollanda da her tedavi için onay alınması gereklidir ve majör tedavilerde bu onayın yazılı olması zorunludur. Onay öncesi hastanın sorduğu tüm soruları cevaplamayı da içeren bilgilendirilme yapılması gereklidir.

KANADA

Herkesin tedavi hakkı yasalarca garanti altına alınmıştır. Hastanın hekim seçme özgürlüğü ve hekim değiştirme hakkı vardır. Hastaların bilgilendirilme hakkı hem yasal, hem de etik standartlar ile güvence altına alınmıştır. Hastaların aydınlatılmış onayının her türlü tıbbi girişimin ön koşulu olduğu bütün eyaletlerce benimsenmiştir.

AVRUPADA HASTA HAKLARI

Yakın zamanda Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu Avrupa ülkelerinde (Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çekoslovakya, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İsrail, İtalya, Lüksembourg, Malta, Monako, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, San Marino, İsveç, İsviçre, İngiltere) hasta haklarını inceleyen bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda onay, bilgilendirme, tıbbi kayıtlara ulaşma, özel hayat ve tıbbi kayıtların saklanması, gizlilik, özel hasta grupları, hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi, resmi işlemlerin hızlandırılması başlıkları altında hasta haklarının durumu incelenmiştir.

Onay: Tıbbi tedavilerde onay ilkesi genel olarak bütün ülkelerde kabul edilmektedir.

Bilgilendirilme: Bilgilendirilme hastanın temel hakkı ve onay hakkı ile doğrudan ilişkilidir.

Tıbbi kayıtlara ulaşma: Tıbbi kayıtlara ulaşabilme Bulgaristan, Monako ve Polonya dışında bir hasta hakkı olarak bir çok ülkede kabul edilmiştir. Bulgaristan'da ancak tedavi tamamlandıktan sonra hastalara kendilerine ait bilgilerin bir özeti verilmektedir.

Özel hayata saygı ve bilgilerin korunması: Avrupa ülkelerinde özel hayata saygı ve gizlilik birbirleriyle ilişkili haklar olarak kabul edilmektedir.

Özel hasta gurupları: Çocuklar, yetersiz erişkinler, mental özürlüler ve araştırma grupları ile ilgili bir çok Avrupa ülkesinde özel düzenlemeler bulunmaktadır.

TÜRKİYE'DE HASTA HAKLARI

Son yıllarda Türk Tabipleri Birliği ve bazı vakıflar tarafından hasta hakları konusunda toplantılar düzenlenmiştir. Gerek Türk Tabipleri Birliği, gerekse ona bağlı Tabip Odaları (İstanbul ve Tekirdağ Tabip Odaları gibi) hasta hakları konusunda halkı aydınlatmaya dönük çabalar göstermiştir. Bu aktivitelerin bir sonucu olarak önce Türk Standartları Enstitüsü, sonra da Sağlık Bakanlığı "**Hasta Hakları Tüzüğü**" hazırlayarak tartışmaya açmıştır. Ülkemizde

hasta haklarını bir bütün olarak düzenleyen hukuksal metin olmamakla birlikte daha önce bahsedilen hasta hakları başlıkları değişik hukuk metinlerinde dağınık bir şekilde yer almaktadır.

Tıbbi bakım hakkı

“Her insanın ayrımcılık yapılmaksızın tıbbi bakım görme hakkı vardır” şeklinde özetlenebilecek tıbbi bakım hakkı ülkemizde anayasa güvencesi altına alınmıştır.

Onay

Araştırma amacıyla uygulanacak bir işlemin uygulanmadan önce hastadan izin alınması, Anayasa güvencesi altına alınmıştır. Anayasanın açık hükmüne rağmen ülkemizde şu anda genel olan ve araştırmalara katılım öncesi onay hakkını düzenleyen bir metin yoktur.

Tedavi izni

Sağlık mevzuatımızda ameliyattan önce hastadan rıza alınması Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 70. maddesinde hükme bağlanmıştır.

Bilgi edinme hakkı

Ülkemizde hastanın bilgilendirilmesi konusu yalnızca Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde yer almaktadır.

Tıbbi kayıtlara ulaşma

Ülkemizde hastaların kendilerine ilişkin tıbbi kayıtlara ulaşma hakkını düzenleyen herhangi bir hukuk veya hukuk dışı metin yoktur.

Özel hayata saygı ve gizlilik

Bu konu tıbbi deontoloji nizamnamesinin 4. maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir. “Tabip ve Diş Tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali (bir işten haberli olan) olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda hastanın hüviyeti açıklanamaz.”

Avrupa Birliğine tam üye olma konusunda ciddi adımlar atan ülkemizde sağlık alanında Avrupa standartlarına ulaşmak için yapılması gereken çok iş var gibi gözükmektedir. Bu hem hasta hakları konusunda ve hem de sağlık personelinin çağdaş ve hasta merkezli eğitimi konusunda olmalıdır. Bu sorunların çözümü için atılacak adımlar hasta-sağlık personeli ilişkilerini kabul edilebilir ve olması gereken noktaya getirebilir.

TARİHTEN GÜNÜMÜZE TOPLUMLAR VE BESLENME ALIŞKANLIKLARI

Prof. Dr. Türkan KUTLUAY MERDOL

Hacettepe Üniversitesi

Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Ankara

tmerdol@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Bugün yeryüzünde, sosyal, kültürel ve ekonomik yönden birbirinden çok farklı ve çeşitli coğrafik ve iklim özelliklerinde yaşayan çok sayıda topluluk bulunmaktadır. Her toplumun sayılan bu farklılıklardan dolayı çok değişik beslenme alışkanlıkları bulunmaktadır. Yemek alışkanlıklarındaki bu farklılıklar tarihten günümüze de önemli değişikliklere sahne olmuştur. Çağlar boyunca insanlar, sağlıklarının yedikleri içtikleri ile dolaylı veya dolaysız ilgisi olduğu üzerinde çeşitli tezler ileri sürmüşler ve çalışmalar yapmışlardır. Kütüphaneler bu konuda yazılmış çeşitli araştırma ve inceleme eserleri ile doludur. Ondokuzuncu yüzyıla kadar ampirik düzeyde kalan bu değerlendirmeler daha sonra yapılmış bilimsel çalışmalarla açıklığa kavuşturulmuştur. Bugün sağlığın korunmasında ve çeşitli hastalıkların tedavisinde beslenmenin çok önemli bir yeri olduğunu biliyoruz. Bu yazıda, tarihten günümüze toplumların beslenme kültüründe oluşan değişimler ve sağlık üzerine yansımaları; tarih, antropoloji, ekoloji, besin ve beslenme konusunda yazılmış eserlerin ışığında değerlendirilmiş ve özetlenmeye çalışılmıştır.

TARİH ÖNCESİ DÖNEM

Dörtbuçuk milyar yıl yaşında olduğu bildirilen dünyamızda ilk yaratıkların M.Ö. 600 milyon yılında ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Önce su, daha sonra karada süren yaşam, süregelen transmutasyonla çeşitli varlıkların oluşumuna, bazılarının da yok oluşuna sahne

olmuştur. Önceleri yumurta ile çoğalan ve hacimleri giderek artan yaratıkların en büyüğü olan dinazorlar M.Ö. 135- 65 milyon yılları arasında yaşamışlardır. Bu tarihten sonra memeliler oluşmuş ve M.Ö 35 milyon yılları civarında maymunlar ortaya çıkmışlardır. Bu dönemden sonra evolüsyon hızlanmış ve insan benzeri (hominoid) ilk yaratıklar M.Ö. 20-15 milyon yılında görülmeye başlanmıştır. Beyin ve vücut ağırlıkları bugünkü insana göre daha hafif olan bu yaratıkların giderek vücut ve beyin ağırlıkları gelişmiş ve M.Ö. 2 milyon yılında homo habilis (zeki, becerikli), 1 milyon-250 binde homo erectus (iki ayak üzerinde yürüyebilen), ve M.Ö. 250.000-50.000 de homo sapiens (insan), 50.000-40.000 de homo sapiens sapiens (çağdaş insan), oluşmuştur. M.Ö. 500.000- 300.000 de ateşin bulunması ve toplayıcı beslenme (ağaçlarda ve yerde ne bulursa) şeklinin avlanmaya doğru değişimi ile et tüketiminin artması, insanlaşma sürecini hızlandırmıştır şeklindeki yorumların yapılmasına neden olmuştur. İnsanlar M.Ö yaklaşık 10.000 yılına kadar avcı toplayıcı yaşam biçimini sürdürmüşler ve ancak bu tarihten sonra besinleri ekip biçmeye başlamışlardır. İnsanların ekip biçmeye başlaması ile et ağırlıklı olan beslenmeleri ot ağırlıklı olarak değişmiştir. Bu dönemde insan boylarında bir kısalma olduğu bildirilmektedir.

Dünyada fauna dediğimiz hayvansal canlıların evrimi sürerken flora denilen bitkisel canlıların da evrimi sürmektedir. Faunada memelilerin oluşumu döneminde florada kuru baklagiller olarak sınıflandırdığımız protein yoğunluğu fazla tohumlu bitkilerin gelişmesi dikkat çekicidir. Bitkisel kaynaklar çok çeşitlilik gösterirler. İnsanlar bitkilerin bazılarını ekip biçmeye başladıklarında diyetlerinin çeşitliliği bu yönde azalma göstermiştir. Buğday, arpa, çavdar ve yulafın ana vatanı Asya, pirincin Tayland, mısırın Amerika olarak kabul edilmektedir. Sebzelerden de domates ve patates Amerika orijinelidir. Amerika dışındaki kıtalar mısır, domates ve patatesi ancak Amerika'nın keşfinden sonra tanıyabilmişlerdir.

Anadolu toprakları da tarımı yapılan ürünler açısından oldukça zengindir. Çatal Höyük, Can Hasan, Hacılar, Çayönü yörelerinde, M.Ö. 6000-5000 yıllarında, buğday, arpa yanında, bezelye, nohut, fasulye gibi kurubaklagillerin de ekilip biçildiğini gösteren fosiller bulunmuştur. Anadolu toprakları bu zenginlik nedeniyle, bu yörelerden çeşitli medeniyetlerin geçişine sahne olmuştur.

Pişirme işlemi önceleri fırınlarda sıcak taş üzerinde yapılmış, M.Ö. 6000-5000 yıllarında kap içinde pişirme uygulamaları başlamıştır. İlk kapların sürüngen kabukları,

hayvan skapulası ve hayvan midesi olduğu bildirilmektedir. Buğday ve benzeri tahıllar önce taş üzerinde pişirilmiş, iki taş arasında un haline getirilmiş ve önceleri su ile karıştırılıp bulamaç şeklinde, daha sonra ekmek şeklinde tüketilmeye başlanmıştır. Ekmekler önceleri bazlama, gözleme şeklinde yapılmış daha sonra somun ekmek yapımına geçilmiştir.

Hayvanların evcilleştirilmesi yerleşme dönemi başladıktan sonra gerçekleştirilmiştir. İlk evcilleştirilen hayvan köpektir (M.Ö.11.000). Koyun keçi M.Ö. 8920 de, domuz M.Ö. 7000 de, inek M.Ö. 6100-5800 de evcilleştirilmiştir. Bazı ülkeler büyük baş hayvanları bazı ülkelere göre daha erken kullanmaya başlamışlardır. Dünyada kıtaların fauna örüntüsü de bitki örüntüsü gibi birbirinden büyük farklılıklar göstermektedir. Büyük baş hayvanları en geç kullananlar uzak doğu ülkeleridir. Çin mutfağına bu nedenle süt, M.S. 13. yüzyılda girebilmiştir.

Tarih öncesi dönemde dikkati çeken olgulardan biri de tek tanrılı dinlerin başlaması, bu arada budizm gibi vejeteryan beslenmeyi amaçların dinlerin ortaya çıkmasıdır (M.Ö. 5. yy). Bu yıllardan sonra Hipokrat'ın(M.Ö 460-377) tedavi yaklaşımları ve kullandığı tedavi diyetleri ilgi çekicidir. Hipokratın ilk ilacı bal, sirke, karabiber karışımından ibarettir. Baharatların kullanımının M.Ö 1450 yıllarında başladığı, karabiberin ise 5.yy da kullanıldığı bildirilmektedir.

İnsanlar, önceleri beslenmeyi karın doyurmak biçiminde sürdürmüşlerdir. Yerleşme başladıktan sonra sofraya kurma, sofrada değişik besinleri birarada kullanma da gelişmeye başlamıştır. Yemeklerde lezzet ön plana çıkmaya başlamış, zengin ve fakirlerin beslenmeleri birbirinden ayrılmaya başlamıştır. İlk yemek kitabının M.Ö. 4.yy da Yunan medeniyeti döneminde yazıldığı bildirilmektedir.

