

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK ALANINDA DÖNÜŞÜM:
SEMBOLİK GÜÇ VE SEMBOLİK ŞİDDET İLİŞKİSİ

Doktora Tezi

Alev AKBAL

Ankara-2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK ALANINDA DÖNÜŞÜM:
SEMBOLİK GÜÇ VE SEMBOLİK ŞİDDET İLİŞKİSİ

Doktora Tezi

Alev AKBAL

Tez Danışmanı

Prof. Dr. M. Aytül KASAPOĞLU

Ankara-2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

Alev AKBAL

TÜRKİYE’DE SAĞLIK ALANINDA DÖNÜŞÜM:
SEMBOLİK GÜÇ VE SEMBOLİK ŞİDDET İLİŞKİSİ

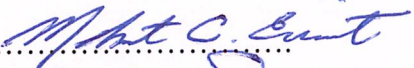
Doktora Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. M. Aytül KASAPOĞLU

Tez Jürisi Üyeleri

<u>Adı ve Soyadı</u>
Prof. Dr. M.Aytül KASAPOĞLU
Prof. Dr. Mehmet Cihan ECEVİT
Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA
Prof. Dr. Feryal TURAN
Prof. Dr. Nevin GÜNGÖR ERGAN

<u>İmzası</u>






Tez Sınavı Tarihi: 06/09/2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (06/09/2018)

Alev AKBAL


İmzası

ÖNSÖZ

Bu çalışma, sağlık alanında uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programının, sağlık çalışanlarını nasıl sembolik şiddet sürecine maruz bıraktığını ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmanın bu yönüyle sembolik şiddet sürecinin yaşanabileceği diğer alanlara da rehberlik edebileceği ve farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.

Tez çalışması, lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca beni hep destekleyen, her zaman motive eden, en zor anlarımda beni hiç yalnız bırakmayan, bana hep inanan, değerli bilgi ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan, yol göstericim, kıymetli danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. M. Aytül KASAPOĞLU'na içten teşekkür ederim. Ayrıca bilgi ve birikimleri ile çalışmama katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet C. ECEVİT, Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA, Prof. Dr. Feryal TURAN ve Prof. Dr. Nevin GÜNGÖR ERGAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezin alan araştırmasının gerçekleşmesinde, ağır çalışma şartları içinde bana vakit ayırarak ve açık yüreklilikle görüşlerini paylaşarak bana katkı sağlayan Gaziler Fizik Tedavi ve Eğitim Araştırma Hastanesi doktorlarına, fizyoterapistlerine ve hemşirelerine çok teşekkür ediyorum.

Tez çalışması boyunca yardımlarını benden esirgemeyen Sayın Fehmi ÇİMEN'e ve Erol Başaran BURAL'a ayrıca bana her konuda destek olan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Özellikle tüm eğitim sürecimde her zaman yanımda olan, her konuda bana destek olan ve beni motive eden kıymetli aileme desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

Alev AKBAL

Eylül, 2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
KISALTMALAR	XII
1. BÖLÜM: GİRİŞ	13
1.1. Araştırmanın Problemi.....	56
1.2. Araştırmanın Amaçları.....	63
1.3. Araştırmanın Önemi.....	64
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	65
1.5. Yaklaşım ve Sayıtlar.....	66
1.5.1. Yaklaşımlar.....	66
1.5.2. Sayıtlar.....	79
1.6. YÖNTEM.....	80
1.6.1. Araştırmanın Tipi.....	81
1.6.2. Araştırma Teknikleri.....	81
1.6.3. Örneklem ve Evren.....	99
2. BÖLÜM: BULGULAR VE TARTIŞMA	105
2.1. Açık Kodlama.....	105
2.1.1. Mesleğin Tercih Edilme Nedenleri.....	106
2.1.2. Mesleğin Toplumsal İmajı.....	112
2.1.3. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Alanındaki Sermaye Farklılıkları.....	122
2.1.4. Mesleki Zorluklar ve Sembolik Şiddet.....	138
2.1.4.1. Doktorların Mesleki Zorlukları ve Sembolik Şiddet.....	139
2.1.4.2. Fizyoterapistlerin Mesleki Zorlukları ve Sembolik Şiddet.....	190
2.1.4.3. Hemşirelerin Mesleki Zorlukları ve Sembolik Şiddet.....	228
2.1.5. Mesleki İlkeleri Dengeleme.....	265

2.1.5.1. Doktorların Mesleki İlkelerini Dengeleme Yolları.....	266
2.1.5.2. Fizyoterapistlerin Mesleki İlkelerini Dengeleme Yolları.....	272
2.1.5.3. Hemşirelerin Mesleki İlkelerini Dengeleme Yolları.....	279
2.1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Farkındalık.....	285
2.1.6.1. Doktorların Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilgisi.....	285
2.1.6.2. Fizyoterapistlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilgisi.....	291
2.1.6.3. Hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilgisi.....	293
2.2. Eksenel (Aksiyal) Kodlama.....	298
2.3. Seçici Kodlama.....	304
3. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	309
KAYNAKÇA.....	329
EKLER.....	344
ÖZET.....	346
ABSTRACT.....	350

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları

Tablo 2: Kurum Performans Puan Ortalaması

Tablo 3: Dolaylı Bireysel Performans Puanı

Tablo 4: Temellendirilmiş Kuramın İki Ekolünün Karşılaştırılması

Tablo 5: Doktorların Demografik Verileri

Tablo 6: Fizyoterapistlerin Demografik Bilgileri

Tablo 7: Hemşirelerin Demografik Bilgileri

Tablo 8: Mesleği Tercih Etme Nedenleri

Tablo 9: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%)

Tablo 10: Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%)

Tablo 11: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Tablo 12: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı

Tablo 13: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı

Tablo 14: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayısı

Tablo 15: Yıllara Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü, Tüm Sektörler

Tablo 16: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Kaba Ölüm Hızı, (‰)

Tablo 17: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2016

Tablo 18: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2013

Tablo 19: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2008

Tablo 20: Yataklı Tedavi Kurumlarında MR Cihazı Başına Düşen Görüntüleme Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2015

Tablo 21: Performans Puanları

Tablo 22: Sembolik Şiddet Kaynağı



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamasının Kapsama Alanı

Şekil 2: Hastane Gelirleri (Döner Sermaye)

Şekil 3: Sağlık Çalışanlarının Açık Kodlama Kategorileri

Şekil 4: Sağlık Çalışanlarının Ortak Tercih Nedenleri

Şekil 5: Bourdieu (1998) Practical Reason Adlı Eserinden Toplumsal ve Sembolik Uzam

Şekil 6: Fizyoterapistlik Mesleğinin Bilinme Oranları

Şekil 7: Doktorlara Göre Kültürel Etkinliklere Katılım

Şekil 8: Fizyoterapistlere Göre Kültürel Etkinliklere Katılım

Şekil 9: Hemşirelere Göre Kültürel Etkinliklere Katılım

Şekil 10: Mesleklere Göre Zorluk Kaynakları

Şekil 11: Doktorların Karşılaştığı Zorluklar

Şekil 12: Performans Sisteminin Etkileri

Şekil 13: Fizyoterapistlerin Karşılaştığı Zorluklar

Şekil 14: Hemşirelerin Karşılaştıkları Zorluklar

Şekil 15: Mesleklere Göre Mesleki İlkeleri Dengeleme Yolları

Şekil 16: Doktorların Sağlıkta Dönüşüm Programını Bilme Oranları

Şekil 17: Fizyoterapistlerin Sağlıkta Dönüşüm Programını Bilme Oranları

Şekil 18: Hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Programını Bilme Oranları

Şekil 19: Üst Kategoriler



KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

AVM: Alışveriş Merkezi

BİMER: Başbakanlık Bilgi Edinme Merkezi

BUT: Bütçe Uygulama Talimatı

CİMER: Cumhurbaşkanlığı Bilgi Edinme Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FTR: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

GSS: Genel Sağlık Sigortası

IMF: International Monetary Fund

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

MSB: Milli Savunma Bakanlığı

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSPD: Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

T.A.K: Temiz Aralıklı Kateter Kullanımı

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

TSK: Türk Silahlı Kuvvetleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM 1: GİRİŞ

Modernite ile birlikte toplumlar değiştikçe, sosyolojinin konularında değişiklikler yaşanmakta ve yeni çalışma alanları ortaya çıkmaktadır. Kültürel sosyoloji de bu alanlardan birisidir. Back ve diğerlerine göre (2012) 20. yüzyılın ikinci yarısında sosyolojinin ayrı bir alt dalı olarak ifade edilen kültürel sosyoloji, çağdaş sanayi sonrası toplumların kültürleriyle ilgili olarak yeni bir takım unsurların ortaya çıkmasıyla da açıklanabilir. Bu unsurlar, kültürün modernite ile değişimi, kültür üzerine anlatılar, kültürün uygulayıcıları ve tüketici arasındaki sosyal ilişkiler ve geleneksel, yüksek ve alt kültür çerçevesinde gelişen ayrımlar temelinde tartışılmalıdır.

Mukherjee'ye göre (1998) insanlığın başlangıcından beri, gruptaki bireyler, insanlık için dört temel değer gerçekleşmesi için anlamlar ve yöntemler bulmayı denemişlerdir. Bu dört temel değer; türlerin hayatta kalması, bireylerin yaşamları boyunca güvenliği, hayatta kalmayı sağlamak, güvenlik ve sağlıklı yaşam alanının sürekli olarak genişlemesi amacıyla maddi rahatlık ve her bireyin gücünü ortaya çıkarmak için zihinsel gelişimdir. İnsanların gündelik yaşamlarıyla iç içe olan kültür bu temel değerlerin gerçekleşmesi için ihtiyaç duyulan anlamların ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Bu bağlamda kültürel sosyoloji, bir alan olarak sağlık, sağlıkta dönüşüm süreci ve sembolik şiddet kavramları ile ilişkilendirilerek tartışılmıştır.

Kültür ve Sosyoloji

Kültür ve kültür çalışmaları uzun yıllar antropolojinin merkezindeyken; günümüzde sosyolojinin de önemli çalışma alanlarından birisi haline gelmiştir. Literatürde kültürün çok farklı tanımları bulunmaktadır:

- Kültür, her kuşağın bir sonraki kuşağa aktarırken kendisinden bir şeyler eklediği için sürekli değişen, nesilden nesile geçen "diğerinden bir grubun üyelerini ayıran aklın kolektif kodlamasıdır" (Hofstede,1980: 25).

- Kültür, (a) seçkin sanatsal faaliyetlere, (b) bir halkın ya da grubun tüm yaşam biçimine, (c) paylaşılan sistemlere veya şablonlara gönderi yapacak şekilde kullanılabilmektedir (Edles, 2006: 5-6).

- Kültür, güç ilişkileri içinde özneler arasında tarihsel olarak var olan her zaman ilişkisel ve iletişimsel bir kayıt sürecidir (Dwyer, 1977 ve Tedlock, 1979'dan akt. Clifford ve Marcus, 1986: 15).

Kültür, sosyolojinin vazgeçilmez öğelerinden birisidir. Bu durumun en açık göstergesi kültür çalışmaları, sosyolojinin klasik kuramcılarında günümüze kadar gelmektedir. Kültürel sosyoloji üzerine birçok  alışma Amerika ve Avrupa kaynaklı olarak sınıflandırmaktadır (Back ve diğ., 2012; Lamont ve Laurent, 2000; Jacobs ve Hanrahan, 2005; Stewart, 2013).

Jacobs ve Hanrahan' a göre (2005) sosyal ve beşeri bilimler merkeze bilimi almışken geçen birkaç on yıldıki kültürel dönüşümlerle "kültür" yeniden kavramsallaştırılmıştır. Kültürel dönüşümün gerçekleşmesinde küreselleşmenin önemli etkisi olmuştur. Küreselleşme ile birey, grup, aile, sınıf dinamikleri değişmekte ve bu dinamikleri etkileyen kültürel pratiklerin etkisi sosyal bilimciler tarafından araştırılmaktadır.

Klasik sosyoloji kuramlarının temsilcilerinden Max Weber, Georg Simmel, Emile Durkheim ve Talcott Parsons'ın düşünceleri ve kuramları kültürel sosyolojinin ortaya çıkmasına ve gelişmesine katkıda bulunmuştur. Back ve diğerlerine göre (2012) Avrupa'da kültürel sosyolojide Weber ve Simmel'in çalışmalarının, Amerika'da ise Parsons'un çalışmalarının önemli rolü bulunmaktadır.

Weber'in (2011) kültürel sosyolojiye en önemli katkısını "Toplumsal ve Ekonomik Örgütlenme Kuramı" adlı eseriyle yaptığı düşünülmektedir. Max Weber bu eseri, toplumbilimin ne anlama geldiğini açıklamak, temel kavramlarını tanımlamak için yazmıştır. Toplumbilimi, toplumsal etkinliği yorumlama yoluyla anlamak, böylece akışını ve etkilerini nedensel olarak açıklamak isteyen bir bilim olarak tanımlamıştır. Etkinliği her türlü insan davranışını anlatmak olarak tanımlarken; toplumsal etkinliği ise, onu yapan bireyin ona bağladığı öznel anlam gereğince başkalarının davranışlarını göz önünde bulunduran ve buna göre bir gidiş izleyen etkinlik olarak tanımlamıştır. Weber'e göre, her bilimsel gözlem gibi her yorum da, kavrama ve anlamada açıklığa ve kanıtlanabilir doğruluğa ulaşma çabasıındaydı. Ona göre iki türlü anlama vardı; birincisi edimin öznel anlamının doğrudan gözlem yoluyla anlaşılması; ikincisi ise, etkinlik yapılırken, o koşullar altında bireyi etkinliği yapmaya neyin yönelttiğine bakılarak yapılan anlamaydı. Weber özellikle değer yönelimli rasyonel eylemde bireyi etkinliğe yönelten koşulları değerler, ahlak, din ve normlar olarak vurgulamaktadır.

Toplumsal etkinlik, daha özelde toplumsal ilişki, ona katılanlar tarafından, yasal bir düzenin varlığı tasarımına göre yönlendirilmekteydi. Bu yasal düzen türleri Weber'e göre adetler ve hukuktu. Weber (Gerth ve Mills, 1998) sınıf konumunu ise kişilerin mal, yaşam koşulları ve kişisel yaşantılar için sahip oldukları olanaklar olarak tanımlamaktadır. Weber'in üzerinde durduğu değer, ahlak, din, norm, adet, hukuk, yaşam koşulları gibi temel kavramlar aynı zamanda kültürün unsurları arasında da yer almaktadır. Weber, kuramında savunduğu yorumlayıcı epistemoloji ile kültürel sosyolojinin yöntemine de katkıda bulunmaktadır.

