

## SAĞLIK POLİTİKALARI

### HEALTH POLICIES

**Bilgin KIRAY VURAL\*** **Ayten TAŞPINAR\*\***

\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

\*\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Politikaları, Hemşirelik, Sağlık Reformu

**Key Words:** Health Policies, Nursing, Health Reform

---

### ÖZET

Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik ile ilgili ilk yasal düzenlemeler, Cumhuriyetin kurulması ile birlikte devletçilik ve halkçılık ilkesine uygun olarak olgunlaşmıştır. Ancak, 1929 ekonomik bunalımı ile birlikte, toplumsal altüstlere neden olan yapısal bir kriz dönemi yaşanmıştır. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bugün ülkeler, giderek artan taleplerle, kaynak kısıtlılığıyla, eşitsizliklerle, yeterli miktarda ve nitelikte sağlık insan gücü oluşturma gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmaya yönelik ve bu yönde sağlık sistemleri oluşturma ve bir takım stratejiler geliştirmeye çalışmaktadırlar. Bu stratejilerin gelişiminde belirleyici özelliği olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1946’da Anayasa’sına koyduğu sağlık tanımı olan “bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu”nu, 1981’de “kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık” olarak yeniden belirler. Bunun anlamı: “Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır”.

Türkiye’de de çıkış aramaya yönelik ekonomik, siyasi ve ideolojik tercihler, sosyal politikaların değişimini sağlamıştır. Son yirmi yıldır ülkede uygulanan sağlık politikaları, kamu sağlık hizmetlerine desteğin kesilerek kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının bu desteği yurttan ek ödemelerle karşılamaya çalışması ve böylelikle birer özel kuruma dönüşmesi, kamu sağlık fonlarının başka alanlara aktarılması ve sağlanan kolaylıklarla özel sektörün öne çıkarılması biçiminde özetlenebilir.

## SUMMARY

*The first legal regulations concerning healthcare and social security were made and improved in accordance with the principles of etatism and populism when the Turkish Republic was first founded; however, with the 1929 crisis, a structural crisis occurred, which led to social havoc. National health systems, however developed they are, have been trying to overcome the shortages of financial sources, inequality, the increasing need for more healthcare and the need for more staff who are well-educated, they also have been trying to develop some strategies to overcome these difficulties. The World Health Organisation (WHO), which has a determining role in developing such strategies, defined health in 1946 as "complete well-being, both mentally and socially", this definition changed in 1981 as "the health level providing people with socially and economically productive life" and in 2000 health was defined again as "health for everybody", so he/she has to produce something, earn his/her own living and pay for their needs.*

*In Turkey, the economic, political and ideological preferences to deal with these disorders have brought changes in social policies, as well. The health policies which have been implemented in Turkey for the last twenty year, can be summarised as the collapse of public health services by cutting the support for public health services, thus the efforts of searching for this support by public health institutions by charging the citizens more money, turning the public institutions into private firms, and the canalisation of public funds to other areas and the supporting of the private sector.*

## GİRİŞ

Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik ile ilgili ilk yasal düzenlemeler; Cumhuriyetin kurulması ile birlikte devletçilik ve halkçılık ilkesine uygun olarak olgunlaşmıştır. Dünya’da ise 1929 ekonomik bunalımı ile birlikte, toplumsal üstünlere neden olan yapısal bir kriz yaşanmıştır. Kamu ve özel sektörde çalışanlar için çıkartılan yasalarda ekonomik yaşam ve çalışma ortamına müdahaleler vardı. Örneğin; bu krizde Amerika Birleşik Devletleri’nde çalışan sayısız hemşire işten çıkarılmış ve birçoğu bu krize habersiz yakalandığından, uzunca bir süre işsiz kalmıştır. Toplumsal krizlere yol açan üretim tarzı (kapitalizm) 1970’lerden sonra, gelen bu krizleri mevcut sistem kendisine sahip çıkarak çözümlenmeye çalışmış ve bu amaçla, krizleri aşmaya çalışmak için piyasaları küreselleştirmiş, rekabeti hızlandırmış, tüm kamusal hizmetleri özelleştirmiş/özerkleştirmiş ve esnek üretimi benimsemiştir. Çıkış aramaya yönelik ekonomik, siyasi ve ideolojik tercihler, Türkiye’de de sosyal politikaların değişimini sağlamıştır (Emiroğlu 2004, Kocaman 2003). Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu’nun (IMF) dayattıkları yapısal uyum programlarının uygulamaya konması, devleti sosyal niteliklerinden ve sorumluluklarından arındırmayı hedeflemiştir. Devletin kamusal sorumluluklarından çekilmesi ve özellikle de özelleş-

tirme olarak özetlenebilecek bu durum; tüm kamusal alanda olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunu derinden etkilemiştir (Saçaklıoğlu 2005). Son yıllarda dünya nüfusunun genel sağlık düzeyinde önemli gelişmeler olmakla birlikte gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkenin farklı coğrafik bölgeleri arasında sağlıkta ve sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıkların giderek arttığı görülmektedir (Şahin, Top 2002).

Bu yazıda Cumhuriyet döneminden günümüze değin ülkemizde uygulanan sağlık politikaları ve politikalarındaki değişimler ele alınacaktır.

