

HASTANE ENFEKSİYONLARINA SOSYOMEDİKOJENİK YAKLAŞIM: MEDİKAL ANTROPOLOJİK BİR ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI

Serhat ERDAL*, İzzet DUYAR**

Öz: Sağlık ve hastalıklarla ilgili konuların incelenmesinde sosyal/kültürel etmenler genellikle ihmal edilmiştir. Sosyomedikojenik yaklaşım bu eksikliğin üzerine giderek sağlık ve hastalıkların anlaşılmasında biyolojik bilgilerin yanı sıra sosyal ve ekonomi politik etkenleri de birleştiren bir bakış açısı geliştirmiştir. Bu çalışmada, günümüzün önemli bir sağlık sorunu olan hastane enfeksiyonları sosyomedikojenik yaklaşımla incelenmektedir. Bu yaklaşım uyarınca, hastaların ve refakatçilerin kültürel alışkanlıkları ve davranışlarından başlayan ve ulusal ve küresel ekonomi politik etkenlere den uzayan bir analiz yapılmaya çalışılmıştır. Çalışma, İstanbul'da bulunan iki hastanenin genel cerrahi servisinde yatan 34 hasta ve 31 refakatçiyile yapılan derinlemesine görüşmelere, mülakatlara ve gözlemlere dayanmaktadır. Yapılan gözlemler ve ulaşılan bilgiler, hastanelerin mekân kullanımlarının ve fiziksel imkânlarının yeniden ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastane enfeksiyonlarının yayılımında ve engellenmesinde şimdiye dek detaylı bir şekilde incelenmeyen refakatçiler üzerinde hassasiyetle durulmalıdır. Gerek hastaların gerekse refakatçilerin el temizliği ve hijyeni konusunda eğitim alma noktasında direnç gösterdikleri ve sıvı sabun yerine geleneksel alışkanlıkları olan katı sabun kullanımında ısrarcı oldukları tespit edilmiştir. Hastane enfeksiyonlarının yayılmasında tıbbi hatalar da önemli bir rol oynamaktadır. Neoliberal politikalar uyarınca sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi bu tip hataların artmasında ana etmen olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: hastane enfeksiyonları, iyatrojeni, sosyomedikojenik yaklaşım, medikal/tıbbi antropoloji

Sociomedicogenic Approach to Hospital-Acquired Infections: Results of a Medical Anthropological Research

Abstract: Social and cultural factors have often been neglected when examining the issues about health and illnesses. The sociomedicogenic approach has developed on this deficiency to provide a perspective that combines social and political-economic factors as well as biological knowledge in the understanding of health and diseases. In this study, hospital infections, which is an important health problem in today's world, were examined by sociomedicogenic approach. In accordance with this approach, an analysis was initiated that began with the cultural habits and behaviour of patients and hospital attendants, and extended to national and global political-economic factors. The study is based on in-depth interviews, questionnaire and participating observations with 34 patients and 31 hospital attendants in the general surgery services of two hospitals in Istanbul. Observations and information received from questionnaires reveal that hospitals' use of space and their physical facilities should be reconsidered as user-focused. Careful attention should be paid to hospital attendants who have not yet been examined in detail on the spread and prevention of hospital-acquired infections. It has been found that both patients and hospital attendants insist on the use of solid soap with traditional habits instead of liquid soap, where they are resistant to training in hand washing and hygiene. Medical errors also play an important role in the spread of hospital-acquired infections. According to neoliberal policies, the commercialization of health services is the main factor in the increase of such mistakes.

Key words: hospital-acquired infectious, iatrogenic diseases, sociomedicogenic approach, medical anthropology

Giriş

Disiplinler arası çalışmalara gerektiği düzeyde yer verilmemesi günümüz sosyal ve sağlık bilimlerinin en temel sorunları arasındadır (User, 2005). Bu sorun büyük ölçüde "modern" çağla birlikte yaygınlaşan bilim anlayışının bir ürünüdür. Modernitenin beraberinde getirdiği aşırı uzmanlaşma bilimsel çalışmaların odak alanlarını küçültmüş, insanları genel ve bütüncül olarak ele alan çalışmalardan ziyade daha spesifik kaygılar taşıyan -hekimin üzerinde uzmanlığını yaptığı hastalık gibi- bakış

açıları yaygınlık kazanmıştır. Bu durumu medikal sahada araştırma yürütmeye çalışan sosyal bilimcilerin deneyimlerinde de gözlemlemek mümkündür. Sağlık bilimleri ve sosyal bilimler... Bu ikisi özellikle Türkiye gerçeğinde aynı evde iki yabancı gibidir. Bu yabancılaşmanın etkisiyle hekimler aldıkları eğitim boyunca insan bedenini gittikçe daha çok metalaştırmakta ve onu "sağaltım" hedefleri doğrultusunda bir köprü ya da bir gösterge makinesi gibi algılamaktadırlar. Sosyal perspektiften uzak bir bakış açısıyla

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Yüksek Lisans Öğrencisi

**Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü Öğretim Üyesi

Geliş Tarihi / Received : 05.04.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 27.07.2017

oluşturulan bu hekimlik anlayışının ciddi sonuçlar doğurduğu apaçık ortadadır (**Duyar, 2006**).