Weber (2009) "Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu" adlı eserinde kapitalizmin materyalist görüşlerine karşı çıkarak, sahip olma güdüsü, kazanç ve kar çabası ve en fazla miktar parayı kazanma çabasının kapitalizmle doğrudan bir ilgisi bulunmadığı, dinsel inançların ve ahlakın önemli rol oynadığı üzerinde durmaktadır.

Weber ve Durkheim'in ortak noktası, toplumda dinin rolüne verdikleri önemdir. Durkheim bütün çalışmalarında kültüre oldukça önem vermiştir. Durkheim (2006) "Toplumsal İşbölümü" adlı eserinde, günümüzdeki toplumların ekonomik yaşamda birçok hukuksal ve ahlaki düzensizliğin içinde bulunduğunu, kuralların çoğunun geleneklere göre oluştuğunu ve bu durumun ortaklaşa yaşamda düzenin oluşmasına engel olan bir durum olduğunu belirtmektedir. Ayrıca Durkheim'e göre kuralsızlığı ortadan kaldıracak olan şeyin, bu davranış kurallarının bir küme içinde gerçekleşebilmesidir. Ekonomik yaşamda bu kümelerin, meslek kümelerinin olabileceğini belirten Durkheim, meslek kümelerinin ve meslek ahlakının ekonomik düzende olmadığını, onların sadece rastlantısal olarak bir araya geldiklerini ve ortaklaşa bir eylem oluşturdıklarını; ekonomik alanda meslek ahlakının ve ortaklaşa eylemin ortaya konulması için, mesleklerin örgütlü kuruluşlara dönmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Meslek örgütlerinin tarihi incelendiğinde ise geçmişte loncalar ve günümüzde işçi sendikaları üzerinde ayrıca durmuş, loncaların ortak çıkarları iyi koruduğunu bunun da temel nedeninin her şeyden önce dinsel bir kuruluş olmasına bağlıyordu. Durkheim'e göre bu örgütleri bir arada tutan ve düzenini sağlayan en önemli unsurlar, ahlak, ortak yaşam ve dinsel inançlardır.

Durkheim (2011) "İntihar" adlı eserinde toplumun ve kültürün intihar üzerindeki etkisini belirtmiştir. Toplumsal denetimin zayıf olması toplumda anomiye yol açmaktadır. Toplumsal bütünleşmenin zayıf olduğu ya da olmadığı toplumlarda intihar oranları da yüksektir. "Dinsel Yaşamın İlkel Biçimleri" eserinde ise Durkheim (2010), toplum olmak için ortak duygu ve fikirleri desteklemek ve onaylamak gereksiniminin duyulması gerektiğini belirtmektedir.

Durkheim (1994) "Sosyolojik Metodun Kuralları" adlı eserinde, toplumu ve toplumsal olguyu tanımlarken kültürel unsurların önemini vurgulamaktadır. Durkheim'e

göre toplumu meydana getiren hukuk, gelenek, görenek, ahlak kuralları bireyin dışında gerçekleşir ve bireylerin düşünce ve davranışları için zorlayıcı bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, bu kurallar, dinsel dogmalar ve mali sistemler yerleşik inanç ve pratiklerden ibarettir. Bu nedenle kuralların ve inanç sistemlerin olduğu belirli bir organizasyon varsa, burada toplumsal olgudan da söz edilebilir.

Klasik sosyoloji kuramcılarında kültüre önem veren ve kültür alanında önemli çalışmaları yapan bir başka sosyolog ise Georg Simmel'dir. Simmel'e göre (2013) "kültür, hayatın yaratıcı hareketinin, hayata ifade ve gerçekleşme formları sunan bir takım yapıtlar (*medeni kanunlar, anayasalar, sanat eserleri, din, bilim, teknoloji vb.*) ürettiği her yerde olandır". Kültürün ortaya çıkardığı bu ürünlerin kendilerine özgü formları vardır. Bu formlar kendilerinden uzaklaşan ve kendi içlerinde olan hayatı kuşatmaktadır. Kültürel formlar sürekli dönüşmektedir. Simmel'e göre asıl önemli olan hayat ve hayatın ürünleri arasında sürekli bir mücadelenin olmasıdır. Kültürel ürünlerin sürekli olarak katılaşması onun modern hayata, gelişmelerine, hareketliliklerine ayak uyduramayarak geride kalmasına sebep olmaktadır. Sonuç olarak, hayat ve formları arasındaki gerilim kültürel rahatsızlıklara neden olmaktadır.

Weber ve Durkheim'in görüşlerinin savunucusu olan Parsons'ın kültürel sosyolojiye önemli katkıları bulunmaktadır. Parsons'ın genel eylem kuramında sistem, merkezi bir yere sahiptir. Parsons'ın genel eylem kuramı dört sistemden oluşmaktadır (Wallece ve Wolf, 2004): Temel çözümleme birimini anlam ve sembolik sistemlerin (*din, dil, ulusal değerler ve toplumsallaşma*) oluşturduğu, kültürel sistem; temel birimini rol etkileşimlerinin (*kültürel sistem içinde tanımlanmış belirli sayıdaki aktörler*) oluşturduğu, toplumsal sistemler; temel analiz birimini aktörlerin oluşturduğu kişilik sistemleri ve temel birimi biyolojik olarak insanların oluşturduğu davranışsal organizma sistemidir. Dört sistemin birbirinden ayrı düşünülmemeyeceğini belirten Parsons'a göre,

aktörler kültürel sistemin değerlerini içselleştirerek toplumsal sistem içinde var olmaktadır.

Toplamları anlamada kültür göz ardı edilemeyecek kadar önemli bir kavramdır. Günümüz sosyologlarının da bu nedenle kuramlarında kültür üzerine odaklandıkları düşünülmektedir. Özellikle Elias, Giddens, Bourdieu kuramlarında kültürün üzerinde önemle durmaktadırlar.

Elias (2013) “uygarlık süreci” adlı eserinde kültürü, benliği kurumsallaştırma aracı olarak tanımlamaktadır. Zaman içerisinde toplumlar uygarlaştıkça, kültür değıştikçe, benliğin korunmasının da önemi artmaktadır. Benlik ve kültür birbirinden ayrı düşünülemez. Kültür, kişiliğe benlik ve duygusal yaşam hissini kazandırır. Toplamlar ilkel dönemlerde hayvani dürtülere göre hareket ederlerken, kültürün gelişmesi sonucu kişilik ve toplum yapıları toplum düzeyinde gerekli değışiklikleri yapmaktadır. Birey, toplum, kültür birbiri ile ilişkisel bir şekilde değışikliğe uğramaktadır.

Giddens (1984) yapılaşma kuramını anlattığı “Toplulun Kuruluşu” adlı çalışmasında yapıyı tanımlarken kültürel unsurlara yer vermektedir. Ancak kültür ve unsurlarını kuramında açıkça belirtmediği için eleştirilmektedir. Giddens, yapının, kurallar ve kaynaklardan oluştuğunu belirtmektedir. Biçimlendirilmiş buyruklar olarak ifade edilen kurallar, adeta bir davranışın bir türüne ait ya da o davranışın parçalarıyla ilişkilendirilebilecekmiş gibi ayrı ayrı ele alınırlar. Sosyal pratiklerin üretiminde ve yeniden üretiminde uygulanan ilkelerdir. Kurallar, kaynaklardan bağımsız olarak düşünülemez. Bireyler, eylemlerini gerçekleştirmelerini sağlayacak güce yani kaynaklara ihtiyaç duymaktadırlar. Bu kaynaklar dağıtımsal ve yetkesel olarak ikiye ayrılmaktadır: dağıtımsal kaynaklar, mallar, nesneler ve maddi görüngüleri dönüştürücü yetenek biçimleri iken; yetkesel kaynaklar, bireyleri ya da kurumları denetleyen

dönüştürücü yeteneklerdir. Egemenlik ise bu iki kaynağın harekete geçirilmesine bağlıdır.

Giddens (1984), yapıyı oluşturan bu kurallar ve kaynakların gündelik hayatın içinde var olduğunu ve bir tür etkileşim aracı olduğunu belirtmektedir. Ayrıca etkileşim aracı, kurallar ve kaynakların toplumun kültürel unsurlarına işaret ettiğini dip not olarak belirtmektedir.

Çağdaş sosyologlardan Pierre Bourdieu, kültürel sosyoloji çalışmalarının önde gelen temsilcilerinden biri olarak işaret edilmektedir. Bourdieu temel kuramını “Bir Pratik Kuramının Ana Hatları” adlı yapıtında geliştirmeye başlamıştır. Kültürel sosyoloji ile ilgili çözümlemelerini ise “Distinction: A Social Critique Of The Judgement Of Taste” başlıklı kitabında kültür, farklılıklar ve güç ilişkilerini inceleyerek yapmıştır.

Bourdieu’ye göre (2013) felsefe, tarih, sanat, bilim gibi bütün kültürel üretimler bilimsellik iddiası olan incelemelerin nesneleridir. Bu kültürel üretimler, bilim üreten ve yeniden üreten veya yayan ajanların (*agent*) içinde yer aldıkları bir evrendir. Bu evren de, sosyal yasalara göre işleyen sosyal bir dünyadır. Bilimsel alan da sosyal bir dünyadır ve bu alan nispeten özerk olan bir uzamı, kendine özgü yasalarla donanmış bir mikrokozmosu işaret etmektedir. Bu mikrokozmos, makrokozmosun içindedir ve makrokozmosdan nispeten özerktir. Bir alan özerkliği ne kadar fazla ise yeniden tanımlama, biçimleme, kırıp-yansıtma kabiliyetleri de o kadar fazla olmaktadır. Sosyal bilimlerin özerkliğe ulaşmasındaki en önemli güçlüklerden biri ise bilime yapılan müdahalelerdir. Her alan bir güç alanıdır ve bu güç alanındaki ajanlar, nesnel ilişkilerle bir uzamı teşkil ederler.

Bourdieu’ye göre (Swartz,1997) egemenliğin kaynağı olan kültür, insan iletişiminde ve etkileşiminde birçok zemin sağlamaktadır. Toplumda hiyerarşinin inşa edilmesine ve

insan iletişiminin temelini oluşmasına kaynaklık eden sanat, din, bilim ve dil gibi bütün sembolik sistemler gerçeklik anlayışımızı da şekillendirmektedir. Dil, din, gelenek ve değerleri kapsayan kültür, bireyleri kurumsallaşmış hiyerarşilere bağlayan pratikleri ve g (*power*) ilişkilerini açıklamaktadır. Kültürel pratikler aynı zamanda mücadele alanlarını da (*field*) oluşturmaktadır. Bu mücadele alanının kurumsallaşmış hiyerarşisini kültürün aktarıcıları olan entelektüeller şekillendirmektedir.

Bourdieu (2004, 2012), alanı, konumlar arasındaki nesnel bağlantıların yapılandırılması ya da ağı olarak tanımlamaktadır. Bu konumlar, ajanlara ya da kurumlara dayattıkları belirlenimler açısından farklı sermaye türlerine sahiptir. Kültürel sermaye, eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir ve eğitim düzeyi ile yakından bağlantılı olan müzik, resim ve edebiyat içindeki tercihler ve bunların sosyal kökeni saptanabilir. (Bourdieu, 1984). Kültür ve kültürel sermaye ile belirli bir yaşam tarzı, beğenileri ve zevkleri olan bireylerin ayırt edici pratikleri ve farklılıkları anlaşılabilmektedir.

Bourdieu'ye göre (1984) bireylerin yaşam tarzı ve kültürel sermayenin belirleyicisi olan beğeniler ve ekonomik sermaye bireylerin sosyal uzamdaki konumunun belirleyicisi iken; aynı zamanda bu konumlardaki egemenlik ilişkisinin de açıklayıcısıdır. Egemen kesim, kendi kültürel sermayesini daha az sermayeye sahip olan kesime dayatarak kendi egemenliğini meşru kılmaktadır. Toplumsal uzam üzerindeki mesafe ajanların farklılıklarını ve birbirlerine yakınlık ve uzaklık mesafelerini işaret etmektedir. Bununla birlikte uzam ajanların karşılaşmalarını, yakınlıkları, sempatileri, beğeni ve zevklerinin kestirilebilen mesafelerini göstermektedir.

Bourdieu'ye göre (1984) sosyal köken (*Baba mesleği ölçüt alınır.*) ve eğitim sermayesinin (*Nitelikler aracılığıyla ölçülür.*) kültürel pratiklerle yakın bağı vardır. Eğitim sermayesinin çoğu okul sistemleri ve daha çok onları ölçmede kullanılan akademik ltler (*Eğitim nitelikleri ve performans arasındaki ilişki daha kuvvetlidir.*)

aracılığıyla kazanılır. Okullar toplumsal hiyerarşiyi meşrulaştırmak için sürekli akla ve bilime başvurmaktadırlar. Kültürel sermayenin göstergeleri, okulda ortaya çıkması ya da aileden kalıtsal bir şekilde geçmesidir. Kültürel sermaye, eğitim sermayesi ve performans arasındaki sıkı ilişki, eğitim sistemi aracılığıyla korunur ve tanınır.

Bourdieu (1984), ekonomik sermayenin göstergeleri olarak gelirler, kırsal ve kentsel mülkiyetler, hisseler, endüstriyel ve ticari karlar, ücretler maaşları işaret etmektedir. Ancak sınıfsal konumların belirlenmesinde ekonomik sermaye tek başına yeterli değildir. Bir toplumsal uzamda konumların, habitusların, pratiklerin şekillenmesinde kültürel sermaye de ekonomik sermaye kadar etkilidir. En fazla kültürel ve ekonomik sermayeye sahip olan egemen sınıf (*dominant class*), egemenliğini sürdürmek ve meşruiyetini sağlamak için kültürel sermayenin en önemli aracı olan eğitimi kullanmaktadır. Bireyler eğitim yoluyla sınıfsal konumlarını ve kültürel tüketim ürünlerini içselleştirmektedirler.

Bu çalışmada ajanların kültürel eğitim ve ekonomik sermayeye sahip olarak mücadele verdikleri alanlardan birisi de sağlık olarak düşünülmektedir.

Sağlık Sosyolojisi ve Bir Alan Olarak Sağlık

Sağlık, bütün toplumlarda geçmişten günümüze önemini hiç kaybetmeyen temel kavramlardan birisidir. Yalnızca zamana ve uzama bağlı olarak sağlığın tanımı, gelişimi, ilişkilendirildiği alanlar farklılıklar göstermektedir.

