

Türkiye’de Hekimlere Yönelik Şiddet: Bir Temellendirilmiş Kuram Analizi*

Günnur Ertong Attar¹
Mersin Üniversitesi

Öz

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de son yıllarda yoğun olarak şiddete uğrayan hekimlerin şiddete yönelik tutum ve davranışlarını; şiddetin nedenlerini nasıl ortaya koyduklarını keşfetmektir. Bu amaca ulaşabilmek için sosyal bilimler literatüründen farklı şiddet yaklaşımlarını sağlık alanında derinleştirilmesi ve sağlık alanında yaşanan şiddetin sosyolojik olası nedenlerinin ortaya konulması hedeflenmiştir. Araştırmanın temel problemi, hekimler tarafından hastanelerde sunulan hizmetlerin şiddete uğrama korkusu ile tam anlamıyla yerine getirilememesi durumu ve bu durumun gittikçe genişleyen alanlarda yaşanması ihtimalidir. Çalışmada Ankara ve Düzce kentlerindeki kamu hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan 18 hekim ile görüşülmüştür. Görüşme metinleri temellendirilmiş kuramın ilkeleri esas alınarak analize tabi tutulmuştur. Hizmet kalitesi, hekimin hastalara ayırmak zorunda kaldığı zaman, şiddete uğrama ve memnuniyet farklılığı esasında karşılaştırmalara dayanan araştırma bulguları, hekimlerin memnuniyetsizlik, gerilim ve gerginliklerinin sunulan hizmet kalitesini etkilediğini; hekimlerin hasta ile karşılaşma sürecini şiddete uğramadan en az zararla atlatma ya da tamamlamak esasında yürütüldüğünü ortaya koymuştur. Çalışmanın sonucunda, Türkiye’de sağlık alanında hasta-hekim ilişkisinde yaşanan şiddetin odak noktasının sağlıkta dönüşümün getirdiği olumsuzlukların olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yine bu araştırma kapsamında Türkiye’de sağlık politikalarının eleştirel değerlendirilmesi yapılarak bazı önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Sağlıkta dönüşüm • Şiddet • Nitel araştırma • Temellendirilmiş kuram • Hekim bakış açısı

* Bu makalenin, yaptığımız tartışmalarla şekillendiği, Ankara Üniversitesi DTCF Sosyoloji Bölümü Söylem Analizi dersi kapsamında gerçekleşen ve saha verilerini kullandığım “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet” çalışmasını yürüten başta Prof. Dr. Aytül Kasapoğlu’na ve sahada verileri toplayan Nuri Can Akın, Esra Balcı, Enes Dursun, Günce Güner, Zelal Karataş, Songül Öndül, Öner Özcan, İsmail Şahin, Onur Ali Taşkın’a teşekkür ediyorum.

1 Günnur Ertong Attar (Yrd. Doç. Dr.), Mersin Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Çiftlikköy Kampüsü, Yenişehir 33343 Mersin. Eposta: gunnurerlong@mersin.edu.tr



Şiddet, insanların farklı biçimlerde (bedensel/fiziksel, sözlü, sembolik, cinsel, vb.) deneyimledikleri bir olgu ve disiplinler-arası boyutları olan bir sorunsal olup, günlük hayat deneyiminin ve toplumsal değişimin sosyolojik analizinde gittikçe daha fazla öne çıkmaktadır (Walby, 2013). *JSTOR* arşivinde taranan sosyoloji dergileri ele alındığında, 1917-2016 yılları arasındaki yaklaşık yüz yıllık dönemde yayınlanan ve başlığında şiddet kavramını içeren özgün makalelerin yarısına yakını, son 16 yıllık dönemde (2000-2016 arasında) kaleme alınmıştır. Bu şiddet olgusunun sosyal bilimcilerin gündeminde olduğunun en çarpıcı görünüşlerinden birisi olarak kabul edilebilir. Keza, Uluslararası Sosyoloji Derneği (ISA), *Current Sociology* dergisinin 2013 yılındaki bir sayısını şiddetin sosyolojik analizine ayırması da bu öne çıkışın bir diğer göstergesi olarak ele alınabilir.

Şiddete yönelik akademik farkındalığın ve duyarlılığın yükselişi, dezavantajlı grupların sorunlarının literatürde gittikçe daha merkezi bir rol edinmeleri ile şiddetin günlük hayatta daha fazla deneyimlenmesi ve daha görünür hale gelmesinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Yine de, ana akım sosyoloji çalışmaları, yakın zamana dek, ağırlıklı olarak kişiler-arası şiddet ile değil, şiddetin toplumsal çatışma boyutuyla ilgilenmişlerdir (MacKie, 2006; Ray, 2000, 2011'den akt., Hearn, 2012, s. 153).

Şiddet Türkiye'deki gündelik hayat deneyiminin de yaygınca karşılaşılan bir parçasıdır. Trafikte, ailede, iş ortamında ve kişisel etkileşimlerin gerçekleştiği hemen her yerde şiddet olaylarına sıkça rastlanmaktadır. Son yıllarda, özellikle kadınlara ve sağlık sistemi çalışanlarına (hekimlere ve hekim-dışı sağlık personeline) yönelik şiddet oldukça görünür hale gelmiştir. Bunun rakamlarla da görülen en çarpıcı örneği ise kadınlara yönelik şiddettir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014 sonuçlarına göre; ülke genelinde yaşamının herhangi bir döneminde eşinden veya birlikte yaşadığı kişiden fiziksel şiddete maruz kalan kadın nüfus oranı %35,5'tir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). Kadına yönelik şiddetin hem kamusal hem de özel alanda yaşandığını söylemek mümkündür.

Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Türkiye'deki hekimler ile hekim-dışı sağlık personeline yönelik şiddet olaylarıyla ilgili çalışmalar, sözel şiddetin %80'leri aşan sıklıkta en yaygın şiddet türü olduğunu, bunu sırasıyla fiziksel şiddetin (%16-%49) ve cinsel tacizin (%3-%37) izlediğini göstermektedir (Talas, Kocaöz & Akgüç, 2011). Bu çalışmalar, sağlık hizmeti verilen alanların farklı birimlerinde gerçekleştirilse de bu çalışmalardan bazıları, yoğun olduğu bilinen acil servislerde görev yapan sağlık personeline odaklanmaktadır. Ayrancı (2005), Ankara, Eskişehir ve Afyon gibi iller ile ülkenin batısında bulunan bazı ilçelerdeki toplam 18 acil servisin çeşitli personeline yönelik şiddeti ele almaktadır. Boz ve arkadaşları (2006) ise Denizli ilindeki üç hastanede çalışan 79 sağlık personeline örneklem olarak almaktadır. Başka bir grup çalışma,

özel olarak çoğunluğu kadın olan hemşirelerin şiddet ve cinsel taciz deneyimleri ile ilgili bilgiler ortaya koymaktadır. Bu açıdan bakıldığında çoğunluğu hem kadın hem sağlık çalışanı hemşirelerin yaşadıkları çifte şiddet bu çalışmalarla ortaya konulmaya çalışılmıştır. Şenuzun-Ergun ve Karadakovan (2005) İzmir’de bulunan çeşitli hastanelerdeki 72 hemşire ile, Öztunç (2001) Adana ilindeki geniş yatak kapasiteli bir hastanenin çeşitli servislerinde çalışan 209 hemşireyi örneklem olarak almakta iken Çelik ve Şenol-Çelik (2007) Ankara’da bulunan ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı bulunan sekiz farklı hastanede çalışan toplam 622 katılımcı hemşirenin anket sonuçlarını değerlendirmektedir. Diğer çalışmalarda, Ayrancı, Yenilmez, Balci ve Kaptanoğlu (2006) acil servis dışındaki alanlarda görev yapan sağlık personelinin de örnekleme dâhil etmekte, Eskişehir, Ankara, Bilecik ve Kütahya’da toplam 1209 sağlık çalışanı ile bir çalışmayı gerçekleştirmiştir. Bu ve benzeri bir çok analiz 2000’li yıllar boyunca yapılmış hatta bunların sistematik derlemelerine yönelik çalışmalar da kaleme alınmıştır. Ancak son yıllarda yapılan en kapsamlı çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından da desteklenen Pınar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre; iş yerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bir halk sağlığı sorunudur ve geçtiğimiz 12 ay içerisinde sağlık çalışanlarının %44,7 si şiddete maruz kalmıştır. Bu şiddetin %43,2’si sözlü olup hekimler ve diş hekimleri en riskli grupta yer almaktadır. Kadın, genç ve tecrübesiz olmak ve vardiyalı çalışmak da riske maruz kalma olasılığını arttırmaktadır. Yine bu çalışmada katılımcıların %52,3’ü çalışma hayatlarında en az bir kez şiddete uğramışlardır. Dikkat çekici bir diğer unsur da hastaya eşlik eden akraba sayısının çokluğunun şiddet olayının meydana gelme ihtimali ile doğru orantılı olmasıdır. Görüldüğü üzere ağırlıklı olarak sağlık bilimleri alanından olmak üzere birçok farklı disiplinden bu konuya dair çalışma yapılmıştır.

