

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINDA AYRIMCILIK

Mehmet ZENCİR*, Meltem ÇİÇEKLİOĞLU**

Öz: Sağlık hizmetleri kullanımında eşitsizlik üzerinde yoğun bir şekilde durulurken, ayrımcılık konusu hakkettiği ilgiyi bulamamıştır. Yürütülen çalışmalar ırkçılık çerçevesinde sınırlı kalmıştır. Sağlıkta Ayrımcılık teması ile gerçekleştirilen Ata Soyer Güz Okulu'nda sağlık hizmetleri kullanımında ayrımcılık konusu "grup çalışması" eğitim tekniği kullanılarak tartışılmıştır. Bu yazı eğitimin kavramsal çerçevesi ve süreci ile grup çalışması sonuçlarını paylaşmak amacıyla hazırlanmıştır. Grup çalışmasından önce, ayrımcılık ile ilgili kavramsal çerçeve anahtar sunum olarak aktarılmıştır. Bu sunumda sağlık hizmeti kullanımında davranışçı model ve erişim modeli tanıtılmış, sağlık hizmet kullanımında ayrımcılık kategorileri tanımlanarak, bunları üreten mekanizmalarla ilişkisi kavramsallaştırılmıştır. Grup çalışmasında ise bu teorik çerçeveden yararlanılarak, sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ayrımcılık arasındaki ilişkiyi tanımlayan bir kavram haritası oluşturulmuştur. Bu çalışmada, eşitsizlik teması içinde değerlendirilen ayrımcılık konusu, kendi sistematiğinde ele alınarak tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: sağlık hizmeti kullanımı, davranışçı model, ayrımcılık

Discrimination in the Use of Health Services

Abstract: While inequality in the use of health services has been intensified, the issue of discrimination has not received the attention it deserves. Studies have been limited in the framework of racism. At Ata Soyer Fall School, which was organized with the theme of Discrimination in Health, the issue of discrimination in the use of health services was discussed using the "group work" training technique. This article was prepared to share the conceptual framework and process of education and the results of group work. Before the group work, the conceptual framework of discrimination was presented as a key presentation. In this presentation, the behavioural model and access model in healthcare use are introduced, the categories of discrimination in healthcare use are defined, and their relationship with the mechanisms that produce them is conceptualized. In the group study, a concept map was created by defining the relationship between the use of health services and discrimination by using this theoretical framework.

Key words: use of health services, behavioural model, discrimination

Ata Soyer Güz Okulları geleneksel olarak ele alınan konuların teorik ve kavramsal çerçevelerinin sosyal ve ekonomi-politik açısından değerlendirildiği, oluşturulan bu çerçevenin sağlık ve sağlık hizmeti alanı ile ilişkilendirildiği iki bölümden oluşmaktadır. Eğitim programının ilk bölümde eğitim tekniği olarak kuramsal ders anlatımları yer alırken, ikinci bölümde ağırlıklı olarak küçük grup çalışmaları kullanılmaktadır. Bu yazıda sağlıkta ayrımcılık teması ile gerçekleştirilen Ata Soyer Halk Sağlığı Güz Okulu'nda yer alan sağlık hizmetlerinin kullanımında ayrımcılık grup çalışması öncesi yapılan anahtar sunum içeriği ve grup çalışması tartışma sonuçları paylaşılacaktır. Yazının ilk bölümünde grup çalışmasına yön vermek için hazırlanan teorik çerçeveyi oluşturan sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmeti kullanımını açıklayan temel kuramlar ve sağlık hizmeti kullanımında ayrımcılık konularına odaklanılacaktır. İkinci bölümde grup çalışmasının ürünü olan sağlık hizmeti kullanımı ile ayrımcılık arasındaki ilişkiyi kavramsallaştıran çerçeve sunularak tartışılan konular paylaşılacaktır.

I. Sağlık hizmeti kullanımı ve ayrımcılık: Teorik sunum içeriği

Grup çalışmasına anahtar oluşturmak için yapılan sunum, sağlık hizmeti kullanımını tartışmak için gerekli olan kavramların tanımlanması ile başlamış, sağlık hizmeti kullanımı modellerinin anlatılması ile devam etmiş en son sağlık hizmetlerinin kullanımında ayrımcılıkla ilgili kavramsal modeller anlatılmıştır.

I.1. Sağlık hizmeti kullanımı için kavramlar

Sağlık Hizmeti kullanımı hizmetin türü, yararlanılan sağlık kurumu ve sağlık çalışanı, yeri, amacı, zaman aralığı ve sağlık harcaması kapsamında araştırılmış ve tartışılmıştır. Kullanılan hizmetin türü tedavi edici (ayaktan, hastaneye yatma-cerrahi), koruyucu, sağlığı geliştirici ve esenlendirici olarak incelenmiştir. Yararlanılan/başvurulan sağlık kurum-yer sıklıkla hastane, birinci basamak, acil, lab., diş hekimliği, eczane ve geleneksel sağlık hizmeti (alternatif tıp, tamamlayıcı tıp) verilen yerler olmuştur. Bu kurumlar özel-kamu, muayenehane, poliklinik, özel tıp

*Prof. Dr., Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu (ORCID No: 0000-0003-0781-7841)

**Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (ORCID No: 0000-0002-7059-7573)

Geliş Tarihi / Received : 01.08.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 10.09.2019

merkezleri, bakım merkezleri, sağlık kabinleri, halk tıbbi, alternatif tıp ve informal olarak daha da ayrınılıdırılmıştır. Doğrudan sağlık kurumu dışında verilen hizmetlerde dikkate alınmıştır. Kullanım amacı ise acil; yakınma-hastalık; kontrol, izlem, tarama, koruyucu hizmet, vb.; tanısal-lab.-radyoloji; küçük cerrahi girişimler (enjeksiyon, pansuman, sonda, serum takma, vb); danışmanlık, eğitim vb. şeklinde sistematize edilmiştir. Hizmet için başvuru sağlık çalışanı ise sıklıkla hekime (pratisyen ya da uzman) başvuru şeklinde olmakla birlikte diş hekimi, hemşire-ebe vb. şeklinde çeşitlenmektedir. Kullanılan hizmetin zaman aralığı ise ortalama başvuru sayısı, sıklık, kullanan-kullanmayan nüfus yüzdesi şeklinde değerlendirilmiştir. Sağlık harcaması ise sıklıkla sigorta ve cepten ödemeler olarak ele alınmıştır. (Erdem ve Pirinççi, 2003; Akbulut, 2015; Kılıç ve Çalışkan, 2013).

Sağlık hizmet kullanımı sıklıkla arz (supply) ve talep (demand) retoriği üzerinden ele alınmıştır. Sağlık kurumu ile ilk teması kadar kişi-hasta belirleyici iken başvuru sonrası kurum-sağlık çalışanı (hekim) belirleyiciliğine dikkat çekilmiştir (Erdem ve Pirinççi, 2003). Bu bakışla da sağlık hizmet kullanımı etkileyen faktörler daha çok ilk teması (başvuruyu) etkileyen faktörler olarak incelenmiş ve tartışılmıştır.