Calnan'a göre (1987) sağlığın olumlu, olumsuz, işlevsel ve ampirik tanımları bulunmaktadır (Nettleton,1995:41): “hastalığın olmayışı”, sağlığın tıp bilimine göre tanımıdır ve olumsuz bir tanımdır; Dünya Sağlık Örgütü'nce (DSÖ) yapılan “fiziksel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak iyi olma hali” sağlığın olumlu anlamda bir tanımıdır. İşlevsel olarak sağlık, Parsons (1991) tarafından “normal sosyal rollere katılma

yeteneği” olarak tanımlanmıştır ve son olarak sağlığın ampirik tanımı “benlik bilincini göz önüne almak” olarak Kelman (1975) tarafından yapılmıştır. Bu tanımlara göre sağlık kavramını yalnızca tıp biliminin alanı olarak değerlendirmenin eksik ve yanlış olacağı düşünölmektedir. Çünkü sağlığın sadece biyolojik boyutları yoktur, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları da bulunmaktadır.

Sağlığın çok boyutlu olarak ele alınması tıp bilimcilerinin, özellikle hastalıkları önleme ve iyileştirme konularında sosyoloji başta olmak üzere diğer sosyal bilimlere başvurmasına neden olmaktadır. Sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili olarak sosyolojinin bir alt dalı olan “medikal sosyoloji” alanında çalışmalar yapılmaktadır. Kasapoğlu (1992) bugün, sağlık, hastalık – toplum ilişkisini vurgulamak için “medikal sosyoloji” ve “sağlık sosyolojisi” kavramlarının kullanıldığını belirtmektedir.

“Sağlık sosyolojisi, sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal ve kültürel yapı içine yerleştirecek inceleyen, toplum ve sağlık alanında nedensellik ilişkileri kuran, bu ilişkileri araştırarak genellemeye ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir sosyoloji dalıdır.” (Özen, 1993: 74). Bireylerin statüleri, eğitim düzeyleri, meslekleri, kültürel beğenileri toplumsal ve kültürel yapı içinde ilk akla gelen göstergelerdir.

Cirhinlioğlu’na göre (2012) medikal/sağlık sosyolojisinin çalışma alanlarını, bireylerin kendilerini hasta olarak tanımlama zamanları, nasıl tedavi olacakları, toplumun hastalıklara verdiği cevaplar, tedavi aşamasında sağlık kurumları, toplumsal düzenlemeler gibi konular oluşturmaktadır. Bu durum ise medikal/sağlık sosyolojisinin, aile, din, kültür, siyaset ve ekonomi gibi temel kurumlarla ilgili olduğunu göstermektedir.

Popay ve Williams’a göre (1994) 20. yüzyılın sonlarına doğru insan sağlığı ile ilgili araştırmalar daha çok karışık ve belirsiz çabalar olarak görölmektedir. Bu belirsizlikler

araştırmacıları iki gelişme ile yüz yüze getirmektedir: birincisi sosyal bilimcilerin rolünün öneminin artması; ikincisi insanların sağlık ihtiyaçları ve sağlıkları hakkında sahip oldukları görüşleridir. İnsanların sağlık ihtiyaçları ve sağlık ile ilgili sahip oldukları görüşlerini ortaya koymak için biyoloji ve tıp bilimi yeterli değildir.

Brown'a göre (1989) sosyal bilimlerin yaklaşımları medikal/sağlık sosyolojisini dört düzeyde etkilemektedir (Cirinlioğlu, 2012: 16):

(a) Medikal sosyoloji, siyaset, ekonomi ve kültür gibi üç işlevsel alandan etkilenmektedir. Bunlara bağlı olan alt alanlardan ilki, sınıf, ırk ve cinsel farklılıkları konu alan siyaset ekonomisi, ikincisi, profesyonelleşme süreci ve tıp mesleği, üçüncüsü ise sağlık kurumlarıdır.

(b) Sağlık sisteminin uygulayıcıları ile toplum arasındaki ilişkileri konu alan yaklaşımlardır.

(c) İlk iki yaklaşımın birleşmesini ele alan yaklaşımlardır.

(d) Toplumsal hareketlerin sağlık üzerindeki etkilerini, toplumsal değişmeyi içine alarak tartışan yaklaşımlardır.

Sağlık alanının tek boyutlu açıklanamayacağını düşünen Turner (2011) ise, sağlık konusunda sosyal bilimlerden faydalanarak genel bir sosyal teori geliştirmek için üç analiz düzeyini ele almaktadır:

(a) İlk düzeyde, bireyin perspektifinden hastalık/rahatsızlık deneyimi, fenomenoloji ve sembolik etkileşimcilik gibi sosyolojik perspektifler kullanılarak betimlenebilir.

(b) İkinci düzeyde, uzman meslek gruplarının bireyleri sınıflandırmak için kullandıkları hastalık kategorilerinin sosyal inşasına odaklanılarak, hastane ve klinikler gibi özel kurumların ortaya çıkışı açıklanmaya çalışılır.

(c) Üçüncü düzeyde ise sağlık sistemlerinin toplumsal organizasyonu, devlet ve ekonomi ile ilişkileri ve toplumsal eşitsizlik problemleri ele alınmaya çalışılır.

Bourdieu'ye göre (1984) bireylerin sosyal uzamdaki konumları, onların kültürel ve ekonomik sermayelerinin, dolayısıyla sınıfsal konumlarının da göstergesidir. Bireylerin yaşam tarzı ve beğenileri de (*giyim, yemek, spor, sanat, edebiyat vb.*) kültürel sermayelerinin belirleyicisidir. Bu bağlamda sağlık alanı içindeki habituslar, pratikler ve yatkınlıklar (*disposition*), bireylerin yaşam tarzına ve beğenilerine göre şekillenmektedir. Bireylerin yemek, giyim, spor alışkanlıkları ve eğitim düzeyi sağlık bilgisini de etkilemektedir.

Bütün bu analiz düzeyleri ile birlikte ele alındığında sağlık, Bourdieu'nün de (1995, 2006) tanımladığı gibi bir 'alan' olarak karşımıza çıkmaktadır. Bourdieu'ye göre (1995, 2006) alan, (*bilim, sanat, toplumsal, edebiyat, din, tıp vs.*), "toplumsal yapı ile kültürel pratikler arasındaki dolayım sağlayan, konumlar arasındaki nesnel ilişkiler ağı veya kümeleşmesi" olarak tanımlanmaktadır. Alan ne kadar özerkse, önemli bir yeniden yapılanmaya uğradıktan sonra bile etkili olur. Sağlık alanı, içinde bulunduğu toplumsal yapıdan ve kültürden bağımsız düşünülemez. Toplumun sağlıklı olma düzeyini, o toplumdaki tüm ekonomik siyasi, kültürel koşullar etkiler. Sağlık sistemindeki, ilişkiler toplumsal ilişkiler çerçevesinde gelişmektedir. Toplumun ekonomi, eğitim, politika gibi alanlarındaki tüm değişim ve gelişmeler sağlık alanına da yansımaktadır.

DSÖ'nün sağlık alanındaki araştırmaları ve çalışmaları, sağlığın toplumun kültürü ile ilişkiselliğini işaret etmektedir. DSÖ'nün 1998'de sağlıkta global durumu değerlendirme araştırmasına göre; 1997 yılında meydana gelen ölümlerin üçte biri akut alt solunum yolu enfeksiyonları, verem, ishal, HIV/AIDS ve sıtma gibi enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar ve yaklaşık %2'si ise dışsal nedenler olarak sınıflanan, intihar, iş kazaları ve meslek hastalıkları yüzünden ortaya çıkmaktadır. Ayrıca iş kazaları

dünyadaki kalıcı ve uzun dönemli aktivite kısıtlılığına yol açan başlıca sağlık sorunları sıralamasında dokuzuncu sırada, meslek hastalıkları ise onuncu sırada yer almaktadır (Evcı ve Bilir, 1999: 4).

DSÖ'nün araştırmasına göre sağlık koşullarını belirleyen etkenlerin başında aktörün sosyo-ekonomik durumları gelmektedir. Bu durum aslında ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile de doğrudan bağlantılıdır. Çünkü az gelişmiş toplumların yaşam koşulları da gelişmişlik düzeyinden etkilenmektedir. DSÖ'nün 2006 yılı DSÖ Raporu'na göre, Peru'daki çocuk ölümlerinin %40'ından fazlası, halkın en yoksul %20'lik kesiminde yaşanmakta ve en zengin %20'lik kesimdeki değerlerle arasında sekiz kattan fazla fark bulunmaktadır (Coburn, 2009: 55). DSÖ'nün bu iki örneği sağlık alanının yalnızca biyoloji ve tıp ile açıklanamayacağının ve kültürel, toplumsal, ekonomi, eğitim ve siyaset ile ilişkili olduğunun göstergeleridir.

Toplumların gelişmişlik düzeyleri sağlık alanı ile yakından ilişkili olan bir durumdur. Siyasi olarak liberalizmden, sosyolojik olarak işlevselcilikten esinlenen modernleşme okuluna göre, gelişmenin kaynağı, ülkelerin iç dinamiklerinde aranmalıdır; siyasi olarak kapitalizmi sosyolojik olarak klasik marksizmi eleştirerek ortaya çıkan bağımlılık okuluna göre ise ülkelerin gelişmesini etkileyen başlıca etken, gelişmemiş ya da az gelişmiş ülkelerin, dünya ekonomisine eklenilerek kapitalizmin bir parçası haline gelmeleri yani gelişmiş ülkelere olan bağımlılıklarıdır. (Cırhinlioğlu, 1999: 15-16). Modernleşme okuluna göre ülkelerin iç dinamikleri, geleneksellik, kültür, yoksulluk, eğitim vb. faktörlerdir ve azgelişmişlikten kurtulmanın yolu ise gelişmiş yani modern ülkelere benzemekten geçmektedir.

Holden (2005) ülkelerin sağlık sistemlerini gelişmişlik düzeylerine göre sınıflamıştır: (a) Gelişmiş Kapitalist Ülkeler: Bu ülkelerde ekonomik büyüme olmasına karşın sağlık talebi artmakta ve bu talep maliyet kaygıları nedeniyle karşılanamamaktadır. Bu

lkelerde sosyal sağlık sistemi kadar özel sektör sağlık hizmetleri de önemli bir yere sahiptir. Avrupa’da özellikle İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde ulusal sağlık sistemi yaygınlık kazanırken, özel sağlık hizmetleri sistemi de sorunsuz işlemektedir. Amerika’da ise özel sağlık hizmetleri sistemi oldukça yaygınlık kazanmıştır ve sağlık sisteminde ciddi sorunların yaşanmasına neden olmaktadır.

(b) Geçiş Aşamasındaki lkeler: Bu ülkelerde sağlık hizmetine duyulan gereksinim artarken, sağlık kaynakları azaltılmaktadır. Sağlık gereksinimlerinden dolayı birçok hastane maliyeti karşılayamadığından ya özelleştirilmektedir ya da hastane içindeki destek birimleri (*yemekhane, güvenlik, temizlik*) zelleştirilmektedir.

(c) Gelişmekte Olan lkeler: Bu lkeler sağlık sistemini inşa etme sorunu yaşayan ve özel sektörün sağlığın tüm alanında yaygın olduğu ülkelerdir. Sağlık alanında ancak temel tedavi edici hizmetler sürdürülmektedir. Afrika ilkeleri ve Hindistan gelişmekte olan ülkelerin başında gelmektedir.

Coburn’a göre (2011) toplumların ekonomik büyümeyle birlikte sağlık bilgisinde de gelişmeler yaşanabilmektedir. Her ülkede, gelir düzeyi artan kişilerin sağlık düzeylerinin de yükseldiği bilinmektedir. Yoksul ve zengin ülkelerdeki ölüm ve hastalık oranları verileri, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arasındaki farklılıkların en önemli örneklerinden birisidir. Zengin ülkelerde bebek ölüm oranlarının düşük olması, insanların 70 yaşından sonra kronik hastalıklar nedeniyle vefat etmesine rağmen; yoksul ülkelerde insanlar erken yaştaki bulaşıcı hastalıklara yakalanmakta ve ileriki yaşlarda ise bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölümler yaşanmaktadır.

1980’lerin sonu ve 1990’ların başından itibaren hem gelişmiş ülkeler hem de gelişmekte olan ülkelerde, refah rejimlerinin dönüşümü kapsamında sağlık alanında

önemli reformlar gözlemlenmektedir (Ağartan, 2007: 37). Bu bağlamda Türkiye’de de Cumhuriyet döneminden başlayarak günümüze kadar sağlık reformları yapılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıklı birey, sağlıklı bir toplum için temel amaç olmalıdır. Bu bağlamda gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm toplumlarda, her birey için gerekli sağlık hizmeti sağlanmalıdır. Özen’e göre (1993) aile, ekonomi, eğitim, siyaset, sosyolojik terminolojide, insanların temel gereksinimlerini karşılayan sosyal yapıları olan kurumlardır; sağlık da bir toplumda yaşayan bireylerin sağlık gereksinimlerini karşılamak için ortaya çıkan sosyal bir kurumdur.

Sağlık, daha önce belirtildiği üzere Bourdieu’nün (2004, 2012) kuramına göre “bir sermaye türünün belirli bir şekilde dağıtıldığı yapı” olarak tanımlandığı alandır. Bu alan, içinde özgül karlara erişmenin bağlı olduğu sermaye türlerinin dağılımı ve alanın içindeki diğer nesnel konumlarla olan ilişkileri ile nesnel olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanı, konumlar arasındaki nesnel ağırları itibariyle, hukuki, kültürel, siyasi, ekonomik ve eğitim türünden sermayelere sahiptir. Alanın konumu ve sahip olduğu sermaye ile diğer nesnel konumlar ve sermayeler ilişkisel düşünülmelidir. Alanlar aynı zamanda mücadele alanlarıdır, bu nedenle içinde hiyerarşiyi barındırırlar (Swartz, 2011), alanlar kendine özgü yasaları olmasına rağmen görece özerk yapılardır (Bourdieu,2013).