Bu çalışma ise, Türkiye üzerine sağlık alanında yapılan önceki araştırmalardan farklı olarak, sağlık personeline yönelik şiddet sorunsalının nitel bir analizini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda; hekimlerin sağlıkta dönüşüme ilişkin görüşleri, uzmanlaşmanın mesleki pratiklere etkisi, son on yılda sağlık sisteminde yaşanan değişimlerin şiddetle ilişkisi tartışılmaktadır.

Sağlık alanında şiddet tartışmaları incelendiğinde sorunun sadece Türkiye’ye özgü değil küresel bir sorun olduğu görülmektedir. Ayrıca şiddetin daha görünür hale gelmesinin sadece sağlık alanında yaşanan bir deneyim olmadığının da altı çizilmelidir. Her alanda kayıt altına alınması ve önlenmesi adına bir çok faaliyet gerek uluslararası kuruluşlar gerekse farklı sivil toplum kuruluşları tarafından yapılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre “Şiddet; kişinin kendisine, bir gruba ya da topluma karşı yöneltilen yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksun bırakma ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı yüksek, kasıtlı fiziksel güç ya da yetki kullanımının gerçekleştirilmesi ya da tehdididir.” (World Health Organization, 2002).

Gerek hükümet gerekse muhalefet partileri tarafından da bu konuya eğinilmesi yönünde girişimler bulunmaktadır. Bu inisiyatifle tetiklenen, sağlıkta yaşanan şiddet durumuna ilişkin hazırlanan TBMM Komisyon Raporu daha çok atılması önerilen somut adımlara yönelik olup “Sağlık çalışanlarının mesai ve nöbet saatleri yeniden düzenlenmeli, uzun çalışma sürelerinden vazgeçilmelidir.” önerilerine yer vermiştir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013). Sağlık Bakanlığı’nın ise bu alanda son dönemde yaptığı çalışmalar oldukça dikkat çekicidir. Beyaz Kod, Alo 113 uygulamaları, Çalışan Güvenliği Birimlerinin kurulması ve 8.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde sağlık çalışanlarına hukuki yardım yapılması gibi çalışmalar önemlidir. Türk Tabipler Birliği’nin sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesinde oldukça yoğun çalışmaları olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Gerek yürüttüğü duyarlılık kampanyaları gerekse yayınları ile kamuoyunda farkındalık yaratma ve ALO Şiddet hattıyla sağlık çalışanlarına destek olma konusunda önemli çalışmalarda bulunmuştur.

Farklı gruplar tarafından yapılan çalışmalar bu alandaki farkındalığı arttırmış ancak ne yazık ki çözüm olamamıştır. Özellikle sosyal medya ve ulusal medya üzerinden sıklıkla şiddet olaylarına rastlamak mümkündür.

Kuramsal Temeller

Sağlık hizmetinin sunulduğu ortamlarda, sosyal ve kültürel normlar hasta ve sağlık hizmeti sunan arasındaki ilişkiler, riskin inşası ve devlete duyulan güven şiddeti etkilemektedir (Foghammar ve ark., 2016). Sosyolojide ise şiddet, diğer insan eylemleri gibi kabul edilir ve sınıflandırılır. Talcott Parsons’ın (1964) yapısal işlevselci sistem teorisi şiddeti sosyal kontrolün 4 tipinden birisi olarak kabul eder. Sosyal kontrolün kanallarından birisi niyetlenilmiş olandır. Bunu sağlamak içinde sosyal aktörler girdikleri ilişkilerde birbirlerine pozitif yaptırım uygularlar (akt., Mider, 2013).

Özellikle sağlık bilimleri alanında, şiddet kavramsallaştırması Türkiye’de ve yurtdışında yabancı dillerde yapılan çalışmalarda da sıklıkla ILO/ICN/WHO ve PCI Ortak Komitesi’nin 2002 yılı Raporu’nda kullanılan fiziksel, psikolojik, ekonomik, sözel, cinsel gibi kategorizasyonlar üzerinden tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2002). Bu çalışmada ise şiddet özellikle sosyal bilimler literatüründe yapılmış tanımlar ve kavramsallaştırmalar üzerinden tartışılacaktır (Bal, 2013).

Collins ve Şiddet Türleri

Collins’e göre (2008; 2012) şiddet, acizlik, tükenmişlik, çaresizliği ifade etmektedir. Şiddet, gizli ve sinsi olabilmektedir ve şiddetin gerçekleşmesinde, sosyal kültürel ortam, kişinin geçmişi, süreç, etkileşim, durumsal şartlar önemlidir. Collins,

fiziksel gücü şiddeti tanımlayabilmek için gerekli bir bileşen olarak görür. Fiziksel bileşeni içeren şiddeti şöyle tanımlar; şiddet, fiziksel gücün fiziksel zarar ve ziyan vermek için kullanımınıdır (akt., Taşdemir Afşar, 2015, s. 721–722).

Sosyoloji literatüründen belki de en zengin katkıyı yapan Collins, şiddeti anlık tanımlamalarından öteye taşıyarak bir süreç olarak tanımlamıştır. Bu sürece verdiği isim ise şiddet tünelidir. Collins (2012, s. 136–138), “şiddet tüneli” metaforunu kullanarak 3 tür şiddet tünelinden bahseder; kısa şiddet tüneli; birkaç dakika ya da daha az süren ve genelde barlarda yumruklarla çıkan kavgalar, polis atışmaları ve çeteler arasında çıkan kısa süreli kavgalar bu tünel türüne örnek olarak verilebilir. Şiddeti, karşılaşılan gerilim/korku bariyeri ile açıklayan Collins, kavga edenlerin, atışmaların kısa şiddet tünelinin ağzında olduklarını ve yaşadıkları duygusal gerilim nedeniyle tünelin içerisine daha fazla girmediklerini yani bu durumun orta ya da uzun şiddet tüneli biçimine dönüşmediğini ifade eder. Orta Şiddet Tüneli ise birkaç saat süren şiddet türüdür ve şiddeti uygulayanların şiddet eylemini muhafaza etmesine imkan veren, tekrarlayan şiddetin içinde şiddeti dönüştüren ya da yüz yüze gelinen gerilimin/korkunun üstesinden gelen daha güçlü mekanizmalara bağlıdır. Bu tüneller, okul ve işyerlerindeki toplu katliamlar gibi saldırı ölümlerini, kurbanı küçük düşürücü şiddetleri, aile içi şiddeti, futbol holiganlarını içermektedir. Uzun Şiddet Tüneli de birkaç gün ya da haftalarca sürer. Cinayet, gasp, soygun, tecavüz gibi bir grup tarafından yapılan eylemleri içermektedir. Collins’e göre soykırım da bu şiddet tüneline örnektir. Bu bağlamda kişilerin şiddet tüneline ne kadar süre kaldıkları şiddet türlerine işaret etmektedir (akt. Bal, 2013). Tekrarlama, zaman, şiddetin etkisi gibi faktörleri de dikkate alan Collins’in yapmaya çalıştığı şiddetin mikro temellerini görünür kılmaktır.