1.2. Sağlık hizmet kullanımını etkileyen faktörleri açıklayan modeller

Sağlık hizmet kullanımını etkileyen faktörlerle ilgili kuramlar; daha çok bireysel düzeyde konuyu ele alan bireysel tıbbi bakım alma kararına dayalı olarak

açıklayan model, hizmet kullanıcının duygusal ihtiyaçlarına dayalı olan sağlık inancı modeli, konuya daha bütünlüklü ve sosyal ele alan davranışçı model ve sağlık hizmet kullanımını erişebilirlik üzerinden tanımlayan Levasque ve ark. tarafından geliştirilen sağlık hizmeti erişim modeli olarak dört başlık altında toplanabilir. Burada, ilk iki modele kısaca değinildikten sonra davranışçı model ile Levasque'nin sağlık erişimi modeli daha geniş ele alınacaktır.

Tıbbi bakım alma kararı Schuman tarafından hastalığın seyrine göre aşamalandırılmıştır: 1. Hastalık belirtilerinin görülmesi, 2. Hasta rolü oynama, 3. Tıbbi bakım, 4. Bağımsız hasta rolü, 5. İyileşme ve rehabilitasyon (Erdem ve Pirinççi, 2003). Hizmet kullanımında bu aşamaların önemli olduğuna vurgu yapılır. Belirtiler sıklıkla acı ya da rahatsızlık hissi gibi başlar, belirtiler gündelik yaşantıyı etkilemesi ile duygusal tepkilerde gündeme gelir. Bu aşamaya kadar kişi tıbbi hizmete başvurmaz, kendi ve yakınlarının birikimine göre müdahalelerde bulunur. Bunu hasta rolüne ısınma ve tıbbi hizmet için başvuru izler. Sağlık emekçilerinin etkin olduğu ve yönlendirdiği dönem etkin hâle gelir. Bu modelde bireylerin hastalık aşamaları boyunca gösterdikleri davranışlarda sosyal yapının etkili olduğuna yer verilir (Akbulut, 2015). İkinci model olan Sağlık İnanç Modeli ise bireyin sahip olduğu duygusal inançların anlaşılması gerektiğine dikkat çeker. Bu modelde sağlık hizmet kullanımı için bireyin hastalığa yakalandığına inanması, hastalığının kendisi ve ailesi üzerinde ciddi etkileri olduğunu düşünmesi ve sağlık hizmetleriyle bunun önlenebileceğine inanması

Tablo 1. Sağlık hizmet kullanımında davranışçı model'in temel bileşenleri

1. Eğilim faktörleri (predispozanlar)/kişisel faktörler	- Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, geçmişte yaşanan hastalıklar) - Sosyal yapı veya bireyin toplum içindeki yeri /sosyo-ekonomik özellikler (eğitim, etnik köken, yerli olma, mesleki statü, gelir, aile tipi, aile büyüklüğü, dinsel inanç, kültür) - Sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum, davranış ve inanışlar
2. Kolaylaştırıcı faktörler / olanaklar – Enabling	- Hanehalkı düzeyinde (hanehalkı geliri, sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, düzenli ve yeterli bir gelir kaynağına sahip olma, bu kaynağa erişim durumu, gelir kaynağının süreklilik durumu (sürekli bir işe sahip olma vb.), sağlık hizmeti almada ulaşım ve bekleme süresi) - Toplum düzeyinde (sağlık hizmetlerinin kapasitesi ve coğrafi dağılımı) - Sağlık kurumları, sağlık personeli, ilaç ve tıbbi cihazlar; yatak başına düşen nüfus; sağlık personeli başına düşen nüfus; - Hizmetin sürekliliği ve ulaşılabilirliği; hizmetlere erişim için gerekli olan araçlar, bu araçların nasıl elde edileceği ve kullanılacağı konusunda da bilgi sahibi olma, ulaşım için harcanan zaman ve maliyet vb.
3. İhtiyaç faktörleri (Algılanan İhtiyaç ve Değerlendirilen İhtiyaç)	Algılanan ihtiyaç (perceived): Bireylerin genel sağlık durumunu değerlendirmeleri, bireyin yaşadığı iş göremez (disability) veya engelli (işe gidememe, okula gidememe, oyun oynayama) gün sayısı ve belli bir zaman diliminde bireyin algıladığı hastalık belirtilerine göre ölçülmektedir. Değerlendirilen ihtiyaç (evaluated): Hekim tarafından bireyin yaşamakta olduğu sağlık problemi ve bu problemin ciddiyetinin klinik bulgulara göre ele alınmasıdır. Hizmetin gerekliliğine karar verecek olan kişi genellikle hekim olmak üzere sağlık çalışanı, dolayısıyla tıp kurumudur.

koşulları öne çıkartılır. Sağlık hizmetini kullanmak için psikolojik olarak hazırlık sağlandığında çevresinden ya da doktorlar tarafından gelen küçük bir ipucu, uygun sağlık davranışlarını başlatabilir. Bakım almak için psikolojik hazırlık sağlansa bile uzaklığın önemli bir caydırıcı etken olduğuna dikkat çekilir (Akbulut, 2015).

Sağlık hizmet kullanımında davranışçı model

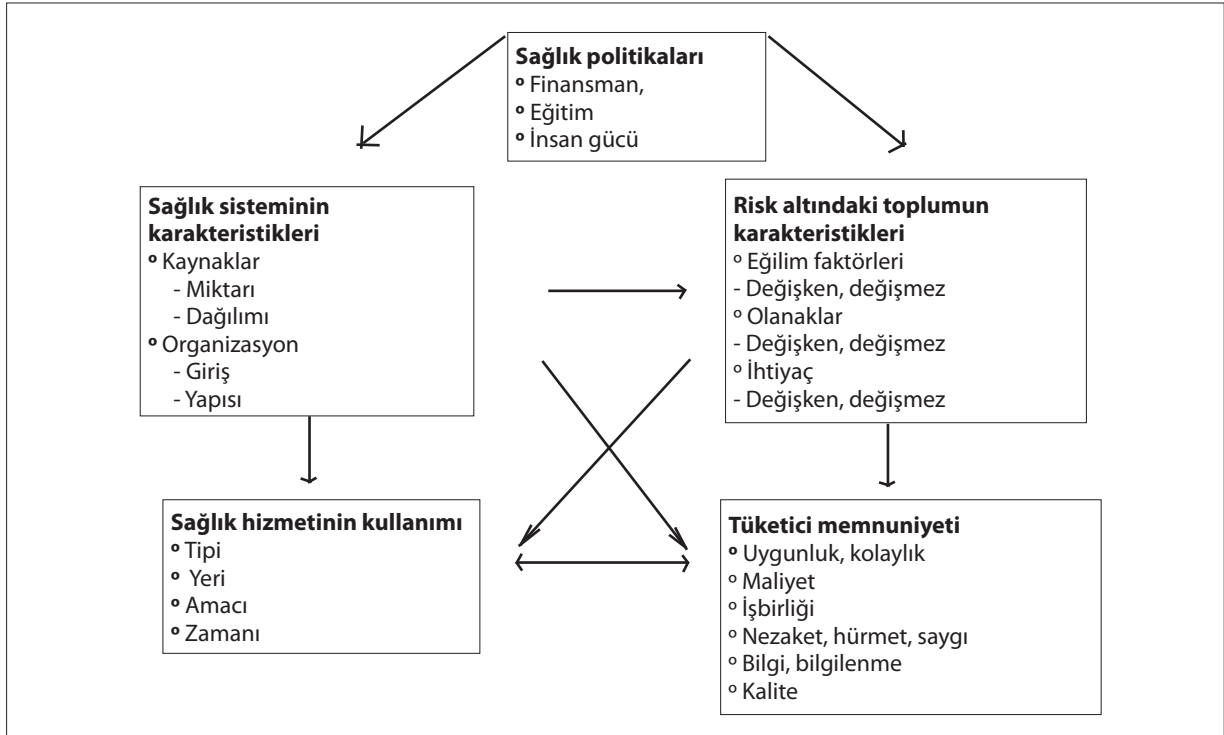
Andersen tarafından 1960'lerde geliştirilen davranışçı model en yaygın kullanılan sağlık hizmet kullanım modelidir. Modelin özgünlüğü sağlık hizmet kullanımını çeşitli yönleri ile bütünlüklü olarak ele almasıdır. Model genel olarak eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaç faktörleri olarak üç temel bileşenle ele alınır. Bu faktörler Tablo 1'de açıklanmıştır.

