

Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Adalet, Eşitlik ve Hemşirelik

Tuğba Demirel* Belgin Akın**

Özet

Bu makalede öncelikle sağlıkta eşitsizliklerle ilgili bazı temel kavramlar, eşitsizliklerin tarihsel geçmişi, sağlıktaki eşitsizliklerin nedenleri ve sağlıkta eşitsizlikleri önlemede hemşirenin savunucu rolü açıklanmaktadır. Makalenin, sağlıkta eşitliği ve eşitsizlikleri değerlendirmede hemşirelere örnek oluşturması ve özellikle dezavantajlı konumdaki bireyleri savunmada hemşirelere yol göstermesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Adalet, Eşitlik, Eşitsizlik, Hemşirelikte Savunma.

Social Justice, Equality and Nursing in Health

This article are described firstly some basic concepts related to history of health inequalities causes of health inequities and the advocates role of the nurse in order to prevent health inequities. The article aims to compose of an example for nurses in the assessment of health equity and inequity and to provide guidance to nurses in the advocate especially disadvantaged individuals.

Key Words: Social Justice, Equity, Inequity, Nursing Advocacy.

Geliş tarihi:15.06.2014 Kabul tarihi: 01.07.2014

Sağlıkta eşitsizlik, ekonomik, sosyal, kültürel, siyasal, sınıfsal ve benzeri nedenlerle toplumun değişik kesimlerinde sağlıkla ilgili önlenebilir ve kabul edilemez farklılıkların oluşmasıdır. Sağlıkta eşitsizlikler bireysel değil toplumsal farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Tüm dünyada giderek artan eşitsizlikler özellikle neoliberalizmin yaygınlaşmasından sonra günümüzün en önemli konularından birisi olmuştur (Navarro, 2007). Sağlık hizmetlerine ulaşmada sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine uyulmaması etik bir sorun oluşturmaktadır (Reutter ve Kushner, 2010). Sağlıkta eşitsizlik konusu geçmişten günümüze kadar dünya genelinde tartışıla gelmiştir. Alma-Ata konferansında ülkeler arasında sağlığın eşit olmadığı, “herkes için sağlıkta” birincil bakımın en iyi yol olduğu vurgulanmıştır (World Health Organization [WHO], 1978; Avcı, 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün “21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” hedefleri dezavantajlı konumdaki birey ve toplumların içinde bulunduğu eşitsizlikleri giderme ile ilgilidir (WHO, 1999). DSÖ 2008 yılı raporunda: “Nesiller arası farkı kapatmak; Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde sağlıkta eşitlik” konusuna yer vermiştir (WHO, 2008). Ülkeler ve ülkelerin kendi içerisindeki eşitsizliklerin yıllar geçtikçe azalması beklenirken artış gösterdiği ve günümüz sağlık politikalarıyla ulaşılması belirtilen hedeflere ulaşmanın mümkün olmadığı vurgulanmaktadır (Avcı, 2009).

Sağlık göstergelerinden biri olan bebek ve çocuk ölüm oranlarında dünya genelinde ciddi eşitsizlikler bulunmaktadır. Eşitsizliğin bir diğer boyutu ülkelere göre sağlık harcamalarında görünmektedir. Sağlık harcamaları; sağlık hizmetlerinin sunumunu, sağlık personelinin yetiştirilmesini ve istihdamını doğrudan etkilemektedir. Dünya’da ülkeler arasında bütçeden sağlığa ayrılan pay oranlarında ciddi eşitsizliklerin olduğu bilinmektedir (WHO, 2010). Türkiye’de eşitsizlikler sosyal, ekonomik ve sağlık alanında görünmektedir. 15-49 yaş grubundaki kadınlarda sosyal güvencesi olmayanların oranı kırdaki %93.5, kentte %54.7, doğuda %83.7 ve batıda %59.8’dir. Kır-kent ve doğu-batı arasındaki farklılıklar doğurganlık özellikleri, modern bir aile planlaması yöntemi kullanımı, bebek ölüm hızı ve bağışıklama oranlarında da görünmektedir (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması [TNSA], 2008). Gelir dağılımında eşitsizlik ölçütlerinden biri olan gini katsayısı ile de kır ve kent (kır: 0,37; kent: 0,39) arasında gelirin eşit bir şekilde dağılmadığı gösterilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2012). Özel hastanelerin bölgesel dağılımına bakıldığında İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük illerde toplandığı görülmektedir. Sağlık personeli dağılımı da buna benzer

özellik göstermektedir (TÜİK, 2010). Mevcut sosyoekonomik eşitsizlikler sağlık hizmetlerine doğrudan yansımaktadır. Kırdaki yaşayan bireylerin ekonomide gini katsayısı ile ifade edilen şanssızlığı maalesef sağlık alanında da kendini göstermektedir.

Dünya’da ve Türkiye’deki bazı veriler incelendiğinde, sağlıkta sosyal adaleti ve eşitliği sağlamanın önündeki engellerin bazı sosyal faktörler olduğu görülmektedir. Sağlıkta eşitsizliği önlemede yalnızca sağlık hizmeti kullanımına değil, sağlığın belirleyicileri olan ekonomik ve sosyal etkenler üzerine yoğunlaşılması gerekmektedir. Dezavantajlı gruplar da düşünülerek var olan kaynakların eşit dağıtılmasının ve vergi sisteminin “çok gelire çok vergi” anlayışıyla yapılandırılması önemlidir. Fiziksel ve sosyal çevrenin iyileştirilmesi için; yaşanılan çevrenin, eğitim durumunun, sağlık hizmetlerinin ve sosyal etkinliklerin herkes için eşit ve adaletli biçimde olması gerektiği belirtilmektedir (İnanlı, 1999).

Sağlık hizmetlerine ulaşmada insanlar sıklıkla bilgisizdir. Bu yüzden sosyal belirleyicilerdeki eşitsizlik konusunda halkın bilinci artırılmalı ve politikalar konusunda da insanlar bilgilendirilmelidir. Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için eşitsizliklerin altında yatan ekonomik, politik ve sosyal nedenleri anlamak önemlidir. Bireyin ve ailenin sağlık hizmetlerine ulaşmasına yardım etmesi beklenen biz hemşirelerin sağlıkta eşitsizlikleri ele alma konusunda henüz uygulamada geri planda olduğu vurgulanmaktadır (Reutter ve Kushner, 2010).

Bu çalışmada “Sağlıktaki eşitsizlikler ekonomik ve sosyal eşitsizlikten etkilenmekte midir?, Eşitsizlikler önlenebilir mi?, Sağlıkta eşitsizlikte mücadelede hemşirelere düşen sorumluluklar nelerdir?” soruları tartışılmıştır. Makalede öncelikle adalet, sosyal adalet ve eşitlik gibi temel kavramlara yer verilmiştir. Sağlıktaki eşitsizliklerin daha iyi anlaşılabilmesi için tarihsel geçmişe ve sağlıktaki eşitsizliklerin nedenlerine değinilmiştir. Son bölümde sağlıktaki eşitsizlikleri önlemede hemşirenin rollerinden söz edilmiştir. Bu çalışmanın amacı sağlıkta sosyal adalet ve eşitliğin önündeki engelleri tartışmak ve sosyal adalet ve eşitliği sağlamada hemşirenin rollerini vurgulamaktır.

Temel Kavramlar

Adalet toplumda hak ve kazançların herkesin yararına olacak şekilde dağıtılmasıdır (Rawls, 1972).