Tamamen bireyselciliğe indirgenen tıp anlayışı hastaları birçok dikotominin -bilinçli/bilinçsiz hasta gibi- içine hapsedmekte ve onları hem sağlıksızlık nedenlerinde hem de sağlığın istikrarının sağlanmasında tek sorumlu konumuna düşürmektedir. Bu anlayışa göre çevre ve halk sağlığı konuları tıp alanında giderek önemini yitirirken, insan sağlığını etkileyen iş ve yaşam koşulları da tıp tarafından daha az göz önüne alınır olmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlama rolünün de azalmasıyla beraber, sağlık giderek temel bir insan hakkı olarak görülmekten çıkmakta, kişinin kendi sorumluluğunda olan bir konu haline gelmektedir (**Terzioğlu, 2011**). Sosyal ilişkilerin ve toplumsal yaşamın düzenlediği kültürel habitatin hastalık ve sağlık üzerindeki etkilerini gözardı eden ve sağlık politikalarını da derinden şekillendiren bu yaklaşım tarzı çeşitli sağlık risklerine, örneğin bulaşıcı olmadığı halde pek çok hastalığın bir epidemiyi mişçesi-ne küresel çapta yayılmasına neden olmaktadır.

Elinizdeki çalışmada, konumuz olan hastane enfeksiyonlarına ve onun son yıllardaki artışının etiyolojisine olan yaklaşımdaki eksiklikler göz önünde bulundurulurken, bütüncül bir yaklaşım geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, şimdiki pek de dikkate alınmayan kültürel alışkanlıklar, özellikle de hasta ve refakatçiler ve onların davranış kalıpları analizlere dâhil edilmiştir. Bunun yanı sıra, sağlığın günümüz ekonomi politikalarından etkilendiği göz önüne alınarak son yıllarda uygulamaya konulan sağlık politikalarının hastane enfeksiyonlarının artmasındaki rolü aydınlatılmaya çalışılmıştır.

İyatrojenik bir olgu olarak hastane enfeksiyonları

Hastane (nozokomiyal) enfeksiyonları iyatrojenik bir olgudur. İyatrojeni terimi tıp çevrelerine 1950'li yıllarda girmişti ama Ivan Illich'in (1976) *Medical Nemesis*'i yayımlamasından sonra kamuoyu bu terimin daha fazla şey anlam ifade ettiğinin bilincine vardı (**Inglis, 1991**). En temel anlamıyla iyatrojeniz, hekim ya da tedavi şekline kaynaklanan sağlık sorunlarını ve hastalıkları ifade etmektedir. Özellikle tedavi yerine hasta edici sağlık hizmetinin arttığına altını çizerek, sağlık hizmetini hasta edici bir girişime dönüştüren şeyin, insanın sağ kalmasını organizmanın performansından çıkararak teknik ustalığın sonucu olarak gösteren bir mühendislik faaliyetinin artmasından başka bir şey olmadığını belirtmektedir (**Illich, 2011**).

Hastane enfeksiyonları iyatrojeniz için oldukça iyi bir örnek oluşturmaktadır. Hastaneye yatan hastaların %10'unda taburcu edildikten sonra da ortaya çıkabilen hastane enfeksiyonu görülmektedir ve ABD'de yılda 1,7 milyonun üzerinde hastane enfeksiyonu vakası kayıtlara geçmekte olup, bunların yaklaşık 99.000'i hayatını kaybetmektedir (**Klevens ve ark., 2007**). İyatrojenik hastalıklar ABD'de en ölümcül hastalıklar arasında üçüncü sırada yer alır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün bir meta analizinde Avrupa ülkeleri için değer daha yüksek (hastaların yüzde 7,6'sı) bulunmuştur (**WHO, 2011**). Aynı çalışmada düşük gelirli ülkelerde -sağlıklı veri sağlama konusunda bazı problemlerin olduğu notu da düşülerek- hastanede tedavi gören hastaların yaklaşık yüzde 10,1'inde bu tip enfeksiyonların görüldüğü belirtilmektedir. Başka bir çalışmada da düşük gelirli toplumlarda hastane enfeksiyonlarının daha yüksek olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır (**Allegranzi ve ark., 2010**).

Hâli hazırda uygulanan sağlık politikalarının hastane enfeksiyonlarının yayılmasında bir etkisi var mıdır? Uygulanan bu politikalar, yukarıda da bahsedildiği gibi, toplumsal yaşamın oluşturduğu kültürel dünyayı ne kadar kapsamaktadır? Ya da kapsama gibi bir kaygısı var mıdır? Böyle bir kaygı mevcut değilse hastalıklara, daha da özelden hastane enfeksiyonlarına karşı uygulanan prosedürlerin usullerinde ne gibi değişikliklere gidilmeli ve bu değişiklikler hangi eksenleri barındırmalıdır? Bu çalışmanın başlangıç fikrini oluşturan bu soruları şimdi biraz daha açarak 21. yüzyılın en büyük kitlesel sağlık tehditlerinden biri olan hastane enfeksiyonlarına medikal antropoloji açısından dikkat çekmeye çalışacağız.

Çağımızın en büyük sağlık sorunlarından biri olan hastane enfeksiyonları gün geçtikçe sağlık kurumlarının güvenilirliğini ve toplum sağlığını tehdit etmektedir. Bu enfeksiyonlara sıklıkla yol açan patojenlere karşı kullanılan antibiyotiklere olan antimikrobiyal direnç hızları yükselmekte ve söz konusu patojenler daha güçlü bir şekilde insan bedenine saldırmaktadır (**Lange ve ark., 2012**). İlaç kullanımı ve antibiyotik tedavileri elbette enfeksiyonlar karşısında etkili bir yöntemdir, ancak kalıcı bir çözüm oluşturmamaktadır. Enfeksiyonların yayılmasında önemli derecede etkili olan "taşıma-yayma" ve "bulaşma-bulaştırma" yollarının toplumun kültür bütünü içindeki yerinin nasıl ortaya çıkarılabileceği burada temel problemdir. Ancak nasıl ki kültür toplumdan topluma değişkenlik gösteriyorsa, sağlık hizmeti sunan kurumlar da oluşturdukları