Andersen davranışçı model ile ilgili yapılan çalışmaların bulgularından, araştırmacıların eleştirilerinden yararlanarak sürekli olarak modeli güncellemiştir. Andersen 1995 yılında yazdığı bir makalede modelin gelişimini dört evrede ele almıştır (Andersen, 1995). Model 1960'ların sonunda ailelerin sağlık hizmetlerini kullanma nedenlerinin saptanması; sağlık hizmetlerine eşit erişimin tanımlanması ve ölçülmesi; eşit erişimi sağlamak için politika geliştirmeye yardımcı olma amacıyla geliştirilmiştir. Model başlangıçta analiz birimi olarak aileye odaklanmıştır, bunun gerekçesi bir bireyin aldığı tıbbi bakımın, ailenin demografik sosyal ve ekonomik özelliklerinden etkilenmesi olarak belirtmiştir. Bununla birlikte, sonraki çalışmalarda, aile bireylerinin potansiyel heterojenliğini hesaba katılmış, birey analiz birimi olarak kullanmaya başlanmıştır. Eğilim faktörleri olarak demografik ve sosyal yapı ile birlikte sağlık inançları da modele alınmıştır. Burada özellikle eğilim faktörlerinin dışsal olabileceği (özellikle demografik ve sosyal yapı) belirtilerek, olanakların sağlandığı ve ihtiyaçlar tanımlandığı durumlarda bile sağlık hizmeti kullanımının gerçekleşemeyebileceğine vurgu yapılmıştır. Bu dönemde model sosyal ağlara, sosyal etkileşimlere ve kültüre yeterince yer verilmediği belirtilmiş, eğilim faktörlerine genetik ve psikolojik özelliklerin (zihinsel işlev bozukluğu ve özerklik) dâhil edilmesi önerilmiştir. Aynı dönemde olanaklar bileşeninde yer alsa da sağlık örgütüne yeterince yer verilmemiş olduğu üzerinden eleştirilmiştir. Toplumların sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyi, sağlık emekçisi sayısı, hastane yatağı sayısı vb. gibi kaynakların varlığı, insanların bu kurumlardan nasıl kullandığının bilgisine de sahip olması, düzenli bir başvuru kaynağının olması ve bu kurumlardan yararlanmak için sağlık sigortasının önemli

olduğu vurgulanmıştır. Bu kurumlara ulaşım imkanı ve makul bekleme süreleri de önemli olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu katkılarla ikinci evrede modelin toplumsal belirleyeni arasında sağlık örgütünün kapasitesi ve coğrafi dağılımı daha ayrıntılı olarak (türü, amacı, coğrafi konumu, zaman ve hizmetlerin koordineli olarak verilme durumu) yer almıştır. Sağlık hizmetleri kullanımının çıktısı da daha ayrıntılı değerlendirilmiştir. Hizmetlerin güvenilirliği, ulaşılabilirliği, kalitesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının özellikleri ve finanse edilebilirlik anlamında tüketici memnuniyeti, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bir diğer faktör olarak eklenmiştir.

Üçüncü evrede (1980-1990'lar) ise sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyini –hem algılanan hem de değerlendirilen sağlık düzeyi anlamında– sürdürmede ve geliştirmede önemli olduğu tezine modelde yer verilmiştir. Bu aşamada sağlık davranışının (kişisel bakım, doğru ve dengeli beslenme, egzersiz vb.) sağlık hizmetleri kullanımı ile birlikte sağlık düzeyini etkilediği de dikkate alınmıştır. Fiziksel, politik ve ekonomik değişkenler de dâhil olmak üzere dış çevre faktörleri de toplumun özellikleri ve sağlık sisteminin yanı sıra sağlık davranışının ana belirleyenlerinden biri olarak modele eklenmiştir. Dış çevre faktörleri arasında ekonomik gelişmişlik düzeyi, göreceli refah, şiddet ve stres düzeyi ile toplumsal normlara yer verilmiştir. Üçüncü evrede sağlık durumu gelişimi ve hizmetlerde tüketici memnuniyetinin artmasının etkin erişimde önemli olduğuna dikkat çekilmiştir (Şekil 1).

Davranışçı model için önemli olan bir durumda sağlık hizmetlerine erişim ve değiştirilebilirlik konuları olmuştur. Davranış modelindeki erişim potansiyel ve gerçekleştirilen erişim olarak kullanılmıştır. Potansiyel erişim, basitçe kaynakların varlığı olarak tanımlanmaktadır. Olanaklar artırıldığında kullanımın gerçekleşme olasılığının arttıracağı öngörülmektedir. Gerçekleştirilmiş erişim, hizmetlerin gerçek kullanımıdır. Etkin-etkili erişim sağlık durumunun gelişimi ve hizmetlerden tüketici memnuniyetinin artması olarak tanımlanmıştır. Davranışçı modelin bileşenleri olan kolaylaştırıcı, eğilim ve ihtiyaç faktörlerinin sağlık hizmet kullanımında etkisi değiştirilebilirlik (mutability) üzerinden de ele alınmıştır. Toplumun özellikle dezavantajlı kesimleri arasında sağlık hizmetleri kullanım düzeyini artırabilmek için kısa dönemde değiştirilip, dönüştürülebilecek faktörler davranışsal modelde "değiştirilebilir" (mutable) faktörler olarak adlandırılmıştır (Andersen, 1995). Buna göre demografik ve sosyal yapı düşük değiştirilebilir iken kolaylaştırıcı faktörler-olanaklar



Şekil 1. Sağlık hizmet kullanımında davranışçı model; Üçüncü evre

Kaynak: Aday ve Andersen, 1974

ile ihtiyaç, yüksek değiştirilebilirlik derecelerine sahip olduğu belirtilmiştir (Tablo 2).