Tarih öncesi dönemde bebek beslenmesi konusunda da ilginç gelişmeler yaşanmıştır. M.Ö. 1500 yılında yazılan Papirus Ebersde "anne sütü bebek beslenmesinde yegane besindir" denilmektedir. Anne sütü alamayan bebeklerin süt anneler tarafından emzirildiği bilinmektedir. M.Ö. 117-78 yıllarında yaşayan Soranus adlı bilim adamı süt anne özelliklerini "sağlıklı, hasta olmayan, kendi çocuğu sağlıklı olan anneler" olarak tanımlamıştır. Annenin besinleri ağzında çiğneyip hazırlaması olarak bilinen "geviş" de çocuk beslenmesinde kullanılan yaygın bir uygulamadır. Hayvan sütlerinin çocuk beslenmesinde kullanılması ancak tarih sonrası dönemde gerçekleştirilebilmiştir. Bir taraftan uygun süt yokluğu bir

tarafından sık enfeksiyonlar, çocuk ölümlerinin bu dönemlerde çok yüksek seyretmesine neden olmuştur. M.S 18 yy a kadar bebek ölümleri binde 300 lerde seyretmiştir.

TARİH SONRASI DÖNEM

İlk bin yıllık dönemdeki en önemli gelişme cam yapımının gerçekleştirilmesidir. Bu tarih M.S 424 olarak bildirilmektedir. Cam yapımı ile birlikte içecek kullanımı yaygınlaşmış, bira şarap gibi içeceklerin ticareti önem kazanmıştır.

Bu dönemde oluşan diğer önemli gelişme hayvan sütlerinin çocuk beslenmesinde kullanılmaya başlaması ile ilgilidir. İnek, keçi, eşek, at, deve, domuz ve geyik sütleri tarih boyunca bebek beslenmesinde kullanılmıştır. Ancak sütlerin kullanımı ile başka sorunlar ortaya çıkmış ve 4 yy da bu konuda kanunlar çıkarılmıştır. Bir kanunda hayvan sütünün kullanılabilmesi fakat deve ve eşek sütünün yasaklandığı belirtilmiş, fakat çocuğun sağlığı için başka bir besin yoksa kullanılabilir denilmiştir. Bu sınırlamalar, bebeğin hangi hayvanın sütü ile beslenirse o hayvanın karakterini taşıyacağı inancından da kaynaklanmaktadır. Bu nedenle daha uysal olan inek ve koyun sütü yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak bu sütlerin mineral yoğunluğu fazla olduğundan böbrek solüt yükünün artmasına bağlı çocuk ölümlerinin arttığı görülünce kısırak ve eşek sütü kullanımına geçilmiştir. 18 yy da bile İngiltere'de eşek sütü reklamları yapılmaktadır. Anne sütüne yaklaştırılmış çocuk mamaları yapımı ancak 1915 yılında gerçekleştirilmiştir. İnek sütü alerjisi olan çocuklar için kullanılan soya sütü ise 1929 da yapılmıştır.

Tarih sonrası dönemde hızlı gelişim 1440 yılında matbaanın çalışmaya başlaması ile olmuştur. 1453 de İstanbul'un fethedilmesiyle doğudan batıya akışı sağlayan ipek yolu kapanmış, batı Hindistan' a ulaşacak başka yollar aranmaya başlanmıştır. Deniz yolu ile başarılmaya çalışılan bu girişim 1492 de Amerika'nın keşfi ile sonlanmıştır. Amerika gibi el değmemiş ve son derece zengin toprakların keşfi, insanlık tarihinde önemli bir dönüm noktasıdır. Dünya daha önce de belirtildiği gibi pek çok yiyeceği bu tarihten sonra tanımıştır. Mısırın çok kolay yetişen bir besin olduğunu gören Afrikalılar bu tahılın ekimine başlamışlar ve bol miktarda tüketmeye başlamışlardır. Bu durum daha önce bilinmeyen bir hastalığın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Pellegra olarak belirlenen bu hastalık, bilindiği gibi niasin

eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Mısır niasinin ön maddesi olan triptofan amino asidinden fakir bir besindir. Diğer bir vaka da patates ile ilgilidir. Patates İrlandalılar tarafından yaygın bir şekilde ekilmiş, ülke ekonomileri bu ürüne bağlı hale gelmiştir. Ancak bir dönemde oluşan kuraklık nedeniyle ürün perişan olmuş ve İrlanda halkı yıllar süren sefaletler yaşamıştır.

Dünyada kullanılan besinlerin çeşit ve taşınmasına önemli katkısı olan konserve yapımı 1810 yılında gerçekleştirilmiştir. Konserve, Napolyon'un ordularını beslemede günlük çekmesi üzerine konserveyi yapana ödül vadetmesi üzerine yapılabilmektedir.

Amerika'ya Avrupa'dan çeşitli ülke insanların gitmesi ve zenginlikleri ülkelerine taşınmaları dünyada gelişen ve gelişmekte olan ülkeler olarak iki sınıfın oluşmasına neden olmuştur. Bu farklılaşma 19.yy da gelişmiş ülkelerde besin sanayiinde oluşan hızlı gelişim ile daha da belirginleşmiştir. Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere daha fazla et, süt, yağ, şeker tüketmektedirler. Hazır besin tüketimindeki artma nedeniyle katkı ögesi tüketimleri de oldukça yüksektir. Bu ülkelerde primer beslenme hastalıkları ve protein enerji malnütrüsyonu yok denecek kadar azdır. Buna karşılık, aşırı yağ, tuz ve şeker içeren hazır besin tüketiminin artmasına bağlı olarak dejeneratif hastalıklarda artma olmuştur. Gelişmekte olan ülkelere ise et, süt, yağ, şeker tüketimi çok düşüktür. Primer beslenme hastalıkları ve malnütrüsyon hala hüküm sürmektedir.

İnsanlar uzunca bir dönem yemekleri elleriyle yemişlerdir. Bugün de hala pek çok ülkede yemekler bilindiği gibi elle yenilmektedir. Çatal bıçağın 10. yy da Bizans'da bilindiği ancak sofrada kullanımının 1550 yıllarında İngiltere'de başladığı bildirilmektedir.

Beslenmemizde önemli yeri olan çayın M.S 5. ve 6 yy larda Çin'de yaygın olarak kullanıldığı bildirilmektedir. Çay önceleri değişik besinlerle birlikte kaynatılarak kullanılmıştır. Çin'de 1550 yılında su içinde yaprakların demlenmesi şeklinde kullanılmaya başlanmıştır. Bu tip çay Avrupa'da önce Hollanda (1610) daha sonra Almanya (1630), Fransa ve İngiltere'de (1640-1650) kullanılmaya başlanmıştır.

Diğer önemli içeceklerden kahvenin kullanımı çok daha sonra başlamıştır. Ana vatanı bazı kaynaklara göre Etiyopya bazı kaynaklara göre Sudan'dır. Ancak kahve o bölgelerde

tanelerin ezilip yenilmesi şeklinde tüketilmiştir. İçecek olarak kullanımı Müslümanlarca başlatılmıştır. Müslümanlara alkollü içeceklerin yasaklanmasından sonra onun yerine geçebilecek bir içecek arayışından doğduğu ve ilk kez Kahire'de 16.yy kullanılmaya başlandığı bildirilmektedir. Yaygın olarak kullanımı 1550 yılında İstanbul'da açılan kahvehanelerden sonra başladığından dünyaya Türk kahvesi olarak geçmiştir. Daha sonra kahve bilindiği gibi hazır hale getirilmiştir.

YEMEK ALIŞKANLIKLARINDAKİ FARKLILIKLAR VE NEDENLERİ

Yukarıda özetlenmeye çalışılan tarih öncesi ve tarih sonrası dönemlerde belirtilenlerden de anlaşıldığı gibi, bugün dünyada değişik ülkelerde yaşayan insanların çok değişik beslenme alışkanlıkları bulunmaktadır. Yemek alışkanlıklarının bu farklılıklarının nedenleri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir.

1- İklim: Yörede hüküm süren iklim, bitki ve hayvan örüntüsünü doğrudan etkiler. Havanın sıcaklığı, soğukluğu, havanın ve toprağın nemi ürünlerin çeşitliliği yanında verimini ve yapısını da etkiler.

2- Coğrafik yapı: Yörenin dağlık olup olmaması, ırmak, göl, deniz gibi su alanlarının bulunup bulunmaması, ovaların durumu, ürün yetiştirilmesi ve ürünlerin yapısını etkileyen önemli faktörlerdir.

3-Tarımsal Kaynaklar: Her yörenin kendine özgü bir bitki ve hayvan örüntüsü bulunmaktadır. Ülkeler zamanla birbirlerinden tohumlar alarak kendi ürün çeşitlerini zenginleştirmektedirler. Ancak yörenin orijinal bitki ve hayvan örüntüsü yöre insanında belirli bir alışkanlık yaratır. Örneğin muz bugün yurdumuzda da yetişmesine karşın pek çok il ve ilçemizde aranıp tüketilmemektedir.

4- Gelenekler: Bazı topluluklar dışa açılmama, pirimitif yaşamı sürdürme vb yanında dini inançları nedeniyle de bazı besinleri tüketmemektedirler. Bugün dünyanın pek çok yöresinde ilkel yaşam sürdüren kabileler vardır. Bunlar hiçbir hazır besin tüketmedikleri gibi ürün de

yetiştirmemektedirler. Aborijinler, Eskimolar hala geleneksel beslenme düzenlerini büyük ölçüde korumaktadırlar. Müslümanlar ve museviler domuz eti yemezler. vb.

5- Ekonomik Yapı ve Politikalar: Ülkenin ekonomik durumu ve izlediği politikalar besin saklama, dağıtım ve üretimini etkiler. Bazen bazı besinlerin üretim ve tüketimine ağırlık verilir, bazen de besin maddesi yerine cash crop denilen daha çok para getirecek pamuk, tütün vb gibi besin dışı maddeler ekilir. Politik nedenlerle ülkeler arası ticaret anlaşmalarında değişmeler olabilir. Bu durum ithal ve ihraç edilecek ürün tür ve miktarını etkiler.

Yukarıda kısaca açıklanan bu etkenlerle her ülkenin kendine özgü bir beslenme düzeni mevcuttur. Ülkelerin beslenme alışkanlıklarında görülen bu farklılıklar ise şu şekilde sınıflandırılabilir:

1- Yenilen ve içilen besinlerin farklılıkları: Ülkelerin yedikleri ve içtikleri besinler birbirinden çok büyük farklılıklar göstermektedir. Tablo 1 de yenilen et, süt ve yağ türlerine ilişkin örnekler gösterilmiştir.

Tablo 1. Ülkelerin Tükettikleri et, süt ve yağ türleri

Etlər

Sığır, Koyun, Keçi, At, Domuz, Geyik, Ayı, Kanguru, Tavuk, Hindi, Kaz, Ördek, Tavşan, Kertenkele, Yılan, Kirpi, Kurbağa, Kaplumbağa, Yengeç, Tırtıl, Kurtlar, Karınca, Bildircin, Güvercin, Sülün, Keklik, Kedi, Köpek, Fare, Maymun, Balık, Midye, İstiridye, Ahtapot, Kerevit, Salyangoz, Göl sineği, Çekirge.

Sütler

İnek sütü, Koyun sütü, Keçi sütü, Deve sütü, Kısrak sütü, Eşek sütü, Soya sütü, Hindistan cevizi sütü.

Yağlar

Tereyağı, Kuyruk ve iç yağı, Zeytinyağı, Mısır özü yağı,
Ayçiçek yağı, Palmiye yağı, Soya yağı, Susam yağı,
Yer fıstığı yağı, Haşhaş yağı, Pamuk yağı, Balık yağı,
Keten tohumu yağı, Badem yağı, Hindistan cevizi yağı.

2- Besinlerin, renk, şekil ve lezzet farklılıkları: Her ülkenin iklimi ve buna bağlı olarak toprak zenginliği farklılıkları nedeniyle aynı ürün ayrı ülkede renk, şekil ve lezzet yönünden farklılık gösterir. Örneğin kıvırcık gibi sebzeler mordan açık yeşile, havuç, mordan koyu sarıya farklılık gösterirler. Bazı meyvalar bir ülkede tanesi yarım kilo gelirken, bir başka ülkede ancak 100 g gelir. Bazı sebzeler bir ülkede daha uzun diğer bir ülkede daha kısadır. Ayrıca her toprağın, organik madde yoğunluğu farklıdır. Bu durum o toprak üzerinde yetişen besinin lezzetinin farklı oluşuna yol açar.

3- Besinleri hazırlama ve pişirme şekilleri: Her ülke besinleri kendine özgü yollarla hazırlayıp pişirir. Örneğin etli lahana dolma, Finlandiya'da içi önceden pişirildikten sonra hazırlanıp tavada yağda çevrilerek pişirilir. Libya'da makarna önceden hazırlanmış soslu karışıma atılarak pişirilir. vb.