Tablo 1. Görüşme yapılan hasta ve refakatçilerin hastanelere göre dağılımı

	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Toplam
	Hasta	Refakatçi	Hasta	Refakatçi	
Kadın	9	12	8	14	43
Erkek	8	3	9	2	22
Toplam	17	15	17	16	65

biyo-kültürel alanlar açısından görecedir. Daha açık bir ifadeyle, her hastane patojenler açısından farklı floralara sahip olduğu gibi farklı sosyo-kültürel profillere ve davranış kalıplarına sahip insanların tedavi gördüğü alanlar olarak görülmelidir. Bu durum her bir hastanenin, barındırdığı geçici ya da sürekli unsurlarla ayrı bir çerçevede ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu noktada, iyatrojenik bir vaka olan hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde "sosyo-mediko-jenik analiz" in önemi açığa çıkmaktadır. *Sosyomediko-jenik* analiz, temel bir sorunun etiyojisini yalnızca tek eksen de değil, birçok faktörü göz önünde bulunduran ve medikal sahada sosyal ve biyolojik unsurların etkileşimlerini açığa vurmada açıklayıcı bir model teşkil eden bir bakış açısıdır. Ancak bu "birçok" faktörü özellikle de medikal saha çalışmalarında iki ana eksen de toplamak mümkündür. Bu eksenler "mikro" ve "makro" analizlerdir. Hastane enfeksiyonları örneği üzerinden devam edecek olursak; mikro analizler, hastane içi sosyal ilişkilerin, hiyerarşik yapılanmaların, sınırların ve kimliklerin yarattığı biyo-kültürel ortamın patojenlere nasıl bir hareket ortamı yarattığının analizleridir. Makro analizler ise toplumu hasta edici sağlık politikalarının hem yaşam pratikleri dâhilinde hem de kurumsal ilişkilerin ve hukukun düzenlenmesindeki dolaylı-dolaylı olduğu da tartışılır- etkileridir.

Elinizdeki çalışmanın saha aşamasında da bu yaklaşım temel alınarak araştırma gerçekleştirilmiş, değerlendirmeler de ilerleyen bölümlerde tartışılmıştır.

Örnekleme ve araştırma yöntemi

Bu araştırma durum saptamaya yönelik medikal antropolojik bir çalışmadır. Araştırmada istatistiksel olarak anlamlandırılmış genel bir savı ispatlamak hedeflenmemiştir. Temel amaç medikal antropolojik bir bakışla hastane enfeksiyonlarının yayılmasında mevcut sosyo-kültürel faktörlerin ve kalıplaşmış davranışların ortaya çıkarılmasıdır. Araştırma, İstanbul'un Fatih İlçesi'ne bağlı iki büyük eğitim ve araştırma hastanesinde (İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi) gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında

hastanelerin genel cerrahi servisine başvuran yatan hasta ve onların refakatçileriyle yapılandırılmamış görüşmeler ile yapılandırılmış kapalı ve açık uçlu sorular içeren soru formları ile mülakatlar uygulanmıştır. Bunun yanında destekleyici veri kaynakları olarak saha günceleri ve araştırmacının gözlem notları ile bulgular değerlendirilmiştir. Çalışmada olasılıksız örnekleme tekniği kullanılmıştır. Olasılıksız örneklemede, evrendeki kişilerin örneğe ne olasılıkla seçileceği bilinemeyeceğinden ve çalışmanın yapılacağı sağlık kuruluşuna başvuracak kişilerin evreni saptanamayacağı için bu tekniğin kullanılmasına karar verilmiştir (**Hayran, 2012**). Araştırma bu yolla belirlenen 34 hasta ve onların refakatçisi konumundaki 31 kişi olmak üzere toplam 65 bireyle gerçekleştirilmiştir (Tablo 1).

Araştırma sahasında veri toplama, sosyal bilimlerde ve özellikle antropolojide sıkça kullanılan "görüşme" ya da diğer adıyla "mülakat" tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın amaçlarına ve konusuna yönelik olarak bir mülakat formu oluşturulmuştur. Bu mülakatlar demografik yapı, ikâmet edilen meskenlerin özellikleri, günlük yaşam alışkanlıkları, sosyoekonomik durum, sağlık geçmişi, hastaneye ulaşım, ilaç kullanım alışkanlıkları, hastanede yatış süresince kişisel bakım ve hijyen gibi konularda açık ve kapalı uçlu sorular içermektedir. Mülakatlar, hastalar için minimum 48 saat yatışını tamamlamış ve hâlen yatmakta olan hastalara uygulanmıştır. Refakatçiler için böyle bir ölçüt uygulanmamıştır.

Çalışmanın bir kısmını anket uygulamaları ve bunların sonuçlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirmesi oluştursa da bunun yanında katılarak gözlem yapılarak etnografik gözlemler de kaydedilmiştir. Bu etnografik veriler hasta-hekim ilişkisini hem biçim hem de içerik olarak ele alan gözlemleri içermektedir. Ancak iyi bir gözlemin yapılabilmesi için iki aşama göz önünde bulundurulmuştur. Önce tamamen betimleme şeklinde, hiçbir yargı cümlesi kullanmadan ne görünüyorsa ve duyuluyorsa gözlem anında ya da hemen akabinde deftere günce şeklinde kaydedilmiştir. Daha sonra bu günceler araştırma sonuçlarının analizi sırasında elden geçirilmiştir.

Araştırma, İstanbul Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı olan İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Karar no: 427 Tarih: 21.02.2014) ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Karar no: 88 Tarih: 19.03.2014) etik kurullarından alınan izin çerçevesinde planlanıp yürütülmüştür. Mülakatlara başlamadan önce yazılı olarak hazırlanmış onam formları hastalara ve refakatçilere okunarak ya da okutularak araştırmaya katılımları sağlanmıştır.