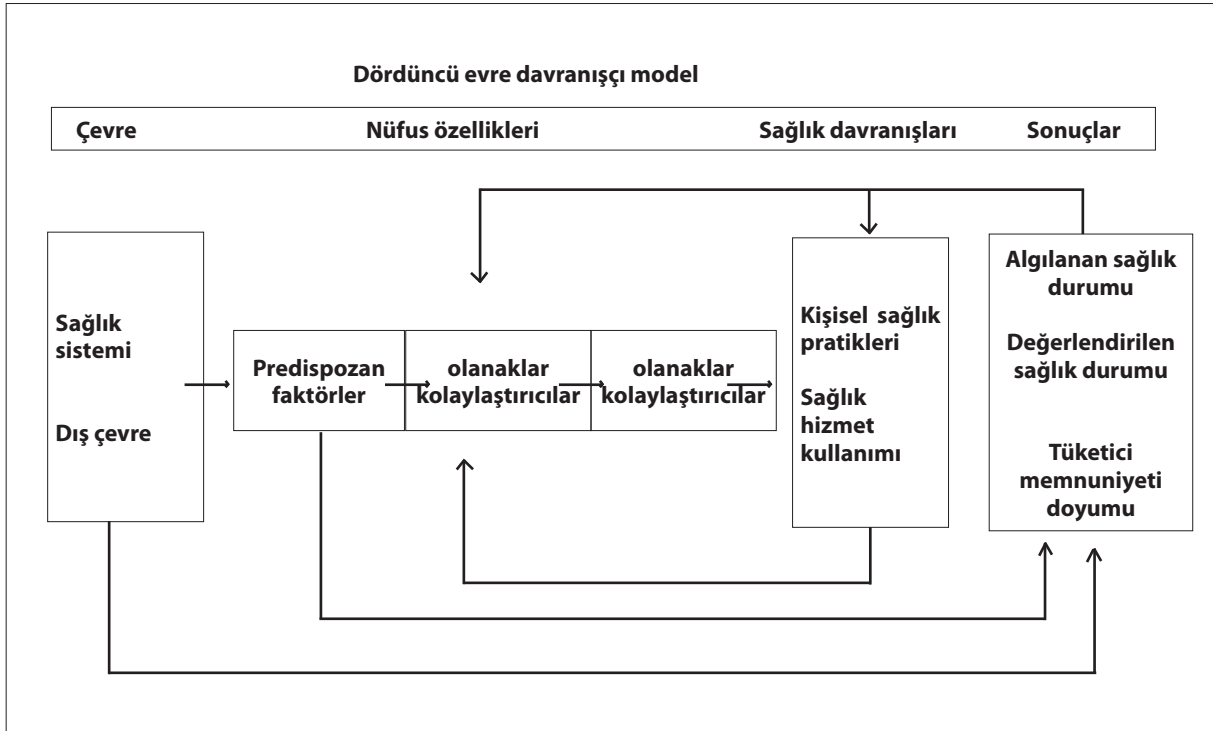
Davranışsal modelin evriminin son aşaması ise sağlık hizmeti kullanımının dinamik ve tekrarlanan yapısını ön plana çıkarmıştır. Bu aşamaya kadar modele dâhil edilen faktörlerin ve değişken gruplarının arasındaki karşılıklı ilişkileri ve geribildirim döngülerine dikkat çekilmiştir. Geribildirim döngüleri, değişkenler arasında varsayılan tek yönlü ilişkilerin yanıltıcı olabileceğini ve genellikle ilişkilerin iki yönlü olduğunu göstermesi bakımından önemli olduğu vurgulanmıştır (Şekil 2).

Sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik modeli

Sağlık hizmet kullanımı sıklıkla erişilebilirlik-ulaşılabilirlik kavramı ile de tartışılmaktadır. Eşitsizlik çalışmalarında ulaşılabilirlik daha sık başvurulan kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrımcılık açısından da bize yol gösterici olan güncel bir ulaşılabilirlik kavram haritası Levesque ve ark. (2013) tarafından çıkarılmıştır. Bu çalışmada erişilebilirlik kavramsallaştırmaları gözden geçirilerek, daha da geliştirilmeye çalışılmıştır. Levesque ve ark.(2013) bu kavram haritası ile sağlık hizmetlerinden yararlanabilmenin tüm aşamalarını dikkate alan bir yaklaşımı benimsemiştir. Gündelik pratiklerde karşımıza

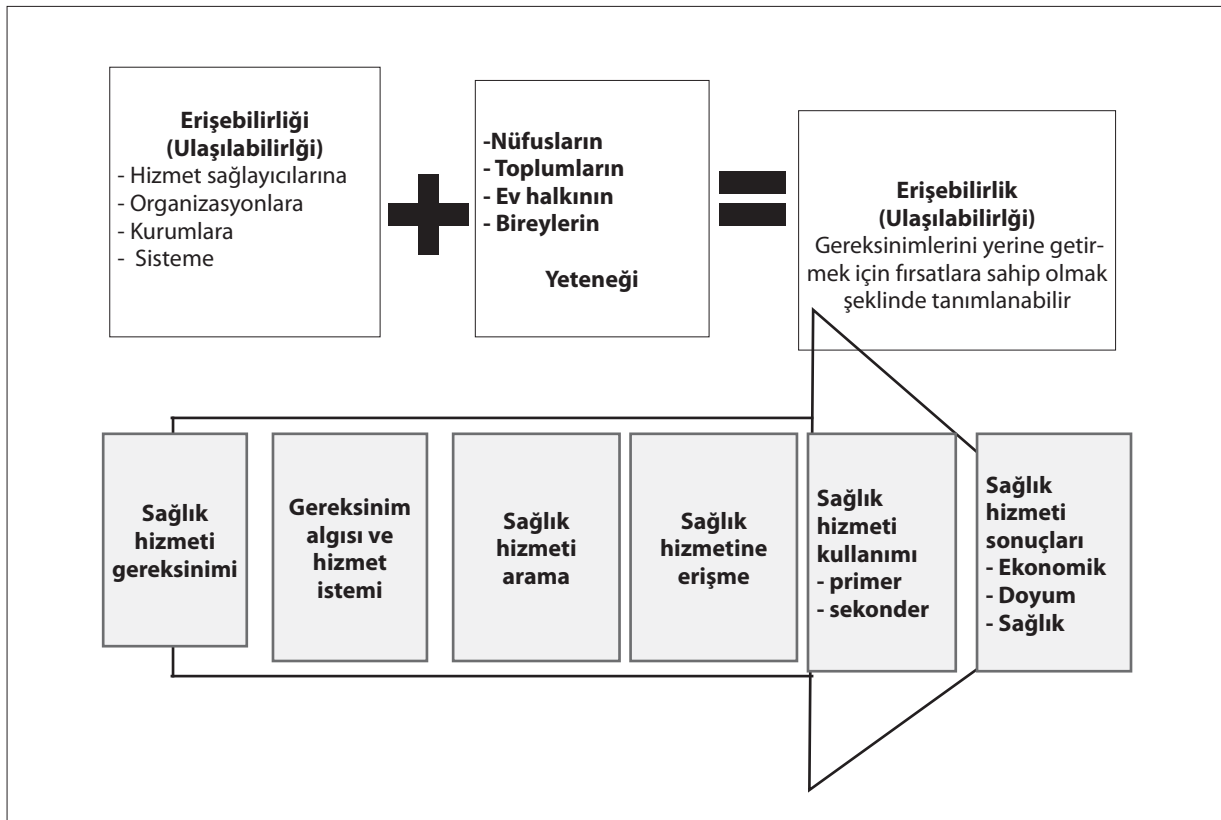
Tablo 2. Sağlık hizmet kullanımı davranışçı modelde değiştirilebilirlik