## **CUMHURİYET DÖNEMİ SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI**

### **1- 1923-1929 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Osmanlıdan gelen ve milli mücadele sırasında geliştirilmeye çalışılan devletin sağlık örgütü yetersizdi. Mücadele edecek merkezi örgüt, Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı 1937 yılına kadar Dr. Refik Saydam tarafından yönetilmiştir. Refik Saydam'ın sağlık hizmetleri sunuluşunda benimsediği temel ilke “koruyucu hizmetlere öncelik” verilmesidir. Diğer bir ilkesi de “önemli” hastalıklarla savaşa (sıtma, trahom, frengi, lepra gibi) öncelik vermesi ve bu hastalıklarla savaş için özel örgütler kurmasıdır (Öztek, Eren 1995). Hükümet bütçesinin yaklaşık 137 milyon TL. olduğu 1923 yılında, Sağlık Bakanlığı bütçesi 3 milyon kadardır. İstanbul Daülkelp Tedavihanesi (Kuduz Tedavi Kurumu), 1924'de 50 yataklı Heybeliada Verem Savaş Senatoryumu, 1925 yılında iki trahom hastanesi açılmış ve ek olarak gezici ekipler oluşturulmuştur. “Frengi Talimatnamesi” 1925'de kabul edilmiş, 1926'da sıtmayla ilgili bir yasa çıkarılmıştır (839 sayılı Kanun). Bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin önemli bir ayağı, serum üretiminin kurumsallaştırılması olmuştur. Genç Cumhuriyetin, 3 devlet (memleket) hastanesi, 6 belediye hastanesi, 45 özel idare hastanesi ve özel, yabancı ve azınlık hastanesi (toplam 950 yatağa sahip) bulunmaktadır. İstanbul'un Bakırköy semtinde Mazhar Osman ve Fahrettin Kerim Gökay'ın çabaları ile ilk modern ve büyük akıl hastanesi kurulmuştur (Soyer 2001, Öztek, Eren 1995, Dirican, Bilgel 1993).

Mektebi Tıbbiye'de kurs açılarak, iki yıl kurs görenlere “ebelik ruhsatnamesi” verilmesiyle 19. yüzyılın ortalarında başlayan süreç, 1909'da ilk ebelik mektebinin kurulması ile devam etmiş, Cumhuriyet sonrasında da, İstanbul Tıp Fakültesi'ne bağlı ebelik okulu halinde şekillenmiştir. İlkokul mezunu kızların kabul edildiği bir okul olarak 1924'de açılan ebelik okulu, “Ebe Öğrenci Yurdu” açılarak desteklenmiş, iki yıl zorunlu hizmetle çalıştırılan ebeler yetiştirilmiştir. İstanbul ve

Sivas'ta 1924'de "Küçük Sağlık Memurları Okulu" açılmış, bir süre sonra Sivas'taki okul Çorum'a taşınmıştır. İlk hemşirelik okulunun tarihi ise 1925'dir. Kızılay Hemşire Okulu adıyla açılan okulun eğitimi, 2 yıl 3 ay sürmekteydi ve ilk olarak da 32 hemşire mezun etmiştir (Soyer 2001).

Tıp Fakültesi mezunlarına, mecburi hizmet koyan yasanın 1923 yılında çıkması, ülkenin hekim ihtiyacına, yeni Cumhuriyetin bulduğu çözümdür. Ülke genelinde, 1923 yılında 554 hekim (19.860 kişiye bir hekim), 136 ebe (80.880 kişiye bir ebe), 1930 yılında tüm ülke genelinde 202 hemşire (71.520 kişiye bir hemşire) bulunmaktaydı (Öztek, Eren 1995). Sağlık altyapısının esasını oluşturan, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin çalışma esaslarını belirleyen **"1928 tarih ve 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"** bu dönemde çıkarılmıştır. Bu dönemdeki en önemli uygulamalardan biri, kamu sektöründe çalışan bütün personelin atama, yükselme ve cezalandırılma işlerinin tek bir elde Sağlık Bakanlığı'nda toplanmasıdır (Soyer 2001, Öztek, Eren 1995, Dirican, Bilgel 1993).

## **2- 1930-1939 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin anayasası diye nitelendirilebilecek olan yasa, 1930 tarihli ve **1539 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu"** dur. 1936 tarih ve **3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu"** da, sağlık altyapısının önemli bir ayağını oluşturmuştur. Ana çocuk sağlığı alanında da, bu dönemde önemli adımlar atılmıştır. Özellikle kırsal yörelerdeki gebelerin sağlıklı biçimde doğum yapmalarının sağlanması amacı ile, 1937'de Balıkesir'de, 1938'de Konya'da Köy Ebe Okulları açılmıştır. Ayrıca, 1936'da Kızılay Hemşire Okulu 3 yıla çıkarılmış, 1939'da Gülhane Hastanesi bünyesinde Askeri Hemşire Okulu açılmıştır (Soyer 2001, Öztek, Eren 1995, Dirican, Bilgel 1993).