Toplumda diğer alanlarda (*hukuk, eğitim, siyaset, din vs.*) olduğu gibi sağlık alanında da en büyük sermayeye sahip olan sembolik güç, egemenliğini ve meşruiyetini devam ettirmek ve kendi görüşünü hâkim kılmak amacıyla birçok konuda reformlar yapmaktadır. Sanat, edebiyat ve bilim gibi alanlara göre çok daha az özerk olan sağlık alanı, “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte, -Bourdieu’nün (2013)

deyimiyle- Sağlık Bakanlığı tarafından yeniden tanımlanmış ve şekillendirilmiştir. Sağlık alanı içinde bütün sermayelere meşru bir şekilde sahip olan devlet (Bourdieu, 2013), sembolik gücünü kullanarak (*kabul-onanma*) Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programını 2003 yılından itibaren gerçekleştirmeye başlamıştır. Kendi öz yapılarına uygun kalıcı görüş ve ayırım ilkelerini dayatma ve aşılama araçlarına sahip devlet, sembolik gücün (*symbolic power*) uygulandığının en mükemmel yeridir (Bourdieu, 1995, 2006). Egemen gücün yani devletin kendi özgül çıkarları için, sembolik sermayesini ajanlara, tanıma ve kabul yoluyla dayatmaktadır.

Türkiye’de 1982 Anayasası’yla herkesin sağlığı güvence altına alınmıştır (Ergül, 2017). Anayasanın 56. maddesine göre; herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kurulabilir.

1982 Anayasanın 60. maddesine göre; herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar. Bu bağlamda Türkiye’deki insanların sosyal güvenliğini sağlamak amacıyla, 1946 yılında, hizmet akdi ile bir işverene bağlı olarak çalışanların sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK); 1954 yılında memur statüsündeki devlet personelinin malullük, ihtiyarlık ve ölüm sigortalarını karşılamak amacıyla Emekli Sandığı; 1971 yılında kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini karşılamak amacıyla Bağ-Kur kurulmuştur.

Geçmişten günümüze bakıldığında ülkemizde sağlık alanındaki gelişmelerin Cumhuriyet Dönemi ile birlikte başladığı görülmektedir. Ancak bu durum daha öncesinde sağlık alanında gelişmeler olmadığını işaret etmemektedir. Osmanlı Devletinin özellikle son dönemlerinde içinde bulunduğu savaş koşulları düşünüldüğünde, sağlık ve bilimsel gelişmeler konusunda çok fazla ilerleme katedemediği görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık alanındaki gelişmeler üç dönemde ele alınabilmektedir (Görmüş,2013):

a) Kurumsallaşma Dönemi (1920-1960): Osmanlı Devleti döneminde genel müdürlük düzeyinde idare edilen sağlık işleri, 23 Nisan 1920'de açılan Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) çıkarılan kanun ile ilk kez Sağlık Bakanlığı kurularak kurumsallaşma adımları atılmıştır. İlk olarak sağlık alanında var olan bilgi ve belgeler toplanmaya başlanmış, iç ve dış göçmenlerin yerleştirilmesi ve savaşta gelen yaralıları iyileştirme çalışmaları başlatılmıştır. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte, sağlık hizmetlerinde örgütlenme ve yurda yayılma politikaları izlenmeye başlanmıştır.

Cumhuriyet döneminde sağlık alanındaki gelişmeler aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Akdur, 1999):

- İllerde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilmiş ayrıca hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idareler (*belediyeler, il özel idareleri*) tarafından yürütülmesi düşüncesi benimsenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

- Dr. Refik Saydam Dönemi'nde sağlık insan gücüne yönelik olarak, tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin

yönetimi tek elde ve merkezde toplanmış; tıp öğrencileri için yurt açılması ve sağlık personeli için yatılı okullar açılması yolu ile personel sayısının arttırılması yönüne gidilmiştir.

b) Sosyalleştirme Dönemi (1960-1980): 1938–1960 arası dönemde sağlık politikalarında merkezi yapıyı kuvvetlendirici yasal düzenlemeler hız kazanmış, daha çok hastalık merkezli yapılandırmalar oluşturulmuştur. 1961–1980 arası dönemde ise ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun’ yürürlüğe konulmuş; bununla birlikte hastalık merkezli yapılandırmalar sınırlandırılıp, sağlık ocakları bünyesinde farklı nitelikte sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. 1930 ve 1940’lı yıllarda kapalı, daha çok dış dengelere dayalı, korumacı ve içe dönük bir politika izlenirken (Boratav,1992); 1950’lerde Demokrat Parti dönemi ile birlikte özel girişimcilik ve dış kaynaklara dayalı kalkınma politikaları uygulanmaya başlamıştır. Ancak yanlış ve plansız politikalar sonucu ödemeler dengesinde açıklar artmış ve ekonomik durgunluk dönemine girilmiştir (Akdur,1999).

1960 yılında kurulan ihtilal hükümeti tarafından tüm siyasi çalışmalar askıya alınarak Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuş ve planlı kalkınma dönemine girilmiş; birinci beş yıllık kalkınma planında ise sağlık hizmetlerine yönelik planlamalar yapılmıştır (Akdur,1999). 1961 yılında hazırlanan Anayasanın 48. ve 49. maddeleriyle sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devletin asli görevi haline getirilmiştir.

1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” yürürlüğe konulmuş, birinci basamak hizmetlerinin kırsal kesimi de kapsayarak, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir (Erol ve Özdemir,2014).

1963-1967 yıllarını kapsayan birinci beş yıllık kalkınma planına göre “Sağlık hizmetlerinde, Türkiye’de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması” gibi hedeflerin gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Sağlık programları, tedavi hekimliğinin plânlamasında çok pahalı ve tesirsiz olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak olan bir sisteme doğru yönelmiştir. Hastanecilik bu sistemin tamamlayıcı bir unsuru olarak ele alınmıştır. 15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı mevcut sayının iki buçuk katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise mevcut sayının altı katına çıkarılması planlanmıştır. Sağlık programlarının gerçekleştirilmesi için adam başına sağlık harcamaları 15 yılda iki katına çıkmış olacaktır.” şeklinde planlamalara yer verilmiştir.

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf>).

224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve 1961 Anayasası ile sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesi sağlanmıştır. Ancak 224 sayılı Kanunun uygulamasında yeterli çaba gösterilmemesi sonucu, memnuniyetsizler ortaya çıkmış ve çözüm olarak “sağlıkta reform” çalışmaları gündeme getirilmiş ve liberalizasyon adına önemli adımlar atılmaya başlanmıştır (Erol ve Özdemir, 2014). 1960’ların sonlarına doğru sağlık alanında özel sektöre önem verilmeye başlanmıştır.

c) Neoliberalleşme Dönemi (1980-) : 1970’li yıllarda dünyada yaşanan petrol krizinden Türkiye de önemli ölçüde etkilenmiştir. Avrupa’nın sanayisinin petrole bağımlı olması Avrupa’yla dış ticaretin azalmasına neden olmuş, Türkiye ise petrol ithalatının bedelini ihracat gelirleriyle karşılamaya başlamış, bu durum ise Türkiye ekonomisini zora sokmuştur (Oran, 2013).

Boratav (2012), Türkiye’nin kendi içindeki popülist iktisadi politikalar ve Batı Avrupa’dan gelen işçi dövizleri ile krizin 1977’ye kadar engellendiğini, ancak 1977

yılından itibaren Türkiye'nin ekonomik krizin içine girdiğini belirtmektedir. İçinde bulunduğu ekonomik kriz nedeniyle IMF ile olan kredi anlaşmaları, harcamaları karşılamaya yetmediği için Türkiye uluslararası sermaye piyasasına dahil olmaya başlamıştır. IMF ve Dünya Bankası gibi dış kaynak sağlayan kuruluşların ekonomik yardım koşulunu bir takım yapısal dönüşüme bağlaması ise 24 Ocak kararlarının alınmasına neden olmuştur. 24 Ocak kararları ile Türkiye neoliberalleşme sürecinin içine girmiştir.

24 Ocak kararları, birçok az gelişmiş ülkeye IMF'nin dayattığı istikrar politikaları ile Dünya Bankasının yapısal uyum programlarını içermekte; bu politika ve programlar kamu sorumluluğunu azaltan, başta sağlık sektörü olmak üzere kamunun birçok alanını kapsayan özelleştirme ve ticarileştirme odaklı program ve politikaları (Görmüş, 2013: 126). Sağlık alanında neoliberal politikaların uygulanma şekli ise sağlık reformları yoluyla sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin neoliberalleşmesini işaret eden ilk girişim, 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı, "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu" idi: Bu kanun kamu hastanelerinin merkeziyetçi yapısını değiştirerek işletmeye dönüştürmeyi hedeflemekte, ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin (*Milli Savunma Bakanlığı hariç*) Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmasını öngörmektedir (Bulut,2007). Bu kanun Anayasa Mahkemesince bazı hükümleri iptal edilince uygulanamadı ve 1990'lı yıllarda Dünya Bankası kredisi desteği ile bir takım sağlık reformları hazırlandı.

1996-2000 yılları arasını kapsayan sağlık reformu, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da yer almıştır. (<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf>).

Buna göre (Görmüş, 2013: 127), "Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak; sağlık hizmeti sunumunda Bakanlığın rolü azaltılırken yerel yönetimlerin rolü artıralacak; bireye hekim ve hastane seçme imkânı

getirilecek; hastaneler idari ve mali özerkliğe sahip işletmelere dönüştürülecek; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacak; koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan hizmetlerin bedelinin kullanıcılar tarafından ödenmesi esas olacak, uzun vadede GSS sistemine geçilecektir ve son olarak özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecektir.” Ancak neoliberal politikalarının izlerinin açıkça görüldüğü sağlık reformu, sağlık alanında yer alan kurum ve kuruluşlar tarafından destek görmemiş dönemin Cumhurbaşkanı’nın beklenmedik ölümü ile değişen bürokratik ortam nedeniyle uygulanamamıştır. Bu noktadan sonra, sağlık reformunda gerçekleştirilen uygulamalar ise, düşük gelirli grupların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere yeşil kart sağlık güvenlik sistemi, sağlık çalışanları ve tıp fakültelerinin sayısının artırılması gibi GSS sistemine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. 2000’li yıllara gelindiğinde sağlık alanında yapılan değişikliklere, daha önceki başarısızlıklarından dolayı reform adı verilmemiştir, bunun yerine mevcut hükümet tarafından dönüşüm programı adı verilmiş ve çalışmalar başlatılmıştır.

Çalışmanın temel kavramlarından birisini oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı ise Türkiye’de 2003 yılında uygulamaya konulan ve günümüzde devam eden bir sağlık projesidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları (Akdağ, 2008a:20; Akdağ, 2011b:11);

- Sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir biçimde, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır,
- Program’ın temel ilkeleri insan merkezli olma; sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülüğe dayanan, güçlerin dağılımını sağlayan bir işleyiş oluşturmaktır,

- Yerinden yönetim ve hizmette rekabet unsurlarına yer vermek olarak belirtilmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı için temel hedefler belirlenerek, bu hedefler ışığında program uygulanmaya başlanmıştır (Akdağ, 2008a: 20):

- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi,
- Sağlıkta kalite ve akreditasyon.

Türkiye’de 1980’lerden günümüze kadar olan döneme bakıldığında, 1960’larda başlatılan sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme politikalarının genişletilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu dönemde önem kazanan gelişmelerden biri de sağlık hizmetlerinde finans yönetimi olmuştur. Hastanelerin özelleştirilmesi doğrultusunda çalışmalar başlatılmıştır. Ancak Kol’a göre (2015) sağlık sektöründe özelleşme iki temel soruna neden olabilmektedir: bunlardan ilki bir meta olarak kabul edilemeyen sağlık hizmetlerinin, piyasa ekonomisinin eline bırakıldığında ticarileşmesi ve hizmet kalitesinin düşmesi; ikinci sorun olarak ise doktorla hastayı ticari bir ilişki içine sokması

sonucu, devlet hasta haklarını korumakta başarısız olacaktır. Bu durum devleti sağlık hizmeti sunmak yerine, sağlık hizmeti satın almaya yönlendirmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar söz konusu olduğunda, var olan yapıda üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri, SSK ve özel hastaneler arasında koordinasyon eksikliği olduğu görülmektedir. Halkın birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda önyargılı olması ve hastaneleri tercih etmesi, sağlığa ayrılan kaynakların yetersiz olması ve verimsiz kullanılması, sağlık personelinin ülke geneline dengesiz dağılması, tıp eğitiminin kalitesinin düşmesi, sağlıkla ilgili veri toplanmasında kurumlar arasında yaşanan eşgüdümsüzlükler, sağlık kayıtlarının düzenli tutulduğu tıbbi kayıt sisteminin ve ulusal ilaç politikalarının yetersiz oluşu sağlık sisteminde var olan aksaklıkların başında gelmektedir. Belirtilen aksaklıkların üstesinden gelmek ve her vatandaşın eşit derecede sağlık hizmeti almasını sağlamak için, dönüşüm programı çerçevesinde GSS sistemine geçilmiştir. GSS sisteminin amacı; tüm vatandaşların eşit kapsam ve kalitedeki sağlık hizmetlerine erişimini, risk paylaşımı ilkesine ve hakkaniyete dayalı olarak üst düzeye çıkarmak; çağdaş kontrol ve takip sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının kötüye kullanılmasını engelleyen etkin bir yapının kurulması ile sağlık alanında finansal koruma sistemini gerçekleştirmek olarak belirtilmiştir (Akdağ, 2008b:37-38).

GSS sistemine göre, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve yeşil kart tek çatı altında toplanmış ve hizmet veren tüm hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastanesi olarak dönüştürülmüştür. Bununla birlikte bütün sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına olanak sağlayan alt yapı oluşturulmuştur (Akdağ, 2010: 37).

GSS sistemi, sağlık hizmeti alacak kişilerden prim toplanması esasına dayalı bir finansman sistemidir (Akdağ, 2008b). Buna göre vatandaşların ödeme gücüne göre prim alınarak, herkese ihtiyacına göre hizmet verilmesi ilkesine dayanmaktadır. Primler, aylık geliri asgari ücretin üçte birinden fazla olan herkesten alınmakta; eğer üçte birinden az ise sağlık primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Bunun dışında GSS Sistemi, tedavi hizmetlerinde özel-kamu ayırımı ortadan kaldırmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile protokol imzalayan özel hastanelerde yapılan her türlü tedavinin ödemesi devlet tarafından karşılanacaktır. Ancak zel hastaneler yapılan sağlık hizmetine göre katkı payı almaktadır. SGK'nın sağlık hizmeti sunucuları arasında kamu-özel ayırımı yaparak farklı katkı payları belirlemesi GSS'nın hizmet satın almada eşit davranma ilkesine aykırı bulunmaktadır (Alper, 2012: 59-60).