*Araştırma Görevlisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doktora öğrencisi, tuba_demirel_70@hotmail.com, ** Doçent Doktor, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Sosyal adalet kanunlar karşısında herkesin eşit olması, paylaşımın mümkün olduğu kadar topluma dağıtılması ve sosyal tabakalar arasında aşırı farklılaşmanın önüne geçmek için gerekli önlemlerin alınmasıdır (Topakkaya, 2006).

Eşitlik “Sahip oldukları haklar bakımından insanlar arasında hiçbir ayırım gözetilmemesi” olarak tanımlanmaktadır (Whitehead, 1990). Sağlıkta eşitlik tanımının en ideali, herkese tam sağlık potansiyeline ulaşma fırsatı verilmesidir (Whitehead, 1990).

Güçlü bir eşitlik duygusu veya eşitçilik, sosyal adaletin temel taşı olmasına rağmen, eşitlik adalet ilkeleriyle çatışma halinde olabilmektedir. Klasik liberaller, eşitlik ilkesine yönelik bir hareketin haklı gösterilemeyeceğini savunmaktadır. Çünkü bunun bir ekonomideki toplam gelire çok farklı düzeylerde katkılarda bulunan bireylere aynı gelirin ödenmesini gerektireceğini ileri sürmektedir. Bu şekilde yapılan ödemelerin iş gücünü fazla kullanan bireyleri dezavantajlı konuma getireceğine dikkat çekilmektedir (Okşar, 2009).

Miller (1999), sosyal adaleti; hak etme, gereksinimler, yasal haklar ve eşitlik olarak dört kavram üzerinden örneklendirmektedir. Bir işi yaptırmak üzere anlaşılacak üç işçiye yapacakları iş karşılığında eşit ücret verilecektir. İşçilerden ilki canla-başla çalışmakta ve bütün gücünü harcamaktadır. İkinci ve üçüncü işçiler verimli çalışmamaktadırlar. İkinci hasta olduğunu ve yeterince parası olmadığını için yiyecek ve ilaç alamadığını, tedavi göremediğini ve bu nedenle hali olmadığını söyler. Üçüncü işçi ise diğer ikisinin bir şekilde kendi yerine de çalıştıklarını gördüğünden hiç emek sarf etmemektedir. Sosyal adaleti bu örnekte olduğu gibi dört unsur üzerinden düşündüğümüzde, birinci işçi alacağı parayı fazlasıyla hak etmiştir. İkincinin ise alacağı paraya diğer ikisinden çok daha fazla ihtiyacı vardır, çünkü çalışmasını ve karnını doyurmasını engelleyen bir hastalığı vardır. Üçüncü işçi ise başta yapılan anlaşma gereği, bu sözleşmeden kaynaklanan yasal bir hakkı olduğu için parayı alacaktır (Sunal, 2011). Örnekteki gibi her birinin aldığı ücretin aynı olduğu düşünüldüğünde mutlak eşitlik sağlanmıştır, ancak yapılan dağılım adaletli olmamıştır.

Yaşam içinde çoğu zaman, dağılımın adaleti konusunda kolayca bir değerlendirme yapmanın mümkün olmadığı son derece karmaşık durumlarla karşılaşmaktadır. Sosyal politikanın amacı, var olan sosyal, siyasal ve ekonomik eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve bölüşümde adaleti sağlamak olmalıdır (Sunal, 2011). Eşitlik; hakkaniyet ve sosyal adalet değeri üzerine oturtulmalı ve halk sağlığı geleneği, DSÖ anayasası ve temel sağlık hizmetleri anlayışı onun üzerine şekillendirilmelidir (Miller, 1999).

Eşitsizliğin Tarihsel Gelişimi

Eşitsizliklerin toplumsal ilişkileri etkilediği ve çatışmalara sebep olduğu bilinmektedir. “Özgürlük, eşitlik, kardeşlik” sloganı ile ortaya çıkan 1789 Fransız devrimi, eşitlik incelemelerinin başlangıç tarihi olarak kabul edilmektedir. Fransız Devrimi’nin öncülüğünü yapan burjuvazi iktidarı ele geçirince slogandaki tüm semboller unutup serfleri iktidardan dışlamıştır (Çulhaoğlu, 2012). Toplumsal sınıflar ve bireyler arasındaki gelir uçurumu ve eşitsizliğine her çağda rastlanmasına karşın, gelir adaleti, gelir eşitsizliği ve yoksulluk sorunları sanayileşme ve kapitalist piyasa ile birlikte özel bir önem kazanmıştır (İnanlı, 1999). Endüstri Devrimi 1800’lü yılların sonunda sağlık dahil olmak üzere birçok sektörü politikleştirerek

bir mücadele alanına dönüştürmüştür. Bu dönemde yoksulların sağlığını önemseyen ve sağlıkta devletin sorumlu olması gerektiğine inanan felsefe yaygınlaşmıştır (Soyer, 2003).

1940’lı yıllara gelindiğinde ise savaşlar ve kapitalist sistemin etkisi ile yaşanan ekonomik krizler nedeniyle yoksullaşan dünyada insan hakları ve eşitlik arayışı yeniden hız kazanmıştır. Bu dönemde “İnsan Hakları Evrensel Beyanname” yayınlanmış (İHEB 1a, 21b, 25c) ve DSÖ (1948) kurulmuştur. “Sağlığın siyasal, sosyal ve ekonomik durum ayırımı gözetilmeksizin, doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu ve hükümetlerin, kendi halklarının sağlığından sorumlu olduğu” ifadeleri DSÖ anayasasında yer almıştır (WHO, 2005).

1950’li yıllarda sağlık hizmetlerinde eşitlik arayışı sürmüştür (Aksakoğlu, 2003). Buna paralel olarak ülkemizde “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” hakkındaki kanun uygulamaya geçirilmiştir. Bu kanun ile herkese eşit düzeyde, kaliteli ve ücretsiz sağlık hizmeti alma fırsatı sunulması amaçlanmıştır (Aksakoğlu, 2003; Avcı, 2009).

Dünyayı etkileyen 1970’li yıllardaki ekonomik krizi aşma çabası olarak serbest piyasa, piyasaların küreselleştirilmesi, tüm kamusal hizmetleri özelleştirme/özerkleştirme ve esnek üretim çözüm olarak benimsenmiştir. Bu ekonomik politikalar sağlığın bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılmasına ve rekabete dayalı bir araç haline getirilmesine neden olmuştur (Yıldırım ve Yıldırım, 2004). 21. yüzyılda herkes için sağlık hedefleri içerisinde, sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan eşitsizliklerin azaltılmasına vurgu yapılmıştır (WHO, 1999). Alma-Ata (1978) Konferansı’nda eşitsizliğin kabul edilemezliği, eşitlik için sağlık dışında siyasal, sosyal ve ekonomik sektörlerin önemi vurgulanmıştır (WHO, 1978; Avcı, 2009).

Türkiye’de 1980 askeri darbesinden sonra sağlık hizmetleri sunumundaki temel değişim devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi ve özel sektöre öncelikli yer verilmesi olmuştur. Küresel kapitalizmin etkisi ile 1970’li yıllarda başlayan sağlıkta dönüşümün, ülkemizde 1982 anayasası ile temelleri atılmıştır (Pala, 2007). Dünya’nın özellikle 1990’ların başından itibaren tam anlamıyla kapitalist sisteme ve piyasa felsefesinin ekonomik politik kurallarına terk edilmiş olması, eşitsizlikleri derinleştiren en önemli faktör olarak kabul edilmektedir (Aksakoğlu, 2003). Bu gerçek DSÖ tarafından da dile getirilmektedir. DSÖ 1997 yılındaki raporunda sağlığın korunmasına yönelik en önemli tehdidin bir süredir sağlığın piyasa kurallarına terk edilmiş olması olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 1997).