4- Öğün sayısı ve saati: Sıcak ülkelerin yemek saatleri, soğuk ülkelerin yemek saatleri birbirinden farklıdır. Bilindiği gibi pek çok ülke uzun geceler veya uzun gündüzler yaşar. Bu farklılıklar çalışma saatleri farklılığı yaratır. Yarım gün mesai yapan sıcak ülkelerde öğle yemeği saat 1400-1500 arası yenilir. Soğuk ülkelerde akşam yemek saati 1800 dir.

5- Öğün örüntüsü: En önemli farklılık kahvaltı örüntüsündedir. Pek çok ülke sabahları çay-kahve ve çörekten ibaret bir kahvaltı yaparken, bazı ülkeler çorba içerler. Kahvaltıda kullanılan ürünler ileri ülkelerde besin sanayii gelişimine bağlı olarak vitamin takviyeli tahıl ürünleri ağırlıklıdır (corn flakes vb). Bazı ülkelerde öğle öğünü bazı ülkelerde akşam öğünü daha ağırdır.

6- *Sevilen tatlar*: Besine eklenen tuz, şeker, salça, baharat vb açısından da önemli farklılıklar dikkati çeker. Bir yörede şekerli hazırlanan bir yemek bir başka yörede tuzlu hazırlanır. Bazı ülkeler bazı besinleri çiğ, bazıları pişmiş severler vb.

7- *Besinin servis ve tüketim şekli*: İngiliz, Fransız, Rus usulü servisler olarak adlandırılan yemeğin servis şeklinin farklılığı yanında, tabağa konuluş ve sunuş şekli de farklılık gösterir. Sofranın tanzimi, sofraya düzenine verilen önem açısından da büyük farklılıklar vardır. Pek çok ülkede ve yurdumuzda kırsal kesimlerde yemek elle yenilmekte ve yemek sofraya tek kap içinde getirilmektedir.

8- *Kullanılan araç ve gereçler*: Karıştırma, pişirme, kızartma, vb işlemleri için kullanılan araçlar farklılık gösterir. Bilindiği gibi uzak doğu ülkelerinde yemekler çatal bıçakla değil, çubuklarla yenilir.

9- *Besinlerle ilgili inançlar*: Özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha yaygındır. Bazı besinlerin, çocukları hırsız, arsız vb yapacağına, bazı besinlerin hamilelere zarar vereceğine, bazı besinlerin emzilikte süt verimini arttıracığına, bazı besinlerin bazı hastalıkları iyileştireceğine inanılır.

10- *Bebek beslenmesi*: Özellikle yeni doğan döneminde uygulama farklılıkları bulunmaktadır. Bazı ülkeler çocuğa doğumdan hemen sonra, bal, tereyağ, hindiba otu suyu, vb verirler.

11- *Gebelik ve emzilikte beslenme uygulamaları*: Bazı ülkelerde bu dönemlerde bazı besinlerin kısıtlanmasına gidilir. Doğumdan sonra lapa yedirme, şerbet içirme vb uygulamaları vardır.

12- *Hastalıklarda beslenme uygulamaları*: Bazı ülkelerde bazı hastalıklar sıcak bazı hastalıklar soğuk olarak sınıflandırılıp buna göre besin seçilir. Hastalık sıcak ise soğuk besinler, soğuk ise sıcak besinler verilir.

SONUÇ

Ülkelerin beslenme düzenlerinde görülen farklılıklar onların enerji, protein başta olmak üzere diğer besin öğeleri tüketimlerinde de farklılıklar oluşturmaktadır. Bazı ülkelerde fazla enerji tüketimine bağlı olarak daha fazla şişmanlık görülmektedir. Protein tüketimleri %100 hayvansaldan (Geleneksel Eskimo diyeti), % 100 bitkisele (vegan diyeti) kadar geniş bir yelpaze oluşturur. Amerika, Kanada, Finlandiya, Hollanda İsveç gibi ülkelerde diyetin hayvansal protein oranı % 70 e çıkarken, Tayland, Endonezya, Hindistan, Çin gibi ülkelerde % 14 e düşmektedir. Bazı ülkelerde beklenen yaşam süresi daha uzun, bazı ülkelerde kalp hastalıkları, kanser daha fazladır. Ülkelerin sağlık normları ile beslenme arasındaki ilişki üzerinde çok çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Araştırmaların sonuçları bize bu konuda somut ilişkiler açıklayabilmemiz için henüz yeterli veri oluşturamamıştır. Ancak, fazla şeker, yağ, tuz tüketiminin sağlığı olumsuz yönde, bol sebze meyve tüketiminin, bol su içmenin ve düzenli aralıklarla beslenmenin de sağlığı olumlu yönde etkilediğini söyleyebileceğimiz yeterli çalışma vardır.

KAYNAKLAR

- 1- Harris, M.: Food and Evolution, Temple University Press, Philadelphia, 1987.
- 2- Harris, M.: Origins of Cultures, Random House , Newyork, 1977.
- 3- Brothwell D. and Brothwell P.: Food in Antiquity, A Survey of the Diet of Early Peoples, Thomas and Hudson Ltd. London, 1969
- 4-Jelliffe.D.B. Infant Nutrition in the Subtropics and Tropics. World Health Organization, Geneva, 1968.
- 5-Jeffrey M.: A Taste of Indya, Macmillan Publishing Company, Newyork, 1986.
- 6- Roden, C.: A Book of Middle Eastern Food, Alfred A. Knopf Inc. Newyork, 1972.
- 7- Tannahill, R.: Food in History, Granada Publishing Limited, 1975.
- 8- Ziegler, E.E., Filer, L.J. (Ed): Present Knowledge in Nutrition 7th Ed. International Life Sciences Institute. Washington DC. 1996.

FARKLI KÜLTÜRLERDE BİR HASTALIĞIN YAŞANIŞI

Prof. Dr. Dz. Yük. Hem. Kd. Alb. Nur İNANÇ

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu,

Ankara

ninanc@gata.edu.tr

Bizler sosyal olmak, bir arada yaşamak ve yaratmak üzere, insan olarak dünyaya gelmişiz. Sosyal ilişkiler ve bilgi, dil ve dünyayı anlama yolları ile bir toplumun mirası olan kültür olmaksızın tam anlamıyla insan olamayız. Doğumdan ölüm anına kadar hepimiz sosyal durum ve etkileşim içerisindeyiz. Sosyal etkiler de nasıl birer insan olacağımızı, günlük yaşamımızda nasıl davranmamız gerektiği konularında bizlere yardımcı olur (1,2).

Tıbbi hizmetler temel olarak insan ve onun davranışları ile ilgilenir ve 'bakım veren' meslekleri içermektedir. 'Bakım' sözcüğü, hastalıklardan korunma, hastalıkları ve ilerlemesini önleme gibi aktiviteleri ve tedavi süreçlerini kapsayan geniş bir kavramdır. Bakım bir ilişkiyi ifade etmektedir ve bir ilişki de hemen bir sosyal durumu ortaya koymaktadır (1,3).

Sağlık bakım alanında çalışanların; insan davranışlarını anlayabilmeleri için davranışın **bireysel özellikler** ve **sosyal durumun** bir bileşkesi olduğunun farkında olmaları gerekmektedir. Bireysel özellikler **fiziksel ve psikolojiktir**, birey bu özellikleri ile kültür içerisinde sosyal durumu oluşturur (2,3).

Sosyal yapı; aileler, okullar, hastaneler, sağlık hizmetleri gibi toplumun yapı taşlarını içerir. **Kültür ise**; toplumun bir üyesi olarak insanın elde ettiği, bilgi, inanç, sanat, moral, fikir ve değerlerin oluşturduğu, alışkanlıkları kapsayan bir bütündür. Toplumdaki kişilerin ortaklaşa paylaştıkları toplum kurumlarının bir bileşkesidir (2,3).

1871 yılında E.B. Tylor kültürü; '**Bilgi, inanç, sanat, ahlak, yasa, gelenek ve toplumun bir parçası olarak insanın tüm beceri ve alışkanlıklarını içeren kompleks**

bir bütündür' şeklinde tanımlamış, Keesing ise; **'İnsan hayatında ifade bulan, paylaşılan düşünceler, konseptler ve kurallar sistemi'** olarak ifade etmiştir. Aslında kültür; insan el becerisi ile zekanın yaratıcı gücü arasındaki diyalogdur. Kültürü tanımlarken **insanın** ayırt edici, tanımlayıcı birçok yönünü de gündeme getirmiş oluyoruz. **İnsan;** duyan, düşünen, olaylar karşısında kafa yoran, bilimi ve sanatı yaratan, kendine özgü iyilik ve kötülük kavramlarına sahip, kanunlar yapan, bunları uygulayan bir varlıktır. (3, 4,5,6).

Bütün bu tanımlar ışığında kültür; **'toplumdan devralınan, kişilere, dünyaya nasıl bakacaklarını, nasıl hissedeceklerini, diğer kişiler, doğa üstü güçler, tanrı ve doğa ile ilişkilerde nasıl davranacaklarını, bu bilgilerin sonraki nesillere aktarılacağını gösteren bir rehberdir'** şeklinde ifade edilebilir (3).

Kuşkusuz, insanların sağlıkla ilgili inançları ve uygulamaları onların kültürünün bir parçasıdır. **Sağlık sistemi de diyebileceğimiz tıbbi sistem kültürel ve sosyal boyut olarak ele alındığında;** kültürel boyut **toplumun tüm üyeleri tarafından paylaşılan hastalık ve sağlık konusundaki kavramları, inançları, teorileri ve geleneksel uygulamaları içerken,** sosyal boyut ise; **sağlık personeli-hasta ilişkisi gibi sağlıkla ilgili rolleri, bu rollerin nasıl oynanması gerektiğini söyleyen ve idari ilişkileri kapsayan, hastane, muayenehane gibi kuruluşların rollerini belirleyen kuralları kapsamaktadır. Tüm kültürler sağlığa değişen oranlarda değer verir; sağlığa kavuşma ve devam etme araçlarına verilen değerler de kültürden kültüre değişir** (1,2,7).

Toplumsal bir varlık olarak kültür içene doğarız ve geçmiş ve geleceğimizle birlikte kültürce çevreleniriz. Kültürel geçmiş insanların hayatta davranışlarını, inançlarını, algılamalarını, duygularını, dil, din, aile yapısı, beslenme, giyim, beden imajı, zaman ve mekan algısı, hastalık-ağrı algılaması da dahil olmak üzere sağlık ve sağlık bakımı için önemli olabilecek pek çok yönden etkilemektedir. Bununla beraber doğduğumuz ve içinde yaşadığımız kültür bu konudaki tek etken değildir. Yaş, cinsiyet, beden, görünüş, kişilik, zeka, deneyim, eğitim, dini-etnik veya mesleki alt kültür, ekonomik durum, sosyal sınıf ve diğer kişilerin sosyal desteği de etkilidir (1,2,3).

Kültür hiçbir zaman homojen değildir. Bu nedenle insanların inanış ve davranışları hakkında açıklama yaparken genellemelerden her zaman kaçınılmalıdır. Aynı hastalığa yakalanan, aynı kültürden iki kişinin hastalıkla ilgili yorumları birbirinden tamamen farklı

olabilir. Bu da kişilerin hastalıkla ilgili davranışlarını ve tedavi olanaklarını arama biçimlerini etkiler. Toplum içinde birçok grup veya birey vardır ve her biri kendine özel açıklama ve tanımlama tarzına ve de hastalık davranışına sahiptir (1,3).

Hangi toplumda olursa olsun tıbbi hizmetlerdeki çeşitliliğe bakarken, hasta birey için mevcut olan sağlık bakım tiplerinin, hem sosyal hem de kültürel yönlerini bilmek önem taşımaktadır. Kreinmen, herhangi bir kompleks toplum incelendiğinde sağlık bakımının birbirinin üstüne binen üç sektörün tanımlanabileceğini ileri sürmektedir. Bunlar; popüler sektör, halk sektörü ve medikal sektördür. Her bir sektörün kendine ait hastalığı açıklama, tedavi etme, kimin tedavi edici kimin hasta olduğunu belirleme hasta ile tedavi edici arasındaki ilişkilerin nasıl olacağını düzenleme yöntemleri vardır (3,4).

Popüler Sektör

Bu profesyonel olmayan toplumun uzmanlaşmamış bölümüdür. Hastalık durumu ilk defa burada anlaşılır ve tanımlanarak sağlık bakım aktiviteleri başlatılır. Kendi kendine tedavi, kendi kendine ilaç verme, arkadaşlardan tedavi yöntemleri alma, daha önceden bu konuda tecrübesi olan birinden danışmanlık alma gibi olayları gerektirir.