GSS sisteminin son durumuyla ilgili 17 Mart 2017 tarihli Habertürk gazetesinde yer alan habere göre; yaklaşık 5 milyon kişinin binlerce liraya ulaşan GSS prim borçları yeniden hesaplanacak, 1 Ocak 2012 tarihinden beri tavandan GSS primi ödemek zorunda olan bir kişinin borcu 17 bin 489 liradan 3 bin 989 liraya inecek ve gecikme ceza ve faizleri silinecektir. Bu durum aynı zamanda beş milyon kişinin sağlık hizmetlerinden faydalanamadığını ve GSS sisteminin beklentileri karşılayamadığını işaret etmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemle üzerinde durduğu hedeflerden birisi de birinci basamak sağlık uygulama sistemi olan aile hekimliği uygulamasına geçilmesidir. Aile hekimliği uygulamasına göre, aile hekimi, bir ailedeki tüm bireylerin sağlık sorunlarından sorumlu olan kişidir. Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın yerlerde görev almaktadır ve sorumluluğuunda olan aile bireylerinin hastalıklardan korunması için önlemler geliştirmekle, bireylerin hastalık durumlarında ilk basamakta tedavisini gerçekleştirmekle ve kişilerin ve hizmet sunucuların yanlış yönlenmeleri,

düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici bir işlevi yerine getirmekle sorumludurlar (Akdağ, 2011a:78-79; Akdağ, 2011b:2). Aile hekimlerinin en önemli fonksiyonlarından birisi de koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılmasıdır. Aile hekimliği, koruyucu sağlık hizmetleri ile toplum sağlığı düzeyinde sağlık hizmeti vermeyi hedeflemektedir.

Birinci basamak sağlık uygulama sistemi olan aile hekimliği birçok açıdan eleştiriye maruz kalmıştır (Kol, 2015):

- Sağlık ocaklarının yerini alan aile hekimliği uygulaması ile belirli bir bölgedeki nüfusu temel alarak koruyucu sağlık hizmetleri sunan anlayışın yerine, kişiyi merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem getirilmektedir.
- Aile hekimliği sisteminde yer alan doktor seçme ve değiştirme hakkı, kişilerin yaşadıkları çevre ile birlikte değerlendirilmelerini engellemektedir.
- Sağlık ocağı sisteminde doktor, çevre sağlığı teknisyeni, hemşire, tıbbi sekreter, ebe ve şoförden oluşan bir ekip hizmeti öngörülmekteyken, aile hekimliğinin sadece doktor merkezli bir sistem olduğu görülmektedir.
- Birinci basamak sağlık hizmeti veren ekibin doktor dışı tüm üyeleri aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmakta ve aile hekimleri, aile sağlığı elemanlarının işvereni konumunda görünmektedir.
- Aile hekimliği uygulamasının temel hedeflerinden biri olan ikinci basamak (*Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler*) ve üçüncü basamak (*Sağlık Bakanlığına bağlı yan dal hastaneleri*) sağlık kuruluşlarına başvuran hasta sayısını azaltmak yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hasta sayısı artmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemle üzerinde durulması gereken bir diğer hedefi ise hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulmasıdır. Dünya Bankası'nın 2003 yılında yayımladığı raporda, kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmeti üretimi açısından

özerkleşmesi gerektiği savunulmaktadır. Bu kapsamda 6 Mart 2007 tarihinde hazırlanan yasa tasarısı TBMM'ye sunulmuştur. Bu kanun tasarısına göre (<http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>):

- Aşırı büyüyen ve merkezileşen sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili iş ve işlemler Sağlık Bakanlığının asli görevlerine yoğunlaşmasının önünde engel oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını mahallince yürütülmesi gereken hizmetlerin yükünden kurtaracak alt yapı çalışmaları Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde büyük ölçüde tamamlanmıştır.
- Çeşitli kamu ihalelerini yürüten tüm hastaneler tek çatı altında toplanarak kamu kaynaklarının verimsiz kullanımı engellenmiş, madde ve insan gücünde sağlık alanında kamu kaynaklarının tek merkezden planlanabilmesi sağlanmış, vatandaşlar arasında sağlık hizmetlerine erişim konusunda yaşanan ayrımcılık sona erdirilmiştir.
- Sağlık personeli yetersizliği ve dengesiz dağılımı sorununa müdahale edilerek sözleşmeli sağlık personeli istihdamı sağlanmıştır.
- Aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezleri uygulamasına başlanması ile birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik önemli ölçüde güçlendirilmiştir.
- Döner sermaye uygulamalarında önemli düzenlemeler yapılarak, hastanelerin kendi gelirlerini edinme, bunları hizmet gereklerine göre en verimli şekilde kullanma kapasiteleri geliştirilmiştir. Bu kapsamda hastanelerin otomasyona geçişleri sağlanarak tüm işlemleri kayıt altına alınmış, sağlık çalışanlarına performanslarına göre ek ödeme yapılması sağlanarak tam gün hastanede çalışmaları teşvik edilmiş, motivasyon ve verimlilikleri artırılmış, hizmet alımları gibi bir çok yeni uygulama ile hastane yönetimlerinin imkan ve kabiliyetleri geliştirilmiştir.
- SGK oluşturularak, sağlık hizmetleri finansmanının tüm vatandaşları kapsayacak şekilde tek merkezden yönetilmesi yolu açılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, hastane hizmetleri sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama

yapma yetki ve sorumluluklarının idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılması ve bu kapsamda kamu hastaneleri birlikleri kurulması gerekmektedir. Bu şekilde hastanelerin madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etmeleri yerine, kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline dönüştürülmeleri amaçlanmaktadır.

- Tasarıya göre hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyon, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre performans değerlendirmesine tabi tutularak, bu değerlendirmenin sonuçlarına göre yüz üzerinden puanlanarak beş sınıfa ayrılacaktır.
- Hastanelerin sınıflandırılmasına, Sağlık Bakanlığınca belirlenen hedef, politika ve stratejik plan ve mevzuata göre yıllık performans programları hazırlanmak suretiyle yönetileceğine, yönetim süreçlerine, verimlilik ve kaliteye değinilerek yönetim anlayışı ve buna göre denetim kapsamındaki farklılıklara yer verilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu hastanelerinin hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmeti üretimi açısından özerkleşmesinde en önemli etkenler döner sermaye ve döner sermayeye dayalı performans sistemi uygulamaları olmuştur. Döner sermayeye bağlı performans sistemi sağlık çalışanının unvanına ve gerçekleştirdiği sağlık hizmetine göre, sağlık kurumunun elde ettiği gelirden belirli oranlarda dağıtılmasına dayanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayımladığı "Sağlıkta Performans Yönetimi" adlı rapora göre (Aydın ve Demir, 2006), bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavram olarak tanımlanabilen 'performans', aynı zamanda bir organizasyonun da amaçlarına ne kadar ulaşabildiğinin göstergesidir. Bir etkinlikte rol alan kişilerin performansları, etkinliğin sorumluluğunu taşıyan kurumun çıktılarına yansımaktadır. Sağlık Bakanlığınca tanımlanan ve uygulayıcıların geri bildirimleri ile üç yıl içinde sürekli geliştirilen bireysel performans göstergeleri,

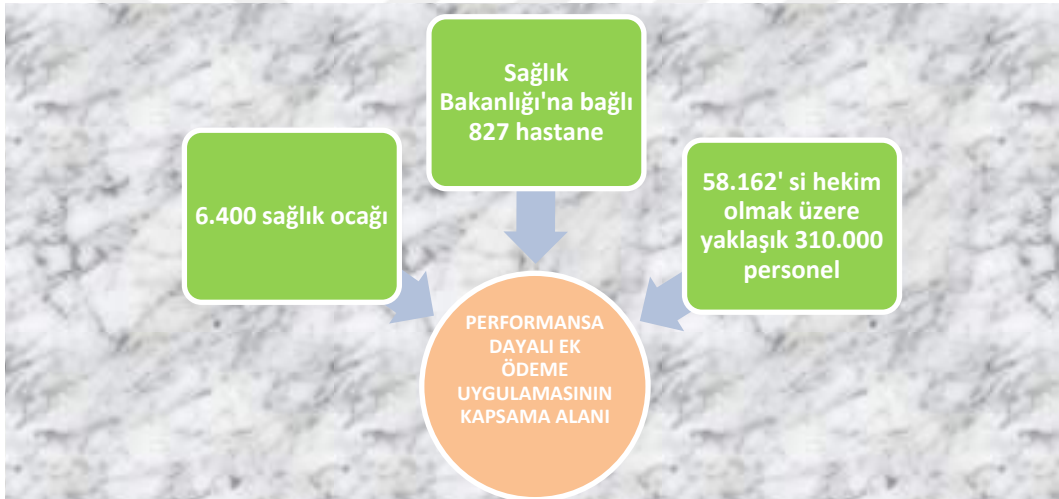
öncelikle sağlık hizmetlerinde takım liderliği görevi üstlenen hekimler tarafından gerçekleştirilen ve doğrudan emeğe bağlı hizmetlerin ölçümüne dayanmaktadır. Bunun yanında, hastane enfeksiyon kontrolü, klinik içi eğitim ve bilimsel çalışmalar, ayrıca performans göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında performans uygulamasında bazı koruyucu sağlık ölçütlerine özellikle ağırlık verilmiştir. Bunlar, bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, aşılama oranı, yeni doğan tarama testleri ve modern aile planlaması yöntemini kullanma oranlarıdır.

Kol'a göre (2015) birinci basamak sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık hizmetlerinin piyasacı bir anlayışla sunulmasına neden olmaktadır. Koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi negatif performans, riskli grupların ve ulaşımı zor olan bölgelerde yaşayanların aile hekimi nüfusuna kaydedilmesinin pozitif performans ile çözülmeye çalışılması, koruyucu hekimliğin değil, tedavi edici hekimliğin önem kazanmasına neden olmuştur. Sağlık yönetiminin tüm ilkeleri daha çok bireylerin gelirini dikkate alan bir anlayışla düzenlenmiştir. Performans sistemi, üniversite hastaneleri ve diğer kamu hastaneleri için de benzer piyasa koşullarını sunmaktadır. Yalnızca işletme (*hastane/ sağlık kurumunun*) yönetimi değil, aynı zamanda tüm çalışanlar, performansa dayalı ücret ödeme sistemi ile hizmet üretimini artırarak, gelirin yükseltilmesini hedefler hale gelmişlerdir. Ortaya çıkan piyasacı rekabet anlayışı, sağlık çalışanları arasındaki barışı bozacak şekilde devam etmiştir.

Sağlık Bakanlığınca hazırlanan 'Sağlıkta Performans Yönetimi' raporuna göre (2006) sağlık hizmetlerinde performans ölçütleri; hasta memnuniyeti, sağlık çıktıları (*daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi*), hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (*süreç ölçümü*), alt yapının ve girdilerin kalitesi (*girdi analizi*) olarak belirtilmektedir. Bununla birlikte sağlık bakımında etkililiği ve kaliteyi arttırmak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için gittikçe artan oranda performans yönetimlerine ağırlık verildiği vurgulanmaktadır. Ayrıca performans ölçütlerinin zaman içinde takibinin yapılabilmesi,

performansın ölçülebilmesi ve bu yolla kalitenin korunması sağlık sisteminde rol alan bütün hizmet sektörlerinin bilgi alış verişi yapabilmesi, standardize edilmesi için yaygın uygulanabilir bir bilgi sistemi kullanılmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında performans ölçümlerinin hatasız yapılabilmesi, kayıtların düzenli tutulması, kurumlara gönderilen faturaların hatasız düzenlenmesi, hizmetlerin uygun mevzuat hükümleri çerçevesinde yapılabilmesi, bu işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için inceleme heyetleri oluşturularak bir otokontrol sistemi sağlanmıştır (Erkan, 2011). Bununla birlikte performans ölçülmesi esnasında tespit edilen olumsuz davranışlar cezalandırılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2007:48).



Şekil 1: Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamasının Kapsama Alanı

Performans sistemi, 12.05.2006 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” te anlatılan üç farklı model çerçevesinde uygulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007):

a) Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama: Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edici sağlık hizmetlerine ait ölçütlerin yanında koruyucu sağlık hizmetleri puanları ve kırsal alana doğru artan bölge idari puanları hesaplanmaktadır.

b) Devlet hastanelerine yönelik uygulama: Sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5120 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin belirlenerek yapılan puanlama sistemidir. Burada puanlandırılan işlemler (*muayene, ameliyat gibi*) yalnızca doktorlar tarafından yapılmakta ve sonuçlandırılmaktadır. Doktor kontrolünde olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler (*enjeksiyon, laboratuvar işlemleri gibi*) puanlandırılmamaktadır.

c) Eğitim ve araştırma hastanelerine yönelik uygulama: Eğitim ve Araştırma hastanelerindeki uygulama klinikler bazında olup, eğitim ve bilimsel çalışma hususları da dikkate alınarak modellenmiştir. Sistemin ana unsurlarından birisi sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5120 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin belirlenerek puanlandırılmasıdır. Bu işlemlerden hekimler tarafından başından sonuna kadar bire bir yapılan zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılanlar puanlandırılmıştır.

Tablo 1: Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları

İşlem Adı	Puan
Dahilî branşlardaki servislerde günde en az iki kez yapılan hasta başı vizit (<i>günlük her hasta için</i>)	21
Konsültasyon ücretleri (<i>her bir hekim için</i>)	10
Acil poliklinik muayene ücreti	21
Normal poliklinik muayene ücreti	21
Sevki yapılan muayene	5
Psikiyatri muayenesi (<i>ilk 10 hasta için 30 puan, sonraki hastalar 21 puan</i>)	30
Apse veya hematoma drenajı	150
Elektrokardiyogram	0
İM enjeksiyon	0
IV enjeksiyon	0
Ria takılması	10
Anestezi Al grubu (<i>Özellikli ameliyatlara ve girişimler</i>)	1200
Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi + patch plasti	2500
Splenektomi, total	500
Müdahaleli doğum / Normal doğum	143
MR, beyin	20

Performans sisteminin işleyişinde dört çeşit puan türü hesaplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007):

- **Bireysel Performans Puanı:** Hekimlerin yapmış oldukları bütün işlemlerin puanları toplanarak elden edilen puandır.
- **Kurumsal Performans Puan Ortalaması:** Hastanede çalışan tüm hekimlerin bireysel performans puanlarının aritmetik ortalamasından elde edilen puandır.