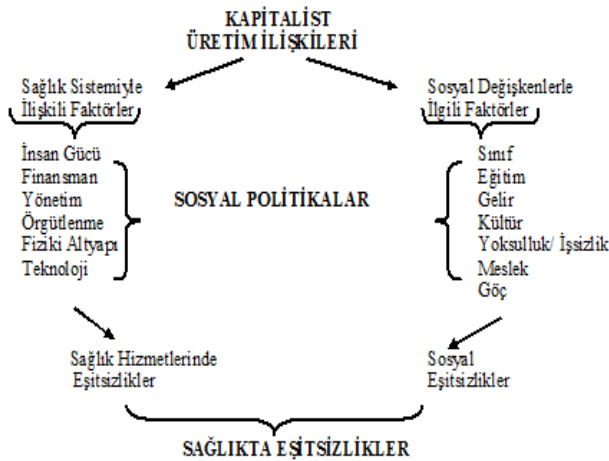
Türkiye’de 1991 yılında sağlıkta reform çalışmaları hız kazanmıştır. Hiçbir sosyal güvenliği olmayan ve bunu karşılayacak gücü olmayanlar için yeşil kart uygulamasına geçilmiştir (Bakar ve Akgün, 2005). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık reformu kapsamında aile hekimliği, genel sağlık sigortası, hastanelerin özerkleştirilmesi konularına yer verilmiş ve bu reformlara 2000 yılına kadar ulaşılması hedeflenmiştir (7. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1996-2000). Kapitalist etkiler sonucunda hazırlanan ve insanlar arasındaki eşitsizlikleri derinleştirecek olan bu reform birkaç yıl önce uygulamaya geçirilmiştir. Kapitalist dünyada sağlık artık fiilen bir hak olmaktan çıkarılmış “parası olanın parası kadar alabileceği” bir hizmet haline getirilmiştir. Hasta adı müşteri olarak değişmiştir. Müşteri sözcüğü kapitalist

sistemde hizmet alırken karşılığında para ödeyen kimse olarak tanımlanmaktadır (Pala, 2007). Oysa bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerinin devletin önemli sorumlulukları arasında bulunması ve herhangi bir ayırım gözetmeksizin insanlara ulaştırılması gerekmektedir.

Sağlıkta Eşitsizlik Nedenleri

Eşitsizlik sadece günümüz toplumlarına özgü olmayıp, tarihin her döneminde eğitim, hukuk ve sağlık alanlarında da görülmektedir (Belek, 1998, 1999; Kim ve Chung, 2003). Eşitsizlik gereksiz, önlenemez ve adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir (Whitehead, 1990). Başka bir tanıma göre sağlıkta eşitsizlik; sağlığa etki eden sosyal etmenleri ve sağlık sistemindeki yetersizlikleri nedeniyle bireylerin veya toplumun sağlığında önlenemez ve kabul edilemez bozulmaların oluşmasıdır (Şimşek ve Kılıç, 2012). Yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlıktaki eşitsizliklere bir bütünlük içinde bakılmalıdır. Bu alandaki başarısızlıkların tek nedeninin sağlık sistemi olmadığı altta yatan diğer toplumsal ve sosyal yapı ile ilgili nedenlerin göz önünde bulundurulması gerektiği unutulmamalıdır.

Sağlık hizmetleri ülkede sağlık farklılıkları oluşturan pek çok faktörden sadece biridir ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi tek başına halkın sağlık düzeyini istenen duruma ulaştırılmaz (Whitehead, 1990). Sağlıktaki eşitsizlik olgusu bir dizi toplumsal, ekonomik ve politik etkenden kaynaklanmaktadır (Navorro, 2002). Sosyal değişkenler ve sağlık sistemindeki değişkenler eşitsizliklerin ortaya çıkmasında dinamik ve birbirinden etkilenen kompleks bir yapı oluşturmaktadır. Şekil 1'de belirtildiği gibi; temelinde kapitalist üretim ilişkilerinin yattığı bu karşılıklı etkileşim sonucunda gerek toplumsal ve sosyal yapı gerekse sağlık sistemi kar ilişkileri temelinde eşitsizlikler oluşturacak şekilde etkilenmektedir (Şimşek ve Kılıç, 2012).



*(Şimşek ve Kılıç, 2012)

Şekil 1. Sağlıkta Eşitsizlikleri Oluşturan Temel Etmenler

Sağlık hizmetlerinin başarılı olabilmesi için sektörler arası iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır (İnandı, 1999). Sağlıktaki eşitsizliğin giderilmesi için sağlık sektörü içinde yer alan özel ve kamu kuruluşları ile sağlık profesyonellerinin birlikte bu konuya eğilmesi gerekmektedir (Dikmetaş, 2006). Sağlıktaki eşitsizliğin ortadan kaldırılması için en etkili yöntem sosyal adaletsizliğin önlenmesidir. Bunun için her ülke politikalarında yer alan bütün uygulamalarını sağlıkla ilişkili olsun ya da olmasın eşitsizlik açısından değerlendirmelidir (Belek, 1998). Toplumsal refahın

eşitlikçi zeminde geliştirilmesi, toplumsal sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır. Bu yüzden hükümetlerce, nüfusun bir kısmını dışarıda bırakmayacak eşitlikçi politikalarını benimsemesi gerekmektedir (Pala, 2007).

Sosyal Adalet ve Hemşirenin Rolü

Tarihsel süreçte hemşirelik uygulamalarının tedavi edici uygulamalara ağırlık verdiği görülmektedir (Baldwin, 2003). Ancak son zamanlarda hemşirelikte ortaya çıkan bazı değişimlerle hekimlere tabi olan bir meslekten, özerk bir mesleğe; sadece hastanelerde uygulanan bir meslekten, çeşitli ortamlarda uygulanan bir mesleğe; sınırlı görevleri olan bir meslekten, önemli toplumsal sorumlulukları olan bir mesleğe ve hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe dönüşmüştür (Biol, 2009). Bu dönüşüm ile bireyin sadece biyolojik ve fiziksel yapıdan oluşmadığı biyopsikososyal bir bütün olduğu anlaşılmıştır (Pektekin, 2013). Bu değişim ve gelişim hemşirenin yeni rollere yönelmesine yol açmıştır (Baldwin, 2003).

Modern hemşireliğin başlangıcından bu yana hemşireler "Verilen bir hizmetin maddi karşılığı olmaz ise bu hizmet sürdürülebilir ve değerli olabilir mi?" sorusuna cevap aramaya çalışmıştır. Sonuçlarla ilgili olarak adalet, hak, gereksinimler ve eşitlik gibi kavramlar gündeme gelmiştir (Pektekin, 2013). Bu kavramları açıklamada dezavantajlı olan bireylerin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Dezavantajlı konumda olan bölgelerin yoksul kesim olduğu düşünüldüğünde, eşitlik, adalet ve hak kavramlarının önüne yoksulluğun bir engel olarak çıktığını görmekteyiz (World Health Statistics, 2011). Adalet ve eşitliğin sağlanması için hemşirelerin savunucu rolüne ihtiyacı vardır.