Beldelerden köylere ulaştırılmak istenen sağlık hizmetleri, personel ve alt yapı olanaksızlıkları nedeniyle sağlanamayınca, **"seyyar tabiplik"** şeklinde bir çözüm bulunmuştur. Devlet tarafından atanan, olanakları il özel idarelerince sağlanan, bir ayın 20 günü köy ziyareti yapmakla yükümlü olan, köyde ayaktan tedavi yapan ve ilaçları ücretsiz dağıtan bu hekimler, muayene ve tedavi evleri kurulmasından önce, önemli işlevler görmüşlerdir (Soyer 2001).

## **3- 1940-1945 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Bu dönem, tıpkı iktisadi ve sosyal yaşamda olduğu gibi, sağlık alanında da Cumhuriyetin başlangıcından itibaren olumlu giden eğilimin kesintiye uğradığı, savaş ekonomisinin her şeye damgasını vurduğu bir dönem olmuştur. Tifüs 1942'de yükselmeye başlayarak, 1943'de salgın

halini almış ve genel aşı uygulamasına geçilmiştir. Verem Savaşı Hemşire Okulu (İstanbul), Tevfik Sağlam Sosyal Özel Hemşire Koleji 1943 yılında açılmıştır (Soyer 2001). Kabul edilen bir yasayla, 1943 yılında köy enstitülerinin üçüncü sınıfını başarıyla bitiren öğrenciler arasından seçilen bir kısım kız ve erkek öğrencinin köy ebesi ve köy sağlık memuru olarak yetiştirilmesine başlanmıştır (Dirican, Bilgel 1993).

Bu dönemdeki en önemli gelişmelerden bir tanesi, 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) kurulmasıdır. Bu kuruma sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi verilmiştir (Öztek, Eren 1995; Dirican, Bilgel 1993).

#### **4- 1946-1953 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Sağlık Bakanlığı kendi tedavi kurumlarında hemşire gereksinimini karşılamak için ilk hemşire okulunu 1946 yılında açmıştır. Sağlık Bakanlığının hazırladığı müfredatlar, eşdeğer eğitim veren diğer hemşirelik okullarının da eğitim programı olarak kullanılmıştır (Kocaman 2003).

DSÖ ve UNICEF ile 1952 yılında yapılan anlaşmalarla bakanlık bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuş ve şubeleri açılmıştır (Öztek, Eren 1995). Sağlık Bakanlığı, 1945'den sonra söz konusu istikrarını önemli ölçüde yitirmiş, Sağlık Bakanları sık sık değişir olmuştur. Bu dönemde tedavi hizmetlerinde canlanma söz konusudur (Soyer 2001). Ancak hastanecilik hizmetlerinde temel personel olan hemşirelerin eğitimine gereken önem verilmediğinden tedavi hizmetlerinde istenilen düzeye erişilememiştir (Öztek , Eren 1995).

Tıp eğitimi ve sağlık personeli eğitimi de, savaş sonrası yeni bir hız kazanmıştır. Dönemin sonuna gelindiğinde hekim sayısı 10 bine yaklaşmış (bunun 4800'ü uzman), hemşire sayısı 1400 kadardır. Türk Tabipleri Birliği Kanunu 1953'de çıkarılmıştır (Soyer 2001).

#### **5- 1954-1959 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Dünyaya açılma politikası çerçevesinde, 1950'li yılların ortasında Dünya Sağlık Örgütü ile ilişkiler başlamış, 1960'da "Verem Savaş Genel Müdürlüğü" kurulmuştur. Bu dönemin yeni mücadele konularından biri, kanser olmuştur. Hastane sayısı 1960 yılında 442 olan ve 32 binden biraz fazla olan yatak sayısı ile Sağlık Bakanlığı, giderek tedavi hizmetlerine eski döneme kıyasla daha çok ağırlık veren bir kurum haline gelmiştir. Ege Tıp Fakültesi'nin 1955 yılında açılması ile birlikte, tıp eğitimi veren kurum sayısı 3'e çıkmıştır. Hemşirelikte yüksek öğrenim, 1955'te Ege Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksekokulu ile başlamıştır. Hemşirelik yüksekokullarının sayısı 40 yılda ancak 10'a

ulaşmıştır. Kuşkusuz en önemli nedenleri SB'nda yaşanan hızlı okullaşma, yüksekokul mezunlarına SB'nda kadro açılmaması ve talepte yaşanan sınırlılıktır. Bu dönemde ayrıca, 1954 yılında 6283 sayılı yasa ile Hemşirelik Kanunu çıkarılmıştır. Bu yasa günümüzde hemşirenin değişen ve yapmakta olduğu rol ve işlevlerini kapsamamaktadır (Soyer 2001, Öztekin , Eren 1995, Kocaman 2003).

#### **6- 1960-1980 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Bu dönem ülkemizin planlı kalkınma dönemidir. "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" bu gereksinimden kaynaklanan ve sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelinden değiştiren kanundur (Sur 1998). Bu kanun Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, ilk basamak tedavi hizmetlerini köylere kadar yayarak, herkesin hizmetten yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışması ilkesini öngörmektedir (Fişek 1983).

Alma-Ata'da yayınlanan bildiriden 17 yıl önce 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı kanunda, Alma-Ata Bildirisinde yer alan hemen bütün ilke ve önerilerin yer almış olduğu görülmektedir. 5 Ocak 1961 yılında kabul edilen, 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun 1963-1965 yıllarında başarıyla uygulanmış, ancak 1966 yılından başlayarak çeşitli nedenlerle başarısızlığa uğramıştır (Öztekin, Eren 1995).