Tablo 2: Kurum Performans Puan Ortalaması

Doktor 1	13.000
Doktor 2	15.000
Doktor 3	5.000
Doktor 4	17.000
Doktor 5	7.000
Toplam	57.000
Kurum Performans Puanı	57.000/5=11.400

- **Dolaylı Bireysel Performans Puanı:** Çalışılan pozisyonun belirlenmiş katsayısı ile kurumsal performans puan ortalamasının çarpılmasından elde edilen puandır.

Tablo 3: Dolaylı Bireysel Performans Puanı

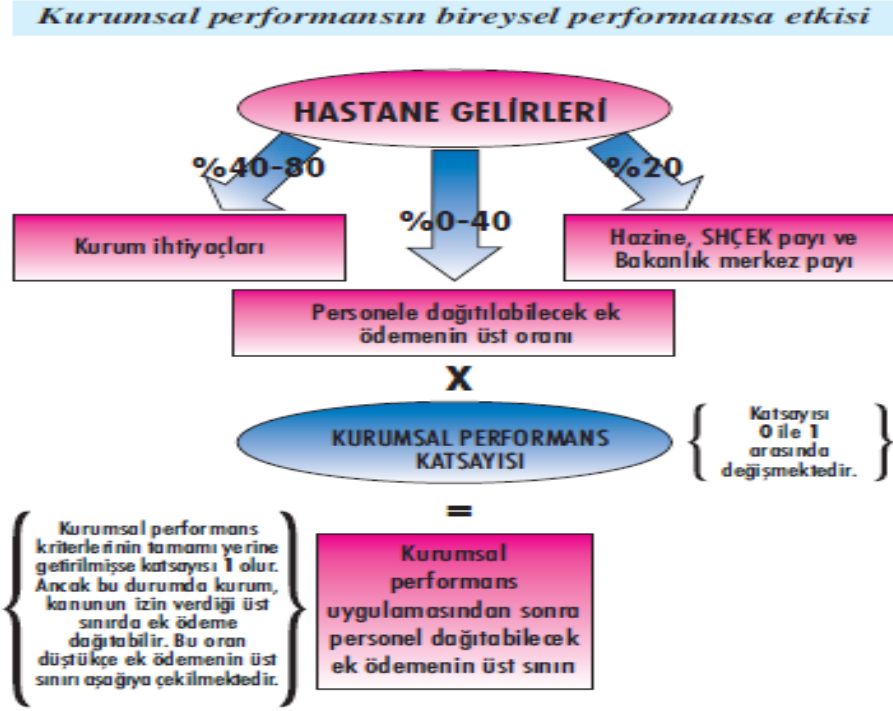
Unvan	Katsayı	Kurum Ortalaması	Puan
Başhekim	4.50	11.400	51.300
Biyokimya uzmanı	2.50	11.400	28.500
Hastane müdürü	1.00	11.400	11.400
Anestezi teknisyeni	0.50	11.400	5.700
Hemşire	0.40	11.400	4.560
Memur	0.25	11.400	2.850

- **Net Performans Puanı:** Bireysel performans puanının (*dolaylı veya dolaysız*) belirlenmiş olan katsayılarla çarpılmasından elde edilen puandır.

Net Performans Puanı=Bireysel Performans Puanı (*Dolaylı veya Dolaysız*) * Kadro Ünvan Katsayısı * Aktif Çalışma Gün Katsayısı * Serbest Meslek Katsayısı (0,3 veya 1) + Ek Puan

Özellikle hekimlerin gönüllülük esasıyla kamuda çalışmasını teşvik etmek amacı ile katsayıları serbest meslek icra edenler için ‘0,3’ iken, sadece kamuda çalışan hekimler

için ‘bir’ (1) olarak belirlenmiştir. Personelin puanları her ay tespit edilen parasal bir katsayı ile çarpılarak performanslarına göre alacakları ek ödeme tutarları belirlenmektedir. Parasal katsayı sistemde dönem ek ödeme katsayısı olarak ifade edilmektedir. Dönem ek ödeme katsayısı, döner sermaye komisyonunca o dönem dağıtılmasına karar verilen tutarın, bütün personelin net performans puanlarının toplamına bölünmesi ile bulunmaktadır.



Şekil 2: Hastane gelirleri (Döner Sermaye)

Sağlık Bakanlığı (2007: 71-82) göstergelerine göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ve performans sistemi sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

- Sağlıkta dönüşümün etkilerinin en belirgin olduğu 2004 yılında, Sağlık Bakanlığı tesislerine yönelik hasta başvuru talebi artmıştır.
- 2004 yılında bir önceki yıla göre uzman hekim sayısı % 8,8 artış gösterirken, hastanelerdeki yatak kapasitesi % 3,8 oranında artış göstermiştir. 2005 yılındaki artış SSK hastanelerindeki uzmanların Bakanlık bünyesine dahil olması sonucu gerçekleşmiştir.

Güncel verilere bakıldığında (Kasapoğlu, 2016); 2002’de 91.949 olan toplam hekim sayısı 2013 yılında 133.775’e yükselmiştir. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte toplam hekim sayısında artışın oldukça fazla olduğunu işaret etmektedir. Hekim dışı personel sayısının artışına bakıldığında, 2002’de 378.551 iken 2013 yılında neredeyse yüzde yüzlük bir artışla 735.159’a yükselmiştir.

- 2004 ve 2005 yıllarında ertelenmesi ve ikame edilmesi mümkün olmayan ve büyük artış gösteren sağlık hizmeti talebi, "performansa göre ek ödeme sistemi" vasıtasıyla sağlık personelinin çalışmasının teşvik edilmesi ve daha verimli çalışmaları ile karşılanmıştır.
- 2004 yılında Sağlık Bakanlığında çalışan 15 bin uzman hekimden 2.300’ü (% 15) muayenehanesini kapatmıştır. Performans uygulamasından önce 2003 yılında sadece kamuda çalışan hekim oranı % 11 iken, 2007 yılı itibariyle bu oran % 62’ye yükselmiştir.
- Bireysel performansın değerlendirilmesi ve teşvik edilmesi sonucu hastalar bulunduğu yerde daha fazla tedavi edilmeye başlamıştır. Özellikle ilçe devlet hastanelerinden, il devlet hastanelerine sevk oranları düşmektedir.
- Hastanelerde mesai saatlerinin verimli kullanılması ile ameliyathane, laboratuvar, görüntüleme hizmetlerinin daha uzun süre verilmesi sağlanmıştır.
- Ameliyathaneler daha verimli ve etkin kullanılmaya başlamıştır.
- Ameliyat için bekleme süreleri kısalmıştır.
- Görüntüleme ve patoloji laboratuvarlarındaki bekleme süreleri kısalmıştır.
- Muayene sürecinde hastalara daha fazla vakit ayrılarak, sınırlı tetkikle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılarak birim hasta maliyetinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.
- Sağlık kurumlarının gelir-gider dengeleri bir işletme gibi hassasiyetle takip edilir hale gelmiştir.
- "Bıçak parası" olarak bilinen haksız, kayıt dışı kazançla mücadele kolaylaşmıştır.

- Hekim seçme hakkı kolaylaşmıştır.
- Gereksiz tetkik istemleri azaltılarak uygun tetkiklerle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılması, birim hasta maliyetlerinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.
- Laboratuvarlar için verimlilik kriterleri getirilmiş olup, laboratuvarlarda kalite ve hasta güvenliği çalışmalarına ağırlık verilmeye başlanmıştır.
- Kongre desteği ile bilimsel çalışmaların teşviki ve eğitim hastanelerinde asistan eğitimi ve yayın yapma takip edilir hale gelmiştir.
- Bütün hastane çalışanlarının adeta kurumun ortakları haline gelme bilincini elde etmesi, yapılanları sorgulaması, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları benimsemesi, destek vermesi, görev almasını sağlamıştır.
- Kurumsal performans tanımı çerçevesinde, sağlık müdürlüklerinin hastaneler üzerinde aktif denetim yapabilmesine olanak sağlanmış ve böylece hastanelerde fiziki mekânlar başta olmak üzere birçok alanda iyileştirme çalışmaları başlamıştır.
- Kurumsal performans çerçevesinde çalışan ve hasta memnuniyeti araştırmaları başlamıştır.
- Laboratuvar, görüntüleme, yemek, temizlik gibi hizmet alanlarında eksiklik bulunan hastanelerde, döner sermaye kaynaklarından mal ve hizmet alımının hızlanmasını ve eksikliklerin giderilmesini sağlamıştır.
- Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde Toplum Sağlığı Merkezleri için performans kriterleri geliştirilmiştir.
- Sistem özellikle daha geniş kitlelere sağlık hizmetini ulaştırma hedefi ve sağlık personelinin ödüllendirme esasıyla hizmet kalitesini artırarak sosyal devlet ilkesine de hizmet etmektedir.

Sağlık Bakanlığınca girdileri ve çıktıları oldukça olumlu değerlendirmelerle sonuçlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve performans sistemi aynı zamanda birçok eleştiriye de maruz kalmıştır.

Sönmez’e göre (2011) sağlıkta dönüşüm sürecinin başlamasına kadarki geçen süreçte sağlığın bir metaya dönüşerek, endüstrileşememesi, sağlığın insanların en doğal hakkı olarak görülmesini sağlıyordu. Sosyal bir hak olarak kabul edilmesinden dolayı sağlık hizmetinin sunumu daha çok kamu tarafından karşılanmaktaydı. Sağlık hizmetinde devlet sürekli hizmet süreci ve denetimin içinde bulunmaktaydı. Sağlık hizmeti, devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve üniversite hastanelerince verilirken; özel sağlık kuruluşları ise sınırlı sayıda ve genellikle büyük şehirlerde bulunmaktaydı. Ancak sağlık alanında başlayan dönüşüm programı ile birlikte, birçok değişiklik yaşanmıştır ve yaşanmaktadır. Bu değişiklikler kamu ve özel kurumlarca birçok eleştiriye maruz kalmaktadır. Sosyal bilimciler tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programına yönelik olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri içeren araştırmalar yapılmaktadır.

Türkiye Ekonomi Politikaları Vakfı’nın (2009) yaptığı “Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi” adlı araştırmaya göre, Türkiye’de 2004 sonrası sağlık reformu süreci incelendiğinde belirgin bir başarı ivmesinin yakalandığı görülmektedir. Erişim ve hakkaniyet seviyelerindeki çarpıcı artışlara rağmen harcamaların milli gelir içindeki payı korunabilmiş, SGK’nın gelirlerine oranla sağlık harcamalarının düzeyi reform öncesi düzeyinin altında kalmıştır.

Bostan ve Çiftçi (2016) yaptığı “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastaneler Üzerindeki Değişim Etkisi: Hastane Yöneticilerinin Görüşleri” araştırmasına göre Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlığa en önemli katkıları; hastane yönetiminde bürokratik işleri azaltması, hasta memnuniyetindeki olumlu değişim, hastane saygınlığının artması, tıbbi cihaz ve donanım sayısındaki artış, hasta haklarının öneminin artması, hasta devir hızının artması ve kamu hastanelerinin özerk bir yapı kazanmaları yolunda önemli adımların atılmasıdır.

Çelikay ve Gümüş'ün (2011) “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Araştırması”na göre, araştırma örnekleminin büyük bir kesimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından olumlu bir gelişmenin yaşandığı görüşünü ifade etmektedir. Ancak sistemin aksamasına neden olan ve henüz tam verim elde edilemeyen uygulamalar da bulunmaktadır. Özellikle aile hekimliği kurumunun güvenilir ve nitelikli bir hizmet sunamadığı algısı, sevk zinciri mekanizmasında arzu edilen akışkanlığın sağlanmasını önlemektedir. Ayrıca kıt kaynakların gereksiz yere kullanımını önleyebilme amacıyla uygulamaya konulduğu iddia edilen katkı payları, vatandaşlar tarafından mali bir külfet olarak algılanmaktadır.

Erol ve Özdemir (2012) tarafından yapılan araştırmaya göre, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri devletin anayasal görevi olmaktan uzaklaşmakta ve sağlık hizmetleri devlet garantisi ve korumasından çıkartılmakta, piyasa koşullarına terk edilmekte, sağlık alanının kâr elde edilen bir alan haline dönüşmesinin yolunu açmaktadır. Bunun sonucunda da Türkiye, sağlık alanında çalışan çok uluslu şirketler için sağlık yatırımlarının cazip olduğu ve kârlılığın ise garanti altına alındığı bir ülke haline gelme sürecinde ilerlemektedir. Türkiye “piyasa”da özel sektörün egemen olduğu; bu nedenle de başta yoksullar olmak üzere toplumun dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetine erişimlerinin kısıtlanacağı bir yapıya doğru hızla sürüklenmektedir. Bu yapının sağlıkta eşitsizlikleri azaltması beklenmemelidir.

Kasapoğlu'nun (2016) “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü” adlı çalışmasında, Sağlıkta Dönüşüm Programı, temel hedefler üzerinden bir değerlendirilmiştir. Buna göre, hastane, hastane yatak sayısı, yoğun bakım üniteleri, acil hizmetler ve hastanelerin teknik alt yapı kapasitelerinde önemli gelişmeler sağlanmış ancak alt yapı iyileşmeleri yetersiz kalmıştır. Program ile yaratılan talebe göre başta hekimler olmak üzere, sağlık personeli sayısında hedeflenen artış sağlanamaması, sağlıkta kalitenin düşmesine ve sağlık çalışanına şiddet uygulanması gibi sorunları

ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinde katkı payı alınması, hizmet alanların harcamalarının artmasına sebep olurken; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri özelleştirilerek GSS sistemi ile birlikte, temel insan hakkı olan sağlık hakkı serbest piyasada alınıp satılan bir mal gibi sunulurken sağlık sisteminin metalaşmasına neden olmuştur.