Kişiler-arası şiddeti anlamakta yararlı olacak Collins’in (2008) ortaya koyduğu diğer kavramlar ise sebepsiz korku ve kolektif şiddettir (crowd violence). Collins (2008, s. 85), bir sebepsiz korku durumunun, belirli bir çatışma durumuna özgü olan gerilim ve korku ile başladığının altını çizmektedir. Gerilim ve korkunun, aslında, şiddetli çatışma olaylarında olağan olarak gözlenen durumlar olduğu bilinmektedir. Ancak sebepsiz korku durumunda gerilim uzun süreli ve zamanla yoğunlaşan bir biçimde karşımıza çıkmaktadır. Collins (2008, s. 85), bunu, artan gerilim ile bir doruk noktasına ulaşmak olarak tarif etmektedir. Collins (2008, s. 115) sebepsiz korkunun çoğu kez ilgili gerilim ve korku durumunu paylaşan bir kalabalık ile bu kalabalığın kurbanı arasından gerçekleşen şiddetli çatışma durumlarında belirleyici rol üstlendiğini belirtmektedir. Kalabalık, böyle bir durumda, güya suçlunun (yani kurbanın) kim olduğunu açık eden ispiyoncu işaretler ile üşüşme göstererek, şiddet eyleminin bir eylem olarak gerçekleştirilmesinde ritmik bir kenetlenme gösterecektir. Collins (2008, s. 115) yine de, sadece sonuçları gözlemlemek suretiyle şiddet eylemine bütünüyle sebepsiz korkunun yön verdiğini iddia etmenin yanlış olacağını, bunun için, zaman içinde gelişen bir örüntü ve artan gerilime ek olarak, kurbanın ani bir zayıflık durumunun tetikleyici olduğunun gözlenmesi gerektiğinin altını çizmektedir.

Collins (2008), bu bakımdan, şiddetin nedenlerinin sistematik biçimde ortaya konmasında mikro kanıtların önemine işaret etmektedir. Başka deyişle, doğrudan, şiddet gösteren ile kurban arasındaki etkileşim ilişkisinin üzerine gidilmelidir. Şiddetin farklı biçimlerinin hangi zaman ve koşullar altında oluştuğuna yönelik araştırmalarda, etkileşimleri merkeze alarak değişik olaylara özgü şiddet eylemlerinin ortak özelliklerine odaklanmak gerekecektir. Bu ortak özellikler arasında bağrışma-çağrışma, kontrol edilemeyen öfke, gergin insanlar ve şiddet tehdidine karşı gerginlik hali ile kavga çıkması durumunda yapılacaklara ilişkin duygusal dinamikler sıralanabilir. Burada Collins, bu detayların önemini altını çizmek adına görüntülerin dahi izlenerek analiz yapılmasını önermektedir.

Öte yandan, araştırmacının peşinde olması gereken şey sadece şiddet gösteren birey tipi olarak konumlandırılmamalıdır. Buna ek olarak, şiddet olaylarına biçimini veren ve onları şekillendiren eylemleri ve durumları da araştırmak gerekmektedir. Bunun önemi, herkesin şiddet uygulamaya eğilimli olabileceği düşüncesiyle açıklık kazanmaktadır. Şiddetin evrensel yaygınlığı dikkate alındığında, şiddet gösterme davranışını sadece toplumsal olarak belirli biçimlerde etiketlenmiş bireylere hapsetmemek gerekir.

Collins 2008 yılında kaleme alarak sosyolojik perspektiften şiddeti ele aldığı kitabının ardından 2016 yılında spor üzerine şiddeti tartıştığı çalışmasında sosyal etkileşimin duygusal dinamikleri ve şiddetin mikro sosyolojik kökenlerini tartışmıştır. Bu çalışmasında ele aldığı “duygusal tahakküm” kavramının sosyal bir araya gelişlerde her iki tarafın duygusal enerjisinin eşit olmadığı durumlarda ortaya çıktığını belirtir. Bu durumda bir taraf kendine güven doluyken diğer taraf pasif ve acemidir. Bu eşitsizlik durumu veri iken bahsedilen duygusal enerji taraflardan birisi için fiziksel enerjiye dönüşür. Bu haliyle duygusal tahakküm şiddete dönüşmüş olur (Collins, 2016). Sosyal bilimler literatüründe bir diğer kavramsallaştırma ise habitus ve sembolik şiddettir.

Habitus ve Sembolik Şiddet

Sembolik şiddet, toplumsal hiyerarşiler ve toplumsal tahakküm ile uygulanan ve gizli ve “nazik” bir şiddet türü olduğu için de ilgili toplumsal yapıların doğal/olağan ve değiştirilemez olarak görünmesine yol açan bir şiddet türüdür (Bourdieu, 2001’den akt., Von Holdt, 2013).

Sembolik şiddet sosyalizasyon ve iletişim aktivitelerinde değer, sembol, gelenek gibi bazı kültürel kalıpların geliştirilmesinde kendini gösterir. Sembolik şiddetin özü, onun kültürel kaynakları, alışılmış davranış kalıplarını gerçek şiddeti ortaya çıkarmak için kullanmasında yatar. Sembolik şiddet türünü biraz daha geliştiren Ogonowska (2004’ten akt., Mider, 2013) “ikonik (görüntüsel) şiddet” kavramını ortaya koymuştur. İkonik şiddet, medyada sunulan metinlerin konuyu ele alan kişinin niyetine göre bunu izleyen, takip eden kişi üzerinde istenilen etkiyi bırakması, planlı

bir manipülasyon olarak nitelendirilebilir. Burada kilit olan bu bilgiyi medyadan izleyen, takip eden kişinin farkındalığı yeterince yüksek olmadığı için mesajı yorumlamakta zorlanabilmesidir. Bunu da yine sembolik şiddetin bir alt türü olarak ele almak mümkündür.

Bourdieu (1989), sosyal hayatı, ödülleri büyük bir oyun olarak ele almakta ve oyunların stratejik olma özelliklerinin altını çizmektedir. Strateji, bir anlamda, oyunun kuralları ve rakibin güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirme eylemi olarak nitelendirilebilir. Oyundaki her oyuncu, bir sonraki hareketi, bir sonraki oyunu ve bir sonraki vuruşu sezgileriyle kavrama kapasitesine, bir habitusa, sahiptir. Habitus, bu bağlamda, bireyin karakteristik eylem eğilimleri kümesi olarak ortaya çıkar (akt., Ritzer, 2004).

Bourdieu tarafından ortaya konulan sembolik sermaye; her sermayenin içerisinde görülebilecek, sahip olunan sembolik değerler bütünüdür. Diğer sermaye tiplerinin herhangi birinin, algı kategorileriyle kavrandığında büründüğü biçimdir. Bu durum sembolik sermayenin, şiddete dönüşmesi noktasında da farklılıklar doğurur; yani sembolik şiddetin boyutunu da belirler. Tüm bu dinamikler aracılığıyla oyunun içinde şekillenen sistemin yeniden üretimini sağlayan dinamik ise habitustur (Özsöz, 2009). Bu açıdan bakıldığında habitusu sosyal sermayenin olduğu bir alan olarak nitelendirmek mümkündür.

Tıpkı aile içindeki fiziksel şiddetin giderek psikolojik şiddete dönüşmesi, incelikli ve görünmez kılınan bir sembolik şiddetin yükselmesi gibi modern yaşamda işyerinde de tahakkümü sağlama mekanizmaları sıklıkla farkına varılan, göze görünür bir şiddetten çok sembolik düzeyde varlık kazanmaktadır (Başterzi, 2015).

Yöntem

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti araştıran çalışmaların çoğunda nicel araştırma tekniklerinin kullandığı, özellikle şiddeti deneyimleyenlerin yaşantılarına derinlemesine nüfuz etme şansı veren nitel araştırma tekniklerinin fazla kullanılmadığı görülmüştür. Bu çalışmada da nitel veriden hareketle bir kuram oluşturma, kavram geliştirme iddiası bulunan temellendirilmiş kuram analizi kullanılmıştır.

Temellendirilmiş Kuram Analizi

Bir araştırma stratejisi olarak Temellendirilmiş Kuram, belirli bir durumla ilişkili olan bir olgunun kuramını, yani onun soyut analitik şemasını, oluşturmayı ya da keşfetmeyi amaçlamaktadır (Creswell, 1998). Bu bakımdan, Temellendirilmiş Kuram, belirli bir olguyu açıklamak üzere bağlantılandırılmış hipotezlerin bir kümesidir (Stern, 1980). Yaklaşımın ana hatları, ilk kez, veri/gözlem ile kuram arasındaki bağlantıların nasıl oluşturulması gerektiğini açıklayan Glaser ve Strauss

(1967) tarafından ortaya konmuştur (Seale, 1999). Daha sonra, Glaser (1992), Strauss ve Corbin'i (1990) Temellendirilmiş Kuram analizinin özgün ilkelerini değiştirmek ve bozmakla suçlanmış ve bu nedenle de Temellendirilmiş Kuram analizine yaslanan sonraki araştırmalar, Glaser-ci ve Strauss-cu olarak ayrılan iki farklı akım izlemiştir (akt., Mehmetoğlu & Altınay, 2006).