Bu dönemde kurulan Sağlık Meslek Liselerinin (SML) eğitimi karşılamak üzere 1961 yılında SB tarafından Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü açılmıştır. SB yatılı okullarda kendi yetiştirdiği mezununu zorunlu hizmete tabii tutmuştur. Yüksekokul mezunu hemşireler için kadro açmamış, ancak SB'na bağlı kurumlarda çalışanlar yüksekokulu bitirdikleri takdirde bu kişilere kadro verilmiştir (Kocaman 2003).

#### **7- 1980-2000 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Bu dönem incelendiğinde, sağlık alanında ve sağlığı etkileyen toplumsal alanlarda bir altüst oluşun yaşandığı görülebilir (Soyer 2004). Dünya çapında 1970'lerden sonra gelen krizleri mevcut sistem kendisine sahip çıkarak çözümlenmeye çalışmış ve bu amaçla krizleri aşmaya çalışmak için piyasaları küreselleştirmiş ve rekabeti hızlandırmış, tüm kamusal hizmetleri özertleştirilmiş/özelleştirmiş ve esnek üretimi benimsemiştir. Esnek üretim hangi çalışma alanı olursa olsun, çalışanların çalışma sürelerinin uzatılması, çalışma yaşamının düzenlenmesi, gece çalışması, vardiyalı çalışma, hafta sonu çalışmayla, ek çalışma süresinin yaratılması, sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı

çalışma ve iş güvencesizliği ve piyasa ihtiyacına göre ürettir. Türkiye de 24 Ocak 1980 kararlarıyla IMF ile 3 yıllık stand-by anlaşması imzalararak, bu politikaları tercih ettiğini ilan etmiştir (Özkan 2003, Emiroğlu 2004).

“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” şeklindeki 1961 Anayasası’ndaki, sağlığın bir insan hakkı olduğuna ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alınmasını kabul eden sosyal devletçi anlayış değişmiştir. Kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen “Tam Gün” yasının, ücret ve mali düzenlemeler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılarak, tüm hekimlere “zorunlu hizmet” getirilmiştir. Bu dönemde, sağlıkla ilgili hukuksal altyapı, devletin yeniden yapılanmasının gereklerine uygun olarak önemli ölçüde değiştirilmiş ve onlarca yasa çıkarılmıştır. “Parasız hizmet olmaz” söylemlerine karşın, kamu hizmetlerini çöktürücü ve özel sermayeyi destekleyici önemli ve ilk kararlar bu dönemde alınmıştır. Finansmanı halktan alınan ek primlerle sağlanacak “Genel Sağlık Sigortası” ile ilgili yoğun çalışmalar bu dönemde başlatılmış, ancak daha sonra tamamlanamamıştır. Meslek örgütlerinin yasaları, 1982 Anayasası’nda yapılan değişikliklere paralel olarak değiştirilmiş, yetkileri daraltılmış, üzerlerine devlet vesayeti getirilmiştir (Soyer 2004; Özkan 2003).

Bu dönemde hükümet programında “ilaç sektörünün teşvik edilmesi ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edilmesi” ifadeleri, yer almaktadır. Çağdaş sosyal devlet anlayışı yerine ortaçağın iane modelini geçiren “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Kanunu” çıkarılmıştır. 1983 sonrası yılların, hatta son 20 yılın mantığını en iyi anlatan belge/gelişme, 1987 tarihli **‘3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’**dur. Söz konusu kanun ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması meşrulaştırılmış; kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş; gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış; sosyal güvencesi olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmıştır. Bu dönemde “Sağ- Kur” Yasa tasarısı, o olmadı “Türkiye Milli Sağlık Politikası”, o da olmadı “Sağlık Master Planı”...vb farklı isimlerle aynı plan karşımıza çıkmıştır (Soyer 2004; Özkan 2003).

Koalisyon hükümeti (DYP-SHP, 1991-1995) döneminde, programın sağlıkla ilgili kısmının ilk yarısı Sosyalleştirme Yasası ağırlıklı iken, diğer yarısı; finansmanda 1980 sonrası sağlık sigortası modelini ve sosyal güvenlikte yine “Fak-Fuk-Fon”unu çağrıştıran “Yeşil Kart”ını içermekteydi. “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastane-

lerinin işletmeleştirilmesi/ özelleştirilmesi ve sağlık finansmanı konusunda genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması” ile “sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi”, “Sağlık Reformu” tartışmalarında taviz verilmeyen temel noktalar (Soyer 2004).

Sağlık reformlarının kuramsal, politik altyapısının hazırlığı 1991-1993 aralığında tamamlanmıştır. Çerçeve Taslağı’nda reform paketi 7 başlıkta toparlanmaktadır: Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, hizmet sunumunda reform, yönetim yapısında reform, sağlık insan gücü reformu, Ulusal Sağlık Akademisi’nin kurulması, sağlık enformasyon sisteminin kurulması ve hizmetlerin finansmanında reform! (Belek 2001).