21. yüzyılda neoliberal politikalar sağlık alanını da etkisi altına almaktadır. Ulutaş (2011) neoliberal politikalar bağlamında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programını, “Kuramdan Alana: Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü” araştırması ile değerlendirmektedir. Buna göre;

a) Hastaneler sigortadan hizmet bedelini alarak hizmet sunan kurumlar haline getirilerek ticarileştirilmiştir.

b) Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) ile SGK Maliye Bakanlığı’nın ödeme yapacağı tüm işlemler ayrıntılı bir şekilde belirlenmiştir. Tüm bu işlemler belirlenirken yapılan harcamalar kısılmış ve denetim altına alınmış; bu durum ise hekim özerkliğini tehdit etmektedir.

c) SGK ile tüm sağlık kuruluşları ve eczaneler birbirine bağlanarak hizmet ve ilaç faturası ödemeleri denetimini sağlayan otomasyon sistemi MEDULA, hastanın gerekli sağlık sigortası primlerini yatırmış olduğuna dair onay almaksızın, hiçbir sağlık kuruluşunda işlem yapılmasına onay vermemektedir.

d) Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı amaçlarında da belirttiği üzere düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmektedir. Programın bu amacı, Sağlık Bakanlığının hizmet sunumundan tamamen çekileceğini işaret etmektedir. Bir sonraki aşamada ise sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi planlanmakta, “Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı” yasalaştığında, hastanelerin temel gelirleri, hizmetlerinden elde ettikleri kazançlarından sağlanacağı için, hasta sayısını arttırmak ve kar elde etmek, işgücü maliyetini düşürmek zorunluluk halini alacaktır.

e) Özelleştirmenin yolunu açan “Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı”, tedavi hizmetlerinde sağlık emek sürecinin tamamen kar amacına dönük olarak örgütlenmesini sağlamaktadır.

f) Koruyucu hizmetler çerçevesinde başlatılan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile sözleşmeli personel temini artmıştır. Bu durum sağlık çalışanı üzerinde denetimi artırmış ve sağlık çalışanı sayısını azaltarak, tek çalışanın çok sayıda görev almasıyla iş yükü artırılmış ve bu şekilde maliyetin düşürülmesi hedeflenmiştir. Hastanın hekim seçme hakkı elinden alınmıştır.

g) Dönüşüm sürecinin bir başka yeniliği ‘Toplam Kalite Yönetimi’ (TKY) hizmeti ile rekabet ve kar gibi kapitalist piyasa ekonomisinin iki önemli göstergesi “kurumsal performans ölçümü ve hasta odaklı hizmet sunumu” hastanın bir ‘müşteri’ gibi kavranmasına ve başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının arasında rekabetin artmasına neden olmaktadır.

h) Çeşitli yasal düzenlemelerle farklı sözleşmeli statüler (*sözleşmeli aile hekimi, vekil ebe ve hemşire*) oluşturularak, hizmet alımı ve taşeronlaştırma uygulamaları yaygınlaştırılmıştır.

I) Performans sistemi hem kurum içi hem de kurumlar arası rekabeti artırırken, hekimler arası ilişkileri de olumsuz etkilemektedir. Çünkü ücretlendirme hiyerarşik konuma göre yapılmakta, yardımcı personelin iş yükü artarken hekimlerle aralarında gelir uçurumu oluşmaktadır.

i) Hemşirelik mesleğinin profesyonelleştirilmesi konusunda hiçbir adım atılmamış ve belirsiz kalmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili yapılan araştırmaların ortak noktası, sağlık alanında kamunun etkisinin giderek azaldığı ve özel sağlık sektörünün yaygınlaştığıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı hem hastalar hem de sağlık çalışanları üzerinde birçok olumlu/olumsuz bir etkiye neden olmuştur/olmaktadır. Bu etkiler Bourdieu’nün (1989)

sembolik şiddet (*symbolic violence*) kavramından yararlanılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Sembolik Şiddet

Şiddet, insanlık tarihi boyunca var olan, farklı tanımlamalarla karşımıza çıkan ve birçok bilim dalının (*hukuk, sosyoloji, psikoloji, siyaset vb.*) inceleme alanı olan bir olgudur. Şiddetle ilgili farklı tanımlamalar yapılsa da genellikle ilk olarak akla bir kişinin, grubun ya da topluluğun istediğini elde etmek için karşı tarafa uyguladığı baskı, zor ve güç gelmektedir. Daha genel bir tanımla, Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre şiddet, “Fiziksel güç ya da kuvvetin, niyetli bir şekilde kendine, başkasına, bir gruba ya da topluluğa karşı fiziksel zarara ya da fiziksel zararlarla sonuçlanma ihtimalini artırmasına, psikolojik zarara, ölüme, gelişim sorunlarına ya da yoksunluğa neden olacak şekilde tehdit edici biçimde ya da gerçekten kullanılmasıdır” (2002). Şiddetin etiyolojik, biyolojik, psikolojik, psikososyal, sosyolojik vb. kaynaklarına yönelik tanımlamalar da yapılmaktadır.

Şiddet kavramını sosyolojik olarak incelediğimizde aklımıza gelen isimlerden biri Durkheim’dir. Durkheim (1994), doğrudan şiddet kavramı üzerinde durmasa da “Sosyolojik Metodun Kuralları”nda normal ile patolojik ayırımına ilişkin kurallar bölümünde ‘cürüm’ kavramının altında yer vermektedir. Durkheim’a göre şiddet işlevseldir ve cürümün olmadığı bir toplum düşünülemediğinden varlığı oldukça normaldir. Çünkü cürümün kaynaklarını ortadan kaldıran sebepler yeni ve başka kaynaklara yol açacaktır. Yani ahlak ve hukukun evrimini zorunlu kılmaktadır.

Weber (2011) ise “Toplumsal ve Ekonomik Örgütlenme Kuramı”nda çatışma kavramı altında şiddete değinmektedir. Taraflardan birinin kendi isteklerini diğer tarafın direncine karşı üstün kılmak amacıyla olması, çatışmayı doğurmaktadır. Çatışma fiziksel şiddete dayalı ve fiziksel şiddete dayanmadan ortaya çıkmakta ve toplumsal

ayıklanma sürecine katkıda bulunmaktadır. Weber aynı zamanda şiddeti, devletin kullanması gereken meşru bir güç olarak da tanımlamaktadır.

Marx (2000) şiddeti “Kapital”de egemen sınıfın üstünlüğünü sağlamak için kullandığı bir araç olarak tanımlamaktadır. Ayrıca sınıflar arası mücadelede de şiddet bir araç olarak kullanılmaktadır.

Çağdaş sosyologlardan Collins’in şiddet kavramı üzerine çalışmaları bulunmaktadır. Collins (2008) “Violence: A Micro-Sociological Theory” adlı eserinde şiddeti, tükenmişlik, acizlik ve çaresizlik olarak tanımlamaktadır. Ayrıca şiddeti, fiziksel gücün fiziksel zarar verme amaçlı kullanımı olarak da açıklar. Ona göre şiddet yalnızca fiziksel olarak açıklanamaz. Şiddet, sosyo-kültürel ortam, kişinin yaşanmışlıkları, etkileşim ve süreç ile de doğrudan ilişkilidir. Collins şiddeti duygusal, bedensel ve fiziksel olmak üzere üç gruba ayırmaktadır. Ayrıca şiddeti sürelerine göre açıklamada ‘şiddet tüneli’ kavramını kullanmıştır.

Collins’e göre (2008) mikro-sosyolojik teorisinde öncelikli olarak şiddet durumlarının karakteristiğini açıklamak için, analizinin merkezine etkileşim (*bireysel olmayan sosyal background, kültür, motivasyon*) konulmalıdır. İkinci olarak, şiddetin farklı türlerinin çaprazlama karşılaştırılması ve genel kategorilerin analiz edilmesi gerekmektedir (*cinayet, savaş, çocuk istismarı vb.*). Şiddet içeren etkileşimlerin durumsal ayrıntılarını elde etmek için en az üç yönteme ihtiyaç vardır: Kayıtlar, yeniden yapılanma ve gözlemler.

Collins (2008) şiddeti “korku ve cepheleşen gerilim etrafındaki bir dizi yol” olarak tanımlamakta ve şiddeti bedensel, fiziksel ve duygusal olarak incelemektedir. Fiziksel, bedensel ve duygusal şiddet türlerinden farklı olarak, sembolik şiddet kavramı ile şiddet tartışmalarına yeni bir boyut kazandıran Bourdieu’ye göre şiddet, yalnızca güç uygulayarak görünür bir şekilde gerçekleşmeyebilir.

Bourdieu (2001), sembolik şiddeti “yumuşak, kurbanlarınca bile hissedilmeyen ve görülmeyen, çoğunlukla iletişimin ve tanımanın veya daha kesin olarak tanımamanın, kabullenmenin hatta hissetmenin saf sembolik kanallarıyla uygulanan şiddet” olarak tanımlamaktadır. Tanımdan da anlaşıldığı üzere sembolik şiddet, rıza ve kabul etmeyi beraberinde getirmektedir.

Bourdieu’ye göre (Swartz, 1997) tüm toplumlarda egemenlik tarzı görünür bir şekilde olan fiziksel şiddet, baskıdan sembolik bir şekle bürünmüştür. Egemenliği uygulayan güç, sembolik güç olarak varlığını devam ettirmekte ve ajanlar arasındaki eşitsizliklerde bu nedenle devam etmektedir. Bourdieu’nün sembolik güç hakkındaki düşüncesi, sembolik sistemler aracılığıyla kavramsallaşmasıyla ilintilidir. Bourdieu, sembolik sistemlerin üç işlevi üzerinde durmaktadır: bunlardan ilki, sembolik sistemler yapılandıran yapılardır ve dil, sanat, bilim gibi farklı bilgi tarzları ile toplumsal dünyayı anlamayı sağlarlar. İkinci işlev, sembolik sistemler bir kültürün bütün ajanları tarafından paylaştığı “kod”lara sahiptir. Bu kodlar aracılığıyla iletişim sağlanır. Son olarak sembolik sistemler tahakküm aracı işlevi görürler. Sembolik sistemler egemen grupların birleşmesini sağlarken; tahakküm altındaki gruplar için ayırım ve hiyerarşi yaratır. Yani toplumdaki ayrımların hiyerarşisinin kabul edilmesi yönünde sembolik bir şiddet uygular.

Bourdieu (1984) sembolik sistemlerin toplumsal ayrımları (*dinstiction*) inşa ettiğini ve zihinlerimizde bu şekilde ilkel bir algı şeması yarattığını belirtmektedir. Bu ayrımlar, iyi-kötü, güzel-çirkin, kaba-kibar, becerikli-beceriksiz gibi algı şemalarıdır. Bu karşıtlıklar dil aracılığıyla toplumun tamamı tarafından paylaşılır ve sembolik gücü, güçlendirmek ve sürekliliğini sağlamak üzere kullanılırlar. Ayrımın meşruiyetini sağlarlar.

Bourdieu'ye göre (1991, 2016) sembolik şiddet ekonomik ve siyasi gücün kılık değiştirmiş şeklidir. Toplumsal dünyayı anlama araçlarını topluma dayatarak sembolik şiddeti uygular. Sembolik şiddette ajanlar tahakküm koşullarını meşru olarak görürler. “Sembolik şiddet, ona maruz kalanların aynı zamanda da, çoğu kez, onu uygulayanların sessiz suç ortaklığıyla ve her iki tarafında da onu uyguladıkları ya da ona maruz kaldıklarının bilincinde olmadıkları ölçüde uygulanan bir şiddettir” (Bourdieu, 2000:21-22).

Bourdieu'ye göre (2005) hukuk alanı, sembolik şiddetin tekeline sahip olan devlete ait düzenin vizyonunu kutsamaktadır. Hukuk hükümleri, herkese hitap eden, yasal, yetkili ve kamusal söylemin bir formudur. Sembolik güç, sahip olduğu hukuk gücü ile kendine ait vizyonu, bakış açısını ve dünya görüşünü, ajanlara reddedemeyeceği biçimde kabul ettirmektedir. Devlet, hukuk düzeni ile aktörlerine kimlik, statü veya yetkiler (*öğrenim dereceleri, belgeler*) vermektedir. Bununla birlikte bu yetkileri, statüleri ya da kimlikleri geri alma, transfer etme, çoğaltma gibi bütün işlemleri de yapmaktadır. Yani elinde kusursuz bir güç bulunmaktadır. Sembolik güç, kendi dünya görüşünü hukuk hükümleri ile meşru bir söylemde sunarak, kendisi ile aynı ya da benzer düşünce kategorileri oluşturarak; sembolik şiddetin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çalışmanın temel problemi olan sağlık alanında ortaya çıkan sembolik şiddet, Sağlıkta Dönüşüm Programının ‘yasalaştırma’ bileşeni ile meşru zemine oturtulmakta; kamusal, resmi bir forma dönüştürülmekte ve ajanlara sunulmaktadır.

Bourdieu (2000: 21-22) sembolik şiddeti, ona maruz kalanların ve onu uygulayanların sessiz suç ortaklığı olarak tanımlamaktadır. Sembolik şiddet, her iki tarafında, onu uyguladıklarını ya da ona maruz kaldıklarının bilincinde olmadığı bir ölçüde uygulanan bir şiddet türüdür. Sembolik şiddetin ortaya çıkmasında hukuk gibi medyanın da çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Çünkü medya araçları çoğunlukla ticari baskılara maruz kalmakta, maruz kaldığı baskı nedeniyle de diğer bütün alanlara

baskı uygulamaktadır. Özellikle toplumda büyük kitlelere ulaşan televizyon, sembolik gücün kendi dünya görüşünü egemen kılmada en çok başvurduğu araçlardan birisidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı da en fazla televizyon aracılığıyla topluma sunulmakta ve ortak düşünce kategorilerinin oluşmasına en çok hizmet eden araç olduğu değerlendirilmektedir. Dolayısıyla özellikle sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sembolik şiddetin ortaya çıkmasında da önemli bir yere sahiptir.