Sağlık tavsiyelerinde bulunma konusunda diğerlerinden daha fazla etkin olan bazı kişiler vardır Bunlar;

1. Aynı hastalığı benzer türde tedaviyi daha önce yaşamış olanlar,
2. Belirli olaylar hakkında yoğun tecrübesi olanlar, mesela birçok çocuk yetiştirmiş bir kadın,
3. Sağlık profesyonellerinin eşleri,
4. Berberler, kuaförler, pazarlama elemanları, banka müdürleri gibi toplumla sık sık ilişki içinde bulunan psikoterapist gibi davranan kişiler .

Bütün bu insanlar arkadaşları veya aileleri tarafından sağlık konusunda tavsiye veya yardım kaynağı olarak kabul edilirler. (3,4)

Halk Sektörü (Folk)

Bu sektörde belli şahıslar ya kutsal, ya da dünyevi veya her ikisinin de karışımı olan belli iyileştirme şekillerinde uzmanlaşmışlardır. Herhangi bir toplum içinde bulunan geleneksel şifacılar çıkıkçılar, bitkilerden ilaç yapanlar gibi tamamen teknik uzmanlardan ruhani şifacılara ve şamanlara kadar değişen şekillerde olabilir.

Pek çok halk iyileştiricisi içinde yaşadıkları toplumun hastalıkla ilgili, tedavi konusundaki inançları da dahil olmak üzere dünya görüşünü ve temel kültürel değerlerini paylaşırlar. Bunların yaklaşımları genellikle bütüncüdür. Hastanın yaşamını; diğer insanlarla ilişkileri, doğal ve fiziksel çevresi, fiziksel ve emosyonel semptomları gibi tüm yönleri ile ele alırlar. Sağlık 'kişinin sosyal, doğal ve doğüstü çevresinin arasında bir denge' olarak görülür. Bunların herhangi birindeki bir bozulma fiziksel veya emosyonel rahatsızlığa sebep olur ve kutsal bir halk iyileştiricisinin hizmetini gerektirir (3,4)

Medikal Sektör

Herhangi bir toplumun baskın olan sağlık bakım sistemi toplumun diğer özellikleri göz önüne alınmaksızın incelenemez. Bir toplum sağlık bakımını temel vatandaşlık hakkı olarak görürken bir başka toplum sadece parası olanların satın alabileceği hizmet olarak değerlendirebilir.

Sağlık bakım profesyonelleri ve hastalar aynı kültürel yapıdan gelseler bile, hastalık/sağlık olaylarını çok farklı algırlar. Her biri hastaya kendi deneyimi, bilgisi, hastalık-sağlık perspektifi ile baktıkları için hastaya yaklaşımları ve tedavi yolları için düşünceleri de farklılıklar içerir. Sadece bununla kalmayıp kendi içlerinde de çeşitli dallara ayrıldıkları için (pediatrist, cerrah vb.) tek bir bakış açıları da yoktur (2,3).

Çağdaş sağlık bakımının merkezinde duran kavramsal sorun; hastalıkların hücresele düzeyde yapısal değişimleri içeren biyolojik tıbbi modelin hastalık tanımıdır. Mikrop teorisi hastalığa yol açan özgül nedenin ilk örneğini oluştururken, bakteriler, daha sonra da nedeni bulunamayan her hastalığın sebebi olarak gösterilmiştir. Daha sonra moleküler biyolojinin doğmasıyla genetik bozuklukları içeren tek lezyon kavramı ortaya çıkmıştır. Sonuçta bu durumlarda bütün tıp bilimciler 3 hedefe ulaşmaya çalıştılar:

1. İnceledikleri hastalığın kesin tanımlanmasına,
2. Bu hastalığın özgül nedeninin tespitine,
3. Hastalığa yol açan kaynağı yok (etkisiz) edecek uygun tedavinin geliştirilmesi (3,4).

Biyolojik tıbbi modelin başta yanılması, hastalık süreciyle hastalığın kökenlerinin birbirine karıştırılmasıdır. Mc Keown'un belirttiği gibi 'tıptaki en temel soru, hastalığın meydana geldikten sonra nasıl ameliyat edileceğinden çok, hastalığın niçin meydana geldiğidir; yani teorik olarak hastalığın kökenleri, hastalık sürecinin doğmasından önce gelir.' (3,4)

Buna karşın bugün hala hastanede hastalar “numaralandırılmış bir vakaya” dönüşerek kendi bedenleri, mahremiyetleri, davranışları üzerindeki kontrollerini kaybedebilmektedirler.

Oysa ki hasta açısından hastalık, onun ve çevresindeki kişilerin onun iyi olmayışına tepkisiyle ifade bulur. Hasta için özellikle bu olayın başlangıcının ve öneminin nasıl algılandığı, kendi davranışlarını, diğer insanlarla ilişkilerini nasıl etkilediği ve durumu çözmek için atacağı değişik adımlar önemlidir. İyi bir sağlık hizmeti sunmak için insanların kendi hastalık ve sağlıklarını nasıl algıladıklarını, yorumladıklarını ve buna nasıl tepki verdiklerini anlamak gerekir (3).

Sonuç olarak yaşanan her bir olay, her bir hastalık farklı kültürlerde ve farklı kültürel örüntülere sahip her bir bireyde aynı şekilde yaşanmamaktadır. Bir sağlık personelinin hastanın yanından ayrıldıktan sonra yapacak çok şeyi vardır. Ancak geride kalan hasta yaşadığı her saniyede hastalığı ile baş başadır.

Sağlık personeli hastayı numaralandırıp, sınıflandırabiliyor fakat hastanın alışlagelmiş yöntemlerle ispat edemedikleri semptomları sadece hastanın yarattığı ‘şeyler’ olduğunu düşünmek ve nasılsa ‘psikolojik’ adı altında kolayca yok sayabilmektedirler.

Bu bölümde ‘Myaljik Ensefalomyelitis (ME)/ Kronik Yorgunluk Sendromu (CFS)/ Fibromiyaljia (FM)’ hastalık deneyimini yaşayan bireylere yönelik tanım ve vakalar yer alacaktır.

Myaljik Ensefalomyelitis (ME)/ Kronik Yorgunluk Sendromu (CFS)/

Fibromiyaljia (FM) - ME/CFS/FM -

Myaljik Ensefalomyelitis (ME)/ Kronik Yorgunluk Sendromu (CFS)/ Fibromiyaljia (FM) terimi bugün Dünya'da "sürekli veya siklik seyreden sakatlayıcı ve iyi anlaşılmayan bir multisistem hastalığım" tanımlamak için kullanılmaktadır.

ME/CFS/FM, yorgunluk ve kompleks rahatsızlıklarla karakterize, yatakta dinlenmeyle geçmeyen ve vücudun dengesinin kompleks bir şekilde bozulmasını sağlayan, derin yorgunluk hissi veren ve fiziksel ve zihinsel aktivitelerin bozulmasına yol açan bir hastalıktır.

Bu hastalık İngiltere, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'da "myalgic encephalomyelitis (ME) veya postviral fatigue syndrome" olarak da bilinmektedir. Ayrıca "Iceland disease" veya "Royal free disease", ABD'de "Yuppie flu" isimleri de kullanılmıştır. Daha sonra "Chronic fatigue immune dysfunction-CFID" ismi ile belirtilmiş olsa da bu hastalığa özgü bir immün disfonksiyon gösterilememiştir (8,9)

Birçok organ sistemini etkileyen bu dramatik organik beyin hastalığı "kafaya kurşun isabet etmesi" kadar ciddi bir şey olmakla beraber, çoğu kere hekimlerin bilgisizliği yüzünden teşhis edilememektedir. Ne yazık ki doktorların, sağlık personelinin pek azı ME/CFS/FM'nin varlığından haberdar olanların çoğu da ME/CFS/FM'nin hastanın hayatını fiziki semptomlar nedeniyle ne kadar dramatik bir şekilde değiştiren bir hastalık olduğunu bilmeksizin, bunun psikolojik veya yapay bir bozukluk veya somatizasyon olduğuna inanır. Psikiyatristler ise, ME/CFS/FM'li hastaların gönderildiği "son istasyon" olmaları sebebiyle o zamana kadar yapılmış yanlış teşhis ve tedavi uygulamalarını sonlandırma şansına sahiptirler (8).

ME/CFS/FM yeni bir hastalık değildir. Maningham 1750, Beard 1869 yılında CFS'ye uygun vakalar tanımlamışlar. Tıp literatüründe 1930'lardan beri benzer hastalıkların küçük epidemileri de bildirilmiştir. Bugün 10 milyon Amerikalı ME/CFS/FM için tedavi görmektedir. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 30, ortalama süresi 6.7 yıl olarak bildirilmiştir. 5 yaşından itibaren teşhis edilen vakalar bulunmakla beraber, 2-11 yaş arası çocuklarda her iki durum da çok seyrek (8,10).

Eğer tıbbî veya psikolojik problemler olmaksızın 6 aydan fazla süren ve normal aktiviteyi bozan bitkinlik söz konusu ise, bu "açıklanamayan bitkinlik" (unexplained fatigue) olarak isimlendirilir. Açıklanamayan bitkinlik sübjektif olarak "iyilik" (well being) hissinin kaybı ve "tükenme" (exhaustion) hissi ile beraberdir. "Açıklanamayan kronik bitkinlik" Center of Disease Control (CDC) tarafından hazırlanan teşhis kriterlerine dayanarak 2 kategoride toplanır. CFS teşhisi için en az 2 major+8 minor+2 fizik kriterin karşılanması gereklidir (8)

Birçok vücut sistemini içine alan semptomlar ortaya çıkar ve bunların hasta üzerindeki net etkisi "kendisini hayatında hiç olmadığı kadar hasta hissetmesidir. Bu sendrom genel olarak şu semptomları içine almaktadır;

1. Bitkinlik (Fatigue/eshausition)

2. Myalji ve artraljiler

3. İmmünolojik değişiklikler

3. Nöropsikolojik bozukluklar

- a) Kognitif bozukluk
- b) Uyku bozuklukları
- c) Baş ağrıları
- d) Emosyonel değişiklikler

4. Nöronsensoryel bozukluklar

- a) Görme ile ilgili belirtiler
- b) Diğer duyuşal, denge ile ilgili belirtiler, otonomik ve motor bozukluklar

5. Diğer semptomatoloji

- a) Akut gribal enfeksiyon benzeri semptomlar
- b) Multipli alerjiler
- c) Kilo değişiklikleri, tipik olarak başlangıçta kilo kaybetme sonra aktivite azalmasına ve metabolizma yavaşlamasına bağı olarak kilo alma şeklindedir.
- d) Gastrointestinal sistem, karın ağrısı, diyara, konstipasyon, intestinal gaz, irritabl barsak sendromu şeklindedir.
- e) Kardiyovasküler sistem, palpitasyon, postüral taşikardi, ritm bozukları yanında egzersizle dispne görülür.
- f) Premenstrüel sendrom, ilk defa ortaya çıkabilir veya ağırlaşabilir.
- g) Üriner sistem, pollaküri, dizüri, noktüri olabilir,
- h) Cild döküntüleri ve flushing
- i) Cinsel bozukluklar, libido kaybı veya disfonksiyon görülür, cinsel aktivite beklentisi stres düzeyini yükseltir ve anksiyete oluşturur (8,9,10)

Klinik Seyir Ve Prognoz

Klinik seyir hastadan hastaya değişiklik gösterir. ME/CFS/FM genellikle iyilik ve kötülük dönemleri ile siklik seyredir. Bazı hastalar işe dönebilecek kadar düzelirler fakat

bazı CFS semptomlarını hissetmeye devam ederler (iyileşme tamamen semptomsuz olma anlamına gelmez). Bazı hastalar zamanla tamamen düzelirler bazıları progressif olarak kötüleşir. Hastalık ilerleyici seyir gösteriyorsa kas ağrıları ve unutkanlık artar. Bildirilen depresyon ise azalır. Fonksiyonel durum ve iyilik hissi açısından karşılaştırıldıklarında, bu hastaların genel popülasyon ve diğer hastalık gruplarına göre daha bozuk oldukları gösterilmiştir (8).

Hastalık süresi

Bu hastalığın nasıl seyredeceğini önceden kestirmek mümkün değildir. Bazı hekimler semptomları akut bir viral hastalığı müteakiben ortaya çıkanların 6 ay-1 yıl içinde tamamen düzeldiklerini gözlemlerken, semptomları yavaş gelişenlerin hastalıkları daha uzun sürmektedir. ME/CFS/FM kriterlerini tam olarak dolduranların ancak %10'dan fazlası iyileşmekte, diğerleri ise hasta olarak kalmaktadır (8).

Tedavi

Hastalığın patofizyolojisi tam olarak bilinmediği için doğrudan sebebe yönelik tıbbi tedavi henüz bulunmamaktadır. Hastalığın erken dönemlerinde olabildiği kadar fazla istirahat önerilmektedir.