Dönemin en vurucu adımı, 5 Nisan 1994 kararları ile kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının çökertilmesi sürecinin son noktaya yaklaştırılmasıdır. Bu süreçte bir adım daha atılmış, ülkemizdeki döner sermayesi en karlı devlet hastaneleri arasında olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri, 1987 tarihli 3359 sayılı yasaya dayanarak ve 11.1.1995 tarihli yönetmelikle işletme haline getirilmiştir. 1995-2000 yılları arasında, SSK’nın tasfiyesi ile somut adımlar atılmış, 1999 yılında çıkarılan yasa ile bu anlamda bir ilerleme sağlanmış, “**Tahkim**” yasasının kabulü ile de, uluslararası sermayenin önü açılmıştır (Soyer 2004).

Hemşirelik eğitimi açısından; politik kaygılarla özellikle 1989-1991 yıllarında sağlık meslek liselerinin sayısı 85’ten 326’ya çıkmış ve ilçelerde hiçbir alt yapısı olmadan okullar açılmıştır. Bunun sonucunda, hem kalitesiz bir eğitim ve hem de yaklaşık 70000 işsiz mezun ortaya çıkmıştır. Yüksek Sağlık Şurası’nda (YSS) alınan kararlar (1995) Yüksek Öğrenim Kurumu ve SB arasında yapılan protokolla üniversitelere devredilen SML’lerine öğrenci alımı durdurulmuş, yine Yüksek Sağlık Şurası (Ekim 2000) ve Sağlık Eğitim Şurası (Kasım 2000) kararı ile bu okullarda hemşire, ebe, sağlık memuru eğitimi yeniden başlamıştır. Yerinde bir kararlar Avrupa Birliği normlarına uygun kalitedeki eğitime ulaşma çabaları, SB yetkililerinin yüksekokul mezunlarının sayı olarak ihtiyacı karşılamamaları ve gelişmemiş illere gitmemelerini gerekçe olarak göstermesiyle sona ermiştir. Bu dönemde ayrıca 53 SML, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’na (SHMYO) dönüştürülmüştür. Sağlık yüksekokulları 1996’dan itibaren açılmaya başlanmış, 1999’dan sonra SHMYO’larının hemşirelik ebeklik programlarına öğrenci alımı durdurulmuştur (Kocaman 2003). Bu dönem hem ekonomi, hem de hemşirelik mesleği açısından çalkantılı bir dönem olmuştur.

### **8- 2000 Sonrası Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

58. hükümetin “acil eylem planı”; “Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği



yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde; bir yıl içerisinde...”

1. Hastaneler “işletmeleştirilecek”,
2. Finansmanda “sigorta” tercihi kurumsallaştırılacak,
3. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği adı altında özelleştirilecek,
4. Özel sektör yatırımları teşvik edilecek,
5. Sosyal güvenlik kuruluşları birleştirilecek,
6. Sosyal Yardımlaşmayı Dayanışmayı Teşvik Fonu güçlendirilecek... kararları alınmıştır (Soyer 2003, Emiroğlu 2004).

Aile hekimliği yaklaşık 10 yıldır, genel sağlık sigortası ise yaklaşık 30 yıldır ülkemizin gündemindedir. Hastanelerde özerkleşme adı altında başlatılan özelleştirmeler 1980 sonrası kurulan hükümetler döneminde düşünülmüş, 1990'lı yıllarda ilk denemeleri yapılmıştır. Ayrıca 2002 yılında yapılan seçim öncesinde “aile hekimlerine muayenehane açabilmeleri için devlet tarafından ucuz kredi verilecektir” önermesi de yapılmıştır (Kılıç 2003).

Türkiye’de sağlık alanındaki liberalizasyon süreci 1980’lerin başlarından bu yana adım adım ilerlemektedir. Bu doğrultuda pek çok yasal ve yönetsel düzenleme hazırlığı yapılmakta, bunlardan bir kısmı da uygulamaya geçirilmiş bulunmaktadır. Bunlar arasında özellikle Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı (20 Ocak 2004 - 6. versiyon) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanun Tasarısı Taslağı (17 Aralık 2004) büyük önem taşımakta, sağlık politikalarına köklü değişiklikler öngörmektedir (Atay 2005, Emiroğlu 2004). Sağlıkta Dönüşüm Projesi “birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesinin kaynak israfını önlemek için nedenli öncelikli olduğu..” vurgusunu yapmasına rağmen, Sağlık Bakanlığı harcamalarının ağırlıklı olarak dün de bugün de hastanelere aktarıldığı gözlenmektedir. Sigortacı seçimi de tartışmalı konular arasındadır. Tüketicilerin sigortacıyı seçme konusuna en bariz örnek İsrail sağlık sisteminden gelmektedir. İsrail, hastalara rekabet halindeki özel firmalardan birini seçebilme hakkını tanıyan bir ulusal sigorta sunmaktadır. Ancak rekabete dayalı sigortanın çok pahalı bir yaklaşım olduğu belirtilmektedir (Yıldırım 1999).