Bulgular ve değerlendirme

Hastane enfeksiyonları diğer birçok hastalık gibi anlaşılması zor olan ve önlenme hızı düşük olan bir sağlık sorunudur. Zorlukların önemli bir bölümü, söz konusu enfeksiyonların barındırdığı ve bağlantı içinde olduğu sosyal ve biyolojik nedenlerin karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Bu bağlantıların varlığını saptamak oldukça güçtür, çünkü hastaneler sosyal ilişkiler bağlamında değişken ve dinamiktir. Sabit ve homojen bir kitleden söz edemediğimizden bu tarz araştırmaları hem zamansal hem de mekânsal açıdan kapsamlı bir şekilde ele almak gerekmektedir. Her iki hastanede gerçekleştirilen saha çalışmasında yapılan görüşmelerden pek çok bulgu elde edilmiştir. Bu çalışmada söz konusu bulgulardan öne çıkan ana başlıklar üzerinde durulmuştur. Bulgular sosyomedikojenik analizin gerektirdiği üslup ve bakış açısından değerlendirilmiştir.

Araştırma sahasında elde edilen (mikro) bulgular arasında en dikkat çekici üç temel başlığı ele almak gerekmektedir. Bunlar sırasıyla *mekân düzenlemesi, toplumsal roller ve kültürel alışkanlıkların/bilginin değişmeye karşı olan direncidir*. Mekân düzenlemesine bakıldığında her iki hastanede önemli farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Hastanelerden birinde yataklı servis hizmetinin verildiği bina aynı zamanda poliklinik hizmetlerinin de verildiği binadır. Diğer hastanede ise bu iki birim birbirinden hem bina hem de yerleşke olarak ayrılmıştır. Servislerdeki insan yoğunluğu üzerinde oldukça etkili olduğu anlaşılan bu farklılığın, birimlerin birarada bulunduğu kurumda ciddi sıkıntılar yarattığı görülmüştür. Hem personel hem de hasta ve yakınları bu kontrol dışı yoğunluktan etkilenmektedir. Ayrıca bu durum servise getirilmesi son derece sakıncalı olan birçok unsurun kolaylıkla servise ulaştırılmasına neden olmaktadır. Ziyaret saatlerinde gelen pek çok hasta yakınının enfeksiyon riski oluşturabilecek birçok unsuru (dışarıdan alınmış yiyecek ve içecekleri, canlı bitkileri, vb.) beraberinde getirdikleri görülmüştür.

Hastaneler arasındaki mekânsal düzenleme bakımından bir diğer farklılık da oda kapasiteleridir.

Birimlerin ayrılmadığı hastanede odaların %90'ı 4 kişi ve üstü yatak kapasitesine sahiptir. Diğer hastanede ise 4 ve üstü yatak kapasitesi olan oda sayısı görece düşüktür. Ancak oda büyüklükleri ve odalardaki hareket alanları konusunda iki hastane arasında önemli bir farklılık gözlenmemektedir. Yatak düzenlerinin de mekân düzenlemesi açısından değerlendirilmesi gerektiği yapılandırılmamış görüşmeler sonucunda anlaşılmıştır. Oda kapasitesinin fazla olduğu -yani odaların daha kalabalık olduğu- ve birimlerin ayrılmadığı hastanede hastalar yüzleri birbirlerine dönük bir şekilde yatmaktadır. Bu düzenlemenin hastalarda psikolojik etkiler bırakıp bırakmadığı üzerinde durulması gereken bir konudur. Çünkü çalışma sırasında görüşme yapılan hastalarda iki hastane arasında ciddi bir tahammül ve isteksizlik farkı olduğu gözlenmiştir. Sürekli olarak karşısında yatan birinin yaşadıklarına tanık olan hastaların görsel bir baskıya maruz kaldıkları bu düzenlemenin hem hastaların hem de refakatçilerin tahammül ve istek sınırlarını daraltan bir etmen olduğu görülmektedir. Bunun tam tersi olan diğer hastanede ise hastalar genelde maksimum iki hastanın yatabileceği odalarda kalmaktadır. Buradaki hastalarla yapılan görüşmelerde daha güler yüzlü oldukları ve çalışmaya katılma isteklerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Mikro bulgular arasında yer alan ikinci temel başlık, toplumsal rollerdir. Burada özellikle "refakat etme" kavramı ve bireylere toplum tarafından yüklenmiş cinsiyet rolleri üzerinde durulması gerekmektedir. Refakat eden kişi hastanın tüm mahremine, çiğnediği "yasakları" ve sıkıntı ve ihtiyaçlarını birinci elden gözlemleyen ve bilen kişidir. Refakatçi bu açıdan hasta ile sağlık çalışanlarının işbirliği ilişkisine geçebilmesinde önemli bir aktörü oluşturmaktadır. Ancak refakatçinin bu özelliğini devreye sokmadan önce hastanede refakat eden kitlenin özellikleri iyi analiz edilmelidir. Her iki hastaneden toplanan verilere göre toplam refakatçilerin yaklaşık %84'ünü kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Refakatçilerin cinsiyetlere göre dağılımı

	(n)	Yüzde (%)
Kadın	26	83,9
Erkek	5	16,1
Toplam	31	100,0

Tablo 3. Refakatçilerin meslek gruplarına göre dağılımı

	(n)	Yüzde (%)
Ev kadını	25	80,6
İşçi	4	12,9
Diğer	2	6,5
Toplam	31	100,0

Refakatçilerin mesleklerine bakıldığında yaklaşık %81'inin ev kadını olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Kadınlar hasta refakatçiliğini büyük ölçüde üstlenmiş gibi görünmektedir. Ailede hemen herkesin sorumluluğu üzerindeyken kadınların nasıl olup da uzun saatler boyunca hastalarına refakat ettikleri kolay açıklanabilecek bir husus değildir. Bu kadar sorumluluk altındayken refakatçi görevini de üstlenmeleri kadınların risk alanını (özellikle taşıyıcı anlamında) genişletmektedir. Çocuğuna, eşine, kardeşine, gelinine, babasına veya torununa refakat eden kadınların hepsinin görüşmelerde dile getirdikleri ortak bir söylem tespit edilmiştir: *Evde de burada da biz koşutuyoruz.*