Bu araştırmada, Glaser-ci Temellendirilmiş Kuram yaklaşımı benimsenmiştir. Buna göre, veri toplanması ve analizi sürecinde verinin içine gömülü olan yeni kavram ve / veya teoriyi ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Veri toplama, analiz ve teori oluşturma süreçleri sürekli bir ilişki içerisinde kurgulanmıştır.

Veri analizinde ise açık kodlama, eksensel kodlama, seçici kodlama yapılmıştır. Açık kodlamada deşifreler kullanılarak tüm metin analiz edilmiş ve kategoriler oluşturulmuştur. Eksensel kodlamada ortaya çıkan ana kategorilerin birbirileriyle bağlantıları kurulmuştur. "Seçici kodlama aşamasında ise tüm kategorilerin ana kategori etrafında toplanması sağlanarak ana olgu / teori / çekirdek kavram ortaya konularak anlatılar ve metaforlarla desteklenmiştir (Kasapoğlu, 2015a)."

Araçlar

Araştırmada, amaçlı örnekleme (purposive) ile ulaşılmış 18 hekimle, yarı-yapılandırılmış sorular üzerinden derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Mülakatlar, Ankara Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Söylem Analizi dersi kapsamında yürütülen "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" çalışması kapsamında Ankara ve Düzce illerinde gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerin bir başka yaklaşımla yapılan analizinden ise Yurt ve Dünya Dergisi'nin 6. Sayısında "Hekime Yönelik Şiddet: Fenomenolojik Bir Değerlendirme" adlı bir çalışma yayınlanmıştır (Akın ve ark., 2013). Görüşme öncesinde, katılımcılar görüşme hakkında bilgilendirilmiş, araştırmada herhangi bir şekilde isimlerinin yer almayacağı güvencesi verilmiştir. Görüşmelerin tamamında, katılımcılar, ses kaydı alınmasına izin vermişlerdir. Her bir görüşme, ortalama 30 dakika sürmüştür. Bu sorularla amaçlanan, temelde, hekimlerin şiddet algılarına yönelik bir bilgi kümesi oluşturmaktır. Toplanan verilerin temellendirilmiş kuram çalışmasının ilkeleri çerçevesinde analiz edilmesinde, MAXQDA programından faydalanılmıştır.

Bulgular

Demografik Bilgiler

Katılımcılara ilişkin demografik veriler aşağıda listelenmiştir. Farklı mesleklerden sağlık çalışanlarıyla yapılmış geniş bir görüşme setinden sadece hekimler bu araştırmaya dahil edildiğinden Görüşme No'ların sıralı olmadığı görülmektedir.

Tablo 1

Katılımcıların Demografik Özellikleri

No	Görüşmeci	Yaş	Cinsiyet	Hastane tipi	Çalışma deneyimi	Uzmanlık
1	Görüşme No 20	31	kadın	devlet	7	psikiyatrist
2	Görüşme No 19	26	kadın	devlet	1	pratisyen
3	Görüşme No 18	34	kadın	devlet	8	psikiyatrist
4	Görüşme No 17	26	erkek	devlet	1	pratisyen
5	Görüşme No 16	46	kadın	devlet	22	aile hekimi
6	Görüşme No 15	45	erkek	devlet	15	aile hekimi
7	Görüşme No 14	49	erkek	devlet	28	üroloji
8	Görüşme No 13	30	erkek	devlet	6	biyokimya
9	Görüşme No 12	33	kadın	devlet	8	nöroloji
10	Görüşme No 11	46	erkek	özel	20	anestezi ve reanimasyon
11	Görüşme No 10	35	erkek	devlet	10	kardiyoloji
12	Görüşme No 8	33	kadın	özel	8	göğüs
13	Görüşme No 7	42	erkek	özel	18	genel cerrahi
14	Görüşme No 6	39	erkek	devlet	19	pratisyen
15	Görüşme No 5	43	erkek	devlet	14	acil
16	Görüşme No 4	46	kadın	devlet	21	kadın doğum
17	Görüşme No 2	46	erkek	devlet	22	acil
18	Görüşme No 1	29	erkek	devlet	5	üroloji

Katılımcı profilinde yaş aralığının en yüksek 49 en düşük 26 olduğu, 7 kadın, 11 erkek katılımcı ile görüşme yapıldığı görülmektedir. Ağırlıklı olarak uzman olmakla birlikte pratisyen hekimler de araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışma deneyimlerinin ise ortalamada 13 olduğu görülmüştür. Bu zaman zarfı da sağlık alanını gözlemek ve deneyim aktarımı için yeterli bir süre olarak kabul edilmiştir.

Açık Kodlama

Açık kodlama ile görüşülen hekimlerin verdikleri sağlık hizmetine ilişkin anlatıları belirli anahtar kavramlarla gruplandırılmaya çalışılmıştır. Olumlu, olumsuz yönler ve üzerinde durulan konular açık kodlama yolu ile sıralanmıştır. Tablo 2’de görülen rakamlar ise bu kodların tekrarlanış sıklığını göstermektedir. Bazı ana kavramlar kendi içinde dallanmış olup bunlar da alt kod olarak ifade edilmiştir. Temellendirilmiş Kuram yaklaşımında kullanılan açık kodlama nitel verinin adeta küçük parçalar haline getirilip incelenmesine dayanmaktadır.

Eksensel Kodlama

Açık kodlamada elde edilen bazı kodlar ortak temalar etrafında gruplandırılmıştır. Bu şekilde katılımcıların sağlık ortamında çalışma deneyimlerinde şiddet konusunu en çok ilişkilendirdikleri konuları ya da kavramları elde etmek mümkün olmuştur. Eksensel kodlamaya bakıldığında hekimlerin yoğun olarak sağlıkta dönüşümün getirdiği olumsuz etkileri ortaya koyduğu görülmüştür.

Tablo 2

Açık Kodlama

Açık Kodlama		486
Kod	nedenhekimlik	22
Kod	hekiminitibarsızlaşması	19
Kod	meslek tatmin	9
Kod	çocuğunhekim olması	6
Kod	ailedehekimlik	7
Kod	hastanelerin güvensiz ortamlar oluşu	2
Kod	muayenehanecilik	1
Kod	O ustanın sazını doğru çalmasında bir engel olursunuz, onu bozar	2
Kod	ideal çalışma ortamı	9
Kod	şiddet nedir	8
Kod	SGK uygulamaları	4
Kod	“ Ben parayı bastırırsam tomografi çektirecek misiniz?”	4
Kod	mobbing	2
Kod	şiddetin etkisi	16
Kod	hekim güven	9
Kod	medya	17
Kod	özel hastane	5
Kod	sağlık ekonomisi	7
Alt Kod	“zarar eden devlet hastanesi”	2
Alt Kod	hekim verimliliği	5
Kod	sağlık dönüşüm	33
Alt Kod	beyaz kod	2
Alt Kod	hastane yönetimi	13
Alt Kod	Alo 184	3
Alt Kod	MHRS	1
Alt Kod	performans	21
Alt Kod	yeşil kartlıların erişimi	2
Alt Kod	sigorta birleşmesi	6
Alt Kod	sağlık reformu	1
Kod	hastane memnuniyeti	3
Alt Kod	hastahakları	5
Alt Kod	hastalarında değişimi	19
Kod	şiddetin çözümü	18
Kod	şiddetin sorumluları	15
Kod	adli süreç	12
Kod	özel şiddet deneyimi	14
Alt Kod	sözlü şiddet	18
Alt Kod	fiziksel şiddet	7
Kod	hastaya bakmaktan imtina	8
Alt Kod	cesaret	4
Kod	şiddetin nedenleri	14
Kod	uzmanlaşma	9
Kod	hekim hastailişkisi	22
Alt Kod	hipokratyemini	1
Kod	siyaset	20
Kod	aile hekimliği	3
Alt Kod	sevk zinciri	5
Kod	çalışma saatleri	9
Alt Kod	nöbet	3
Alt Kod	hastaya güvenliği	19
Kod	hizmet kalitesi	11