Sağlıkta Dönüşüm Programının en temel yaklaşımı, kentlerde aile hekimliği, kırsal bölgelerde sağlık ocaklarını işletmektir. Aile hekimliği modeli kırsal bölgeleri dışlamaktadır. Bu yaklaşım sakıncalıdır. Çünkü; eşitlik anlayışına uymaz, toplumda ayrımcılık yaratır, birinci ve ikinci sınıf vatandaşlık duygusu verir, sağlık çalışanlarının tepkisine yol açar,

hizmetin bütünlüğünü bozar ve koordinasyonu güçleştirir, köyden kentlere geçici olarak gelenlerin hizmet almalarını güçleştirir, bir gün değişeceği beklentisi nedeniyle kırsaldaki hizmetlerin gelişmesini engeller (Öztek 2004).

1960-70'ler de çok aktif olan, sağlık ocağında çalışan hemşireler dahil tüm sağlık personelinin çalıştığı bölgeyi hane halkı özelinde tüm sorunlarıyla bildiği ve çözüm ürettiği bu sistem çoktan yok olmuştur. Onun yerine getirilmeye çalışılan aile hekimliği sistemi, sağlık çalışanlarını halkın sağlığını koruma ve yükseltme etkinliklerinden uzaklaştıran, sonuç olarak hemşireyi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun 154 sayılı yönergesindeki görevlerinden uzaklaştırıp hizmet bağlamında tümüyle değersizleştiren bir sistem, hayata geçirilme aşamasındadır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/>).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004) ile aile hekimliği hizmetlerinin, sözleşmeli yada Sağlık Bakanlığının görevlendirmesi ile çalışan aile hekimliği uzmanı (yada Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip) ile hemşire, ebe, sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanları tarafından sunulması planlanmaktadır (Resmi Gazete, 25665, 2004; 25867; 25904, 2005). Aile hekimliği modeli bir bütün olarak Genel Sağlık Sigortası ve kamu personel rejimi ile birlikte özelde sağlıkta piyasalaştırmanın genelde kamu hizmetlerini tasfiye etmenin önemli bir adımıdır. Oysa ki bu sistem aile hekimi ve aile sağlığı elemanları olarak birincil basamakta görev alacak hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurların özlük haklarının yitimine ve işsiz kalmalarına yol açacaktır.

Hükümet 2005 Ağustos ayındaki toplu görüşmelerde Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağını, kamu çalışanları sendikalarına resmi olarak iletmiştir. Bu tasarıda iki milyon çalışandan bir buçuk milyonunun sözleşmeli personel statüsüne geçirilmesi öngörülmektedir (Öztürk 2005). Bu yasayla birlikte sağlık çalışanlarını pek çok değişim beklemektedir. Politikalarda çok sık yaşanan bu değişim, sağlık çalışanlarında geleceklerini planlayamama ve yaşamlarını denetleyememe nedeniyle bireysel güven kaybına yol açmaktadır.

## **İmzalanan Protokoller**

### **1. Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına Dair Protokol ve Getirdikleri**

Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında düzenlenen 01.07.2003 tarihli protokol ile herhangi bir kamu sosyal güvenlik kurumunca sağlık sigortası altında bulunan herkesin Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinden yararlanabileceği ve bunun esasları hükme bağlanmıştır (TTB

Kocaeli Tabip Odası 2003). Yapılan bir çalışmada, bu devrin devlet hastanelerinde iş yükünü (özellikle bürokratik işlemlerde ve hasta sayısında) artırdığı (%82), fiş alma sırasında uzun kuyruklar oluştuğu (%69), eczanelerden ilaç alımında sorun yaşandığı (%52) bulunmuştur (Arcak, Diken, Gürceğiz 2005).

## **2. Sağlık Bakanlığı-Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Protokolü ve Getirdikleri**

Protokole göre Bağ-Kur sigortalıları, Sağlık Bakanlığı'na ait 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuruda bulunabilmekte, 3. Basamak kuruluşlarından ise ancak sevk edilirlse (acil durumlar dışında) hizmet alabilmektedirler. Bir ay öncesine kadar prim borcu olanlar hizmetlerden yararlanamamakta, tedavi masrafları hastane tarafından rucuen tahsil edilmektedir. Protokolde sigortalıların, ayakta poliklinik hizmetlerine katılım payı ödeyecekleri (prim ödeyenler %20, aylık alanlar %10 oranında), katılım payından muaf protez, ortez ve araç gereç için %20 katılım payı ödeneceği, ancak katılım payının aylığın %65'ni geçemeyeceği vurgulanmaktadır (TTB Kocaeli Tabip Odası 2003).

## **3.“4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” Yada Diğer Adıyla “Çakılı Kadro” Yasası Ve Getirdikleri**

