

DERLEME**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLİŞKİLERİ VE BAZI BELİRLEYİCİLERİ**

Ferah GÖKDOĞAN *

New York Bellevue Hastanesi'nden bir hemşirenin söylediği; "Hastaneyi dev bir bürokrasi olarak görmek zorundasınız. Ben bunun en altındayım. Belki hastalarda öyle. Ve bireysel olarak yapabilecek pek fazla bir şey yok" sözüne katılmamak mümkün değil.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının sorunlarına yönelik yapılan çalışmalarda; eğitim farklılığı, kadın ve erkek rollerinin çalışma yaşantısına yansımaları, iletişimsizlik, hemşirelerin otonomi ya da bağımsız karar alamaması, düşük benlik saygısı, görev ve rol belirsizlikleri, düşük statü, otorite ve güç gibi öğelerin hemşireliğin elinde olmaması gibi konulara sıkça değinilir; hatta sağlık çalışanları ilişkilerinde bu öğeler ortadan kaldırılır ya da diğer çalışanların koşulları ile eşitlenirse sorunların ortadan kalkacağı yaklaşımı öngörülür.

Bunlar birer sonuçtur, bunları belirleyen ilişkileri irdelemek ve bu sonucu nelerin doğurduğuna bakmak gerekir. Bu yazıda, sağlık çalışanları ilişkileri bağlamında yaşanan sorunlar ve onları doğuran etkenler üzerinde durulacaktır. Çünkü, sağlık çalışanlarının birbirleriyle olan ilişkileri bir yerde toplumdaki insanların birbirleriyle olan ilişkilerini (sınıf farklılığı, otorite figürleri, eşitsizlikler vb) yansıtır. Dolayısıyla, öncelikle Türkiye'deki genel ortama bakmak, sonra sağlık ortamını değerlendirmek sağlık çalışanları arasında yaşandığı ifade edilen yukarıdaki sorunların nedenlerini ortaya koymada temel araç olacaktır.

Türkiye'nin genel ortamı nedir? Ülkemizde 1980 sonrası yaşamın her alanında toplum yerine birey, kamu yararı yerine özel yarar, kırsal-kentsel, üreten yerine tüketen, toplumsal refah yerine toplumsal kriz, doğu-batı

gibi bir dizi eşitsizlikler ve bu olumsuzlukları daha derinleştiren sosyal güvenlik yasa tasarısı, tahkim, vb yasaların kabul edilmesi gibi birçok sorunla karşı karşıya kalınmıştır. Bunlara bazı sayısal verilerle yaklaşmak gerekirse, gayri safi milli hasılanın 1998'de %3.8 gerilemesi, 1999 yılında toplam sağlık ve sosyal hizmetlere ayrılan payın %11.8 olması (sağlığa %2.8), işsiz sayısının 5.7 milyonu bulması, haftalık çalışma saati 47.5 olup yıllık fiili çalışma süresinin (2418 saat) en uzun ülke sınıfına girmesi, ücretlerin reel olarak sürekli düşüşü, en zengin %20'nin milli gelirden %54.9, en yoksul %20'nin ise %4.9 (eşitsizlik göstergesi 49.0) oranında pay alması vb dir. (Petrol-iş, 2000).

Aynı çelişkileri ve sorunları Türkiye'nin sağlık ortamında da görmek olasıdır. Böyle bir ortam, sağlık çalışanlarının ilişkilerini olumsuz koşullamaktadır; sağlık çalışanlarının ilişkileri kendiliğinden olumsuzlaşmamakta ya da birbirlerini koşullamamaktadır. Ülkemizde kamu sağlık sektöründe adı belli pek çok gerekçe ile , koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla oranda hastanecilik hizmetlerine yönelinmektedir. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarına ayrılan pay en fazla %1, geri kalan %99'luk kısım tedavi edici sağlık hizmetlerine kullanılmaktadır. Böyle bir tercih sağlık çalışanlarına da yansımakta, birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları diğer basamaklara göre daha az prestijli ve itibarlı kabul edilmektedir. Uzmanlaşma, branşlaşma ile itibar ve prestij daha da artırılmaya çalışılmaktadır.

Kamuda çalışan sağlık personelinin %71'i Sağlık Bakanlığı, %10'u SSK, %12'si Üniversiteler ve %7'si diğer kuruluşlarda çalışmaktadır. Kamu kesiminde çalışan tüm sağlık insan gücünün sayısal yetersizliği ya da dengesiz istihdamı ile çalışanlara daha fazla iş yüklenmekte, kendilerinden beklenen hizmeti gerçekleştirilememekte, kendilerini yenileme ve becerilerini geliştirme olanağı

* Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi

bulamamaktadırlar. Motivasyonlarını yitirmekte, istenen bakım ve tedavi hizmetlerini gerçekleştirememektedirler (Özdemir, M., 1999). Çalışma süresi; çalışanların sağlıklarını ve iş verimini, halka sunulan hizmetin niteliğini, kendilerinin ve ailelerinin sosyal durumlarını etkileyen önemli bir sorundur.