ME/CFS/FM'li hastalar hayat tarzlarını değiştirmek durumunda kalırlar. İlaç dışındaki tedavi yaklaşımlarına bakacak olursak;

- Hayat stili değişiklikleri
- Egzersiz (yogo, yüzme ve yürüyüş) ve stresin azaltılması,
- Beslenmenin düzenlenmesi (kilo kontrolü ve gastrik distresin azaltılması, dengeli bir diyet önemlidir. Multivitamin-mineral desteği yararlı olabilir. B-12 vitamini, omega 3 yağ asitleri, L-lizin, L-karnitin faydalı olabilir.)
- Kognitif terapiler (8,11,12,13,14)

VAKA 1

M.T. bir mikrobiyoloji ve araştırma laboratuvarı yönetmeni. Halen tam iyileşme içinde olan bir hasta. Hastalığın doğmasını bir "banka hesabına" benzetiyor ve "enerji liraları" olarak tabir ediyor. Günlük harcama hakkı olan 10 enerji lirasından 1 lira daha fazla harcadığınızda "yorgun ama bitkin olunmayacağını", tamamını harcadığınızda "iflas" edeceğini ve "çok bitkin" hissedeceğini, fazlasını harcadığınızda "telafi edemeyeceğinizi,

haftalar hatta aylar sonra bile bu bitkinliği hissedeceğinizi” belirtiyor. Ve genelde hastaların bu dengeyi öğrenene kadar çoktan iflas ettiklerini, hesabı garanti altına almak için **kendinin, tüm yaşam önceliklerinin ilk sırasına konması gerektiğini** belirtiyor. “Çünkü her istek bir liradır” diyor (15).

VAKA 2

Bağışıklık uzmanı olan bir bayan E.P.; hastalığını “ani bir bitkinlik ve zihin boşalması” ile fark ediyor. Yatağında çalışmaya gayret ederek, hastalığın gerektirdiği istirahatı sağladığını sanıyor fakat yatakta da olsa çalışmanın dinlenmek olmadığını geç anlıyor. E.P. aylar geçtiğinde hastalığını tanımaya başladı ve bir yıl aktif yaşamdan tamamıyla uzaklaştı. Bir yıl sonra işine döndüğünde 2 hafta boyunca sadece 3 saat çalışabildi. Araştırma laboratuvarını kapattı, evini sattı, özür lülük gelir sigortası aldı. 9 ay sonra çocukları ayrı bir eve geçti. “Her şeyi olurluna bırakmayı” öğrenmek için önemli bir çaba ve mücadele verdi ve sadakati “her şeyi olurluna bırak” eylemine inanmak olarak tanımladı (16).

VAKA 3

Bir iş yerinde müdürlük görevini yapan 29 yaşındaki J.N., bu hastalığa yakalandığında kendini 85 yaşında gibi hissettiğini ve “bitkinliğin hayatının her alanına kara bir bulut gibi ” kapladığını belirtiyor. Periyodik olarak yatalak hale geliyordu ve hayat onun için “**sadece uyukladığı bir hapisane**” haline gelmişti. JN. doktora başvurduğunda "Yuppie flu" diye isimlendirilen CFS teşhisi aldı (8).

VAKA 4

26 yaşında iken akut, ağır bir viral enfeksiyon sonrası CFS teşhisi alan NA., şimdi 48 yaşında ve CFS'nin hayatının büyük bir kısmını mahvettiğini belirtiyor. NA. teşhis konulduktan 3 sene sonra "tamamen malûl" kabul edildi. "Kronik yorgunluk sendromu" terimini ilk defa duyduğunda onu hemen reddettiğini, çünkü hissettiği şeyin "yorgunluk" olmadığını bildiğini, yorgun olmadığını ve asla yorgunluktan şikâyet etmediğini bildiriyor. Fakat o kadar güçsüzdü ki birkaç dakikadan fazla oturur pozisyonda kalamıyor ve saçlarını taramak üzere elini başına dahi götüremiyor, TV programına konsantre olamıyor, kısa bir hikâyeyi bile okuyamıyor, çek defterini düzenleyemiyor, faturaları ödemeyi unutuyordu. Kelimeler aklına gelmiyor, hatta Wisconsin üniversitesinden almış olduğu "master derecesinin " olduğunu bile hatırlayamıyordu.

N.A. yaşadıklarını; “sabahleyin uyandığınızda ilk aklınıza gelen şeyin "ne kadar bitkin olduğunuz" olduğunu hayal edin! CFS'li hastaların bütün gün boyunca hissettikleri işte budur” şeklinde tanımlıyordu. Ardından herhangi bir uyarı olmaksızın düşmelerinin olmaya başladığını, şiddetli baş ağrıları çektiğini, boynunda, bacaklarında ve sırtında ağrılı spazmlar yaşadığını ifade etti. Ve şu an durumunu **“halâ "yorgun değilim! asla "yorgunluktan" şikayetçi olmadım, keşke, gerçekten yorulabilecek kadar "iyi" olsam!”** şeklinde belirtti (8).

VAKA 5

11 yaşında okulda başarılı bir kız olan JO., aniden kasık ağrıları, bulantı, boğaz ağrısı gibi semptomlarla başlayan gribal enfeksiyon benzeri bir hastalığa yakalandı. 2 hafta sonra uyku bozukluğu, yürüme ve düşünmede bozukluk, ışık ve sese hassasiyet ve diğer nörolojik semptomlar ortaya çıktı. Baş ağrıları ve bulantısı ağırlaştı. Daha sonra nöroloğu tarafından CFS teşhisi kondu, fakat aile doktoru bunun gerçek bir hastalık olmadığını söyleyerek okula gönderilmesini tavsiye etti. JO kronik şekilde hasta idi fakat muayeneler ve testler normal idi, semptomlar medikal tedaviye cevap vermiyordu.

Çocuk psikiyatristleri ebeveyni "kötü muamele" ile suçladılar. Başka bir pediatriste başvurduklarında o doktor "konservatif tutuma gerek olmadığını" söyleyerek değişik enjeksiyonlar yaptı. Enjeksiyonlar sonrası J.O.'nun durumunun kötüleşmesi üzerine "muhtemelen dikkat çekmeye çalışıyor, okul fobisi var" diye belirtildi. Psikiyatristi ilaçlardan dolayı "toksik" bir tablo içinde olduğunu düşünüldü ve J.O. yoğun bakım servisine gönderildi.

Daha sonra ailenin "aşırı koruyucu" olduğu iddia edilerek JO. çocuk psikiyatri hastanesine nakledildi. Böylece çocuk aile desteğinden yoksun bırakıldı,

Ardından "klasik depresyon" teşhisi konuldu ve zorlanarak uygulatıldığı egzersiz programından 10 dakika sonra kollapsa girdi. JO. "malpractice "den dolayı açılan davanın görüldüğü mahkemede olayları anlatırken "Her zaman korkuyordum. Her şey çok korkutucu idi, yoğun bakım servisi, okul, psikiyatri servisi... Bütün bunlarla nasıl başa çıkabileceğimi bilmiyordum... **Bana niçin inanmıyorlardı?"** diyordu... Bu trajik hikayede tıbbî bakım ve mahkeme için yapılan harcamalar 10.000\$ tutuyordu! (8)

VAKA 6.

Kütüphanecilik görevini yapan L.W. 13 yıldır bu hastalıkla mücadele eden ve hala hasta olan bir ME/CFS/FM hastası. Yaşadıklarını şöyle ifade ediyor;

“Kronik Yorgunluk Sendromu (CFS) olarak da bilinen Myalgic Ensefalomyelitis (ME) hastalığı kadar anlaşılması zor ve komplike bilinen bir hastalık daha bilmiyorum. İnsan vücudundaki her organı önemli derecede etkileyebilen ve o derece de zarar verebilen, mükemmel derecede sağlıklı kişileri bile etkileyebilen bir hastalık.

Bazı zamanlar aşırı eklem hastalıklardan, kas ağrılarından, gerginlikten şikayet edebilirsiniz ve uyumak da oldukça zor olur. Günde 23 saati yatakta geçirmek yeterli olmaz ve bazen de eğer 2 saat uyuyabilirsiniz kendinizi şanslı görürsünüz. Duymanız ve görmeniz bozulabilir. Sıklıkla kollarınız farkına varmaksızın hareket edebilir. Kontrol edemezsiniz, duvarlara çarpabilirsiniz, denge problemi yaşarsınız. Düz çizgide yürüyemezsiniz. Bazıları gece terler. Isı dengelerini ayarlayamazlar, yaz gününde kış kıyafeti , kış gününde de yaz kıyafetiyle görmek alışılmadık bir şey değil.. Ellerin uykudaymış gibi düşer, karıncalanma ve iğne batır gibi hissedersin. Vücut yiyeceklere ve kimyasallara karşı aşırı hassasiyet geliştirir. Uykularınız çektiğiniz ağrılardan dolayı sürekli olarak bölünür. Sadece insanların isimlerini unutmaz, hatta kendinizi bile unutursunuz.

Hastalıkla ilk karşılaştığımda kötü şekilde diare oldum, iki hafta hiçbir şey yiyemedim. Hastanede incelemeler yapıldı. Sigmoidoskopi yapıldı fakat olumsuz hiçbir şey yoktu. Ardından bir romatologla görüştim. Bana “arthritis” tanısı koyuldu fakat tahlil sonuçlarında artrit olmadığımı anlaşıldı. **Doktorlar bana inanmıyorlardı. Bütün bunlarla savaşırken tıp personeline karşı hiç güvenim kalmamıştı.**

Evde hiçbir işimi yapamıyordum. Arabamızı satmak zorunda kaldık. Eşim beni terk etti. Kızlarım evden ayrıldılar. Özürlüler pansiyonunda kalmak için mücadele ettim ve başardım.

Şimdi ME/CFS/FM destek grubunun başkanı ve ulusal CFS derneğinin bölge direktörüyüm. Tüm sosyal aktivitelerim doktora gitmek, destek grubu toplantılarına katılmak ve toplantılara ev sahipliği yapmak.

İnanıyorum ki, bu hastalığın sıkıntısını yaşamakla ve acı çekerek hastalığın hayatımın bir başka parçasını da çalmasına izin vermiş oluyoruz. Buna da gülmeyi başarabilirsek biz kazanırız. ME/CFS/FM hastalarının **umuda ihtiyacı var** ve destek grupları çok hayati öneme sahip.” (17).

Farklı bir ülke ve bir birey olarak oluşturduğum apayrı özel kültürümle benim hikayeme gelince...

Bir akademisyen, yönetici hemşire, asker ve iki çocuk annesi olan ben, bu hastalıkla 1999 yılında tanıştım. Geçen onca zor, yalnızlık ve acı dolu günler sonunda “neden ben bu hastalığa yakalandım?!” demiyorum çünkü bu oyun sonunda çok şeyler kazandım.

Oyun alanı kendi ülkem, seyirciler ve oyun arkadaşlarım benim toplumsal kültürümdendi. Her oyunda olduğu gibi karşılıklı olarak birbirimize öfke de duyduk sevgi de. Takımla hep yardımlaştık ancak hep tek başıma vardım.