Hemşirenin Savunuculuk Rolü: Hemşire sağlık ekibi içinde bireye/topluma en yakın ekip üyesi olduğundan, birey/toplumun ihtiyaçlarını bilen ve onları haksızlıklardan koruyabilecek en uygun kişidir (Ulmer, 2000). Hemşirelikte en erken dönemde savunuculuk kavramını Nightingale "çevresel faktörleri kontrol altına alarak bireye iyi bir ortam sunmadır" şeklinde tanımlamaktadır (Bu ve Jezewski, 2006). Hemşirelik hasta/sağlıklı ve her yaşta birey, aile, grup ve toplumların, otonomi ve işbirliğine dayalı bakımını kapsar. Hemşirelik sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta, engelli ve ölmekte olanların bakımı ile ilgilidir. Savunma, güvenli çevrenin geliştirilmesi, araştırma, sağlık politikalarının biçimlendirilmesi, hasta ve sağlık yönetimi ve eğitim temel hemşirelik rolleridir (ICN, 2014). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) Hemşirelik Etik Kuralları (Code of Ethics for Nurses) hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde hastaların sağlığı, iyilik hali, güvenliği, değer ve haklarını koruması ve savunmasının gerekliliğini vurgulamakta ve hemşirenin sağlık hizmetleri yanında diğer sosyal ve ekonomik hizmetlerin kullanımında da sosyal adalet ve eşitliği savunacağından söz edilmektedir (ICN, 2012). Hemşirelik mesleğinin felsefesi, eğitimsel alt yapısı ve sağlık sistemi içindeki pozisyonu hemşirelerin sağlık hizmeti alan bireyler için etkili bir savunucu olmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (ANA, 2014). Savunuculuk 1970 tarihinden itibaren profesyonel bir hemşirelik rolü olarak savunulmuş ve üzerinde durulan bir konu olmuştur (Bu ve Jezewski, 2006). 1993-2005 yılları arasındaki savunuculuk, savunuculuk rolü, etik ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili nicel araştırmaların incelendiği bir çalışmada; savunuculuk bir başkasının hakkını arama olarak tanımlanmaktadır. Savunuculuk, hasta haklarını ve hastanın ihtiyaçlarını

tanıyabilmedir. Sağlık hizmeti açısından hastalar yeterli bilgiye sahip değildir. Bireyler doğru uygulamaları seçme, kendi inanç ve değerleri doğrultusunda hareket etmede hemşirenin savunucu rolüne ihtiyaç duymaktadır. Hemşirelikte savunuculuk evrensel ahlaki bir sorumluluktur. Etik ilkeler doğrultusunda rollerini gerçekleştiren bir hemşire, savunuculuk sürecini daha iyi anlamakta ve uygulamada savunucu rolünü artırmaktadır (Macdonald, 2007).

Hemşirelikte savunuculuğun iki amacı bulunmaktadır. Savunuculuğun ilk amacı; bireyi bağımsızlaştırmaktır. Bağımsızlığı sağlamak için bireyi içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek, aldığı kararlarda desteklemek, bireyin çıkarını korumak ve güvenlik altına almak önemlidir. Savunuculuğun ikinci amacı ise; sistemi hasta hakları konusunda daha duyarlı, denetimli, haksızlıklara karşı savaşan ve ilgili hale getirmektir (Ardahan, 2003). Savunuculuk rolünün amacını bir örnek ile açıklamak gerekirse; hemşire savunuculuğun ilk amacını sağlık hizmetine gereksinimi olan ancak yoksul olduğu için sosyal güvencesi olmayan, ihtiyaçlarını karşılayamayan bireylere yol göstererek gerçekleştirebilir. Bu durumda sosyal güvencesinin olmama nedeninin yoksulluktan mı yoksa bilgisizlikten mi kaynaklandığının araştırılması, yetkili birimlere bildirilmesi ve bireyin mağduriyetinin giderilmesi yönünde destekleme önemlidir. Savunuculuk rolünün ikinci amacında ise; bu bireyin sosyal güvenceden yararlanmamasının önündeki yasal durumlar gözden geçirilmelidir. Bireyin yoksulluğunun sağlık hizmetlerinden yararlanmasına engel olmaması gerektiğinden, sağlık politikaları bireyin avantajına olacak şekilde yapılandırılmalıdır.

Hemşirelikte Savunuculukla İlgili Teori ve Modeller: Hemşirelikte savunuculukla ilgili geliştirilen bazı teori ve modeller bulunmaktadır. Bunlar; Curtin (1979)'ın insan savunuculuğu modeli, Gadow (1980)'un varoluşsal savunuculuk teorisi ve Kohnke (1982)'nin işlevsel hasta savunuculuk modelidir. Gadow ve Curtin savunuculuğun sosyolojik olmasından ziyade felsefi bir kavram olduğunu belirtmektedir. Yani hasta hemşire ilişkisinden ziyade bireyin davranışlarını tanımlamayı amaçlamaktadır. Curtin (1979)'ın, insan savunuculuğu modeline göre; sağlık profesyonelleri, hastalar veya klinisyenler hepsi ortak bir amaç için çalışır. Bu model hasta ve hemşire ilişkisine dayanmaktadır. İnsan savunuculuğu modelinde; hemşireler hastaların birbirinden farklı ve eşsiz olduklarını fark etmeli, hastalığın kişinin bütünlüğünü tehdit edebilir olduğunu ve hastalığın yarattığı ihtiyaçlara bireyin tepki verebileceğini bilmeli ve duyarlı olmalıdır. Gadow (1980)'un teorisinin en temel özellikleri; öz belirleme (otonomi) özgürlüğü ve insan hakkıdır. Teoriye göre, hemşire hastalara yapmak istediği konuda yardımcı olmalı, onları fark etmeli ve değerlerini ifade etmelerine fırsat vermelidir. Gadow'un modelini bir örnekle açıklamak gerekirse; "bir hemşire bakım evinde kalan yaşlı bir kadına kahvaltısını götürür. Tepside pişmiş bir yumurta vardır ancak kadın bu yumurtayı yemek istememektedir. Kadın her gün bu yumurtanın geldiğini ve onu yemek istemediğini belirtir. Hemşire, yaşlının kendi otonomisi ile hareket etmesine izin verilmediğini fark eder ve bu konuyu klinik yöneticisine iletir". Bu kolaylıkla ortadan kaldırılabilir bir durum olmasına karşın yumurtanın diyetten kaldırılması için hemşire uzun uğraşlar verir (Maine, 2013). Kohnke (1982)'nin modelinin temelinde

bireyin otonomisinin olduğuna inanmak yatmaktadır. Bu modele göre, savunuculuk hastaların bilgilendirilmesini ve sonrasında kararlarını desteklemeyi içermektedir. Bu hastanın bilinçli seçimler yapmasını desteklemek anlamına gelmektedir (Bu ve Jezewski, 2006).

Hanks (2005) tarafından geliştirilen "Hemşirelikte Savunuculuk Küresi Modeli" Betty Neuman'ın sistem modeline benzemektedir. Neuman'ın Modeli'nde birey merkezde ve onun etrafında onu koruyan dirençli ve elastik bir katman bulunmaktadır. Ancak Neuman'ın modelinde savunuculuk bulunmamaktadır. Hanks (2005)'in modelinde birey bir bütün olarak ele alınmaktadır. Merkezde hasta, onun çevresindeki katmanı hemşire oluşturmaktadır. Dışarıdan gelebilecek her türlü stresörle bu katman yani hemşire mücadele etmektedir (Hanks 2005).

Fowler (1989)'ın sosyal savunuculuk modeli hemşirelerin sosyal farklılıkları bulunan insanlara karşı endişelerini içermektedir. Sosyal savunuculuk modelinde eşitsizlikler ve tutarsızlıklara dikkat çekilmektedir. Mikro ve makro farklılıklara bağlı bakım düzeyleri ve bunda değişimin sağlanması üzerinde durmaktadır. Sosyal savunuculuk; sosyal adaleti içermekte, sağlık uygulamalarının yeterli ve adil erişimli olmasını desteklemektedir. Hemşirenin; klinik ve toplumsal adaletsizlikleri düzeltmek, kişilerin haklarını ve kendi değerlerini korumak için çalışmasını içermektedir. Savunuculukta makro önceliklerde; yoksulluk, sağlık hizmetleri kullanımı, ırkçılık ve kültürel farklılıklar bu grupta yer almaktadır. Mikro önceliklerde ise; hassas gruplar, hasta olanlar, birey hakları ve ihtiyaçlar bulunmaktadır (Bu ve Jezewski, 2006).