Gelişen teknolojiyle birlikte (!) sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerde de değişim gözlenmektedir. Son yıllarda küreselleşme bağlamında özelleştirme çabaları giderek yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde özel hastane sayısı 1993 yılında 129 iken, 1997 yılında %42.6 oranında artışla 184'e ulaşmıştır (TTB 1999). Bu değişim (kamu- özel çalışma ortamı), sağlık çalışanları ile çalışma ilişkilerine etkilerinin belirlenmesinde değerlendirilmesi gereken ayrı bir konudur. Bu ayrışma, tabakalaşmanın başka bir sonucudur.

Özelleştirme daha çok tıp fakülteleri, diğer kamu hastanelerinde vakıf ve dernekler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaneler, hükümet kaynaklı ve özel desteklerle çoğu kar amaçlı kuruluşlarla rekabet edecek biçimde sermaye birikimi yapmayı amaçlamaktadır. Bu merkezlerin öncelikleri; akademik prestij, kuruluşu büyütme planları ve yüksek yönetim ücretleri oluşturmakta; araştırma, hasta bakımı, eğitim ancak bir yan ürün olarak ortaya çıkmaktadır (Ehrenreich, B., Ehrenreich, J.H., 1975). Yaptıkları yan ürün olarak kabul edilen bir hemşirenin benlik saygısının yüksek olması, bağımsız karar alması ve uygulaması olası mıdır? Sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin farkında olması gereken konu, otonominin bir sorun olarak ele alınması değil, önemli olan bunu ortaya çıkaran yapının bilinmesidir.

Statü, uzmanlaşma, branşlaşmaya özendirilmesi ve piyasanın ağırlık kazanmasıyla birinci basamak hizmetlerinden giderek uzaklaşmaktadır. Görevlerin uzmanlaşması iş bölümlerinin oluştuğu, bütünden uzaklaşılarak giderek daha küçük parçalara bölündüğü ve bütünün kavranmadığı duruma gelmiştir. Çok ayrıntılı iş bölümlerinin ortaya çıkmasıyla sağlık çalışanları giderek daha az üretim sürecine katılmakta ve yabancılaşma görülmektedir. Üretim sürecinde işbölümünün giderek detaylanması, çalışanın üretim üzerindeki kontrolünün azalmasına yol açmıştır. İş sürecinin gidişinin belirlenmesindeki etkinliklerinin azalmasıyla çalışanlar kendilerini her geçen gün daha güçsüz hisseder hale gelmektedir. İnsanlar kendi varlıklarına bir şey katmayan işleri yapmaktan hoşlanmazlar. Kişinin yaptığı işten zevk almaması; ancak o işi yapmaya devam etmek zorunda olması, bir süre sonra hem ruhsal hem de bedensel yorgunluk şeklinde ortaya çıkmaktadır. Çalışanlarda ortaya çıkan bu sorunların, iş ve yaşam koşulları yerine, genellikle başka nedenlere bağlandığı ve çözümsel olmayan önerilerin sunulduğu görülmektedir (Noyan, S., 1996). Böyle sorunları birebir yaşayan sağlık çalışanları, kendisine, meslektaşlarına, diğer meslek gruplarına yabancılaşmakta, sorunların nedenini

kendisinde ya da diğer meslek gruplarında aramaktadır.

İşleyiş olarak kurumsallaşmış hastanelerde bile yetersiz personel alımı, yetersiz araç gereçler, engelleyici kırtasiyecilik, hasta bakımı dışındaki işlevlere öncelik verilmesi gibi çabalar görülmektedir. Hemşire, bakım işlevi dışında kendisine ait olmayan işleri yapmaktadır. Buna bağlı olarak sıklıkla engellenme, öfke, tükenme, benlik saygısında azalma ve iş doyumsuzlukları ortaya çıkmaktadır. İş doyumsuzluğu, hemşirenin gereksinimi ya da beklentisi ile yaptıkları arasındaki uyumsuzluğu gösterir. İşteki doyumsuzluğu, beden ve ruhsal sağlığının bozulmasına, işi aksatma hatta işten ayrılma davranışlarına yol açar. Hemşireler tarafından işten ayrılma nedeni olarak saygınlık kazanamama, nöbetlerin sıklığı ve yorucu olması, mesleki beklentilerinin karşılanmaması ve sosyal yaşantısıyla uyumsuzluğu gösterilmektedir (Kocaman, G., Tarım, M., 1992).