Değiştirilebilirlik	
Düşük	Demografik yapı (cinsiyet ve yaş) Sosyal yapı değişkenleri (eğitim, mesleki konum gibi)
Orta	Sağlığa, sağlık hizmetlerine veya sağlık sistemine ilişkin tutum, davranış ve inançlar
Yüksek	<i>Kolaylaştırıcı faktörler</i> - gelir, sağlık sigortasına sahip olma, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hem nicelik hem de nitelik olarak düzeyi, sağlık hizmetleri için yapılan ödemeler ve kırsal/kent veya bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerine erişim düzeyi <i>İhtiyaç (algılanan ve değerlendirilen sağlık ihtiyacı)</i>



Şekil 2. Sağlık hizmet kullanımında davranışçı model; Dördüncü evre

Kaynak: Andersen, 1995



Şekil 3. Sağlık hizmetlerine erişim modeli

Kaynak: Levesque ve ark, 2013

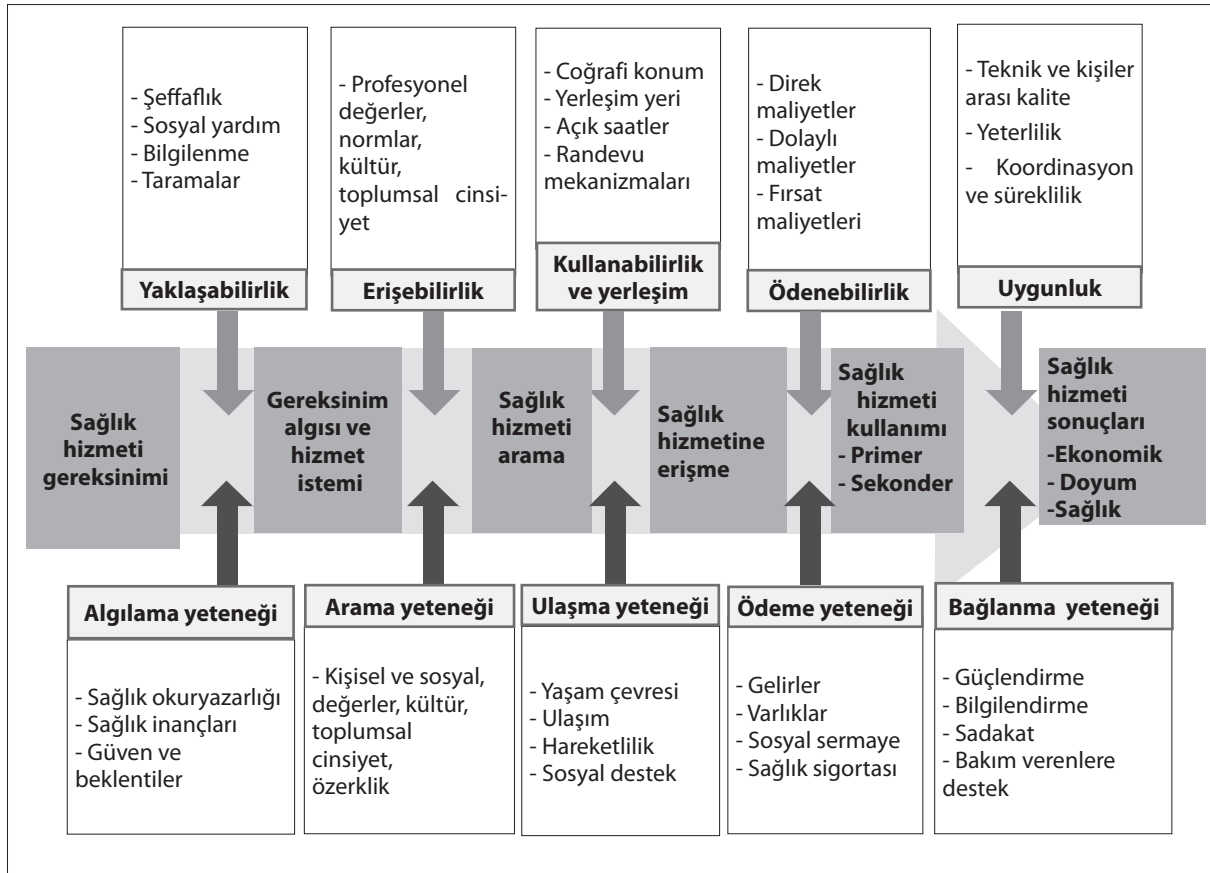
çıkma olasılığı olan ulaşılabilirlik engellerini ayrıntılı olarak dokümanite edilebilme olanağı vermektedir. Bu modelde erişilebilirlik- ulaşılabilirlik daha ayrıntılı olarak hem sağlık hizmetlerine (hizmet sağlayıcıları, organizasyonlar, kurumlar ve sistem) erişme hem de erişme yeteneği (birey, ev halkı, toplum ve nüfuslar) iki bileşenin toplamı olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmeti ise bir süreç olarak ele alınmıştır. Süreç sağlık hizmet gereksinimi, gereksinim algısı ve hizmet istemi, sağlık hizmeti arama, sağlık hizmetine erişme, sağlık hizmeti kullanımı (primer ve sekonder) ve sağlık hizmeti sonuçları (ekonomik, doğum ve sağlık) akışı ile tanımlanmıştır (Şekil 3).

Erişilebilirlik ve yetenek kavramları da aynı akış sürecinde inceltilecek daha ayrıntılı bir şekilde engellerin ortaya konmasına olanak vermiştir (Şekil 4). Erişilebilirlik beş bileşenle ele alınmıştır: Yaklaşılabilirlik; erişilebilirlik; kullanılabilirlik-konaklama/yerleşim; ödenebilirlik ve uygunluk. Hazırlanan modelde sağlık hizmetinden yararlanma sürecinin her geçiş basamağına erişilebilirliğin bileşenleri sırası ile konumlandırılmıştır. Yetenek de algılama yeteneği;

arama yeteneği, ulaşma yeteneği, ödeme yeteneği ve bağlanma yeteneği olarak basamaklandırılmıştır. Böylelikle hem erişilebilirlik bileşenleri hem de nüfusun, ev halkının ve bireyin kabiliyetinin belirleyicilerin saptanabilmesi hem de bu iki bileşen arasında etkileşimlerde görünür kılınmaya çalışılmıştır.