Tablo 3

Eksensel Kodlama

Eksensel Kodlama	Açık Kodlama	Frekans
Dönüşen hekim-hasta ilişkisi	Kod “ Ben parayı bastırırsam tomografi çektirecek misiniz?”	4
Olumsuz Koşullardaki Çalışma Ortamı	Kod hastanelerin güvensiz ortamlar oluşu	2
Olumsuz Koşullardaki Çalışma Ortamı	Kod idealçalışmaortamı	9
Değişen Hekimlik pratiği	Kod O ustanın sazını doğru çalmasında bir engel olursunuz, onu bozar	2
Hekimin itibarsızlaşması	Kod hekiminitibarsızlaşması	19
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Kod sağlıktadönüşüm	33
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod beyazkod	2
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod hastaneyönetimi	13
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod Alo184	3
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod MHRS	1
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod performans	21
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod yeşilkartlılarınerişimi	2
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod sigortabirleşmesi	6
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod sağlıktareform	1
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod sağlıkekonomisi	7
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod “zarar eden devlet hastanesi”	2
Sağlıkta Dönüşümün Getirdiği Olumsuz Deneyimler	Alt Kod hekimverimliliği	5
Dönüşen hekim-hasta ilişkisi	Kod hastamemnuniyeti	3
Dönüşen hekim-hasta ilişkisi	Alt Kod hastahakları	5
Dönüşen hekim-hasta ilişkisi	Alt Kod hastalarındağişimi	19
Değişen Hekimlik pratiği	Kod çalışmasaatleri	9
Değişen Hekimlik pratiği	Alt Kod nöbet	3
Değişen Hekimlik pratiği	Alt Kod hastayoğunluğu	19
Değişen Hekimlik pratiği	Alt Kod hastayabakmaktanimtina	8
Değişen Hekimlik pratiği	Alt Kod cesaret	4

Seçici Kodlama

Seçici kodlamada eksensel kodlamada belirlenen temalar arasındaki ilişki ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu ilişkilendirme sonucunda çekirdek kavram olarak “sağlıkta dönüşümün getirdiği olumsuz deneyimler” in yer aldığı görülmektedir.



Şekil 1. Seçici kodlama.

Tartışma ve Sonuç

Temellendirilmiş kuram analizi sonucunda görüülen hekimlerin şiddetin nedeni, çekirdek olarak ortaya koydukları sağlıkta performansın, sağlık ortamları açısından değiştirdiği dönüştürdüğü belirli öğelerin, şiddeti nasıl etkilediği konusu katılımcılarla yapılan görüşmeden yapılan alıntılarla bu bölümde ele alınmıştır.

Hekimlerin bu araştırmada temel olarak ortaya koyduğu sağlıkta dönüşüm ve onun getirdiği yeniliklerin şiddeti daha çok etkilediği sonucu detaylı bir şekilde incelendiğinde öncelikle hekimlerin iş yükünün oldukça arttığını ifade ettikleri görülmüştür. Bu sonuçların Akın ve arkadaşlarının (2013) çalışmasıyla da uyumlu olduğu görülmektedir. Hastanelerin birleştirilmesiyle hasta yükü artmış ve hastaneye başvuru sayısı da buna paralel olarak artış göstermiştir. Her ne kadar tıp fakültesi sayıları artsa da bu artış halen yeterli sayıya ulaşabilmeyi sağlayamamıştır. SGK ve devlet hastanelerinin birleşmesi ve sağlıkta dönüşümün getirdiği birçok yenilikle hasta ve hekim karşılaşması artmış, bu da çatışma ve şiddet ihtimalini güçlendirmiştir. Nitekim yaşanan olaylar ve yapılan araştırmalar bu ihtimalin hayata geçtiği görülmektedir.

Tablo 3

Hekim Sayısı, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Hekim Başına Hasta Müracaat Sayısı (2009-2014)

Yıllar	Hekim sayısı	Hekim başına düşen kişi sayısı	Hekim başına düşen hasta müracaat sayısı
2009	118 641	612	4 447
2010	123 447	597	4 367
2011	126 029	593	4 850
2012	129 772	583	4 791
2013	133 775	573	4 712
2014	135 616	573	4 648

Not. Devlet hesabına ve serbest çalışan tüm hekimleri kapsar.

Tablo 3'te görüldüğu hekim sayısının arttığı ve buna paralel olarak da müracaat sayısının arttığı görülmektedir. Ancak buna rağmen 1000 kişiye düşen hekim sayısının OECD ülkeleriyle kıyaslandığında geride olduğu görülmektedir (OECD, 2015). AB ülkeleriyle yapılan kıyaslama da ise yine Türkiye'nin 100.000 kişi başına düşen hekim sayısında ortalamasının gerisinde olduğu bilinmektedir (Küçük, 2015).

Erdem ve Atalay'ın (2016) Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Türkiye'de yaşayan sağlık çalışanlarını nasıl etkilediği üzerine yaptıkları çalışmalarında hekim sayısının azlığı, AB ve OECD ülkelerinin gerisinde olduğu vurgusu yapılmıştır. Bu durumun her hastaya ayrılan sürenin düşmesine sebep olduğu belirtilmiştir. Hekim başına düşen hasta sayısının artmasının ise mesleğini icra edenler açısından bakıldığında, tükenmişlik sendromu yarattığı ifade edilmiştir.

Sağlık hizmeti verilen ortamlarda gerilim ve korkunun kaynağı çoğunlukla hastalık ya da hasta yakınlarında hastada oluşabilecek zarar ya da hastayı kaybetme

düşüncesinden doğar. Aslında sağlık çalışanı prensip olarak orada hastanın iyiliği için vardır ve ona zarar vermeyi istememektedir. Hipokrat yemininde dahi hekim hastaya zarar vermeyeceğini ifade etmektedir. Bu açıdan bakıldığında şiddet uygulayan kimsenin Collins’in sebepsiz korku kavramını yaşadığı söylenebilir.

Gündelik hayatta yaşanan ilişkilerin doğasında şiddet olsa da bugün şiddet eğilimli davranışların hayatın her alanında artmış olması sağlık hizmetinin verildiği ortamda da kendini göstermektedir. Bunun yanı sıra sağlık sistemin daha çok hasta temelli bir yaklaşım benimsenerek inşa ediliyor olması hekimlerin hesap verilebilir, yaptığı işin standardizasyonu sorgulanabilir hale dönüşmesine yol açmıştır. Son yıllara değin önemli bir gücü elinde bulunduran hekimler için yeni sistem beraberinde güçsüzleşmeyi ve saygınlıklarının yitirilmesini getirmiştir. Bu çalışmada görüşme yapılan hekimlerin de bu görüşü destekler nitelikteki ifadelerine rastlamak mümkündür:

Nitelik düştü. Mesleki tatmin düştü. Meslekten yabancılaşma çok fazla arttı. Bugün itibariyle biz sorduk hekimlere aşağıdakilerden hangisi diye başka uygun bir iş bulsam o işe geçirim diyen hekim sayısı çok enteresan sayıda fazla. Eskiden hekimlik harika denen bir meslekti şimdi millet kaçmak için yer arıyor. (Katılımcı 2)

Teknoloji ve hasta farkındalığının geliştiği ve özel hastanelerin hizmet sunumunu cezbedici hale getirmesiyle özellikle devlet hastanelerinde fiziksel konforsuzluk hem hekimleri hem de hastaları rahatsız etmektedir. Son yıllarda bu konuda önemli gelişmeler sağlanmış olsa da kalabalık koridorlar özellikle bekleme sırasında gerilimin artmasına ve bu gerilimin hekimlere yönelmesine sebep olabilmektedir. Mekan etkisiyle acil servislerde yaşanan yoğunluğun da şiddeti tetiklediği ve koridorların kalabalıklığının sebepsiz korku, gerilim ve kolektif şiddeti tetiklemekte olduğu hastayı ya da hasta yakınını adeta izleyici önünde “güçlü” hekime karşı bir gösteri yapmaya itmektedir. Bunu katılımcı hekimlerin “hastanelerin güvensiz ortamlar oluşu”, “hastaların değişimi” gibi kodlamaların altındaki anlatılarda görmek mümkündür.

Bizim toplumun da zaten şöyle bir huyu vardır, biz 10 kişi olduk mu erkek adam oluruz, 1 kişi olduk mu efendi oluruz. Bence aynı lokanta ya da diğer sektörler misali işin mutfağıyla hasta yakınlarının ayrılması gerekiyor diye düşünüyorum. (Katılımcı 5)

Bu ifadede kalabalıklardan kaynaklanan, şiddetin altyapısını oluşturan “ritmik kenetlenme”nin hayat geçtiği görülmektedir.