Taslak, “eleman temini konusunda güçlük çekilen 26 ili” kapsamaktadır. Bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu gerekçelerden farklı olarak bundan sonra kendi belirleyeceği bölgelerde sözleşmeli statüde personel çalıştıracağı anlamına gelmektedir. Madde Gerekçeleri bölümünde 9. Madde'de, sözleşmeli personelin “istekleri üzerine Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı ile ilişkilendirilebileceği” belirtilmektedir (TTB Kocaeli Tabip Odası 2003, Emiroğlu 2004). Tüm kamu çalışanları için “sözleşmeli” statüsü ile istihdamın azaltılması yönünde; sendikası ve her yıl “performans ölçümü” ile ücretlendirilen, performans ölçümü ile ücret ve sözleşme yenileme ölçütleri subjektif olarak gerçekleşecek, sözleşmesi gereksinim duyulursa yenilenen, bütçe üzerinde yük olmayan ve yerel yönetimlere devredilmiş yeni bir “çalışan” modeli yaratmayı amaçlayarak; sözleşme (iş akdi) ile çalışmasına rağmen işçi sayılmayan ve devlet memuru gibi tarif edilen, bir yıllık sürelerle yenilenen sözleşmelere bağımlı, iş güvencesi ve toplu iş sözleşmesi hakkı olmayan, “norm kadro” uygulaması ile daha fazla görev yüklenebilecek, örgütsüzleştirilebilecek çalışanları tanımlıyordu (Emiroğlu 2004). Sözleşmeli çalışma işsizlik korkusu demektir, işine son verileceği korkusuyla örgütlenememek demektir ve geniş ölçüde sosyal güvenceden yoksun olmakla karşı karşıya kalmak demektir. Daha da ötesi sözleşmeli çalışan

hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunduğu hastanelerde dahi sağlık-ilaç hizmeti almaması demektir (Özkan 2003).

#### **4. 4910 Sayılı Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge Ya Da Teşhis Ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarına Hasta Sevğine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ ve Getirdikleri**

Genelgeye göre, devlet memuru ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri, birinci basamak tanı ve tedavi için resmi kuruluşların yanında özel polikliniklere kurumlarından alacakları sevk kağıdı sağlık ocağı ya da kurum hekimi sevk gerekmeksizin başvurabilmektedirler. Düzenlenecek sevk kağıtlarına başvurulacak kurum/kuruluş adı yazılmaksızın “hekim ve kurum seçme özgürlüğü” sağlanacağı belirtilmektedir (TTB Kocaeli Tabip Odası 2003, Emiroğlu 2004). Bununla birlikte birinci basamak sağlık tesisleri sevk merkezine dönüştü. Oysa “birinci basamakta tanı ve tedavisi sağlanamayan hastaların” ikinci basamağa sevk uygun görülüyor iken, her türlü donanıma sahip sağlık ocaklarında bile, hastalar muayene edilemeden sevk edilmeye başlanmıştır.

**Sonuç olarak;** günümüzde Türkiye’de sağlık sisteminde finans yetersizliği vardır. Sağlık hizmeti üreticisi konumunda olan Sağlık Bakanlığının, SSK hastanelerinin de devredilmesi nedeniyle finansal kaynakları iyice kısıtlanmıştır. Bu nedenle bu kurum neredeyse hiçbir yatırım yapamamaktadır. Hizmet üretiminde kurumlar arasında iletişimsizlik, denetimsizlik, kurumların ve sağlık personelinin bölgelere dağılımında dengesizlik vardır. Birinci basamak sağlık sistemi son derece bozuktur. Birinci basamak ile sağlık kurumlarının olanakları yetersizdir. Kaynakların önemli kısmı hastanelere aktarılırken, koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl olan birinci basamaktaki kurumlar desteksiz bırakılmaktadır.

#### **Yaşanan sorunların “çözümü” için;**

Bütün sosyal politika alanlarının finansman kaynağının genel bütçe olması, genel bütçenin paylaşımında sosyal politika alanlarının öncelenmesi, özel sektöre sermaye aktarımı (teşvik, pirim, vergi iadesi vb.) durdurulması, 224 sayılı yasanın temel örgütlenme ilkeleri uygulanarak hastanelerdeki hasta yığılmalarının önlenmesi, çalışanlara grevli-toplu sözleşmeli sendika hakkının tanınması, sağlık hizmetlerinin bütün aşama ve kalemlerinin vb. dahil ücretsiz olması, sağlığa genel bütçeden ayrılan payın artırılması, sağlık hizmetlerinin koruyucu (kişiye ve çevreye yönelik), tedavi edici ve esenlendirici hizmetler olarak birlikte ve merkezi olarak planlanması ve sunumu, sağlık hizmetini sunan ve finanse eden birimlerin birbirinden ayrılmaması talep edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. THD Haber Bülteni. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/> Erişim tarihi: 15.02.2006
2. Arcak R, Diken İ, Gürceğiz N. (2005). Eski SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devir sürecinde Yaşanan Sorunlar ve Sağlık Çalışanlarının Yeni Sisteme Uyumu, Beklenti ve Kaygıları. *Toplum ve Hekim*, cilt 20, sayı 2, 154-159.
3. Atay F. (2005). Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları, *Toplum ve Hekim*, cilt 20, sayı 1, 65-71.
4. Belek İ. (1998). Kişisel Sağlık Sigortası. *Toplum ve Hekim*, Cilt:13, Sayı:3, 170-172.
5. Belek İ. (2001). Türkiye Sağlık Reformları. *Toplum ve Hekim*, Cilt:16, Sayı:6, 438-447.
6. Dirican R, Bilgel N. (1993). Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 533-555.
7. Emiroğlu C. (2004). Sosyal Güvenlik Hakkı, Genel Sağlık Sigorta Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm. *Özgürlük Dünyası*, Nisan, 41-64.
8. Fişek N. (1983). Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara.
9. Hamzaoğlu O. (1998). Yerel yönetimler özelleştirmede yöntem değişikliği (sağlık boyutu). *Toplum ve Hekim*, cilt:13, sayı:5, 376-378.
10. Kılıç B. (2003). AKP, Aile Doktorluğu Ve Sağlıkta "Dönüşüm Programı (10 soru 10 yanıt). *Sağlık ve Toplum*, Yıl:18, Sayı:3, Mart-Nisan,120-122.
11. Kocaman G. (2003). 1980 Sonrası Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları. 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü., Ed:Saadet Ülker, Gülseren Kocaman, Özlem Özkan, HEMAR-GE, Ankara, 71-91.
12. Öztekin Z, Eren N. (1995). Sağlık Yönetimi. Ed:Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, Ankara, 371-387.
13. Resmi Gazete. (2004). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, kabul tarihi: 24.11.2004, sayı: 25665.
14. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 06.07.2005, sayı: 25867.
15. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 12.08.2005, sayı: 25904.
16. Saçaklıoğlu F. (2005). Pazar Dinamikleri Tıp Eğitimini ve Hekimleri Nasıl Etkiliyor? "Gizli Müfredat". Cilt:20, Sayı:4, 242-246.
17. Soyer A. (2001). Türkiye'nin İktisadi Ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Bakanlığı. *Toplum ve Hekim*, Cilt:16, Sayı:6, 413-429.
18. Soyer A. (2003). "AKP" Hükümeti Ve Sağlık. *Sağlık ve Toplum*, Yıl:18, Sayı:3, Mart-Nisan,123-135.
19. Soyer A. (2004). 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?. *Sağlığın Öyküsü*, Sorun Yayınları, İstanbul, 167-182.
20. Sur H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Geleceği. Ed:Hayran O, Sur H, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, İstanbul, 217-220.
21. Şahin B, Top M. (2002). Küçülen Dünyada Büyüyen Beklentiler: Geleceğin Sağlık Sistemleri. *Sağlık ve Toplum*, Yıl:12, Sayı:3, Temmuz-Eylül.