Fakat hem sağlık personeli hem de hastalık deneyimini yaşayan birisi olarak şunların altını özellikle çiziyorum;

- Hastayı dinleyin, söylediği doğrudur. En azından için bu da yeterlidir.
- Hastalık tanımlanmalıdır. Buradan hasta ve yaşadıkları ile yola çıkılabilir. O bir öğrenme sürecindedir. Ona destek olun, siz de öğrenin.
- Yorgunluk bir ödüdür ve zevktir. Bir şey yapıp yorulabiliyorsanız şanslısınız.
- Bilmediğiniz çok şeyin olduğunu kabul edin. Havanın görülmemesinin onun yokluğunu göstermediğini biliyorsanız, aslında var olan şeyleri de deneyin ve görmezlikten gelmeyin, belki farklı bir dilden anlatılıyordur!!
- Ne düşünürseniz onu oluşturur ve yaşarsınız, isterseniz deneyin.
- İsteddiğiniz geleceğin sadece resmini oluşturun ve bırakın o zaten en iyi şekilde ve doğru zamanda karşınıza çıkacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bertan, M., Güler, Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, 1995, Güneş Kitapevi.
2. Ficher, J., (çev: Nilgün Çelebi); ‘Sosyoloji Nedir’, Atilla Kitapevi, 2. Baskı, 1994. Ankara.
3. Helman, G.C., Culture, Health and İllness (An Introduction for Health Professionals) Secoind Edition, Butterworth&Co, (Publishers) Ltd. 1990.
4. Capra, F., (çev: Mustafa Armağan), Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası, 2.. Baskı, İnsan Yayınları. İstanbul 1992.
5. Güvenç, B., ‘İnsan ve Kültür’, Remzi Yayınevi, Ankara, 1991,

6. Kottak, C.P., Anthropology, The Exploration of the Human Diversity, Mc.Graw-Hill, Inc., 1997.
7. Fry S.T., Hemşirelik Uygulamalarında Etik, (çev:Beyhan Bağ), Bakanlar Matbaacılık, Erzurum, 2000.
8. Sofuağlı S., Gönül S., 'Kronik Yorgunluk Sendromu veya Canlı Cenaze Sendromu', 5G Matbaacılık, İstanbul 2001.
9. <http://www.cfids.org/about-cfids/default.asp>
10. <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/cfs/info.htm#What>
11. Pipel F.B., 'Fatigue'. Alterations in Sensation. XXXXX
12. Honervogt T., Inner Reiki, APractical Guide for Healing and Meditation., Henry Holt and Company, LLC., 2001.
13. Usui M., Petter F.A., Le Manuel Original de Reiki, Editions Niando, 2000.
14. Öz .M., Şifayı Yüreğinde Ara, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 2002.
15. <http://www.immunesupport.com/library/showarticle.cfm/id/3218>
16. <http://judylumb.com/>
17. <http://www.cfsresearch.org/cfs/conferences/index.htm>

ÖRNEK VAKALAR

Erciyes Üniversitesi
Atatürk Sağlık Yüksekokulu
ve
Nevşehir Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Elemanları

Vaka 1

60 yaşında bir bayan hasta safra kesesinde taş tespit edilerek hastaneye yatırıldı. Ameliyatı yapacak olan doktor hastaya “Ameliyatını açık mı, kapalı mı olmak istersin” diye sordu. Hasta ‘açık yap’ diye cevapladı. Doktor hiç açıklama yapmadan ‘yarına kadar düşün, yarın yine soracağım’ diyerek odadan ayrıldı. Öğrenci hemşire ‘açık ve kapalı ameliyatın ne anlama geldiğini biliyor musunuz?’ diye sorduğunda hasta ‘arkadaşlar, komşular açık ameliyat ol, kapalı olanlar iyice iyileşemiyorlar, açık ameliyat ol ki içinde ne var ne yok, iyice temizlesinler’ dediler onun için açık olacağım “diye cevap verdi.

Vaka 2

20 yaşında mental retarde bayan hasta, göz enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yatırıldı. Hastanede kaldığı süre içinde çok sıkıldığını bu nedenle hastane bahçesine çıkmak istediğini belirtti. Yanında refakatçi olarak kalan annesi hemşireye kızı ile bahçeye çıkıp geri gelebileceğini söylese de, hemşire hastane kurallarına uygun olmadığı için izin verilemeyeceği, dışarıya çıkarlarsa kaçtı diyerek tutanak tutacağını söyledi. Bir hafta boyunca her gün, günde birkaç kez bahçeye çıkma isteği yasak olduğu için reddedildi ve hasta ağlayarak, bağırarak tepki gösterdi. Bir hafta sonra hasta taburcu edildi Ancak annesinin evdekilere haber vermesi gerekiyordu. Annenin okuma yazması olmadığından elinde bulunan telefon numarasını araması için hemşireye uzattı. Bu bir GSM numarasıydı ve hastaneden GSM numarasını aramak kurallara aykırıydı. O sırada klinik uygulama yapan öğrenci hemşire kendi cep telefonu ile arayabileceğini söyledi. Aranılan numara hastanın amcasına aitti

(hastanın babası 5 yıl önce ölmüştü). Amcası hastanın annesine gelemeyeceğini, hastanenin önünden dolmuşa binerek bir akrabalarına gitmelerini, daha sonra onları oradan alacağını söyledi. Hastanın annesi “kadın başıma taburcu olup, minibüslere mi bineyim, beni el aleme rezil mi edeceksin” diyerek, bir gün daha bekleyebileceğini, sabah gelip onları almasını söyleyerek telefonu kapattı. Taburcu edileceği haberini alır almaz eşyalarını hazırlayan, kliniğin kapısından tüm ısrarlara rağmen içeriye girmeyen hasta bir gün daha gidemeyeceğini öğrendiğinde çok yüksek sesle ağlamaya, bağırma ve kendini yerden yere atmaya başladı. Hemşireler, hastalar, hasta yakınları başına toplanarak onu odasına sokmaya çalıştılar. Hemşire hastanın doktorunu arayarak durumu aktardı. Doktor telefonla, sedatif isteminde bulundu. Hastaya zorla, İ.M sedatif yapıldı ve annesi kızını susturamadığı için azarlandı.

Vaka 3

21 yaşında, bayan hastaya Apendektomi yapıldı. Refakatçi olarak kayınvalidesi yanında kalıyor. 5 yıldır evli olmasına ve çok istemesine rağmen çocuk sahibi olamıyor. Hasta çocuğunun olmama nedenini inekleri sulamak için köy çeşmesinden kova ile su taşımak ve ağır kaldırmak olarak düşünüyor. Kayınvalide çocuğu olmadığı için gelinine iş yaptırdığını, çocuğu olursa ineklere kendisinin bakacağını söylüyor ve gebe kalması için uyguladıkları yöntemleri anlatıyor. Beş kilo süt kaynatılıp buharı ile hastanın perine bölgesi ısıtılıyor, bu işlem tekrar tekrar yapılıyor ancak hasta gebe kalamıyor. Bunun üzerine hastanın belden aşağısı sabunlanıp, beli çekiliyor. Ancak yine gebe kalamıyor. Hemşire ‘hiç doktora gittiniz mi ?’ diye soruyor. Hasta gitmediğini köydeki ebenin de eşiyle beraber doktora gitmeleri gerektiğini söylediğini anlatıyor. Kayınvalidesi ‘sen sus yarım aklınla konuşma, ebe nereden bilecek Allah’ın vermediği çocuğu doktor mu verecek?’ diyerek gelinini azarlıyor. Hasta susuyor.

Vaka 4

45 yaşında, evli, eşinin ikinci hanımı olan hasta, merdivenlerden düşerek kafa travması geçiriyor. Aynı zamanda kollarında, bacaklarında, belinde, sırtında düşmeye bağlı ekimozlar var. **Epidural Hematom** tanısı konularak ameliyata alınan hastanın, ameliyat sonrasında eşi hiç ziyaretine gelmiyor. Hastanın sık sık ağlaması ve yakınları ile fısıltı şeklinde heyecanlı ve ağlamalı konuşmaları, öğrenci hemşirenin dikkatini çekiyor. Birkaç gün sonra hastanın eşi

tarafından dövülerek, travmaya maruz kaldığı anlaşılıyor. Hastanın ziyarete gelen yakınları “erkek hem döver, hem de sever, olayı büyütme polisin haberi olursa kocan hapse girebilir, senin yüzünden hapis mi yatsın” diyorlar. Hasta öğrenci hemşireye kimseye söylememesini yoksa daha zor durumda kalacağını söylüyor ve “ bu adam beni bir gün öldürecek” diye ağlıyor. Öğrenci hemşire durumu klinik hemşirelerine haber veriyor. Onlarda bu aile meselesi biz karışamayız diyor. Ameliyatı yapan doktora durumu iletiyor. Doktor ise “siz bu işlerle fazla uğraşmayın bazı kadınlar dayağı hak eder” diye cevap veriyor. İki hafta sonra hasta eşinin yakınları tarafından taburculuğu yapılarak evine götürülüyor.

Vaka 5

Suudi Arabistan’da bekar adölesan bir kız spinal rahatsızlık nedeniyle hastaneye gelir. Onu muayene eden Amerikalı doktorlar kızın hamile olduğunu tespit ederler. Amerikalı doktorlardan ikisi, bu durumun aileye onursuzluk getireceği ve kızın ölümle cezalandırılabilceğini varsayarak, komşu ülkelerden birinde kürtaj ayarlarlar. Aileye vertebra rahatsızlığının yalnızca o ülkede tedavi edilebileceğini söylerler. Suudi Arabistan’da kısa bir süre için bulunan üçüncü doktor bu karara katılmaz. Diğer iki doktor ailenin hamilelikten haberi olursa, kızın çok ciddi bir hayati tehlike içinde olacağı yönünde onu uyarırlar. Üçüncü doktor onların bu isteği üzerine aileye söylememeyi kabullenir. Son anda kız uçağa binecekken doktor gerçeği söylemediği için etik bir kaygı hisseder ve babaya kızın hamile olduğunu söyler. Baba anında kızını yakalar ve onunla orayı terk eder. Babaya kızın hamile olduğunu söyleyen doktor birkaç hafta sonra kızın erkek kardeşiyle karşılaşır ve ona kızın nasıl olduğunu sorar. Çocuk başını sallar ve kızın öldüğünü söyler. Ailenin onuru tamir edilmiştir. Doktor Suudi Arabistan’ı terk eder.

Vaka 6

Mrs.Lee, 49 yaşında Cantonore dilini konuşan, yıllar önce ABD’ ye göç etmiş bir kadındır. 22 yaşındaki en genç oğlu Arnold ve eşi ile birlikte yaşamaktadır. Tetkikler Mrs. Lee’nin lenf nodları ve adrenal bezlere metastaz yapmış akciğer kanseri olduğunu göstermektedir. Oğlu annesinin hastalığının onun tarafından bilinmesini istemez. Kanser beyne metastaz yapınca kötü sonucu bilen doktor hastanın oğluna daha önce reddettiği bir tedaviyi önerir. Arnold ailenin bir ferdi olarak annesini ‘kötü haberlerden’ ve umudunu

kaybetmekten koruması gerektiğini düşünmektedir. Ona göre gerçek annesine söylenirse, annesi strese girecektir. Bu nedenle ventilatöre bağlı yaşam desteği de dahil bütün tedavileri reddeder.

Vaka 7

Clubfoot defekti olan bir Hmong çocuğu doğar. Doktorlar ayağın bozuk yapısının sosyal sorunlara yol açabileceğini düşünerek, ayağı yeniden şekillendirmek amacıyla ameliyat önerirler. Aile ayağın şeklinin eski sıkıntılarının bir ödülü olduğunu düşünmektedir. Onlara göre ayağın şeklinin düzeltilmesi aileye ve Hmong topluluğuna utanç ve ceza getirecektir. Bu nedenle tedaviyi reddederler. Tedavi reddi için dava açar ve kazanırlar.

Vaka 8

Er olarak askerlik yapan ve üroloji servisinde varikosel tanısıyla yatan hasta 3 gün önce ameliyat oldu. Doktor isteminde yalnızca gerektiğinde ağrı kesici alabileceği yazıyordu. Hemşirelere ağrısı olmadığını söylediği için ağrı kesici verilmiyordu. Rotasyonunun ilk gününde olan öğrenci hemşire dosyasını okuduktan sonra hasta odasına girerek hasta ile tanışmak istedi. Hasta hiçbir şeye ihtiyacı olmadığını bunun için odasına girmemesini söyledi ve öğrenci odaya girdikçe uyuyormuş gibi davrandı. Öğrenci hemşire yeni aldığı hastanın bu davranışına bir anlam veremedi ve klinik hemşirelerine hastanın ruh sağlığının bozuk olup olmadığını sordu hemşireler gülererek hastanın sünnet olduğunu bu yaşa kadar sünnet olmazsa böyle utanılacağını söylediler.

Vaka 9

Bir aylık bebeğini karın ağrısı şikayetinin olması nedeniyle çocuk polikliniğine getiren ve bu bebekten başka üç çocuğu olan bir anne doktorun ‘kakası nasıl, ağlarken ayaklarını karnına çekiyor mu ?’ vb. gibi sorularına bebeğinin gazı olduğunu rezene, anason çayı hazırlayarak verdiği halde gazının geçmediği şeklinde cevap verdi. Doktor “bırakın böyle saçma sapan şeyleri” diyerek anneyi azarlar ve bebeğin normal olduğunu ve annenin bu durumu büyüttüğünü söyleyerek gaz için damla yazıp anneyi gönderir.

Vaka 10

19 yaşında köyden gelmiş bir anne doğum servisinde bir erkek bebek doğurmuştu. Odasında ayrıca kız bebek doğurmuş başka bir anne de vardı ve onunla aynı odayı paylaşmak istemiyordu. Doğumdan sonra sürekli hemşireyi çağırıyor ve “beni ve bebeğimi başka odaya alın” diye ısrar ediyordu. Hemşire neden? diye sorduğunda “soğuk, sıcak, yatak belimi ağrıtıyor” gibi şeyler söylüyordu.

Bunun üzerine hemşire “burası otel değil, hangi yatak veriliyorsa oraya yatacaksın, sen istedin diye oda değişmez, hem de yasak” diye konuşmayı kesti. Daha sonra annenin kaynanası ziyaretine geldi ve servis sorumlu hemşiresine oda değiştirme isteğinde bulundu. Servis sorumlu hemşiresi neden bu kadar ısrar ettiklerini, diğer annenin olumsuz bir şey mi ? yaptığını sordu. Kaynanası hayır! diye cevap verdi. “Onun gözleri mavi birde kız doğurmuş oğlumuzu nazar degecek hemşire hanım ne olur odamızı değiştirin” dedi.