Kadınların servislerde hasta bakıcılığı görevini üstlenmeleri ya da bu görevin onlara kültürel olarak aktarılması onları hastane servislerinin birer aktörü haline dönüştürmektedir. Hastanın mahremini ve özel davranışlarını çok iyi tanıyan bu refakatçilerin, hastane enfeksiyonlarıyla mücadelede önemli bir etken oldukları unutulmamalıdır.

Evdeki hijyen alışkanlıkları konusunda da soruların sorulduğu araştırmada hastalara evlerinde bulaşıkların genelde nasıl yıkıldığı sorulduğunda yanıtların yaklaşık %62'si "evdeki herhangi bir kadın" cevabını vermiştir (Tablo 4). Ev işlerinin toplumsal cinsiyet rolleri ile genel olarak kadına devredildiği bir toplumda elbette bu cevabın alınmış olması şaşırtıcı değildir. Burada kültürel olarak inşa edilmiş bir rol pratiği kadınları pek çok enfeksiyon riskine karşı koruyor olabilir. Görüşülen kadınların çoğunun da belirttiği gibi "kadının eli sudan çıkmaz" gerçeği, enfeksiyon hastalıklarının yayılmasında el yıkamanın son derece önemli olduğunu ve bu noktada kadınların kültürel uygulamalar nedeniyle erkeklerden daha az risk altında olduğu öngörülebilir.

Mikro bulgular arasında yer alan üçüncü ve son alt başlık ise kültürel alışkanlıkların/ bilginin değişmeye olan direncidir. Araştırma sahasında bu konu üzerinde iki önemli tespitte bulunulmuştur. Her iki hastanede de görüşülen hastaların yaş ortalamaları 60 olup, bu yaş üzerinde olan hastaların görüşülenlerin yarısını oluşturduğu tespit edilmiştir. Özellikle kullanılan sabun türü ile yaş arasında bir bağlantının olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda yer alan serpilme diyagramının da gösterdiği gibi, özellikle de yaşlı bireylerin (60 yaş ve üzeri) katı sabun -hastaların deyimle kalıp sabun- kullanımı oldukça siktir (Şekil 1).

Yaşlı bireylere neden katı sabun kullandıkları sorulduğunda şu cevaplar alınmıştır.



Şekil 1. Hastaların el yıkamada kullandıkları sabun türünün yaş gruplarına göre farklılaştığını gösteren serpilme diyagramı

- *Bu şekilde ellerimin daha iyi temizlendiğini düşünüyorum. (Kadın, 55).*

- *Eskiden beri biz katı sabun kullanırız. (Erkek, 63).*

Öyle ki bazı hastaların hastaneye katı sabun getirdikleri tespit edilmiştir. Ancak katı sabunlar birçok bakteri enfeksiyonu için uygun rezervuar ve üreme alanı oluşturduğundan son derece riskli bir durum ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, hastaların getirdikleri sabunları nasıl muhafaza ettikleri de belirsizdir. Gözlemlerimiz sağlık personelinin bu durumun farkında olmadığı yönündedir.

Yer etmiş kültürel alışkanlıkların yeniliklere ve yönlendirmelere gösterdiği dirence ilişkin diğer bir örnek ise el yıkama tekniğinde karşımıza çıkmaktadır. Hastalara, herhangi bir sağlık personelinin ellerini nasıl yıkamaları gerektiği konusunda bilgi verip vermediği üzerine bir soru sorulmuştur. Yöneltilen sorunun sorulmasındaki temel amaç hastane personelinin konu üzerindeki girişimlerini ölçmekten ziyade personelden hasta ve yakınlarına doğru el yıkama teknikleri konusundaki olası bir bilgi transferine ne kadar açık olduklarını ortaya koymaktır. Ortaya çıkan sonuçlar gösteriyor ki hastaların büyük bir çoğunluğu bu girişimi anlamsız ya da gereksiz bulmaktadır. Hastaların neredeyse %77'si yöneltilen soruya tepkiyle cevap vermiştir (Tablo 5). Hasta ve refakatçilerin öne sürdükleri argümanlar arasında en çok tekrar edenler şunlardır:

- *Çok şükür nasıl yıkayacağımızı biliyoruz. (Erkek, 34)*

- *Bu yaşıma kadar öğrendiğimi düşünüyorum. (Kadın, 55)*

- *Hayır, gerek yok zaten. (Kadın, 17)*

- *Bunu bana birinin öğretmesine gerek yok. (Kadın, 38).*

Buradan anlaşılması gereken çıkarım şudur: sağlık personeli ile hasta ve yakınları arasında birtakım iletişim bariyerleri oluşabilir. Bu bariyerlerin

Tablo 4. Hastaların “Evde bulaşıklar nasıl yıkanır?” sorusuna verdikleri cevaplar

	(n)	Yüzde (%)
Evdeki herhangi bir kadın	21	61,8
Bulaşık makinesi	12	35,3
Diğer	1	2,9
Toplam	34	100,0

Tablo 5. El yıkama eğitimine karşı hastaların gösterdiği tepkiler

	(n)	Yüzde (%)
Tepkili	26	76,5
Tepkisiz	8	23,5
Toplam	34	100,0

büyük bir kısmı, kültürel olarak öğrenilmiş ve sıkça pratik edilmiş davranışların yeniden düzenlenmesi gerektiği durumlarda oluşacaktır. Tıpkı bu örnekte olduğu gibi bireyler birtakım yerleşmiş davranışları değiştirmek konusunda isteksiz olabilir ya da öğreniyormuş gibi yapıp bu teknikleri gerektiği gibi uygulamak istemeyebilir.