Tükenmişlik, çoğunlukla insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde bireylerin yaptıkları işin gereği hizmet verdikleri insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterli duygularında azalma olarak kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve Jackson 1981). Böyle bir Türkiye ve sağlık ortamında işine yabancılaşmış bir hemşirenin ya da bir hekimin işte tükenmemiş olmaması, yaşama yabancılaşmaması gibi bir durum şaşırtıcıdır. Sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik bir sonuçtur, bunun asıl belirleyicilerin tartışılması gerekir.

Hastaneler giderek bir sanayi kuruluşundakine benzeyen çalışma koşulları ile karşı karşıyadırlar. Döner sermaye artık "vazgeçilmez" hale gelmiştir. Özellikle hastanelerde temizlik, yemek, bahçe ve çevre düzenleme işleri, otoparkların işletilmesi gibi çalışmalar kuruluş vakıf ve derneklerce yürütülmektedir. Bunun anlamı, kamu kurumlarındaki hizmetin daha fazla oranda paralı duruma gelmesi demektir. Bu hizmetlerin özel şirketlere devredilmesiyle düşük ücretli, bilinçsiz ve önemli meslek risklerine karşı korunmasız sağlık çalışanlarının sayısında giderek artış görülmektedir (Ergönül, Ö., 1999).

Genelde Türkiye'de çalışanların ve özelde tüm sağlık çalışanların ücretlerinde düşüş görülmektedir. Gelirleri konut, gıda, ısınma, eğitim gibi temel harcamalar için yetersiz kalmaktadır. Genelde geçim sıkıntısı yaşayan kişilerin kendini geliştirmesi, sosyal yaşantısını sürdürmesi nasıl beklenebilir ?

Özel hastanelerde çalışmak demek, uzun süreli, düşük ücretli, sosyal güvencesiz çalışmak demektir. Böyle bir ortamda çalışmak insanı mutsuz, doyumsuz yapabilmektedir. Sağlıkta özelleştirmenin artışıyla kamu-özel ayrımı ortaya çıkmasına karşın, kamunun kendi içinde de ayrımlar vardır. Örneğin, SSK Türkiye'de en fazla iş yükü bulunan sağlık kurumudur. Bunun nedeni, SSK'lı nüfus artışının, personel artışının ilerisinde olmasıdır. SSK hemşirelerinin yükü, döner sermaye ile çalışan

hastanelerin sayısının artışı, hemşirelerin döner sermayeden az pay alması gibi sorunları gündeme getirmiştir. Tüm sağlık çalışanlarının özde döner sermayeye karşı çıkmak yerine hemşirelerin nasıl daha fazla pay alırım kaygısını yoğunlaştırmakta, bu kaygı hekim-hemşire arasındaki ilişkileri olumsuz yönde derinleştirmektedir. Bunun sonucunda hekim otorite figürü, hemşire otorite eksikliği, hekim bağımsız, hemşire bağımlı rollerde görülür. Prestij ve paranın önemli olduğu bir yerde toplumla etkili bir iletişim nasıl kurulabilir? Hekimler ve diğer sağlık çalışanları ile nasıl iletişim kurulabilir ?

Hastanede farklı statüde çalışanlar arasında işlevsel bir bağımlılık vardır. Geleneksel olarak diğer sağlık çalışanları, hekimin altında ve yönetiminde yer alarak hiyerarşi gösterir. Hekimlik, tam olarak bağımsızdır ve yetkilerini seçkin bir bölümünün koruması ve yardımlarıyla kazanır ve sürdürür. Hemşireler, hastane hiyerarşisinde ara konumdadırlar. Hekimlere yardım ederler, hemşire yardımcılarının ve hastanelere göre değişen bazı becerili işlerin yönetiminden sorumludurlar. Tarihsel olarak kadınlar erkeklere yardımcı ve bağımlı olduğu gibi, hemşireler de hekimlere yardımcı ve bağımlı olmuşlardır (Ehrenreich, B., Ehrenreich, JH., 1975). Organizasyonel hiyerarşide hemşirenin üstünde güç ve otorite vardır. Dolayısıyla hemşireler karar mekanizmasına katılamamakta, gerekli sosyal, medikal ve politik değişime etkiye bulunamamaktadır. Böyle bir ortamda ilişkiler, disfonksiyonel ailelerdeki ilişkilerle benzerlik göstermektedir (Arnold, L.J. 1990).