Sembolik şiddet kavramsallaştırması çerçevesinde bakıldığında, hekim ve hekim-dışı sağlık personelinin gördüğü çeşitli türde fiziksel ve sözel şiddetin gerisinde, hasta ve hasta yakınlarına hekim ve hekim-dışı sağlık personeli tarafından farkında olunarak ya da olunmayarak uygulanan sembolik şiddetin yattığı düşünülebilir. Başka deyişle, hekim ve hekim-dışı sağlık personeli, bir sosyal alan olan sağlık sektöründe, meslek kültürünün biçimlendirdiği bir habitus gereği ve bilgi asimetrisi altında, hasta ve hasta

yakınlarına yönelik bir hükmetme ve/veya aşağılama eylemi içinde bulunabilir. Buna karşılık hekimlerin belki de mesleki tatminlerinin çıkış noktası olan güç ve prestijlerinde yaşanan erozyonun bir parçasını da maruz kaldıkları şiddet oluşturmaktadır.

Türkiye’de hekimlerle hastaların ilişkisi hep biraz karışık olmuştur. Hepimizin geçmişte hekime gitme öyküsü var ve hepimizin çok yara aldığı durumlar var. Özele gitmek gibi, hastanede muayene olamamak gibi, günler boyunca sıra beklemek gibi. Çoğunlukla kalitenin düşük olması ve kaliteli hizmet görebilmek için belirli bedeller ödemek, para anlamında. Sağlıkta dönüşüm denilen söylemin, hekime karşı geçmişten gelen öfkeyi körüklediğini düşünüyorum. Bizden 20-30 yıl önce hekimlik yapanlara duyulan öfkenin boşalımın yaşıyoruz. Ben daha çocukken hekimlere karşı hissettiğim şeyleri, şimdi hastalar bana karşı hissediyorlar gibi bir durum var bence. (Katılımcı 18)

Sağlıkta Dönüşüm’ün akabinde hayata geçen Tam Gün Yasası ile muayenehanelerin büyük oranda kapanması durumu hasta ve hekim ilişkisi alışılmışın dışına taşıyan en önemli faktörlerden birisidir. Bu durum hem hekimlerin iş pratiklerini hem de hastaların beklentilerini değiştirmiştir. Şiddetin kuramsal kökenleri açısından bakıldığında hastanelerin büyük ve kapalı ortamları hastalara muayenehane gibi güvenli gelmeyebilir, bunun yanı sıra bir kamu hizmeti olmayan muayenehanecilik hastaları hekimlere karşı daha talepkâr olmaya iten de bir mekanizma olarak yaygın bir biçimde benimsenmiştir.

Eskiden muayenehanecilik vardı ve ben muayenehaneciliğin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Hasta geliyordu bir muayene ücreti veriyordu üstüne bir de hediye veriyordu. Ayrıca bir de teşekkür ediyordu. Ben eskiden sünnet yapıyordum kendi muayenehanemde. O dönemde hasta hem bana ücret ödüyordu hem hediye veriyordu hem de defalarca teşekkür ediyordu. Şimdi burada bedava sünnet yapıyorum. Bedava derken yani vatandaşın cebinden bir para çıkmıyor. Adamın bize bir sövmediği kalıyor. Hatta çoğu zaman sövüyor. Gerekçesi ise benim sünnete 20 dakika geç kalmam. Az önce söylemeyi unuttum eskiden hastalar muayenehanede bizi 1 saat de bekliyordu yani. Şimdi çocuğun gözünden iki damla yaş aktı diye küfür yiyoruz. Bunun olmasının sebebi hizmetin bedava olması. Bedava olan şey değersizdir. İkinci sebep tamamen kolay ulaşılabiliyor olması. Biraz kapitalist bir düşünce ama öyle. (Katılımcı 15)

Hastaların bilgiye erişimi gelişen teknolojiyle birlikte kendi sağlıkları hakkında daha fazla fikir sahibi oldukları bu çerçevede hekimlerden taleplerinin de daha ısrarcı olabildiği bilinmektedir.

Hekim - Yani, tabi... Şimdi bu biraz önce söylediğim şeyler zaman içerisinde hastalarda da bununla bilgilendi. Mesela birçok... Hastalara mesela hekimler, senin ameliyat olman gerekir dendiğinde hakikaten ameliyat olması gereken bir hasta, “acaba işte beni para yüzünden mi ameliyat edecekler”, “acaba işte benim paramı mı alacaklar”, “gereksiz yere ameliyat mı olacağım”, diyip normalde bir hekimle görüşüp o hekimin dediğine itimat eden bir hasta bu sefer üç dört tane hekime birden gidiyor ve kafasında sürekli üç dört tane hekime gitmesine rağmen sürekli bir soru işaretleriyle dolaşmaya başlıyor. İlk başlarda yoktu ama zamanla işte medyadan

veya çevresindeki insanlardan öğrenince buna benzeri şeyleri oturup ister istemez böyle şeylere kapılıyorlar. Ha bu mesela bu hastanın kafasını karıştırıyor, belki hastanın acil ameliyat olması gerekiyor ama hasta aklına bunları getirdiği için zaman kaybediyor ve bu hastanın aleyhine olabiliyor. Hani dedim ya hasta açısından bazı olumlu bazı olumsuz yönleri... İşte bu benzeri bir olumsuz yön. Çünkü hastanın hekime mutlak surette güven duyması lazım. Güven olmadan hiçbir şey olmaz. (Katılımcı 12)

Şikâyet kanallarının hastalar için daha çok olması ve hekim açısında bakıldığında benzer mekanizmaların yeterince etkin çalışmaması hekim hasta iletişimi yine olumsuz yönde etkilemektedir. 184 SABİM hattı aktif bir biçimde hastaların kullandığı bir mekanizma olarak bugün kullanılmaktadır. Hastalar şahsen ya telefon hattı üzerinden başvuru yapabilmektedir. SABİM Operatörleri tarafından kayıt altına alınan başvurular, SABİM Çözümleyicilerince değerlendirilerek, ilgili illere sevk edilmektedir. İllerdeki Sabim Çözümleyicileri tarafından da bu şikâyetler çözülmeye çalışılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007).

Şunu yaptılar, Alo 184 diye bir şikâyet hattı kurdular. Başhekimler orda falan filan. Sonra hasta da geldi diyor ki bana şunu yaz. Sana bunu yazacağım tamam ama sana bir bakayım muayene edeyim sen bunu niye kullanacaksın diyorum yav sen yaz diyor hasta bana. Sonra yazmayacağım dediğinde bunun sonu ya şiddete varıyor ya da adam seni gidip başhekime şikâyet ediyor. Gidiyor... bana ilaç yazmadı diyor. (Katılımcı 9)

Bu zemin hekimlerin üzerinde bir “duygusal tahakküm” (Collins, 2016) oluşmasına neden olduğu düşünülebilir. Bu araştırma çerçevesinde sıklıkla mesleki pratiklerinin pasifize olduğunu belirten hekimler, şikâyet baskısıyla hastalar karşısında pasif konumda yer almayı tercih etmektedirler. Yine medya üzerinden verilen şiddet haberleri ve siyasilerin söylemlerinin basın üzerinden kitlelere ulaşması sonucu “ikonik şiddet” (Mider, 2013) olarak kabul edilebilir.