Vaka 11

Leyla Hanım 56 yaşında, 3 kez evlenmiş ve ilk eşinden 2 çocuğu var. Dört beş aydır devam eden karın ağrılarından sonra ani ve şiddetli kanama şikâyetiyle kliniğe başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucunda **Over CA** tanısı konulmuş. Tanısını biliyor ve kabulleniyor.

Leyla Hanım ilk eşini kaybettikten sonra tekrar evlenmek istememiş ancak ailesi tarafından hiçbir geliri olmaması ve çocuklarını yalnız yetiştirmesinin uygun olmayacağı gerekçesi ile evlenmeye zorlanmış ve evlenmiş. İkinci eşini de bir kaza sonucu kaybettikten sonra benzer nedenlerden dolayı şimdiki eşi ile evlenmiş.

İlk eşini çok sevdiğini, onun ölümünden sonra iki kere daha evlendiği için ona ihanet ettiğini ve günah işlediğini düşünüyor. Bu nedenle de hastalığının kendisine Allah tarafından ceza olarak verildiğine, her türlü ağrı ve soruna katlanması gerektiğine inanıyor. Ağrılarını asla ifade etmiyor. Bu şekilde sabrederse ve bu ağrılara katlanırsa günahlarının affedileceğini düşünüyor.

Vaka 12

17 yaşında bayan hasta, tip 1 diyabet tanısıyla takip ediliyor. Yapılan görüşme sırasında nişanlı olduğu ve çok yakında evleneceği öğreniliyor. Evleneceği kişinin hastalığını nasıl

karşılıdığı sorulduğunda hasta olduğunu bilmediklerini söylüyor. Kronik bir hastalık olduğu için ve yapılan tedavi şekline de dolayı bu hastalığı ilerde evlendiğinde gizleyemeyeceği, hastalığını paylaşmasının daha doğru olduğu söylendiğinde babası hasta olduğu duyulursa kızı ile kimsenin evlenmeyeceğini, ayrıca pahalı bir hastalık olduğunu, maddi yönden çok sorun yaşadıklarını, yurt dışında olanakların daha iyi olduğunu orda ona daha iyi bakacaklarını ifade ediyor ve hiçbir koşulda hastalığı söylemeyeceklerini söylüyor. Kontrol esnasında hastayla çok kısa bir süre görüşülebildi, aile planlaması hizmeti almasının uygun olabileceği belirtildi. Çok kısıtlı zamanlarının olduğunu, hemen ayrılmaları gerektiğini söylediler. Aradan bir yıl kadar süre geçtikten sonra hasta ile karşılaşıldığında evlenip yurt dışına gittiğini, orada hasta olduğu anlaşılınca sorunlar yaşadığını boşandığını ifade etti.

Vaka 13

S.M. 32 yaşında, Alman uyruklu, tatil amaçlı Türkiye' ye gelmiş. Akciğer enfeksiyonu nedeniyle reanimasyon ünitesinde yatmaktadır. Ayrıca S.M' nin 12 haftalık gebeliği mevcut. Bakım vermeye başladığımda bilinci açtı, ancak ortak dil konuşulamaması nedeniyle sözel iletişim kurmada sorun yaşıyordum. Bebeğini kaybettikten sonra çok endişeli ve üzgün görünüyordu. Sözel iletişim kurulmasına rağmen S.M.' ye elini tutarak (dokunmayı kullanarak) belirli aralıklarla yanında durarak ve göz iletişimini etkili şekilde kullanarak verdiğim bakıma devam ettim. Genellikle gülümsemeyen S.M.' nin bana tebessümle baktığını fark ettim.

Vaka 14

12 yaşında ailenin tek erkek çocuğu olan M.A., AML tanısıyla bölüm 24 de yatmaktadır. M.A.' nin annesi, babası ve kız kardeşi ile birlikte yaşamaktadır. Aile bundan bir yıl öncesine kadar Kıbrıs'ta oturmaktaydı. Anne ev hanımı, babası kendi özel aracı ile taksi şoförlüğü yapmaktaydı. Kız kardeşi henüz okula başlamıştı ki aile M.A.'nin tedavisini bundan sonra Ankara'da sürdürebilmek için Ankara'ya göç etmişlerdir. Çünkü M.A. 7 yaşından beri hastaydı ve sürekli Kıbrıs ile Ankara arasında gidip gelmek zorunda kalmaları onları hem sosyal olarak hem de ekonomik açıdan oldukça zorlamıştı. Anne sürekli M.A. 'nın yanında kalırken baba dışarıdaki diğer sorun ve işleri ayarlamaktaydı. Bütün bu sorunlardan bunalan aile hiçbir destek sistemlerinin olmadığını ve yeni stresörlerle karşılaşacaklarını bile bile

çocuklarının tedavisi için Ankara' ya taşınmışlardı. Anne yine M.A.' nin yanında, baba part - time işlerde çalışarak, K.A. ise (küçük kız kardeş), evde tek başına yaşamaya çalışmaktadır. Ailenin yeşil kartı var ve Altındağ 'da bir gecekonduda yaşamaktadır. Taşınalı henüz 2 ay olduğu için komşuluk ilişkileri de yok.

Vaka 15

A.T., 31 yaşında, erkek, evli, lise mezunu, işsiz, Karabük' lü, yeşil kartlı, 64 kg ve 164 cm. boyunda, psikiyatri servisine kasım 2002 de ilk kez yatan bir hastadır. Hastalık yaklaşık 1999 aralık ayında evlendikten 5 ay sonra başlamış. A.T. ilk olarak sürekli duvara bakıyormuş çok durgunmuş, içe kapanmış kimseyle konuşmamış ama genelde de sessiz efendi olarak bilindiği için önceleri aile bu olayın üzerinde çok durmamışlar daha sonra hiç kimseyle hiç konuşmamaya başlamış. Sonraları kendi kendine konuşmaya başlamış "Allah görevini bana verdi, her yerimden yağlar çıkıyor " tarzı konuşmaları olmuş. Hiç uyumuyormuş, çok sinirli olmuş. Karabükte psikiyatri doktoruna gitmişler bir iğne yapılmış iğnenin faydası olmuş ama boynunu düz tutamamaya başlamış boynunu kırdılar gibi açıklamaları olmuş. Şu an da hastanın ailesi çocuklarını ilk kez böyle bir servise yatırdıklarını çünkü artık hastalığın saklanamadığını söylüyorlar. Artık çocuklarının damgalandığını, ona deli vb. ifadeleri daha çok mahallelinin kullandığını, buna çok üzülüklerini belirtiyorlar. Ancak bu söylenenlere daha önce itibar etmiş olsalardı oğullarının hastalığının bu kadar ilerlemeyeceğini de ifade ediyorlar. Yine ailenin ifadelerine göre A.T'yi doktora götürüp getirmelerine rağmen her hangi bir servise yatırmadıkları için hastalığın bu kadar ilerlediğini düşünüyorlar. Buna paralel olarak A.T.' nin şizofreni tanısı aldıktan sonra eşi tarafından terk edilmesinin de prognozunu olumsuz etkilediği bilinmektedir.

Vaka 16

Aile, Kayseri Argıncık semti Cumhuriyet Mahallesinde oturmaktadır. Aile yapısı çekirdek tipte olup anne, baba ve 4 çocuktan oluşmaktadır. Baba Rıza Bey, fabrikada işçi olarak çalışarak evin gelirini sağlamaktadır. Anne Derya Hanım, 35 yaşında olup 4 çocuğu bulunmaktadır. En küçük çocukları dört aylık bebek.

Anne, bebeğin yanakları kızarıp-çatlamalar olunca ilk önce hocaya okuttuklarını, geçmeyince doktora götürdüklerini söylemiş.

Yine aynı aile bebeğini, yeni doğduğu zaman toprağa sararak kundak yaptıklarını söylemiş. Böyle yapınca daha iyi olduğuna inanıyorlarmış. Önceki çocuklarına bu yöntemi uygulamamışlar. Şu an da sağlıklı bir bebek.

Vaka 17

2002 yılı şubat, mart aylarında uygulama esnasında yine Kayseri ili Argıcık semti Cumhuriyet mahallesinde oturan bir gebemiz miadında doğum yaptı. Doğumdan 2 gün sonra öğrenci ile lohusa ziyaretine gittik. Evde annenin yattığı odaya girdiğimizde yatağın üzerinde bir erkek ceketi ve onun üstünde bıçak olduğunu gördüm. Ben ve öğrencim anne ve bebekle ilgilenmek için yatağın kenarındaydık. Yatak üzerinde bebek muayenesi yapmak için yer açmaya çalıştım. Zarar vermesin diye bıçağı yandaki komidinin üzerine koydum. Biz bebeği muayene ederken doğum yapan bayanın annesi bıçağı tekrar yatak üzerinde bulunan erkek ceketinin üzerine koydu. Bunun lohusayı ve bebeği kötülüklerden koruduğunu söylediler.

Vaka 18

Hatice Hanım 25 yaşında, 4. çocuğuna hamile ve gebeliğinin 24. haftasında aynı zamanda kaşektik ve böbrek taşı problemi olan bir bayan. Gebeliği nedeniyle cerrahi müdahale yapılamadığı için Hatice hanımın sol böbreğine nefrostomi takıldı ve doğuma kadar nefrostominin kalacağı, doğumdan sonra cerrahi müdahale yapılacağı söylendi. Böbrek taşının ve nefrostominin verdiği rahatsızlıktan, ağrıdan dolayı Hatice hanımın iştahı hiç iyi değil, sık sık bulantıları, arada sırada da kusmaları oluyor. Ayrıca ramazan ayında olduğu için oruç tutuyor. Bunun yanında namaz kılmasına ve abdest almasına engel olduğu içinde nefrostomiden de şikayetçi. Hatice Hanım eğer gebelik sürecinde namazını kılmazsa ve orucunu tutmazsa böbrek şikâyetlerinin daha çok artacağını ve bebeğinin sakat doğacağını düşünüyor. Bu nedenle sağlık personelinin oruç tutmaması konusundaki uyarılarının hiçbirini dinlemiyor.

Vaka 19

Ayşe Güneş, 22 yaşında , 2 yıllık evli, Sağlık güvencesi Bağ-kur

Şikayeti: Çocuk sahibi olamama

Öyküsü: Ayşe Hanım 2 yıldır evli. Kayseri'nin Sarız ilçesine bağlı, Paşalı köyünde oturuyor. Eşi çiftçi 2 yıldır çocukları olmuyor. Daha önce tıbbi tedavi almamış Buldukları yerde çocuğu olmayan bayanlara bakan, gebeleri doğurtan bir kadına gitmiş, kadın küçük bir çam parçasına pamuk sarmış ve Ayşe hanımın haznesine bunu yerleştirmiş, bu parça iki gün Ayşe hanımın haznesinde kaldıktan sonra çıkarmış ve iki gün süre ile de su buharına oturmuş. Ayşe Hanım bu uygulamanın kendisine çok acı verdiğini ifade etti. Bu tedaviye de eşini çok sevdiği için katlandığını, kaynanasının bu tedaviyi istediğini, kendisinin bu tür şeylere inanmadığını söyledi. Şu an doktora da bir akrabalarının kayınvalidesini ikna etmesi ile geldiklerini belirtti. Ayşe Hanım 3 gündür hastanede yatmakta, korktuğunu ifade ediyor ama bu korkusunun kısır olmak korkusu değil de, eğer kendisinde bir problem yoksa eşinde problem olabileceği endişesi. Henüz tanı işlemleri devam ediyor.

Vaka 20

Zeynep Hanım 28 yaşında 4. gebeliği ilk üç gebeliği 3 ayında düşükle sonuçlanmış. Bu gebeliğinde de düşük olmasın diye okunmuş bir ipi tüm gebelik boyunca beline bağlaması gerektiği ve doğumdan sonra çıkarması söylenmiş. O da söyleneni yapmış ve gebeliği devam etmiş. Sancılarının başlaması ile doğumevine başvuran hastaya kıymetli bebek tanısı ile sezeryan karar verilmiş. Ameliyata alınan hastanın cilt temizliği yapılırken ameliyat ekibi hastanın belindeki ipi görmüş ve hastanın açıklamasını bitirmesini beklemeden ipi kesmişler. Sezeryan sonrası bebeğin asfiksiye girmesi ile yenidoğana yatış verilmiş. Daha sonra bebeğin öldüğü haberini alınması üzerine anne ve aile tüm sağlık personeline öfke duyarak suçlamış fakat sonra hiçbir işlemde bulunulmamıştır.