Hemşirelikte Savunuculuk ve Sosyal Adalet: Hemşirelikte savunuculuğun üç temel niteliği tanımlanmaktadır. Bunlar; hasta özerkliğini korumak, kendilerini savunamayan hastalar adına hareket etme ve sosyal adalet savunuculuğudur. Baştaki iki savunuculuk birey adına hareket ederken sosyal adalet toplum yararına hareket etmektedir. Sosyal adalet savunuculuğu ile evsizlik, yoksulluk ve bağımlılık gibi toplumsal sorunlara çözüm bulmaya çalışılmaktadır. Sosyal adalet savunuculuğunun geleneksel bir yapısı vardır. Bazı hemşire bilim adamları sosyal adalet savunuculuğunu "akıntıya karşı koyma" olarak kavramlaştırmaktadır (Paquin, 2011). Butterfield (2002) sosyal adalet savunuculuğunu; nehire düşen insanları çılgınca kurtarmaya çalışan birinin asıl meselenin insanları kurtarmak değil, nehre düşmeye neden olan faktörleri farketmesine benzetmektedir. Buna benzer şekilde hemşireler de bireylerin hastalığa yakalanmasına neden olan faktörleri, yaşam koşullarını göz ardı ederek bireydeki hastalığa, tedaviye ve bu süreci yönetmeye odaklanmıştır. Hastalığa neden olan sistematik yaklaşımlardan (sosyal, ekonomik, politik ve çevresel) uzaklaşmak ve bireysel sorunlara odaklanmak hemşirelerde bireyin hastalıktan dolayı "suçlu, kurban" zihniyetinin yerleşmesini teşvik edebilir ve bu durumun normal bir durum gibi algılanmasına neden olabilir (Butterfield, 2002). Bunu bir örnekle açıklamak gerekirse; bir yıl içinde üç kez hiperglisemi nedeniyle hastaneye başvuran hasta ile ilgili hemşire değerlendirmeleri sonucu bireyi uyumsuz olarak etiketleyebilir. Ancak nedenler araştırıldığında; hastanın ilaç kullanmamasının nedeni ilaç alacak parasının olmadığı, diyeti için uygun olan yiyecekleri alamadığı, suç oranı çok yüksek bir mekanda oturduğu ve güvenliğinden

endişe ettiği için dışarıda fiziksel aktivite yapamadığı belirlenmiştir (Paquin, 2011).

Nightingale hemşirelikte savunuculuğu hijyen ve sanitasyonu sağlayarak göstermiştir. Ancak Nightingale sadece bireye özgü değil topluma yönelik de sanitasyon sağlamak için çaba harcamıştır. Savunuculuk Nightingale ile başlamasına rağmen çok ilerleme kaydedememiştir (Hanks, 2013). Sosyal adalet savunuculuğu kuramlarda olmasına rağmen uygulamada emekler vaziyettedir (Butterfield, 2002). Yapılan bir çalışmada 2003-2007 yılları arasında hemşirelikte savunuculuk tanımı ve kullanılan terimler açısından anlamlı bir gelişme görülmediği belirtilmiştir. Hastalar ve hemşireler hemen hemen tüm hasta faaliyetlerinin savunuculuk gerektirdiğini hissetmektedir ancak araştırma sonucuna göre; savunuculuk hemşirelerin doğal bir rolü olmasına rağmen tüm uygulama alanlarında görülmemektedir (Vaartio, 2008). Hastalık süreci ve tedaviye odaklanan hemşireler kentsel ve kırsal yaşam alanları, gıda erişimi ve eğitim konularının dışında kalmaktadır. Düşük sosyoekonomik durumdaki bireylerin daha olumsuz sağlık durumuna sahip olması sosyal belirleyicilerin önemine dikkat çekmektedir. Hemşirelerin sağlığın sosyal belirleyicilerine ulusal düzeyde dikkat çekmek ve sağlığı iyileştirmek için etkili stratejiler geliştirmeye başlanmasında liderlik rolü üstlenmesi önem taşımaktadır. Hemşirelerin sağlık merkezlerinde düşük gelirli, evsiz, sigortasız olanlara ve azınlıklara bakım sağlanmasını yönetmesi önemli bir konudur (Lathrop, 2013). Bu rolümüzün devam etmesi, güçlendirilmesi ve önündeki engellerin kaldırılmasında hemşirelik kuruluşlarının ve liderlerinin ortak bir dil konuşması gerektiği belirtilmektedir. Bu görüşler savunuculukla ilgili ortak tanımlar ve anlamlar oluşturmak için bir araya gelmesinin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Hemşirelik liderlerinin, savunuculuk rolünü yapan hemşireleri koruması ve desteklemesi önemlidir (Butterfield, 2002). Hemşirelik araştırmacılarının mevcut sisteme karşı durma ile ilgili kanıtlar sağlanmasının savunuculuk rolünü güçlendireceği, ülke politikalarının nüfus ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerini incelemenin sosyal savunuculuğa katkıda bulunacağı belirtilmektedir (Paquin, 2011). Sosyal adalet savunuculuğu, bireye özgü savunma ve hemşirenin öz savunması ile birleştirildiğinde hemşirelik uygulamalarının daha etkin olacağı belirtilmektedir. Bireyi savunma ve hemşirenin öz savunması mesleki açıdan kesinlikle gerekli bir bileşendir. Bu şekilde hemşirenin “durum nedir” ve “ne olması gerekir” arasındaki farkı anlayabileceği vurgulanmaktadır. Her alanda çalışan hemşireler sosyal savunuculuğa çok sayıda katkı sağlamaktadır. Mevcut sisteme karşı durarak toplum ve dünya için daha olumlu sağlık şartları sağlanabileceğine dikkat çekilmektedir (Paquin, 2011). Savunuculuğun hasta hemşire ilişkisinden öteye toplumsal savunuculuğa taşınması önemlidir. Hemşirelerin mezuniyet sonrasında hasta savunuculuğu için yeterince hazırlanmadığı görülmektedir. Savunuculuk ve sosyal adalet ile ilgili kavramlara ilk lisans eğitiminde vurgu yapılması gerektiği belirtilmektedir. Hemşirelikte başarı ve gelişimi sağlayacak olan sosyal adalet kavramı çok az bilinen ve konuşulan bir kavramdır. Hemşirelerle sosyal adalet kavramının nasıl anlatılacağı ve uygulamaya nasıl aktarılacağı ile ilgili araştırmalar yapılması gerekmektedir. Hemşirelikte net bir yön çizilmesi için hemşirelerin, hemşirelik eğitimcilerinin, hemşirelik meslek kuruluşlarının sosyal eşitsizlikleri vurgulaması ve

dezavantajlı konumda olanları desteklemesi önemlidir. Ancak bu şekilde hemşirelerin toplumun iyileştirilmesi için bir değişim ajanı olabileceği belirtilmektedir (Hanks, 2013). Hemşire eğitimcilerin de hemşirelikte sosyopolitik durumlarla ve politikaların savunulması ile ilgili bilgi boşluklarını belirleyip, doldurarak ve öğrencilere uygulatarak katkı sağlayabileceği vurgulanmaktadır (Crowe, 2006).