22. TTB, Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu. (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere / Sağlık Personeline Ne Getiriyor. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2. Baskı.
23. TTB, Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu. (2003). Türkiye'de Patronların Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi?. Toplum ve Hekim, Cilt:18, Sayı:4, 242-250.
24. Özkan Ö. (2003). 1980 Sonrası Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları. 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü., Ed:Saadet Ülker, Gülseren Kocaman, Özlem Özkan, HEMAR-GE, Ankara, 93-112.
25. Öztürk O. (2005). Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı Neler Getiriyor?. Toplum ve Hekim, Cilt:20, Sayı:4, 269-273.
26. Yıldırım HH. (1999). Sağlık Politikası Sağlık Reformları Ve Tüketicilik Davranışları. Sağlık ve Toplum, Yıl:9, Sayı:2, Nisan-Haziran, 8-11.

## 2005 YILI İKİNCİ SAYIDA YAYINLANAN MAKALELER

Editörden

### Araştırmalar

- Histerektomi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Saptanması  
Ebru ARICI KARAZEYBEK, Türkan ÖZBAYIR ..... 1-11
- İlköğretim Öğrencilerinin Anneleri ile Olan İlişkilerini Algılayışları ve Bu İlişkiyi Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi  
İlknur PEKTAŞ, Gönül ÖZGÜR ..... 13-27
- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri  
Gülten KARADENİZ, Saliha ALTIPARMAK, Gülay MARUL, Hatice MUSLU .29-36
- Kanserli Hastanın Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi  
Ayşegül BİLGE, Gülseren ÜNAL ..... 37-46
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeylerinin ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi  
Bengü ÇETİNKAYA, Zümrüt BAŞBAKKAL ..... 47-57
- Total Parenteral Beslenen Çocuklarda Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi  
Nesrin ŞEN ..... 59-75

### Derleme Yazılar

- Gebelikte Diyabet ve Bakım  
Ahsen ŞİRİN ..... 77-88
- Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü  
Ayden ÇOBAN, Aynur SARUHAN ..... 89-96
- Yaşlılarda Uyku Sorunları  
Gönül ÖZGÜR, Leyla BAYSAN ..... 97-105
- Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (SARS) ve Korunma Önlemleri  
Asiye DURMAZ AKYOL ..... 107-123
- Ölmekte Olan Hastaya Kognitif-Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı  
Gülseren ÜNAL KESKİN ..... 125-134
- Cinsel Disfonksiyonu Olan Kardiyovasküler Hastaların Bakımı  
Hicran YILDIZ, Rukiye PINAR ..... 135-145
- Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu ve Hemşirenin Rolü  
Gülşah GÜROL ARSLAN, İsmet EŞER ..... 147-157
- Farkındalık ve Psikiyatri Hemşireliği

Esra ENGİN, Olcay ÇAM .....	159-168
- Yaşlılarda Sağlık Sorunları Ayfer KARADAKOVAN .....	169-179
- Toplumsal Bir Sorun: Engellilik ve Hemşirelik Yaklaşımı Ayşegül BİLGE, Rabia EKTİ GENÇ, İskender NİŞLİ .....	181-190
- Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Bakış Açısı ve Hemşirelik Yaklaşımı Gülseren KESKİN, Olcay ÇAM .....	191-208
- Tüberküloz Algısı ve Tedaviye Uyum Ayşe ÇİL, Nermin OLGUN .....	209-218