Vaka 21

Doğum yapmak için Güney Amerika'nın kırsal alanından gelen kadının karnında bir ip düğümlü idi. Doğum hemşiresi ipin gereksiz ve kirli olduğunu belirterek çıkarılması gerektiğini belirtti. Kadın ipin güvenli doğum yapabilmesi için gerekli olduğunu belirterek çıkarılmasını istemedi. Fakat hemşire kadına anestezi verildikten sonra ipi çıkardı. Maalesef doğum esnasında bebek öldü. Bebeğini kaybeden kadın çok üzüldü hastaneden çıkarken hemşireye "ipi keserek bebeğimin ölümüne neden oldun" dedi.

Vaka 22

Meksikalı bir hasta karındaki büyük bir kitle ve ağrı şikâyetiyle doktordan saat 14.00 için randevu aldı. Saat 14.00 de söz konusu hasta ofise gelmedi. Doktor ve hemşire randevuya gelmeyen hastanın eğer gelirse başka bir randevu alması gerektiğini söylediler. Saat 16.00 da hasta ofise geldi. Hastaya randevunuzu kaçırdınız diye söylendi. Sizi muayeneye alamayız başka bir randevu almanız gerekecek denildi. Hasta 3 çocuğuna bakacak bir akrabası bulunmadığını ve kendisini kliniğe getirecek birini beklemesi gerektiğini belirtti. Arabasının iyi çalışmadığını, benzinin bittiğini ve aynı zamanda kliniğin adresini de kaybettiğini söyledi. Tüm bu açıklamalar sağlık personeli için geçerli görülmedi ve hasta başka bir randevu almak zorunda kaldı. Hasta ‘çok büyük acı çekiyorum gelecek randevuya kadar umarım hala yaşıyor olurum’, ‘yöresel sağlık kuruluşumuza gitmem gerektiğini ve onların beni anlayacağını biliyordum’ dedi. Doktor hastaya ‘bizim için vakit nakittir sizinde randevunuza vaktinde gelmeniz gerekirdi’ dedi. Meksika asıllı hasta çok üzgün ve ağlayarak evine döndü ve daha sonra kliniğe hiç geri gelmedi.

Vaka 23

Böbrek operasyonu geçirmiş Çinli bir hastaya bol sıvı alması gerektiği söylenmişti. Ancak adam etejerin üzerindeki sürahidenden bir bardak su bile doldurup içmedi. İçmesi gerektiği konusunda tekrar uyarıldı ve içmediği takdirde kendisine IV yolla sıvı verileceği söylendi. Adam yine içmeyince uyumsuz, geçimsiz olduğu şeklinde yargılandı. Kızı Çinli adamı ziyarete geldiğinde, sıcak bitki çayı içip içemeyeceğini sordu ve adam alması gereken miktarda sıvıyı bitki çayı olarak aldı. Sağlık personeli Çin kültüründe soğuk suya yönelik olan inancı bilmedikleri için adamı haksız olarak suçlamışlardı.

Vaka 24

Bir Navaho’lu anne kentte bulunan büyük bir hastanede kız bebek doğurdu. Hemşireler umbilikal kord ve plesentanın doğmasına yardım ettiler ve yardımcı hemşire bunları çöpe attı. Navaho’lu anne hastaneden çıkmaya hazırlanırken yardımcı hemşireye plesanta ve umbilikal kordu sordu. Hemşire onların atıldığını söyledi. Navaho’lu anne ve ailesi çok hiddetlenerek ortalığı altüst ettiler ve hemşireleri dehşete düşürdüler. Hemşireler için bu

kadının isteği çok tuhaftı çünkü “Diğer hastalar kanlı plesenta ve kordu evlerine götürmek istemezdi ve hiçbiri plesentayı eve götürmek istememişti”. Navaho’lu anne ve akrabaları hastaneden ayrılırken ağladılar ve şunu söylediler “Çocuğumuz için umudumuz yok. Bu hastaneye bir daha gelmeyiz”.

Vaka 25

Nöbetçi hemşire o gün operasyon geçirmiş olan geleneklerine bağlı Çinli, İtalyan ve Filipinli hastalarına bakım veriyordu. Hemşire, İtalyan hastasına vermiş olduğu ağrı kesici için, kendisinin sıklıkla istekte bulunduğunu gözlemişti. Filipinli ve Çinli hastalar sessiz kaldılar ve ağrı kesici istemediler. Hemşire bu hastalara, ağrılarının olup olmadığını ve doktorun istemde belirttiği “hastanın isteğine bağlı” olan ilaçları isteyip istemediklerini sordu. Büyük bir operasyon geçiren Çinli hasta sert bir şekilde ilaçları reddetmişti. Hemşire onun ağrısı olduğunu biliyordu ve tekrar ona birkaç ağrı kesici önerdi. Çinli hasta tekrar ağrı kesici ilacı reddetti ve kızgın bir şekilde şunu söyledi: “Hiçbir şeye ihtiyacım yok”. Hemşire onun isteklerini kabul etti. Doktor geldiğinde, hastanın hiçbir ağrı kesici ilaç almadığını fark etti, hastalarının derhal ağrı kesici almalarını istedi. Çinli ve Filipinli hastalar tekrar katı bir şekilde doktorun istemine karşı çıktılar. Filipinli hasta “Ağrı kesici ilaç kullanmam, çünkü ağrılarla nasıl baş edeceğimi biliyorum” dedi. Doktor, hastaların karşı çıkmalarına karşın hemşireye düşük dozda ilaç vermesini söyledi. İlginç bir şekilde arada sırada ağrı kesici isteyen İtalyan hastanın ağrısı geçmiş gibi gözüküyordu. Filipinli hasta hemşireden ağrı kesici istemedi fakat hemşireye “O bir Bahalana’dır (Tanrının dediği olur = kaderimiz böyleymiş ve Hz. İsa’nın bana vermiş olduğu ağrıya katlanabilirim) dedi. Hemşire Filipinli hastaya; “Sizi anlıyorum fakat Tanrı ağrıdan kurtulmanız için bazı ilaçları almanızı ve ağrınızın dinmesini ister” dedi. Filipinli hasta sonuçta hemşirenin önerisine gönülsüzce de olsa razı oldu. Hemşireler İtalyan, Filipinli ve Çinli hastaların ağrılarını neden bu kadar farklı algıladıklarını anlamadılar.

Vaka 26

Caddede araba çarpan Vietnamlı bir çocuk hastanenin acil servisine götürüldü. Ailenin 6 üyesi acil ünitesine hızla geldiler ve çocuğun etrafına toplandılar. Vietnamlı yaşlılar çocuğun başına beyaz bir örtü örttüler. Ailenin üyeleri çok üzgündüler ve bağıra bağıra

ağlıyorlardı. Doktor ve hemşireler bu kadar çok aile üyesi gelmesinin, çocuğun yanında kalmak istemelerinin ve çocuğun başına beyaz örtü örtmelerinin nedenini merak ettiler.

Ne yazık ki çocuk öldü ve aile üyeleri feryat figan içindeydiler ve ellerini çocuğun üzerine koydular. Hemşireler ve doktorlar kendilerini bu durumdan dolayı çaresiz hissettiler. Daha sonra transkültürel bir hemşire Vietnam kültürünü ve ailenin bu davranışını personele anlattı. Başın örtülmesi Vietnamlılarda kutsal bir semboldü. Bu beyaz örtü çocuğun iyi olmasını sağlamak ve başındaki güçlü ruhları korumak için örtülmüştü.

Vaka 27

Tanı testi ve CAT taraması için Fiji adasından gelen bir hasta Havaide bir Amerikan hastanesine kabul edildi.

Fijili adam Havai haricinde hiç büyük modern bir hastane görmemişti ve ailesi gördükleri büyük şehir ve hastanede olmaktan endişeliydi.

Buna rağmen beyin tümöründen şüphelenildiğinden dolayı bu testlerin adama bir an önce yapılması gerekiyordu. Aile çok endişeli olduğundan test için hasta ile beraber gitmeyi rica ettiler.

Hemşire, testler yapılırken hasta ile beraber olmanın hastane kurallarına aykırı olduğunu ve onlar için kurallarını değiştiremeyeceklerini ve onlara bekleme odasında masa üzerinde bulunan dergileri okumalarını söyledi. Ancak aile İngilizce bilmiyordu ve okuyamayacak kadar endişeliydiler.

Hasta iki teknisyen ve bir hemşire ile test odasına gitti. Kocaman makineyi bilimsel terimlerle hastaya anlattılar. Ancak hasta oldukça endişeliydi ve anlatılanları anlayacak kadar İngilizcesi de yoktu. Hasta makinenin çok büyük olduğunu ve kendisini korkuttuğunu söyledi. Ancak görevli, makinenin içine girmesini ve gözlerini kapatmasını, kısım kısım resimlerini çekeceğini ve beyninin farklı bölümlerinden kesit alacaklarını, makinenin her şeyi yapacağını sessiz olmasını ve söylediklerini dinlemesini söyledi. Hemşire de ona işlemin birkaç dakika süreceğini açıkladı.

Bu cümleler ona yeterli gelmedi ve çok yakında öldürüleceğini yorumladı. Makinenin dışına çıkmak için ısrar etti. CAT scan kelimesi onu daha da endişelendirdi ve korkuttu. CAT onun kültüründe negatif bir semboldü.

Sonra hasta ve ailesi işlemler bittikten sonra hastaneden ayrıldılar. Fiji adasına geri döndüler ve bir büyücüye gittiler. Hasta etrafındaki diğer insanlara sürekli olarak tuhaf ülkeden, tuhaf büyük şehirden ve onu öldürmek isteyen tuhaf insanlardan bahsetti.

Vaka 28

Öğrenci hemşire hasta odasına girdiği zaman erkek hastanın yatağında ve çevresinde 8 kişi olduğunu gördü.

Öğrenci hastaya sabah bakımı vereceği için ziyaretçilerin odadan ayrılmasını istedi. Ziyaretçiler odadan ayrılmayı reddetti ve hasta ile konuşmaya devam ettiler. Öğrenci hemşire engellendiğini söylemek için kıdemli hemşirenin yanına gitti.

Kıdemli hemşire ona geri odasına dönmesini ve işini yapmasını söyledi. Odaya geri geldiğinde ziyaretçilerin yatağı hastanın yüzü doğuya gelecek şekilde hareket ettirdiklerini gördü. O ziyaretçiler yüksek sesle dua ediyorlardı ve Allah diye bağırıyorlardı.

Öğrenci iyice sinirlendi ve hastaya bakım vermenin mümkün olmayacağını düşündü. Ziyaretçi Allah'a dua edebilmek için yatağın bu şekilde olması gerektiğini söyledi.

Öğrenci hemşire Allah'ın kim olduğunu bilmiyordu. Ziyaretçilere açıklama yapmayı denedi fakat sonra bunun tuhaf olacağını düşündü. Öğrenci hemşire kıdemli hemşirenin yanına tekrar giderek görevi nazik bir şekilde reddetti. Hastaya bakım vermenin mümkün olmayacağını söyledi. Sonraki günlerde öğrenci hastanın öldüğünü ve onun Arap bir Müslüman olduğunu öğrendi.

Bu olay onu şaşırttı. Çünkü bu durum acayıptı ve hasta ve onun ailesi diğer Amerika'lı hastalardan çok farklıydı. Hemşirelik bakımında kendini yetersiz ve başarısız hissetti..

Vaka 29

Adı Soyadı: G. A

Yaşı: 39

Mesleği: Ev Hanımı

Medeni Hali: Evli

Çocuk Sayısı: Yok

Eğitim Düzeyi: İlkokul

Sosyal Güvencesi: Bağkur

Tanı: Triküspit valvül replasmanı

Hikayesi: İlkokul dördüncü sınıfta başlayan eforla gelen dispne, çarpıntı, bayılma şikayetleri üzerine ailesi tarafından doktora götürülmüş ve *Triküspit Kapak Yetmezliği* tanısı konmuş. Doktor tarafından ilaç tedavisi önerilmiş ve eve gönderilmiş. Şu anda kullandığı ilaçları hatırlamıyor. Şikayetlerinin artması üzerine, daha sonraki kontrollerinde hastaya operasyon önerilmiş. Fakat ailesi ameliyatı kabul etmemiş ve “*Evlenince geçer*” demiş. Evlendikten yaklaşık 1,5 sene sonra çocuğu olmadığı için tedavi görmeye başlamış. Tedavi sırasında kalbi ile ilgili sorun olduğu farkedilmiş ve kalbe yönelik tedavi tekrar başlanmış. 1989 yılında Ankara’da ilk kalp kapağı replasmanı yapılmış. Bu operasyondan sonra gebe kalmasının riskli olduğu eşine söylenmiş. İkinci kalp kapağı replasmanı ise hastaya Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi’nde yapılmış.

Güzide Hanım’ın şu anda genel durumu iyi. Fakat evde kendisine yardım edecek birinin bulunmadığından şikayetçi. Ayrıca eşinin kendisine çocuğu olmadığı için suçlayıcı sözler söylediğini belirtti.