Savunuculuk rolünün hem olumlu hem de olumsuz özellikleri bulunmaktadır. Birey açısından olumlu yanları; hasta değerleri, hakları, yararları hemşire aracılığıyla güçlendirilmekte ve desteklenmektedir. Bireylerin yeterince bilgilendirilmesi sağlanmakta ve yeterli sağlık hizmeti almada kararları desteklenmektedir. Savunuculuk; bireylerin yaşam kalitesini arttırmakta ve sağlık sistemi içinde güvende olmasını sağlamaktadır. Hemşire açısından olumlu yanları ise; hemşire iş doyumunu yaşamakta, ahlaki temellere uygun davrandığı için kendini daha mutlu hissetmektedir. Hasta savunuculuğunun olumsuz yanları; hemşirelerin çalıştığı kurumlardan destek alamama, iş arkadaşları ile iş ortaklığı yapmama, öz saygıyı yitirme, itibar kaybetme ve kötü iş arkadaşı olarak etiketlenme olasılığı bulunmaktadır. Hemşirelerin, doğru şeyler yaptığı için kendini suçlu hissetmesine, etik çıkmazlara ve etik ikilemler yaşamasına neden olmaktadır (Bu ve Jezewski, 2006). Bir araştırmada hemşirelerin % 34'ü bir hastaya hangi durumların zarar verdiğini bildiğini ancak bu duruma hiç rapor etmediğini belirtmiştir. Bunun en yaygın nedenleri işyeri misillemesi (% 44) ve bu raporlarla hiçbir şey (% 38) yapılamayacağı inancını içermektedir (Black, 2011).

Hemşirenin Savunuculuk Rolü ile İlgili: Eşitsizliklerin çözümünde hemşirenin savunuculuk rolünü yerine getirmesi yanında politik araştırmalar yapmasına da ihtiyaç vardır. Hemşireliğin politik eyleminin hedefi, ülkenin sağlık sisteminin toplumun yararına olmasını sağlamaktır (Karaöz, 2004). Hemşire, yaşadığı toplumun yapısını bilmeli, toplumdaki değişimleri izlemeli ve bu değişimlere göre kendini yenilemelidir (Ardahan, 2003). Eşitsizliklerin belirlenmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması halk sağlığı alanında çalışanlar için öncelikli bir görevdir (Soyer, 1999). Halk sağlığı hemşireleri bulunduğu konum açısından sosyoekonomik durumu kötü olan bireylere daha yakın olması nedeniyle sosyoekonomik eşitsizliklere daha duyarlı olmalı ve eşitsizlikleri ortaya çıkaran faktörlerin farkında olması gerekmektedir (Bahar ve Aydoğdu, 2011). Sağlığın sosyal belirleyicileri ele alınmadan ulusal sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler sağlanması mümkün değildir. Hemşireler disiplinler arası işbirliği, savunma, siyasi katılım ve toplumsal ortaklıkları kullanarak liderlik rolünü üstlenebilir. Sağlığın sosyal belirleyicilerini dikkate alma stratejilerinde; yapısal eşitlik, yaşam ve çalışma koşullarında iyileştirme, toplumsal müdahaleler ve bireysel müdahaleler yer almaktadır. Yapısal Eşitlikte yüksek gelirli ve düşük gelirli bireylerin eğitim kalitesinde farklılıklar olduğu, vergi ve eğitim politikalarının yeniden yapılandırılması gerektiği belirtilmektedir. Yaşam ve Çalışma Koşulları; genel yaşam şartlarını ve çalışma koşulları iyileştirmeye odaklanmaktadır. Toplumsal Müdahaleler; sosyal ve toplumsal destek düzeyini güçlendirmek için stratejiler oluşturmaktadır. Hemşirelerin, toplumun iyilik halini ve sağlık düzeyini artırıcı yönde okullarda ve dini kuruluşlarda eğitim programları oluşturabileceği belirtilmektedir. Bireysel Müdahaleler; bireylerin olumsuz yaşam şekli ve tutumları

ile ilgilidir. Yukarıda belirtilen sosyal adaleti sağlayıcı tüm müdahaleler önemlidir ancak sağlıkta eşitsizliği azaltacak ve ulusların sağlığını geliştirecek olanlar yapısal eşitlik ve yaşam/çalışma koşullarına ilişkin yapılacak müdahalelerdir. Bu sayılan müdahaleler alışılmışın dışındadır fakat bunlar gerçekleştiği takdirde hemşirelik bakımının kapsamını genişleyecektir (Lathrop, 2013).

Eşitsizliğin tek bir nedeni yoktur dolayısıyla sosyal adaletin sağlanması için ekip çalışması önemlidir. Sosyal adaletin gerçekleşmesi için topluma eşitsizliklerin nedenleri anlatılmalı ve çözümü için tüm toplumla iş birliği sağlanmalıdır. Hemşireler politikaların şekillenmesi için ilçe komisyonlarında, yasa koyucu rollerde ve siyaset ortamlarında yer almalıdır (Lathrop, 2013). Politikalara yön vermek bireysel olarak yapılması güç bir durumdur. Politik süreçlerde yer alabilmek için hemşirelerin güçlü ve tek bir ses olması önemlidir. Bu aşamada hemşirelerin sosyal adalet ve eşitliği sağlayabilmeleri için örgüt bilincini kazanması ön plana çıkmaktadır. Ancak ülkemizde yaklaşık 130.000 hemşire bulunmasına rağmen (TÜİK, 2012) hemşirelik derneğine yaklaşık 10.000 hemşirenin üye olduğu bilinmektedir (www.hemsireyiz.biz/forums). Bu da mesleki örgütlenme açısından yeterince bilinç oluşturamadığımızı yansıtmaktadır. Hemşirelik yönetmeliğinde; hemşirenin oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılması ifadesi bulunmaktadır ancak hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında savunuculuk rolünden yeteri kadar söz edilmemektedir (Resmi Gazete, 2010). Hemşirelik yönetmeliği değerlendirildiğinde bireylerin haklarını savunmaya yönelik çok az madde bulunduğu, sıklıkla hemşirenin bakım verici rolü üzerinde durulduğu anlaşılmaktadır (Resmi Gazete, 2011). Sağlık hizmetleri talebinin tedavi edici hizmetlerde yoğunlaşması hemşirelik rollerinin de daha çok bakım verici hizmetlerden oluşmasına ve savunuculuk rolünün geri planda kalmasına neden olmuştur.

Sağlıkta eşitsizlikleri belirlemeye yönelik sınırlı sayıda hemşirelik araştırmalarının (Koçoğlu ve Akın, 2009) ve yayınlarının (Ardahan, 2003; Karaöz, 2004; Dikmetaş, 2006; Bahar ve Aydoğdu, 2011) bulunması sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede ülkemizdeki hemşirelerin araştırma yapma ve eğitim konusunda yetersiz olduklarını göstermektedir. Hemşirelik öğrencilerinin yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası, kültürel bakım becerileri kazandırılarak yetiştirilmesi önemlidir. Öğrencilerin sağlığın, eğitimin ve sosyal gelişimin politik ekonomik boyutlarını daha iyi anlamaları sağlanmalıdır. Hemşirelik eğitim programlarında sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi yönünden nelere yer verildiği bilinmemektedir (Temel, 2011). Mezuniyet öncesinde ve sonrasında hemşirelerde eleştirel düşünme becerileri geliştirilerek ekonomi ve politika konularının sağlığın sosyal belirleyicilerinin altındaki nedenler olduğu gösterilmelidir. “Kimler kötü sağlık koşullarına sahiptir? Neden böyle? Bu duruma sağlık politikalarının katkısı nedir? Burada neden bu politika uygulanmaktadır? Kimler bu politikalarından yararlanmaktadır? Sağlık politikalarının güçlendirilmesinde hemşirenin rolü nedir?” gibi sorular konusunda hemşire öğrencilere farkındalık kazandırılması gerektiği belirtilmektedir (Reutter ve Kushner, 2010). Öğrenci hemşirelere; hastaları iyi gözlemenin, önemsemenin ve hastalar adına savunuculuk yapmanın önemi anlatılmalıdır (Maine, 2013). Hemşire öğrenciler,

sağlık bakımını eleştirel olarak değerlendirebilmeleri, sosyal adalete, insan haklarına, hasta haklarına saygılı olmaları ve bu hakları savunabilmeleri için politik süreçlere katılmaları yönünde cesaretlendirilmelidirler (Temel, 2011).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç

Sağlıkta eşitsizlik çalışmalarında eşitsizliklerin yalnızca sağlık hizmeti sunumu ile giderilemediği, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine toplumsal düzeyde girişimler yapılmasının gerekliliği ortaya konmaktadır. Bu nedenle hem devletin ideolojik yapısı, hem politikalar hem de sağlık sisteminin yapısı günümüz toplumlarının en önemli konularındadır. Sağlıklı bir dünya için biz hemşirelerin sağlığın sosyal belirleyicileri olan insan hakları, adalet ve barışın sürdürülmesinde liderlik sorumluluğu üstlenmesi önemlidir. Sonuç olarak; WHO, TNSA ve TÜİK verilerine göre Dünya’da ve Türkiye’de eşitsizler görünmektedir.

Eşitsizlikler tarih içerisinde hep var olmasına rağmen sanayileşme ve kapitalist piyasa ile daha da artmıştır.

1940’larda kapitalist sistemin etkisiyle yaşanan ekonomik krizler bireylerin eşitlik mücadelesini başlatmış; Dünya’da çeşitli kuruluşların kurulmasını ve Türkiye’de Sosyalizasyon Kanununun uygulamaya geçirilmesini sağlamıştır.

Dünya’da 1970’lerde yaşanan ekonomik kriz ve Türkiye’deki askeri darbe; piyasaların küreselleştirilmesi ve neoliberal politikaların yeniden benimsenmesine neden olmuştur.

Gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde sağlıkta sosyal adalet ve eşitliğin önündeki engeller tartışılmakta ve eşitsizliklerin azaltılması için bazı hedefler belirlenmektedir. Ancak yapılan girişimler yetersiz kalmakta, günümüzdeki mevcut politikalarla birey ve toplumlar arasındaki eşitsizlikler daha da büyümektedir.

Eşitsizliklerin önlenmesinde tek başına sağlık hizmeti sunumunun iyileştirilmesi yeterli değildir.

Sosyal politikaların amacı eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve bölüşümde adaleti sağlamak olmalıdır.

Bireyler arasında ekonomik ve sosyal anlamda eşit dağılım sağlamak güçtür ancak önemli olan bütün hakların adaletli bir şekilde dağıtılmasıdır.

Hemşireler sadece bakım hizmeti vermemektedir, gün geçtikçe farklı roller de üstlenmektedirler. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumu tedavi edici hizmetlerde yoğunlaştığı için hemşirelik eğitim ve uygulamalarında da tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerin kaynağı ekonomik, politik ve sosyal sistemlerdir. Sağlık göstergeleri özellikle kadınlarda ve kırdada doğuda yaşayan ve ekonomik durumu kötü olan bireylerde daha olumsuz durumdadır.

Özellikle dezavantajlı konumda olan bireylerin sağlıkta eşitsizlikler konusunda bilgilendirilmeye ve savunuculuğa gereksinimi vardır.

Savunuculuk bireyin kendisi ile ilgili en iyi kararı alabilmesinde destekleme ve bilgilendirme hareketi ve bireyin sağlık kurumuna başvurduğunda bireyi hakları konusunda bilgilendirmek, güven ortamı sağlamak ve sistemi hasta hakları konusunda daha duyarlı ve ilgili hale getirmektedir.

Savunuculukla ilgili teori/modeller uygulamaya yeterince yansıtılmamaktadır. Sosyal savunuculuk yerine bireye özgü savunuculuğa önem verilmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesi için politika üretme ve örgütlenme önemlidir. Ancak hemşireler politika üretmede ve örgütlenmede zayıf bir halka oluşturmaktadır.

Ayrıca hemşirelik eğitimlerinde ve araştırmalarında sağlıkta eşitsizlik konusuna yeterince önem verilmemektedir.

Öneriler

Sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesi için; tüm ülke politikalarının sağlıkla ilişkisi dikkate alınarak yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Kapitalist sistemin sağlık sistemindeki eşitsizlikleri daha da arttırmasını önlemeye yönelik politikalar üretilmelidir.

Var olan kaynakların bireyler arasında adaletli bir şekilde dağıtılmasını benimseyen politikalar üretilmelidir.

Eşitsizliklerin önlenmesinde sektörler arası iş birliği yapılmalıdır.

Sağlık hizmetleri sunumunun sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri önceler nitelikte yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Hemşire olarak bizlere düşen görev; sosyal belirleyicilerin farkına varmak, eşitsizliklerden en fazla etkilenen grupları belirleyerek onları desteklemek ve savunucu rolümüzü aktif şekilde kullanmaktır.

Halk sağlığı hemşireleri çalıştıkları toplumun özelliklerinin farkında olmalı ve eşitsizliğe uğrayan bireylerin savunucusu olmalıdır.

Ayrıca hemşire mevzuatında çok az söz edilen hemşirenin savunucu rolüne önem verilmelidir. Savunucu rolünü yerine getirebilmek için sağlık personeli içerisinde en kalabalık nüfusu oluşturan hemşireler örgütlenme halkalarını güçlü tutmalıdır.

Hemşire, sosyal adaletin gerçekleşmesi için bireysel savunuculuktan ziyade toplumsal savunuculuğa önem vermelidir.

Hemşireler eşitsizliklerin ötesindeki sosyal ve politik faktörleri görmek için sağlıkta eşitsizlik ve sosyal adalet ile ilgili araştırma ve derleme makaleler yapmalıdır.

Ülkemizde hemşirenin savunucu rolünün önemi ve gerekliliği ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır.

Sosyal adalet ve eşitlik kavramları ile ilgili teori/modelleri anlamalı ve uygulamaya aktarmalıdır.

Hemşirelik müfredatlarının sosyal adalet, eşitlik ve savunuculuk rolü yönünden incelenmesi önerilebilir.

Eşitsizlikleri azaltmak yönünde hemşirelik uygulamalarında dezavantajlı konumdaki bireylere yer verilmeli ve bu toplumsal gruplara özgü staj uygulama alanları oluşturulmalıdır.

Eşitsizliklere neden olan sosyal politikaların yeniden yapılandırılmasında meslek grubu olarak güçlü bir şekilde taraf alınmalı ve politikalar üretilmelidir.

Kaynakça

- American Nursing Association-ANA (2014) Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements, Erişim: 22.3.2014. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf>.
- Aksakoğlu, G. (2003). Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde sağlık reformu. *Toplum ve Hekim, TTB Yayınları*, 18 (1), 68–79.
- Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (2), 23–27.
- Avcı, İ.A. (2009). Temel sağlık hizmetleri. İçinde *Halk sağlığı hemşireliği*, (1. Baskı, sy. 14–20). Ankara: Göktuğ Yayıncılık.
- Bahar, Z., Aydoğdu, N.G. (2011). Sağlıkta eşitsizlik ve hemşirelik. *DEUHYO ED*, 4 (3), 131–136.