1.3. Sağlık hizmetleri kullanımında ayrımcılık

En yalın haliyle ayrımcılık önyargı ya da önyargılı bakış, eylem ya da muameledir. İrkçilik ise bir dizi kurumsal koşulda grup eşitsizliği ve ırkçı tahakküm ideolojisini de barındırır. İrk ayrımcılığı, ırkçı inançların bir azınlık grubun ayrımcı muameleye dönüştürüldüğü süreçtir, ancak aynı zamanda kasıtlı veya kasıtsız ve toplumsal veya tarihsel faktörlerden etkilenebilecek daha geniş eşitsiz muamele sürecini de ifade eder. İrk ayrımcılığı, örgütsel veya kurumsal bir yapıya derinlemesine gömülmüş bir birey veya bir grup tarafından gerçekleştirilen bir eylem olabilir. Sağlık ve sağlık hizmetlerinde ayrımcılık konusunda kullanılan bir çok tanım ortadan kalkmış, işlev görmemiştir. "Ayrımcılık", "ırkçılık", "algılanan ayrımcılık", "algılanan ırkçılık" ve "ayırım" terimleri



Şekil 4. Sağlık hizmetlerine erişim modelinde erişilebilirlik ve yetenek kavramlarının sağlık hizmet süreci ile ilişkisi

Kaynak: Levesque ve ark, 2013

sıklıkla birbirinin yerine kullanılmıştır En çok işleyen kavram ise “algılanan ayrımcılık” olmuştur.

Algılanan ayrımcılık, bir azınlık grubundaki bir bireyin belirli bir sosyal ortamda yaşanan muamele-ye ilişkin duygularını ifade eder. Özellikle, bir ırksal azınlık grubunun bir üyesinin ırk veya etnik kökene dayalı kötü muameleyi algıladığı bir olay olarak tanımlanmaktadır. Genellikle algılanan ayrımcılığın ölçümü öznel, kantitatif ölçümün elde edilmesi genellikle zordur. Aynı zamanda tarafsızlık da taşır. Örneğin, bir azınlık üyesi görüşme yapan kişiye “yabancılaşmaktan” kaçınmak için ayrımcılık algılarını minimize edebilir.

Geleneksel literatürde daha çok sağlık hizmetleri kullanımında eşitsizlik üzerine bir yoğunlaşma söz konusudur. Sağlık hizmetleri kullanımında ayrımcılık daha az ele alınmıştır. Sağlık literatüründe kavramsal bir ayrımcılık modeli geliştirme girişimi çok az olmuştur. Camara Jones, ırkçılığın sağlık üzerinde olumsuz sonuçlara nasıl yol açabileceğini tanımlayan bir model geliştirmiştir. Modelinde üç ırkçılık kategorisi yer almaktadır: 1) kurumsallaşmış ırkçılık, 2) kişisel olarak aracılık eden ırkçılık ve 3) içselleştirilmiş ırkçılık. Jones’a (2001) göre, kurumsallaşmış ırkçılık, bireylerin ırktan dolayı toplum içindeki fırsatlara farklı erişim düzeyleri olduğunda ortaya çıkar. Bu tür kurumsallaştırılmış ayrımcılığa örnek olarak azınlıklar için konut ve iş fırsatlarına eşitsiz erişim sayılabilir. Bu eşitsiz erişim, egemen bir ırksal grubun bir azınlık grubunu inkar etmesini kabul edilebilir kılan tarihi engeller nedeniyle geniş ölçüde toplum içine gömülmüş olabilir. Bu bir döngüyü yaymaktadır: örneğin, kaliteli okullara erişimdeki kısıtlamalar, ırkçı engellerin kaldırılmasından sonra bile etkisini göstermeye devam edebilir. Kişilerin aracılık ettiği ırkçılık, Jones (2001) tarafından, bilinçli veya bilinçsiz

bir şekilde ırka dayalı olarak haksız bir şekilde başka bir bireye ilişkin varsayımlarda bulunan ya da davranan bir kişiyi içeren “önyargı ve ayrımcılık” olarak tanımlanmaktadır. İçselleşmiş ırkçılık, bireyin dış ırksal stigmalarından kaynaklanan olumsuz inançlarını ve bu olumsuz inançlara dair içsel duygularını ifade eder. Başka bir deyişle, azınlıklar toplumun olumsuz ırkçı görüşlerini doğru olarak kabul edebilir.

Ne yazık ki, algılanmış olsun veya olmasın sağlık alanında ayrımcılık kavramını değerlendiren sınırlı bir literatür vardır. Sağlık hizmetlerinde ayrımcılık daha çok ırk temelli olarak incelenmiştir. Yapılan çalışmalarda siyahların beyazlara göre eşitsizliklerin devam etmesi nedeniyle konu ayrımcılık üzerinden ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde ayrımcılık daha çok algılanan ayrımcılık olarak masaya yatırılmıştır. Algılanan ayrımcılığa ve sağlık hizmet kullanımına katkı koyan faktörler incelenmiştir. Yapılan bir tez çalışmasında algılanan ayrımcılığın temel ölçütleri Commonwealth Fund 2001 Sağlık Bakımı Kalite Anketi’nden elde edilen verileri kullanılarak incelenmiştir. Bu çalışmada sosyolojik çalışmalarda kullanılan kavram haritalarından yararlanılarak bir kavram seti oluşturulmuştur. Kasıtlı veya kasıtsız olup olmadığı ve bir kişi tarafından uygulanıp uygulanmadığı veya örgütsel bir yapı içerisine gömülü olup olmadığına göre ayrımcılık alt kategorilerine göre sınıflandırılmıştır. Hem doğrudan hem de dolaylı kurumsal ayrımcılık daha büyük bir organizasyonun içine yerleştirilmiştir. Doğrudan kurumsal ayrımcılık, büyük ölçekli kuruluşların kasıtlı olarak ayrımcı uygulamalar kullandığı süreçtir, örgüt adına hareket eden bireysel temsilciler tarafından bilerek yapılır. Öte yandan, dolaylı kurumsallaştırılmış ayrımcılığın doğrudan bir gruba zarar vermesi amaçlanmamıştır, ancak yine de bir azınlık grubu üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (Blanchard,20016)