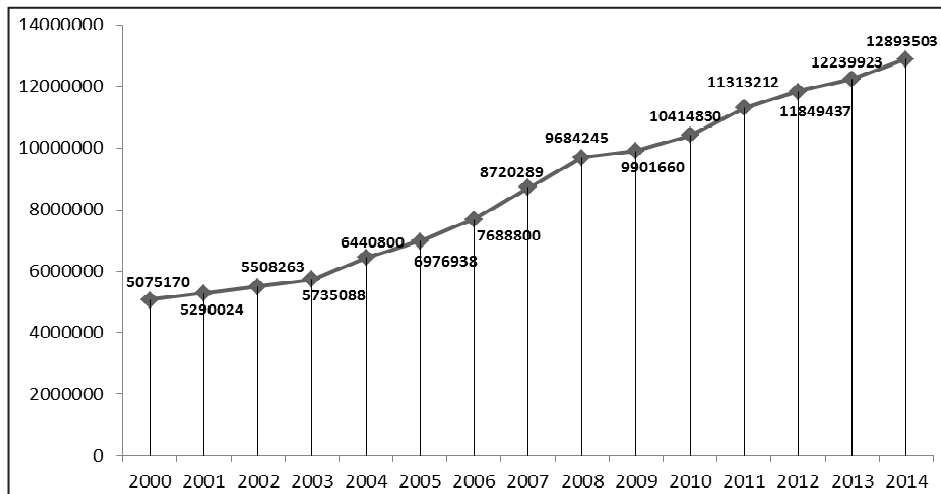
Tartışma

Daha önce de ifade edildiği gibi sosyomedikojenik yaklaşımın gereği uyarınca hastane enfeksiyonları tek boyutta ele alınmaması gereken bir sorundur. Şimdiye kadar ele alınan mikro bulguların yanında çok daha geniş bir etki alanına sahip olan makro bulguların da gözden geçirilmesi gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarının süregelen bir problem haline dönüşmesi ancak bu bakış açılarının hayata geçirilmesiyle aydınlığa kavuşturulabilir.

Günümüzde bildiğimiz anlamıyla tıbbın, yani modern tıbbın yarattığı sağlıksızlık sonuçlarının kaynaklarını temel birkaç başlık altında toplamak mümkündür. İlk olarak modern hastaneler sağlığın tek başvuru adresi olarak gösterildiği için çekim

merkezi hâline gelmiştir. Bu durum, farklı sosyo-kültürel yapıya ve yaşam alışkanlıklarına sahip birçok insanın aynı merkezde sağaltım umuduyla etkileşime girmesine yol açmaktadır. Talepte yaşanan bu artış sağlık kurumlarında başta hastane enfeksiyonları olmak üzere birçok sağlık riski doğurmaktadır. Örneğin OECD verilerine göre Türkiye’de 2000 yılından 2014 yılına kadar hastanelere yapılan yataklı tedavi başvurularında iki kat artış tespit edilmiştir (Şekil 2). Bu artış tüm nüfusa göre 2000 yılında yüz binde yaklaşık 7.700 iken; 2014 yılına geldiğimizde oran yaklaşık 16.700 hastaya ulaşmıştır (OECD, 2014) (Şekil 2).

Yatarak tedavi gören insan sayısındaki artışın tarihsel olarak ele aldığımızda Türkiye’de gerçekleşen sağlıkta neoliberalleşme ve sağlık sisteminin özelleştirilme süreci ile aynı çizgide yer aldığı görülmektedir. Bu veriler başvuru ve girişimlerin ne kadarının gerekli olduğu sorusunu gündeme getirmektedir. Bunun yanında veriler, toplumu bu kadar hastaneye ve ameliyat masasına iten sağlıksızlık göstergelerindeki artışların sinyali niteliğindedirler. Hastanelerde yatarak tedavi alan insan sayısındaki artışlar

**Şekil 2. Türkiye’de yataklı tedavi gören hastaların sayısı (OECD, 2014)**

nedeniyle hastane enfeksiyonlarının sıklaşması için uygun ortamlar gelişmeye başlamıştır. Toplumun hastaneye bu kadar bağımlı olması bir halk sağlığı sorununa da dikkat çekmektedir. Koruyucu hekimlikten uzak tedavi odaklı sağlık hizmeti anlayışı toplumu kronik ve bulaşıcı hastalıklara karşı daha duyarlı olmaya itmekte ve bu durum hastanelerde insan yığılmaları ile sonuçlanarak hastane enfeksiyonlarına neden olmaktadır.

Ticarileşen sağlık hizmetlerinin malpraktisleri ve diğer tıbbi hataları arttırdığı ve beraberinde yeni sağlık sorunları getirdiğine dair pek çok veri bulunmaktadır. Örneğin Richard Titmuss daha 1970'li yıllarda kâr amacı güden sağlık kurumları ile kâr amacı gütmeyenleri karşılaştırdığında ikinci gruptakilerin daha güvenli ve etkili sağlık hizmeti verdiği gerçeğiyle karşılaşmıştır. Kâr amacı güden hastanelerde, maliyeti 5-15 kat fazla olmakla birlikte 10 kat daha fazla kanın boşa alındığı tespit edilmiştir. Bunun dışında, kâr amacı güden sağlık kurumlarında hepatit gibi enfeksiyonların da belirgin bir artış gösterdiği gözlenmiştir (**aktaran Schiff, 2000**).