- Bakar, C., Akgün, S. (2005). Türkiye’de sağlık reformları: sonu gelmeyen hikaye. *Toplum ve Hekim, TTB Yayınları*, 20(5), 339–351.
- Baldwin, M.A. (2003). Patient advocacy: a concept analysis. *Nursing Standard*, 17 (21), 33–39.
- Belek, İ. (1998). Sağlıkta eşitsizlik: önlenebilir ve kabul edilemez bir politik ekonomi sorunu. *Toplum ve Hekim*, 13 (2) .
- Belek, İ. (1998). Sınıf, sağlık, eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (1999). Sınıflar; sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları, Antalya’da iki bölge yedi sınıf. *Toplum ve Hekim*, 14:1.
- Biröl, L. (2009). Hemşirelik süreci: hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. (9. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.
- Black, LM. (2011). Tragedy into Policy: A Quantitative Study of Nurses’ Attitudes Toward Patient Advocacy Activities. *AJN*, June, 111;6.
- Bu, X, Jezewski, MA. (2006). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *JAN THEORETICAL PAPER*, Journal compilation _ 2006 Blackwell Publishing Ltd.
- Butterfield, P. G. (2002). Upstream reflections on environmental health: An abbreviated history and framework for action. *Advances in Nursing Science*, 25(1), 32–49.
- Crowe, C. (2006). The poor will always be with us? Not if nurses have a role! *Presented at Keynote to Family Practice Nurses Conference*, Toronto, Canada.
- Curtin L.L. (1979) The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *ANS/Ethics and Values*. 1(3), 1–10.
- Çulhaoğlu, M. (2011). Eşitsizlikler kaçınılmaz mıdır? 3. Kent ve Sağlık Sempozyumu. Bursa, 27-28 Mayıs.
- Dikmetaş, E. (2006). Sağlıkta eşitlik/eşitsizlik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (2); 4, 2-16.
- Fowler, D. M. (1989). Social advocacy. *Heart & Lung*, 18, 97–99.
- Gadow S. (1980) Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In *Nursing: Images and Ideals* (Spiker S.F. & Gadow S., eds), pp. 79–99. Springer Publishing Co., New York, NY.
- International Council of Nursing-ICN (2012) Code of Ethics for Nurses, Erişim: 22.3.2014, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.
- International Council of Nursing-ICN (2014) Definition of Nursing, Erişim: 22.3.2014, <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>.
- İnanlı, T. (1999). Sağlık hakkı ve eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim*, 14.5.
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi-İHEB. Erişim: 20.10.2012. <http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=6583>.
- Karaöz, S. (2004). Hemşirelerin politik gücü. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 30–36.
- Kim, H., Chung, W.J., (2003). Changes in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the Republic of Korea. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (8).
- Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEUHYO ED*, 2 (4), 145–154.
- Kohnke, M.F. (1982) Advocacy: What is it? *Nursing and Health Care*, 3(6), 314–318.
- Lathrop, B. (2013). Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 14 (1).
- Miller, D. (1999). Principles of Social Justice. Cambridge: Oxford University Press.
- Navarro, V. (2002). 2000 yılı Dünya Sağlık Raporunun Değerlendirilmesi (Çeviri: Seval A) *Toplum ve Hekim, TTB Yayını*, 16 (2), 117–121.
- Navarro, V. (2007). Neoliberalism, globalization and inequalities. New York: Baywood Publishing.

- Oklar, M. (2009). Sosyal adaletin onuncu köye sürgünü. *Ankara Barosu Dergisi*, 67, 2, 106-122.
- Pala, K (2007). Türkiye sağlık sistemi nereye gidiyor? *Toplum ve Hekim Dergisi*, 22, 62-69.
- Paquin, SO. (2011). Social Justice Advocacy in Nursing: What Is It? How Do We Get There?, *Creative Nursing*, 17:2.
- Pektekin, Ç. (2013). Hemşirelik Felsefesi. İstanbul Tıpevi, birinci baskı, İstanbul, 17-23.
- Rawls, J. A. (1972). Theory of justice, (London: Oxford University Press), sy.179.
- Resmi Gazete (Tarihi: 08.03.2010). Resmi Gazete Sayısı: 27515
- Resmi Gazete (Tarihi: 08.03.2010). Resmi Gazete Sayısı: 27515, Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik 2011.
- Reutter, L., Kushner, K. E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280.
- Soyer, A. (1999). Sağlık ve eşitsizlikler; mekân, konut mülkiyeti ve işteki statüye göre bebek ölümleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, TTB Yayınları, 14, 3.
- Soyer, A. (2003). Halk sağlığının doğuşu ve şekillenışı; kapitalizm sanayi devrimi evresinde doğup büyüyen, ama halkın mutluluğu için kullanılabilir bir mücadele alanı/aracı, *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 18(2), 186-195.
- Sunal, O. (2011). Sosyal politika: sosyal adalet açısından kuramsal bir değerlendirme. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66, 3, 283-305.
- Şimşek, H., Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 116-127.
- Temel, A. B. (2011). Küreselleşme ve hemşirelik eğitiminde uluslararasılaşma. *DEUHYO ED*, 4 (3), 144-150.
- Topakkaya, A. (2006). Bir söylem olarak sosyal adalet kavramı, *Erciyes Üniv. Hukuk Fak. Dergisi*, 1 (2), 97-111.
- Ulmer, B. C. (2000). Professional advocacy. *AORN Journal*, 1-3.
- Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, (discussion paper EUR/ICP/RPD 414).
- World Health Organization (1978). Primary health care: Report of the international conference on primary health care: Alma-Ata, USSR. Geneva:WHO.
- World Health Organization. (1997). Final Report of Meeting on Policy Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care, Geneva, WHO, pp.4. Erişim: 20.09.2013. <http://www.who.int/whr/1997>
- World Health Organization. (1999). Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, Denmark.
- World Health Organization. (2005). Working for Health: An Introduction to The World Health Organization, WHO Library Catalogue in Publication Data. Erişim: 14.04.2006. www.un.org.tr
- World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Final Report. Executive Summary. Erişim: 25.10.2013. <http://whq.libdoc.who.int/hq/2008/WHO>
- World Health Organization. (2010). Erişim: 23.10.2013 <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>.
- World Health Organization. (2011). World health statistics.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). Erişim: 10.01.2014. <http://www.tuik.gov.tr>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2010). Erişim: 10.01.2014. <http://www.tuik.gov.tr>
- Yedinci Beş Yıllık (1996-2000). Kalkınma Planı, 18.7.1995 tarihli 374 sayılı Kanun. Erişim: 15.12.2013. www.kalkinma.gov.tr.
- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA). (2008). Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Erişim:02.10.2010. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.shtml>.
- Maine, J. (2013). Rise and shine: A story about advocacy. *Nursing*, 12, December Erişimi: 12.03.2014. www.Nursing2013.com.
- Hanks, RG, *Sphere of Nursing Advocacy Model*. Nursing Forum Volume 40, No. 3, July-September, 2005.
- McGrath, P., Holewa, H., McGrath Z. (2006). Nursing advocacy in an Australian multidisciplinary context: findings on medico-centrism. *Scand J Caring Sci*, 20; 394-402.
- Vaartio, H. (2008). Nursing Advocacy: A concept clarification in context of procedural pain care. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku, Finland. <http://www.hemsireyiz.biz/forums/thread/178966.aspx>. Erişim: 10.01.2014.
- Yıldırım, HH., Yıldırım, T. (2004). En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme. *Hastane Yaşam Dergisi*, 3-4: 23-29.