Tablo 3. Sağlık hizmet kullanımı davranışçı modelde değiştirilebilirlik

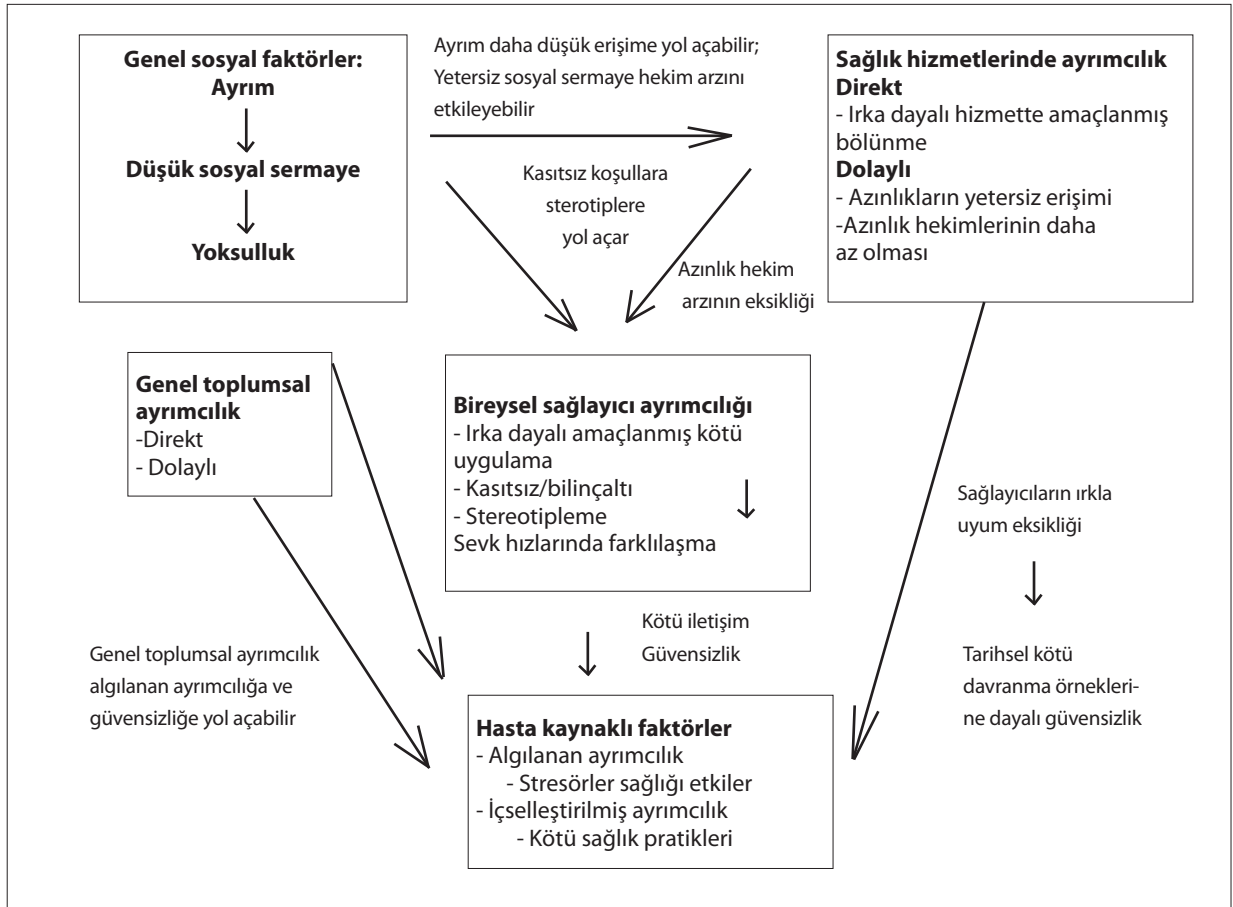
Ayrımcılık	Ayrımcılık alt grupları
Daha geniş sosyal bağlamın bir parçası olarak ayrımcılık (sağlık hizmeti dışı ortamlardan kaynaklı)	- Birey / İzole veya Küçük Grup - Kurumsallaşmış • Doğrudan • Dolaylı
Sağlık kurumlarında ayrımcılık	- Kurumsal (sağlık sistemi düzeyinde faktörler): • Doğrudan • Dolaylı - Sağlayıcı düzeyinde (bireysel veya küçük grup aracılı) • Kasıtlı / Bilinçli • Kasıtsız / Bilinçsiz - Hasta seviyesi • Algılanan ayrımcılık • İçselleştirilmiş ayrımcılık

Sağlık hizmeti kullanımında ayrımcılık modeli iki temel bileşeni içermiştir: Daha geniş sosyal bağlamın parçası olan ayrımcılık ve sağlık kurumlarında yaşanan ayrımcılık. Daha sonra her bileşen alt gruplara ayrılmıştır. Daha geniş sosyal bağlamın parçası olan ayrımcılık birey veya küçük grup, kurumsallaşmış (doğrudan ve dolaylı) olarak alt kategorilere ayrılmıştır. Sağlık kurumlarındaki ayrımcılıkta üç alt kategoride sınıflandırılmıştır: 1. Kurumsal (sağlık sistemi düzeyinde), doğrudan-dolaylı, 2. Sağlayıcı (sağlık emekçileri, bireysel ve ye küçük grup aracılı) düzeyinde kasıtlı/bilinçli, kasıtsız/bilinçaltı, 3. Hasta düzeyinde algılanan ayrımcılık, içselleştirilmiş ayrımcılık (Tablo 3). Hasta düzeyinde algılanan ayrımcılık, bir hastanın belirli bir hasta-sağlayıcı temasıyla ilgili görüşlerine atıfta bulunabilir veya bir hastanın sağlık sistemine yönelik genel bir inanç sistemini yansıtabilir. Genellikle özneldir ve önyargılı taraflılıkları ve ırksal azınlık grubunun algılarını yansıtabilir. Bu sübjektif yapıya rağmen, algılanan ayrımcılık bir hastanın tüm sağlık sistemi ile olan deneyimini etkileyebilir ve bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir belirleyici unsur olabilir (Blanchard,

2006). İçselleştirilmiş ayrımcılık ise ırksal stigmadan kaynaklanan içsel kendini kötü hissetme duygularının bir sonucu olarak bir hastanın sağlıksız sağlık alışkanlıklarını benimseme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu tür alışkanlıklar, madde bağımlılığının yanı sıra zayıf önleyici hizmet davranışlarını, olumsuz etki-leşim algısı varsa algılanan ayrımcılığa benzer şekilde etkilenebilme ve sağlık sistemi kullanım oranlarının düşük olmasına yol açabilir (Blanchard, 2006).

Blanchard (2006) ayrımcılık alt kategorileri arasında ilişkiyi gösteren bir kavram haritası da çıkarmıştır. Tartışılan üç ana ayrımcılık sınıfı - sağlık sistemi, sağlayıcı seviyesi ve hasta seviyesi - birbiriyle yakından ilişkilidir. Çeşitli mekanizmalar bu ilişkileri üretmede rol oynayabileceği ve bu ayrımcılık kategorilerinin farklı yollarla etkileşime girerek bireyin sağlık hizmeti kullanımını etkileyebileceği bu kavram haritasında tanımlanmıştır (Şekil 5).

Blanchard (2006) çalışmasında algılanan ayrımcılık ölçütü olarak üç ifadeye kişilerin katılım durumunu kullanılmıştır: Saygısız davranılma ya da aşağılanarak



Şekil 5. Kavramsal model: Ayrımcılık kategorileri ve bağlantı yolları, Kaynak: Blanchard, 2006



Şekil 6. Güz Okulu sağlık hizmetleri kullanımında ayrımcılık grup çalışması kavramsal çerçevesi

bakılmış olma (horlanma, küçük görülme); ırk veya konuşulan dile bağlı haksız muameleye maruz kalmış algısı ve farklı bir ırk olsaydı daha iyi davranılacağı inancı. Sağlık hizmet kullanımı ölçütleri olarak da önceki yıl içerisinde kişiye bir fizik muayene, optimal kanser taraması ve önerilen kronik hastalık taraması yapılmış olması, gerekli bakımın gecikmesi ve doktor tavsiyesine uymama kararı değişkenleri kullanılmıştır. Çalışmada azınlıkların anlamlı bir şekilde hasta-sağlık personeli (sağlayıcı) ilişkisinde saygısızca muamele görme ve aşağı görülme algılarına sahip olduğu belirlenmiştir. Farklı bir ırka sahip olsaydı daha iyi tedavi göreceğini düşünenlerin daha az optimal kronik hastalık taraması almaları ve doktorun tavsiyelerine uymamaları veya bakımlarını yapmamalarının daha muhtemel olduğu gösterilmiştir. Yine hasta ve sağlayıcının ırksal uyumu hastanın hasta-sağlayıcının ortamında saygılı bir şekilde tedavi edilip edilmediğini etkilememiştir (Blanchard, 2006).