Hastalar müşteri ve velinimet olmuştur ve kendilerini hekimin karşısında öyle görmektedirler, hekime saygı hiç kalmamıştır, hasta hekime istediğini yapmak zorunda olan bir çalışan olarak bakmaktadır, hatta bu yüzden çoğu kez hekiminin önerilerini bile kabul etmeme eğilimindedir. Eğer kendi kafasındaki tedavi uygulanmazsa ya da reddedilirse başvurduğu hekimi kötü hekim olmakla suçlamaktadır. (Katılımcı 7)

Erdem ve Atalay’ın (2016) çalışmalarında SABİM’in hekime karşı şiddeti artıran bir faktör olduğu ortaya konulmuştur. En başarılı öğrencilerin tercih ettiği tıp fakültelerinden mezun olan bu kişilerin profesyonellikten uzaklaşarak (deprofessionalization) mesleklerine yabancılaştıkları ortaya konmuştur. Mekanik bir biçimde işini yapan adeta robotlaşan hekimlerden bahsetmek yanlış olmayacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 Şiddet önleme raporuna göre her yıl 1,3 milyon insan, şiddet nedeniyle hayatını kaybetmekte olup bu değer, tüm ölümlerin %2,5’ine

denk gelmektedir (World Health Organization, 2002). Aynı raporda, şiddet; 15-44 yaşlarına ait ölümlerde 4. en sık neden olarak göze çarpmaktadır. Collins'in (2016) vurguladığı üzere şiddet davranışını belirli bir tipe hapsetmemek gerekir. Görülen şiddet vakalarına bakıldığında şiddet davranışında bulunma; bireylerin yaş, eğitim durumu ve sosyoekonomik statü açısından farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında herkesin şiddet uygulayabileceği, şiddet gösterme davranışını toplumsal olarak etiketlenmiş bireylere hapsetmemek gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Kasapoğlu'na (2015a) göre “temellendirilmiş kuram geliştirmeye çalışan sosyologların mutlaka bir problem belirlemeleri, sahaya gitmeden önce mevcut literatürü okumaları, probleme yol açan tarihi, sosyal ve kültürel ve ekonomik koşulları bütüncül (*holistic*) bir bakış açısıyla ele almaları, veri toplama ve analiz süreçlerini birlikte yürütmeleri, katı ve mekanik bir betimlemeden kaçınarak zengin bir sunumu tercih etmeleri gerekmektedir.” Buradan hareketle yapılan bu çalışmada daha zengin bir metodolojiyle sağlıkta yaşanan şiddetin nedenleri ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Bu çalışma sonucunda sağlık çalışanlarına karşı şiddetin azaltılması için sunulan öneriler kapsamında; hasta doktor ilişkisini daha sağlıklı kılacak medya kampanyalarının artırılması, sağlık sistemine ilişkin medyada yer alan haberlerin hedef gösterme özelliğinde olmamasına yönelik bir kontrol mekanizmasının oluşturulması, Beyaz Kod Sistemi gibi oluşumlarda toplanan verilerin bilim insanlarının analizine açılarak araştırmaların yapılması, sağlık çalışanlarının emekliliğine de yansiyacak şekilde özlük haklarında bir takım iyileşmelerin sağlanması sıralanabilir. Alo 184 gibi uygulamaların etki değerlendirmelerinin yapılması ve etki alanlarına ilişkin çalışmalar yapılması önemlidir. Ayrıca diğer meslek gruplarıyla karşılaştırmalı çalışmalar yapılarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda da faydalı olacak çıkarımların yapılabileceği düşünülmektedir. “Hekimlik itibarının budanması” sonucu gelinen noktada hastalar ve hekimler arasında yeniden uzlaşma kültürünün oluşturulması, iade-i itibar gibi konularda çalışmalar yapılarak, iyileştirilen hizmetlerin tüm paydaşla gözetilerek yeni düzenlemelerle zenginleştirilmesi önem taşımaktadır.

Kasapoğlu'na (2015b) göre de hasta merkezli politikalar, madalyonun diğer yüzü olan doktorlar gözetilerek dengelenmelidir. Sağlık iletişiminin geliştirilmesi yönünde de bir takım çalışmaların yapılarak tıp fakültesi öğrencilerinin bu konudaki farkındalıklarının artırılması önerilmektedir. Sağlık sisteminin hasta gözündeki temsilcisi olan hekimlerin meydana gelen tüm olumsuzluklardan sorumlu gibi muamele görmesinin önüne geçilecek tedbirler alınmalıdır. Onlar hep sahnenin önündedir ve bu onların daha hızlı yıpranmasına sebep olmaktadır. Bunun yaptırım mekanizmalarıyla olduğu kadar kültür değişikliğini gerektirecek saygıya davet gibi çağrılarla da desteklenmesi gerekmektedir. Nihayetinde hesap verme endişesi ile tıbbi

kararların verilmesi hekimlerin malpractice uygulamaları yapmalarına sebep olabilir (Kessler & McClellan, 1996). Bunun sonucunda meydana çıkabilecek Defansif tıp; “Tanı ya da tedaviye ilişkin kaynakların öncelikle hasta için değil olası malpraktis davalarından korunmak amacıyla kullanılması.” şeklinde de tanımlanmaktadır. Defansif tıp çoğunlukla, hekimin tanı ve sağaltımdan çok hasta tarafından açılacak davadan korunmak amacıyla tanısal tetkikler, tedaviler ve yöntemler uygulaması olarak tanımlanabilir (akt., Selçuk, 2015).

Bu önlemler alınmadığı takdirde hekimler daha çok “Çekinik Tıp” uygulamalarını yapacak, gerçekten hastanın sorumluluğunu almayan, olumsuz bir haberi dahi vermekten çekinen danışmalara dönüşmeleri kaçınılmaz olacaktır. Risksiz vakaları almak yönündeki tercihlerin artması tüm toplumu ilgilendiren bir sorun olarak karşımıza çıkacaktır.

Received: February 6, 2017

Revision received: May 31, 2017

Accepted: July 10, 2017

OnlineFirst: July 28, 2017

Copyright © 2017 • Istanbul University Department of Sociology

tjs.istanbul.edu.tr/en

DOI 10.16917/iusosyoloji.331332 • June 2017 • 37(1)

Extended Abstract

Violence towards Physicians in Turkey: A Grounded Theory Analysis

Günnur Ertong Attar¹
Mersin University

Abstract

The main purpose of this study is to examine the attitudes and behaviors of physicians in Turkey who have been intensely subjected to violence in recent years and to discover how they bring about the causes of violence. In order to achieve this, it was aimed to deepen the different approaches of violence in social sciences and to reveal possible sociological reasons of violence in the field of health. The main problem of the research is the possibility that the services offered by the physicians in hospitals cannot be fulfilled with full fear of suffering from violence and this situation may be experienced in increasingly wider areas. In the study, in-depth interviews are conducted with 18 physicians working in public hospitals and private hospitals in Ankara and Düzce. Interviews were analyzed based on the principles of the grounded theory. The findings of the research are based on the comparison of quality of service, time allocated for patients, exposing to violence and satisfaction levels. The dissatisfaction from health services of patients and tension of physicians affect the quality of service offered. As a result of this research it has been demonstrated that physicians wanted to get through the process of encountering the patient with the least damage without suffering from violence. As a result of the study, it has been determined that the focal point of violence experienced in patient-physician relation in Turkey is the negative outcomes of health transition program. In addition, within the scope of this research, some health policies have been critically evaluated in Turkey and some suggestions have been made.

Keywords

Health transition • Violence • Qualitative research • Grounded theory • Physician perspective

¹ Günnur Ertong Attar (Ass. Prof.), Department of Sociology, Faculty of Science and Literature, Mersin University, Çiftlikköy Campus, Yenişehir Mersin 33343 Turkey. Email: gunnurertong@mersin.edu.tr



Violence is a problem with interdisciplinary dimensions that people experience in a variety of forms (physical, psychological, verbal, symbolic, sexual, etc.). It has gained greater importance in the sociological analyses of everyday life experiences and social change (Walby, 2013).

When examining the journals of sociology in the Journal Storage (JSTOR) archive, nearly half the original articles published over the past 100 years (1917-2016) on the concept of violence have been published within the last 16 years (2000-2016). The phenomenon of violence coming to social scientists' agenda can be regarded as a most striking occurrence. Similarly, the International Sociological Association's (ISA) special-issue publication of *Current Sociology* in 2013 on the sociological analysis of violence can be considered another indicator of this prominence. Increased academic awareness of and sensitivity towards violence can be viewed as a consequence of the more centralized role the problems disadvantaged groups have in the literature, as well as the more frequent experience and greater visibility of violence in everyday life. Nevertheless, mainstream sociological studies have recently become concerned with the dimension of social conflict, not with the predominance of interpersonal violence (MacKie, 2006; Ray, 2000, 2011 as cited in Hearn, 2012, p. 153).

Violence has also become a part of the everyday life experience in Turkey. Violence is frequently encountered in traffic, in the family, at the workplace, and almost everywhere personal interactions take place. In recent years, being exposed to violence has become particularly apparent for women and health care workers (physicians and non-physicians). This research aims to reveal the problem of violence towards health workers using qualitative analysis. The majority of studies investigating violence against health professionals in Turkey have used quantitative research techniques. Qualitative research techniques that offer an opportunity to hear the experiences of participants exposed to violence, haven't been used much. In this study, the grounded theory approach, which argues that one can build a theory from qualitative data, has been used in the analysis.