Bu mesleki hiyerarşi, çelişkiyi iletirmek için planlanmış gibi görünmektedir. Seçkin zümre (hekimler, yöneticiler gibi) ile diğer sağlık çalışanları arasında kurumsal ve toplumsal statü olarak kapatılmaz bir boşluk vardır. Meslek, toplumsal ve siyasal bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Sosyolog Eliot Friedson'un sözcükleri ile "bir meslek konusunu, bu işte özel bir değer olduğu konusunda inandırılmış, toplumun seçkin bir bölümünün koruması ve yardımlarıyla kazanır ve sürdürür. Böylece mesleğin konumu, bu seçkinlerin siyasal ve ekonomik etkileriyle belirlenir. Bu etki rekabet eden meslekleri, işin bazı alanlarının dışına çıkarır; diğerlerini seçilen işe olanaklar sağlayarak engeller; bazılarını da mesleğe yardımcı olarak belirler." (Ehrenreich, B., Ehrenreich, JH., 1975).

Ülkemizde nitelik yerine nicelik ön planda tutularak hemşirelik eğitiminde gerekli alt yapı sağlanmadan fazla sayıda dört yıllık okullar açılmıştır. Bu, gelecekte işsiz hemşire ya da gizli işsiz sayısındaki artışla hastane vakıflarında ucuz emek gücü olarak çalışmak zorunda kalan hemşirelerin çoğalacağını işaretlemektedir. İşsiz kalma durumu ya da korkusunun yaratılması sonucunda gelecekte ümitsiz ve beklentisizlik duyguları baskın hale gelebilecektir (Özkan, Ö., Ülker, S., 1999). Hemşireler kendi aralarında eğitim düzeyine ilişkin konularda tartışırken, hemşire ve hekim sayılarının artışı hastane vakıfları gibi iş alanlarında ayrıca bir tabakalaşma

doğurmaktadır. Bu farklılaşma ve katmanlaşmanın her türlü psiko-sosyal sorunun ortaya çıkması için hazırlayıcı bir ortama neden olacağını tahmin etmek zor değildir.

İnsanlararası ilişkiler kendiliğinden iyileşmez ya da kötüleşmez. Sağlık bütüncül bir anlayışla ele alındığında; düşük ücret, esnek çalışma ve bundan kaynaklanan yeni çalışma ilişkileri, işsizlik, sağlıksız-korunmasız çalışma ortamları ve benzeri risklerin öncelik kazandığı görülmektedir.

Burada asıl önemli olan, sorunları yaratan nesnel koşulları tanımlamak ve sağlık hizmetlerinin üretiminde çalışanların işbirliği içinde ülke gerçekleriyle çıkarlarını gözetken bir yapılanma oluşturmaktır.

KAYNAKLAR

Arnold, L.J. (1990) ;"Codependency Part II: The Hospital as a Dysfunctional Family" AORN. Journal, Vol:51, no:6, June, p:1581-1584. (İçinde : G.Ançel (1999) ; "Hemşirelikte Mesleki Bir Risk Olarak Bağımlılık İlişkileri" Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 1999, Cilt:14, Sayı : 6, s: 444-448).

Bin Yıl Kapanırken Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, (1999) TTB Yayını.

Ehrenreich B, Ehrenreich JH (1975) ; "Hospital Workers: Class Conflicts in the Making" . International Journal Health Services, vol:5, No:1,p:43-45 (Çev.: Aytül Yücel: Hastane Çalışanları: Sınıf Çelişkileri Gelişiyor. Toplum ve Hekim, Sayı:31-32 Temmuz-Ağustos, 1980, s:27-36)

Ergönül, Ö. (1999); "Üretim Süreci İçinde Sağlık Çalışanlarının Konumu", Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1.Ulusal Kongresi, 26-28 Kasım 1999, Ankara, s:33-37.

Kocaman, G., Tarım M.(1992); "Hemşirelerin İşten Ayrılma Oranlarının ve Ayrılma nedenlerinin incelenmesi", III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran, Sivas, s:456-462.

Noyan, S.(1996) ; "Kronik Yorgunluk Sendromu Dedikleri... Tanı ve Tedavi İçin Öneriler" SST, s: 42-44.

'97- '98 Petrol-İş (2000) Türkiye Petrol Kimya Lastik İşçileri Sendikası.

Özdemir, M. (1999) ; "Sağlık Çalışanlarının Sorunları", Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 1999, Cilt:14, Sayı : 6, s: 402-411.

Özkan, Ö., Ülker, S. (1999) ; "Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Hemşirelik "Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 1999, Cilt:14, Sayı : 6, s: 430-434.