II. Sağlık hizmetlerinin kullanımında ayrımcılık; Grup çalışması

Katılımcılarla paylaşılan yukardaki kavramsal çerçevenin ardından grup çalışmasına geçildi. Grup çalışmasında katılımcılardan, anahtar sunumda yer alan modeller dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin kullanımında ülkemiz için nasıl bir kavram haritasının (modelin) çıkartmaları ya da sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde ne tür ayrımcılıklara maruz kalılabileceğini tartışmaları istendi. Grup daha çok sağlık hizmetlerinin kullanımında ayrımcılık kavram haritası-modele ilgi duydu ve aşağıdaki şekil üzerinde görüş birliğine vardı (Şekil 6).

Oluşturulan model, "sömürü ve tahakküm" ile "sağlık hizmet sistemi"nden oluşan iki üst belirleyici faktör ve sağlık hizmet kullanımında ayrımcılığın belirleyicilerinden (kendi içinde katmanlardan oluşan dairesel yapı) oluşmuştur.

Grup, daha önce kullanılan kavramsal modellerde sosyal yapının yeterince açıklanmadığına vurgu yapmış sosyal yapının üst belirleyicilerine açıklık getirerek iki üst belirleyici faktöre dikkat çekmiştir. Sağlık hizmetinin kullanımında ayrımcılıkta birinci üst belirleyicinin 'sömürü ve tahakküm' ilişkilerinin hakim olduğu toplumsal düzen olduğu vurgulanarak, tahakküm ilişkilerinin hakim olduğu toplumsal düzende patriarka, kapitalizm, devlet ve din olgularının birlikte ayrımcılıkların kaynağı olduğuna dikkat çekilmiştir. Toplumsal bağlamdaki ayrımcılığın temel kaynağı olan sömürü ve tahakküm ilişkilerinin sağlık hizmet kullanımında ayrımcılık şeklinde de karşımıza çıkacağı belirtilmiştir. İkinci üst belirleyici olarak da sağlık sistemi'nin sağlık hizmetlerinin kullanımında ayrımcılıkta önemli olduğuna yer verilerek, son dönem yaşanan sağlık hizmetlerinin metalaşmasının ayrımcılığı artıracağı ve çok farklı türde ayrımcılıkları da gündeme getireceğine dikkat çekilmiştir. Sağlık hizmetlerinin metalaşmasının bileşeni olan finansmandaki değişiklikler ve sağlık örgütlenmesindeki yeni kamu işletmeciliği ve özel sağlık sektörünün yaygınlaşmasının hizmet kullanımında ayrımcılığı artıracak özellikler taşıdığı ifade edilmiştir. Yine metalaşmış sağlık hizmetleri, tıp endüstrisinin ve akademik kapitalizmin etkisi altında eğitim olan sağlık emekçilerinin profesyonel değerlerinin ayrımcılıkta etkili olduğu vurgulanmış,

sağlık emekçilerinin eğitim sürecinde gerek üniversite öncesi gerekse üniversite yıllarında müfredatlarına sirayaet eden tekçi, tahakküm kuran anlayışların profesyonel değerlerin gelişiminde ciddi sorunlara yol açtığına dikkat çekilmiştir.

Sağlık hizmet kullanımında ayrımcılığın konusunda daha bilindik belirleyicileri için kendi içinde katmanlardan oluşan dairesel yapı oluşturularak iç içe geçen dairelerde içten dışa doğru şu belirleyicilere yer verilmiştir:

- Bireysel (yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk/etnisite vb.)
- Yaşam biçimi, Beslenme alışkanlıkları, Sağlık hizmeti arama davranışları
- Toplumsallık ve kültürel bağlar, Kültürel Değerler, Gelenekler
- Yaşam koşulları, Barınma, Su-kanalizasyon-sanitasyon, Besine ulaşım, Yerleşim yeri, İş-çalışma, Gelir, Eğitim

İç içe geçen daireler şeklinde veriler belirleyicileri tümünden kesen medyanın değiştirici ve belirleyici gücünün önemli olduğu, ayrımcılıkları güçlendiren ve normalleştiren etkisine dikkat çekilmiştir.

Sonuç olarak; Ata Soyer Halk Sağlığı Güz Okulu doğrudan "ayrımcılık" temasını ele alarak halk sağlığı camiası için ertelenmiş bir gündem tartışılmasına açılmış, eşitsizlik temasının içinde geçirtilen ayrımcılık konusu kendi sistematüğinde ele alınarak tartışılmıştır. Literatürde sıklıkla ırk ayrımcılığı olarak yer alsa da Güz Okulu birikimi ile kadın, etnisite, cinsel yönelim, vb. tahakküm altında kalan ötekileştirilenlerin oldukça geniş bir grup olduğu ve bu grupların sağlık hizmetlerinin kullanımında ve erişiminde gizli ve açık olarak ayrımcılığa maruz kalabileceği tartışmaya açılmıştır. Konunun kavramsal yönleri, ayrımcılık başlıklarının tartışılması, halk sağlığında ayrımcılık ve halk sağlığı/sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalarda ayrımcılığın nasıl araştırılacağı, sağlık emekçilerinin ayrımcılıktaki rolleri ve ayrımcılığın nasıl aşılacağı gibi yeni soruları ve tartışma alanlarını gündeme getirmiştir.

Teşekkürler: Bu sunumun hazırlanmasına katkı sağlayan grup katılımcılara teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Aday, L.U., Andersen, R.M.** (1974) *A Framework for the Study of Access to Medical Care*, *Health Services Research*, 9: 208-220
- Andersen, R.M.** (1995) *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?* *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1): 1-10
- Akbulut, Y.** (2015) *Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi, içinde: editörler (Yıldırım F, Keser A), Sağlık Okuryazarlığı, Ankara Üniversitesi Yayın No: 455, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3, Ankara Üniversitesi Basımevi, s: 113-140*
- Blanchard, J.C.** (2006) *Defining a Conceptual Model of Discrimination's Effects on Health and Health care Utilization. In: Discrimination and Health Care Utilization. Pardee RAND Graduate School (PRGS), s: 34-69.*
- Erdem, R., Pirinçci, E.** (2003) *Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 20(1): 39-46.*
- Kılıç, D., Çalışkan, Z.** (2013) , *NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2: 192-206*
- Jones, C.P.** (2001) *Invited Commentary: "Race," Racism, and the Practice of Epidemiology* *American Journal of Epidemiology*, 154 (4); 299-304. <https://doi.org/10.1093/aje/154.4.299>
- Levesque, F.J., Harris, M.F., Russell, G.** (2013) *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12:18.*