Ticarileşen sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de iş yükünü çok az sayıda personelle yürütmeye çalışmalarıdır. Çalışan başına daha fazla iş yükü düştüğü için tıbbi hatalar ister istemez artmakta, hastane hijyeninin en temel ilkeleri arasında yer alan tansiyon alma, vücut ısısını ve nabzı ölçme gibi pek çok rutin işlemde her hasta için değiştirilmesi gereken eldiven değişimi yapılmamaktadır. Bunun yanı sıra, her hasta için kullanılmadan önce temizlenmesi gereken ölçüm aletlerinin (örneğin stetoskop) temizlenmesi zaman kısıtlılığı ya da iş yükünün yoğunluğu nedeniyle yapılamamaktadır. Kâr amaçlı sağlık birimlerinde görev yapan personelin uzun saatler boyunca ve sürekli değişen vardiyalarla çalıştırılmaları da bu tip hataların artmasında diğer önemli bir faktördür (**Carney, 2012**). Tüm bu bulgular, son yıllarda gittikçe ticari bir sektör haline gelen sağlık hizmetlerinin ve bu sistem içerisinde çalışan görevlilerin tıbbi hatalarının artışında ve bu arada hastane enfeksiyonlarının artışında önemli etkenlerden biri olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Küreselleşme ile birlikte değişen yaşam alışkanlıkları sağlık üzerinde doğrudan etkili olmuştur. 20'inci yüzyılın ikinci yarısından itibaren enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması ve çocuk ölümlerinin büyük ölçüde azaltılmasıyla birlikte yaşam süresi uzamıştır. Fakat bu dönemde diyetle doğal olmayan, işlenmiş ve katkı konulmuş gıdalar aşırı şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bunun sonucunda

kronik hastalıklarda müthiş bir patlama meydana gelmiştir. Diğer bir anlatımla, "sıcak" (enfeksiyöz) hastalıklar azalırken "soğuk" (enfeksiyöz olmayan kronik) hastalıklar artmıştır (**Aydın, 2012**). Artan kronik hastalıklar ile birlikte hastanelere yapılan başvurulardaki artışa yenileri eklenmiş, böylece enfeksiyon riski hastanelerde artmaya başlamıştır.

Küreselleşmenin bir sonucu olarak neoliberal politikalar ekseninde şekillenen sağlık reformları küreselleşen dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hastalık algısında ve sağlık hizmetlerinin işlevinde değişimler meydana getirmiştir. Tüm bu ekonomi-politik değişimler sağlık alanındaki ilişkilerin ve pratiklerin nihai amaçlarını da yeniden şekillendirmiştir. *Hasta*, bir "müşteri" ya da sistemin tüm kurallarına uyması gereken bir "nesne," hekim-hastalık arasında bir gösterge makinesine dönüştürülmüştür. *Hastalık*, sağlık sektörünün ve ona eklenerek hacmini genişleten iktisadi faaliyetlerin malzeme dolabı haline; *hastane* ise hastalıkların ve tedavinin satıldığı merkezileşmiş "sağlık ticarethaneleri" haline gelmiştir. *Tedavi* denilen süreç ise hastalığı daha uzun ömürlü kılarak ilaç pazarını sürekli kılan modern bir ritüele dönüştürülmüştür. *Muayene* sırasında da hasta-hekim arasındaki fiziksel temas en asgari seviyeye indirilip, teknolojik cihazlara dayanan, sosyal ilişkilerden uzak bir görüşme şeklini almıştır. Neoliberal *Hekim* bu ilişkiler ağında ana aktör konumdadır. Pazarın yegâne satış temsilcisidir ve sarsılmaz otoriter bilgisiyile hastayı/müşteriyi medikal karteğe hapsetme görevini üstlenmiştir.

Birer işletme haline gelen modern hastaneler etrafında merkezileştirilen sağlık ve aynı zamanda ticarileştirilen sistemin ürettiği sağlık personelleri (hemşireler, hekimler, hasta bakıcıları vb.) sağaltımın amacındaki neoliberal değişimden doğrudan etkilendiler. Örneğin bugün modern tıp eğitiminin türeyen hemşirelik mesleğinin de hastaya daha az, bilime daha çok dayalı hale geldiği biliniyor. Hemşireler artık daha çok teknolojik bakımla ilgililer. Tıpkı doktorlar gibi onlar da öğrenimlerinin sonuna geldiklerinde hasta merkezli hemşirelikten çok, hastalık merkezli hemşirelik yapıyor ve eğitimleri bittiğinde hastaların tıbbi olmayan gereksinimleriyle uğraşmak için daha az zaman harcıyorlar (**Gordon ve Edwards, 2013**).

Küresel çapta insanların ihtiyaç duydukları biyo-medikal hizmetler ve bu hizmetlerde kullanılan mallar geniş çapta özel piyasaların eline geçmektedir. İnsanlar bu sebepten ötürü tıbbi hizmetlere ulaşmakta güçlük çekmektedirler. Bu olguyu ilaç

piyasasından organ nakillerine kadar gözlemlemek mümkündür. Ayrıca bu özel serbest pazar ilaçların (antibiyotik gibi) bilgisiz kullanımlarını çoğaltmış ve bu da salgın risklerinin artmasına neden olmuştur. Biyo-medikalde iyatrojenik komplikasyonların potansiyeli hem yoksul hem de zengin kesimlerde gözlemlenebilmektedir. Örneğin Afrika ülkelerinde kullanılan biyomedikal ekipmanların sterilizasyonunun yeterince gerçekleştirilmemesi Ebola, HIV ve Hepatit C gibi bulaşıcı hastalıklarının yayılmasında önemli bir etken olmuştur (Hu ve ark., 1991; Nguyen, 2004). Bunun yanında ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde hastalara uygulanan invaziv girişimler ve yoğun antibiyotik kullanımlarından dolayı hastanelerin, MRSA ve VRE gibi anti-mikrobiyal direnci yüksek bakterilerin ürettiği tehlikeli ortamlara dönüşmesi kaçınılmaz olmuştur (Nguyen, 2004).