In-depth interviews using semi-structured questions have been conducted with 18 physicians chosen by using purposive sampling. Interviews were conducted in Ankara and Düzce. Participants were informed about the interviews at the start. The main purpose of the questions has been to create a set of information on physicians' perceptions towards violence. The program, MAXQDA, was used to analyze the collected data as based on the principles of grounded theory.

In the participants' profiles, the oldest participant is 49 and the youngest is 26; seven participants are female and 11 are male. Practitioner physicians have also been included in the research, but most of them being specialists. Their average work experience is 13 years. This length of time is also considered sufficient for being able to transfer the experiences one has observed in the field of health services.

First, an open-coding process has been conducted using the qualitative data. The

codes obtained from the open coding have been grouped around common themes. In this way, one can obtain the topics and concepts that the participants most strongly relate to violence in their work experience in the field of health. When looking at the axial coding, physicians are seen to have mostly stated the negative effects of the health transition program. Selective coding has been used to attempt to explain the relationships among the themes determined in the axial coding. As a result, the core concept appears to be the negative experiences brought about by the health transition program.

When asking physicians to associate the health transition program to the violence they've experienced, they first stated the considerable increase in their workload in association with the health transition program. The patient load increased with the merging of different types of hospitals under the Ministry of Health. Even with the increase in the number of medical faculties, reaching sufficient number of people has not yet been possible. Many of the innovations brought about through the transition program have increased patient/physician encounters, which has raised the likelihood of conflict and violence.

Even though violence is inherent in the relationships of daily life, tendencies toward violence have increased in all areas of life and have also manifested in environments that provide health services. Additionally, the fact that the health system has been constructed by adopting a more patient-based approach has led physicians to be held more accountable. For physicians who've had important power until recently, the new system weakens and diminishes their dignity.

Within the context of conceptualizing symbolic violence, behind the various types of physical and verbal violence that physicians and non-physicians are exposed to lays the symbolic violence physicians and other health workers consciously or unconsciously apply to patients and their relatives. On the other hand, physicians have been exposed to certain degradations of their strength and prestige, which can be seen as the basis of their professional satisfaction.

According to Kasapoğlu (2015a), "sociologists who try to build a grounded theory must read the existing literature before going to the field of study; they need to take a holistic view of the historical, social, cultural, and economic conditions that have led to the research problem; carry out the data collection and analysis processes side by side, and avoid rigid and mechanical depictions."

As a result, this study suggests increasing the awareness of medical faculty students in this regard by carrying out some studies in the direction of improving health-related communications. Precautions should be taken before treatment to prevent patients from viewing physicians as responsible for all the problems in the health system. Physicians are always at the forefront of the scene, and this causes them to wear out more quickly. These precautions should be supported through appeals such as asking patients to be respectful, which will require cultural change using the mechanism of sanctions as much as possible. In the end, providing medical decisions based strictly

on accountability can cause physician malpractice (Kessler & McClellan, 1996).

Defensive medicine as a resource for diagnosis or treatment should not be used primarily for patients but as for protection from potential malpractice cases. Defensive medicine is often defined as the practice of using diagnostic tests, treatments, and methods not for the patient's best diagnosis but to protect the physician against the patient as a potential plaintiff (as cited in Selçuk, 2015). If precautions are not taken, physicians become more likely to turn to practicing consultative medicine, which lessens their sense of responsibility towards the patient and makes them hesitant to give bad news. An increase in preferring to take risk-free cases will lead to evasion, which as a problem concerns all of society.

Kaynakça/References

- Akın, N. C., Balcı, E., Dursun, E., Karataş, Z., Özcan, O., Şahin, I., ... Taşkın, O. A (2013). Hekime yönelik şiddet: Fenomenolojik bir değerlendirme. *Yurt ve Dünya Dergisi*, 6, 1–40.
- Ayrancı, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The Journal of Emergency Medicine*, 28(3), 361–365.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balcı, Y., & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish healthcare settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 276–296.
- Bal, N. (2013). Sosyolojide şiddet kavramı. *Yurt ve Dünya Dergisi*, 6, 6–22.
- Başterzi, A. D. (2015). Çalışma yaşamında eril şiddet. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 15(56), 44–48.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A. D., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcuer, I., & Ergin, N. (2006). Violence toward healthcare workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 23(2), 364–369.
- Çelik, Y., & Şenol-Çelik, S. (2007). Sexual harassment against nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 200–206.
- Collins, R. (2012). Entering and leaving the tunnel of violence: Micro sociological dynamics of emotional entrainment in violent interactions. *Current Sociology*, 61(2), 132–151.
- Collins, R. (2008), *Violence: A micro-sociological theory*. New Jersey, NJ: Princeton University.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Zeitschrift für Soziologie*, 19(6), 418–427.
- Collins, R. (2016). Micro-sociology of sport: Interaction rituals of solidarity, emotional energy, and emotional domination. *European Journal for Sport and Society*, 13(3), 197–207.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Erdem, F., & Atalay, M. (2016). The effect of health transformation policies on the resident physicians' perception of the medical profession in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(2), 189–216. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2340>
- Foghammar, L., Jang, S., Kyzy, G. A., Weiss, N., Sullivan, K. A., Gibson-Fall, F., & Irwin, R. (2016). Challenges in researching violence affecting health service delivery in complex security environments. *Social Science & Medicine*, 162, 219–226.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Hearn, J. (2012). The sociological significance of domestic violence: Tensions, paradoxes and implications. *Current Sociology*, 61(2), 152–170.

- Kasapoğlu, A. (2015a). Sosyolojide temellendirilmiş kuram geliştirme. A. Kasapoğlu (Ed.), *Özne hayatı konuşunca* içinde (s. 15–39). Ankara: Ayrıntı.
- Kasapoglu, A. (2015b). Impacts of health reforms in turkey: The case of violence towards physicians. *Journal of Family Medicine & Community Health*, 2(6), 1049.
- Kessler, D. P., & McClellan, M. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics*, 2, 353–390.
- Küçük, A. (Ed.) (2015). *OECD, Avrupa Birliği sağlık istatistikleri ve Türkiye: Hastanelerde beşeri ve fiziki kaynakların incelenmesi*. Ankara, Sağlık Bakanlığı. <http://www.saglikaktuel.com/d/file/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf> adresinden edinilmiştir.
- Mehmetoglu, M., & Altınay, L. (2006). Examination of grounded theory analysis with an application to hospitality research. *International Journal of Hospitality Management*, 25(1), 12–33.
- Mider, D. (2013). The anatomy of violence: A study of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 702–708.
- OECD. (2015). *Doctors*. Retrieved from <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
- Özsöz, C. (2009). *Pierre Bourdieu sosyolojisi ve simgesel şiddet* (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir.
- Öztunç, G. (2001). Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 1–9.
- Pinar, T., Acikel, C., Pinar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Bariskin, E., & Egri, M. (2015). Workplace violence in the health sector in Turkey: A national study. *Journal of Interpersonal Violence*, June, 1–21.
- Ritzer, G. (2004). *Goodman, DJ modern sociological theory*. New York, NY: McGrawHill.
- Seale, C. (1999). Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 5(4), 465–478.
- Selçuk, M. (2015) Çekinik (Defansif tıp) (Yüksek lisans tezi, İzmir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir.
- Şenuzun Ergün, F., & Karadakovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*, 52, 154–60.
- Stern, P. N. (1980). Grounded theory methodology: Its uses and processes. *Image*, 12(1), 20–23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1980.tb01455.x>
- Von Holdt, K. (2013). The violence of order, orders of violence: Between Fanon and Bourdieu. *Current Sociology*, 61(2), 112–131.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). *Temel amaç ve hedefimiz*. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3842/temel-amac-ve-hedefimiz.html> adresinden edinilmiştir.
- Talas, S. M., Kocaöz, S., & Akgüç, S. (2011). A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara. *Turkey Asian Nursing Research*, 5(4), 197–203.
- Taşdemir Afşar, S. (2015). Türkiye’de şiddetin “kadın yüzü”. *Sosyoloji Konferansları*, 52, 715–753.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). *Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf> adresinden edinilmiştir.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). *İstatistiklerle Kadın, 2015*. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519> adresinden edinilmiştir.
- Walby, S. (2013). Violence and society: Introduction to an emerging field of sociology. *Current Sociology*, 61(2), 95–111.
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf?ua=1