Hasta, refakatçi ve personel arasındaki işbirliği hastane enfeksiyonlarının kontrolünde mutlaka üzerinde durulması gereken bir konudur. Öte yandan ülke çapında gerçekleştirilen hastane enfeksiyonu sürveyansları enfeksiyonlarla mücadelede etkilidir, ancak tek başına yeterli değildir. Bu mücadele yalnızca hekim ve sağlık personeli ile söz konusu patojenler arasında değil, aynı zamanda hasta, refakatçi ve ziyaretçilerinde müdahil olduğu bir sorundur ve onların da katılımının sağlandığı bir anlayışla bu mücadelenin düzenlenmesi gerektiği açıkça ortadadır. Kurumlar da olası riskleri önlemek adına hastalardan olan beklentilerini hasta refakatçi hekim üçgeninde işbirliği çerçevesinde düzenlemelidirler. Bu düzenlemeler hiçbir aktörü dışlamamalı, yaftalamamalı ya da etkisiz kılmamalıdır. Çünkü hastane enfeksiyonları epidemiyolojik bir sorun olduğu kadar aynı zamanda sosyal ilişkilerin ve yapının bir sorunudur. Günümüzün en temel sağlık riskleri arasında yer alan hastane enfeksiyonlarında olduğu gibi diğer hastalık/sağlık algılarının ve politikalarının burada örneği verildiği gibi tüm makro ve mikro faktörlerin bir arada değerlendirildiği sosyomedikojenik analizlerle anlamlandırılmalıdır. Bu multidisipliner bir araştırma sahasıdır ve birçok bilimi ve bilim insanının kolektif çalışmasıyla ancak toplum sağlığı açısından işlevsellik kazanabilir. Son olarak tıbbın yalnızca biyolojik bir bilim olmadığı aynı zamanda sosyal bir bilim olduğu unutulmamalıdır.

Katkı Belirtme

Bu çalışma Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK)'nın 2209-Üniversite Öğrencileri Yurt İçi/Yurt Dışı Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında (Proje No. A 2013-2) desteklenmiştir.

Kaynaklar

- Allegranzi, B., Bagheri Nejad, S., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., Pittet, D.** (2011) *Burden of Endemic Health-Care-Associated Infection in Developing Countries: Systematic review and meta-analysis*. *Lancet* 377(9761):228-241.
- Aydın, A.** (2012) *Tıpta Büyük Yalanlar, İçinde: İ. Arslanoğlu (Ed.), Tıp Bu Değil*. İstanbul: İthaki Yayınları.
- Carney, W.** (2012) *Do No Harm: A Social Science Approach to Medical Errors and Hospital-Acquired Infections—A Systemic Approach to the Epidemic*, in W. Carney (Ed.), *Epidemic of Medical Errors and Hospital-Acquired Infections: Systemic and Social Causes*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Duyar, İ.** (2006) *Eleştirel Medikal Antropoloji, Toplum ve Hekim* 21(1):17-20.
- Gordon, T., Edwards, S.** (2013) *Doktor-Hasta İşbirliği*. İstanbul: Profil Yayıncılık.
- Gürsoy, A.** (2005) *Günümüzde Sosyal Bilimler ve Sağlık*, in B. Kümbetoğlu, H. B. Gedik (Eds.), *Gelenekten Geleceğe Antropoloji*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Hayran, O.** (2012) *Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Hu, D.J., Kane, M.A., Heymann, D.L.** (1991) *Transmission of HIV, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health Care Settings: A Review of Risk Factors and Guidelines for Prevention*, *Bull World Health Organization* 69(5):623-630.
- Illich, I.** (1976) *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Illich, I.** (2011) *Sağlığın Gasptı*. (Çev. S. Sertabiboğlu) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Inglis, B.** (1991) *Tıbbın Hastalığı*. (Çev. M. D. Çekin) İstanbul: İnkılab Yayınevi.
- Klevens, R.M., Edwards, J.R., Richards, C.L., Horan, T.C., Gaynes, R.P., Pollock, D.A., Cardo, D.M.** (2007) *Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002*, *Public Health Report* 122:160-166.
- Lange, J.H., Cegolon, L., Mastrangelo, G.** (2012) *Nosocomial Diseases: A Discussion of Issues and Prevention*, in W. Charney (Ed.), *Medical Errors and Hospital-Acquired Infections: Systemic and Social Causes*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Nguyen, V.-K.** (2004) *Emerging Infectious Diseases*, in C. R. Ember, M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology*. New York, USA: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- OECD.Stat Web Sayfası.** (2014). *Health Care Utilisation (Turkey)*. Erişim Tarihi: 30 Mart 2017, <http://stats.oecd.org/>.
- Schiff, G.** (2000) *Fatal Distraction: Finance vs Vigilance in Our Nation's Hospitals*, *Journal of General Internal Medicine* 15:269-270.
- Terzioğlu, A.** (2011) *Küreselleşme, Kanser ve Hastalık Anlatıları*, İçinde: C. Özbay, A. Terzioğlu, Y. Yasin (Eds.), *Neoliberalizm ve Mahremiyet*. İstanbul: Metis Yayınları.
- User, İ.** (2005) *Disiplinlerarası Çalışmanın Sınırları*, İçinde: B. Kümbetoğlu, H. B. Gedik, Ş. Yeğin (Eds.), *Gelenekten Geleceğe Antropoloji*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- WHO** (2011) *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: A Systematic Review of the Literature*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.