Bourdieu'ye göre (1999) televizyon, bilgilendirme işlemini yerine getirirken gösterilmesi gerekenden daha başka şeyler göstermekte ya da bunu anlamsızlaştıracak bir tarzda yapmakta veya bilgilendirme yapılan konuya gerçekte hiçbir zaman uyuşmayacak bir tarzda anlam kazandırmakta, bu şekilde gerçekleri gizleyebilmektedir. Televizyonun kullanımına yönelik en büyük siyasal tehlike ise 'gerçek etkisi'dir. Televizyonun 'gerçek etkisi' gücünün bir takım gruplar yaratarak, bu grupları harekete geçirme gücü de bulunmaktadır. Örneğin, trafik kazaları, yabancı düşmanlığı, cinayet, hırsızlık gibi olaylar, televizyon aracılığıyla güçlü duyguları alevlendirerek toplumsal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu duruma ülkemizin son zamanlarda içinde bulunduğu ekonomik krizle iyi bir örnek oluşturabiliriz. Ekonomik gerekçelerle doların, euronun ve altının hızla yükselmesinin nedeni, medya söyleminde sürekli olarak "Amerikalı Papaz Pastör Andrew Brunson'ın tutuklanması" gibi işlenmiştir. Bu durumla birlikte, ülkemizde Amerika karşıtı gösteriler, dolar yırtma eylemleri gibi yabancı düşmanlığını artıran eylemler başlatılmıştır. Bourdieu'ye göre, insanların toplumda bir takım ayrışmalar yaratmasını sağlamak, küresel ölçekteki mücadelelerin hedeflerinden biridir. Bu şekilde yeni algı kategorileri yaratılarak, dünya ilkeleri topluma dayatılmaktadır. Televizyon ise bu mücadelede belirleyici bir rol oynamaktadır. Sağlık alanında televizyonun 'gerçek etkisi' gücüne verilebilecek en belirgin örnek; başta doktor olmak üzere sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet haberlerinin yoğun bir biçimde verilmesi olabilir. Televizyonda verilen sağlık çalışanına

şiddet haberleri, doktor-hasta ayrımının yaratılmasına neden olmaktadır. Bu şekilde doktorluk mesleğine duyulan saygı azalmakta ve karşılığında sağlık alanında baskı yapmayı, avantajlar elde etmeyi başarabilen bir grup yaratılmaktadır. Medyada yer alan haberlerle ya da kamu spotlarıyla Sağlıkta Dönüşüm Programının temel kavramlarından birisi olan ‘hasta hakları’ söylemi abartılarken, ‘çalışan hakları’na yönelik neredeyse hiçbir yayın yapılmamaktadır. Sağlık çalışanına yönelik söylemin az olması ya da bulunmaması, toplumun ‘sağlık çalışanına şiddet’ konusuna duyarsızlaşmasına neden olmaktadır. Bu şekilde sembolik güç, egemen dünya görüşünü hakim kılmaya devam etmektedir.

1.1. Problem

Mukherjee’ye göre (1998) sosyal gerçeklik değerlendirmesi için dikkate aldığımız üç ana boyut; kültür, ekonomi ve politikadır. 1980’lerden beri, ekonomi ve politika sosyal gerçeklik değerlendirmesi için güçlü bir biçim sayılıyordu. Ancak sosyal gerçekliğin değerlendirmesi için önemli bir değişken olarak kültüre atfedilen rolün açıklanması gerekiyordu. Çünkü insanlığın temel değerleri kültür aracılığıyla dışa vurulur ve içselleştirilir. Kültür, toplumun üyesi olan insanlar tarafından meydana getirilen, bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, gelenek, diğer kapasiteler ve alışkanlıkları içeren bütün bir komplekstir. Geçmişte ve günümüzde olduğu gibi gelecekte de sosyal gerçekliği daha kapsamlı ve açık olarak ortaya koyacak olan, kültürel ürünler ile sosyal süreçlerin (*kültür, ekonomi ve siyaset*) birlikte ele alınmasıdır.

Sağlık, sosyal gerçekliğin üç önemli boyutu olan ekonomi, siyaset ve kültür ile yakından ilişkilidir. Sağlığa ve hastalıklara bakış açısı kültüre göre değişiklik göstermektedir. Tıp literatüründe patoloji tartışmaları egemenken, sosyal bilimciler hastalığın, ahlaki düzen, siyasal ve sosyal alan ile açıkça bütünleştiğini ve kültürel olarak inşa edildiğini belirtmektedirler (Turner, 2011). Örneğin bir kültürde kadınların

bronz bir cilde sahip olması güzelliğin göstergesiyken; başka bir kültüre göre cilt kanserinin temel nedenidir.

Nettleton'a göre (1995), sağlıkla bağlantılı olan yaşam tarzı üzerinde vurgulanan akım, postmodern toplumun doğal bir parçası olan tüketici kültürünün yükselişiyle bağlantılı ve daha kapsamlı bir sosyal değişmeyi yansıtır.

Sağlık alanında, sağlık ve hastalığa ilişkin bütün cevaplar için politika, ekonomi ile birlikte kültürel süreçlere de bakmak gerekmektedir (Olafsdottir ve Beckfield, 2011). Bourdieu'de kuramını ortaya koyarken, sosyal gerçekliğin üç ana unsuru olan kültür, ekonomi ve politikayla bağlantılı olarak kültürel, ekonomik, sosyal ve sembolik sermaye kavramlarını kullanmaktadır.

Bourdieu kuramında bu kültürel süreçleri “kültürel sermaye” (*cultural capital*) kavramıyla açıklamaktadır. Bourdieu (1984) kültürel sermayeyi, kültürel üretimler (*sanat, edebiyat, din gibi*), eğitim, kültürel zevkler ve beğeniler (*tastes*) olarak ifade etmektedir. Kültürel beğeni ve zevkler aynı zamanda aktörlerin (*actors*) farklılıklarıdır. Bu farklılıklar, kültürel aktarımla diğer kuşaklara aktarılır ve diğer kuşakların konumu hakkında bilgi verir. Kültürel, toplumsal ve ekonomik sermaye türlerinden herhangi birinin, algı kategorileriyle kavrandığında büründüğü biçimini sembolik sermaye olarak tanımlayan Bourdieu (2012); sembolik sermayenin ajanlar tarafından görülemeyeceğini, yalnızca, kabul etmelerini sağlayan algı kategorilerine sahip ajanlar tarafından algılanacağını ifade eder.

Bourdieu (2006) sembolik eylemlerin (*action*) her zaman kabullenme ve tanınma gerektirdiğini düşünmektedir. Sembolik bir eylemin işleyebilmesi için, ajanların sembolik güce sahip olanla aynı algı ve değerlendirme kategorilerine sahip olması gerekmektedir. Sembolik güç, hangi ilkeler adına uygulanıyorsa, o ilkelerin bilinmemesinden dolayı kabul edilmesine dayanmaktadır. Örneğin, tarım ürünlerinin bir

bölümünü ortakçısına veren bir çiftçi, devletin ya da pazarın dayatmalarından habersiz olduğundan hukuka bağlı olmayan bağlarla bu eylemi (*act*) gerçekleştirir. Bu şekilde sembolik güç, egemenlik ve sömürü ilişkisini üstü örtülü bir biçimde sembolik olarak değiştirmektedir. Hatta kız alıp verme, hediyeler alma gibi hane içi ilişkisine dönüştürerek bu eylemi güzelleştirmektedir. Benzer durum sağlık alanında da reformlar aracılığıyla gerçekleşmiştir. Sembolik güç, 90'lı yıllarda hakim olan neoliberal söylemi meşru dünya görüşü olarak kabul etmiş ve egemenliğini kullanarak, meşru söylemi hakim kodlara çevirerek ajanlar tarafından kabullenilmesini ve tanınmasını sağlamıştır.

Bourdieu'ye göre (2015) 1970'lerde başlayıp 1980'lerde tamamen uygulanmaya başlanan neoliberal politikaları hesaba katmadan, toplumsal uzamda olanları anlamak mümkün değildir. Kamu hizmetinin tamamen yok edilmesi mantığı ile bütünleşen neoliberal söylem, devlet müdahaleciliğini 'totalitarizm'e indirgemekte, özel sektörü verimlilik ve modernlikle; kamuyu hantallık ve eski olanı savunma ile özdeşleştirmektedir. Kamunun beraberinde getirdiği hantallığı ortadan kaldırmanın yolu; bireyleri daha eşitlikçi, özgür ve etkin kılarak, müşteri gibi düşünmek ve kamuda kar getiren hizmetlerin özel sektöre devredilerek; hantallığa sebep olan kamu personelinin tasfiyesi ile mümkün kılınmaktadır. Kamu özelleştirmeler ile ticarileşmekte ve ticarileşmenin doğal sonucu rekabet; bireyler, kurumlar arasındaki eşitsizlikleri giderek artırmaktadır. Bununla birlikte devletin hizmete verdiği destek, neoliberal politikanın ruhuna uygun olarak, bireye yardım olarak verilmekte; dayanışmayı basit para yardımına indirgemekte ve tüketilebilmesini hedeflemektedir. Örgütsel yapıların (*sendika, dernek gibi*) zayıflamasıyla birlikte, bireyler parçalanmış, dışlanmış yoksul kitleye dönüştürülmektedir.

Türkiye'de de sembolik güç, 90'lı yılların başından itibaren meşru dünya görüşü olan neoliberal politikaları çeşitli alanlarda uygulamaya başlamıştır. Bu durum toplumsal uzamda sembolik mücadelelerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Çünkü sembolik

güç, neoliberal söylemi her zaman dil aracılığıyla değil dayatmalar yoluyla ajanlara kabul ettirmektedir. Dikkat edildiğinde neoliberal söylem destekli politikaların Dünya Bankası, IMF (*International Monetary Fund*), OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) destekli olduğu görülmektedir. Örneğin 1980’li yılların başındaki “Milli Eğitimi Geliştirme Projesi”, Dünya Bankası destekli bir projedir ve öğretmen yetiştirmede kamunun elinin çekilmesi üzerine planlanmıştır. Yani neoliberal söylemin “özelleştirme” karakterine uygun olduğu değerlendirilmektedir. Sembolik güç, kendi dünya görüşünü uygulamak için kendi kodlarını kullanarak; kamusal eğitim, “eski” bir kavram olarak topluma sunulmuş ve “teknoloji ile nitelikli eğitim” kavramı ile eğitime ticari bir boyut getirilerek pazar piyasası oluşturulmaya çalışılmıştır.

Türkiye’de sembolik gücün neoliberal politikalarının görüldüğü bir başka mücadele alanı ise sağlık alanıdır. Sağlık alanında, toplumsal uzamda bulunan ajanlar, kültürel, toplumsal ve ekonomik sermayelere sahiptir. Egemen konumda bulunan sembolik güç, sahip olduğu sermaye ile sağlık alanında kendi dünya görüşünü kabul ettirmek için hakim kodlar geliştirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sembolik gücün meşru gücünü kullanarak hakim kodları oluşturduğu programdır. Ancak sembolik güç, kendi dünya görüşünü ajanlara kabul ettirirken/dayatırken sembolik bir şiddet ortaya çıkmaktadır. Çünkü ajanlar, sembolik güçle aynı algı kategorisine (*sağlıkta reform, toplumsal ilerleme, özgür bireyler, herkese sağlık, daha eşitlikçi bir sağlık hizmeti, başarıya ulaşamamış eski sağlık sistemi, verimlilik, etkililik, kalite*) sahiptir ve devletin politikaları, hukuksal metinleri ve kurumsal anlaşmaları tam olarak bilmemektedirler. Mevcut sağlık koşullarının iyileştirilmesi, geliştirilmesi ajanlara hedef olarak sunulmaktadır. Bunun karşılığında ajanlar Sağlıkta Dönüşüm Programını kabul etmekte ve sembolik güce minnet duymaktadırlar. Bourdieu’nün (2006) deyimiyle, sembolik eylem toplumsal olarak oluşmuş ‘kolektif beklentilere ve inançlara’ karşılık vermektedir. Bu bağlamda sembolik güç buyruk verir ve ajanlar buyruğu tanır ve

kabullenir. Sembolik eylemin, bastırılan bir ön çalışmanın, dayatma / buyurma eylemine tabi olan kişilerde, kendilerine itaat hakkında soru bile sorulmadan itaat etme zorunda oldukları duygusunu uyandırmak için gereken eğilimleri yaratmış olması gerekir.

Türkiye’de 2000’li yılların başından itibaren uygulanmaya başlanan ve günümüzde halen devam etmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sembolik gücün sağlık alanında geliştirdiği politikalardan birisidir. Sembolik gücün, 2003 yılında başlattığı ve günümüzde halen devam etmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde, uyguladığı pratikler/uygulamalar nedeni ile sağlık çalışanlarının maruz kaldığı ‘sembolik şiddet’e bağlı olarak; farklı kategorilerde hizmet veren sağlık çalışanlarının (doktor, fizyoterapist ve hemşirelerin) gündelik yaşam içinde kendi aralarında ortaya çıkan çatışma araştırmamızın temel problemini oluşturmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı da sembolik gücün sermayelerini sembolik sermayeye çevirerek meşrulaştırdığı ve tanınmasını sağladığı süreçtir. Bu program, sağlık alanında gündelik yaşamda mücadelelerin artmasına, ayrımların belirginleşmesine, meslekler arası ve aynı meslek grubu içinde eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır. Sembolik güç, Sağlıkta Dönüşüm Programı aracılığıyla sağlık çalışanlarına kendi kültürel ürünlerini dayatmaktadır. Farklılıklarından dolayı sosyal uzamda, sağlık alanı içinde yer alan sağlık çalışanları, Sağlıkta Dönüşüm Programından farklı biçimlerde etkilenmektedirler.

Bourdieu’ya göre (2014), sembolik ürünler (*symbolic goods*), asalet ya da eğitim unvanları gibi nesnelleşmiş saygı işaretleri, kutsama göstergeleri, karizma rütbeleri olarak tanınan ve güvence altında bulunan sembollerde ve etkisi sadece toplumsal konumu gösterme değil, aynı zamanda önemini bu şekilde göstermesine izin verildiği için kolektif tanınma olan nesnelerde maddeleşir. Yaşam tarzı ise bu sembolik tezahürlerden (*symbolik appearance*) temel olanıdır ve aidiyet, dışlama mantığına göre işleyen bütün özellikler, sermaye farklarını, meşru olarak tanınan kabul gören sembolik

şiddet biçimine dönüştürebilir. Sembolik gücün kullanılmasına her zaman eşlik eden bu meşrulaştırıcı tiyatrolaştırma, pratiklere ve tüm tüketimlere yayılmaktadır.

Türkiye’de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı topluma bir reform programı olarak sunulmuştur. Programın temel amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Programın temel ilkeleri ise; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte sembolik güç, programın bileşenlerini ve bu reform niteliğindeki projenin öncülerini ve destekleyicilerini (DSÖ, Avrupa Birliği (AB), Dünya Bankası vb.) açıklayarak, programı dünya ölçeğinde tanıtmakta ve yasalaştırma yolu ile de programı meşru bir zemine taşımaktadır. Parlamentoda çoğunluğa sahip sembolik güç, programa yönelik yasalaşmayı yaparken hiçbir zorlukla karşılaşmamak, itirazı olanlar da uygulamayı kabul etmek zorunda kalmaktadır. İfade edilen temel ilkeleri (*devletin kültürel ve ekonomik sermayeleri*), ajanların zaten sahip olduğu (*sermaye*) algı kategorilerine yerleştirmektedir. Yani bu kavramlar sembolik bir hal alarak, sembolik bir sermayeye dönüşmektedir. Aslında görünmeyen bir dayatma ile Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık alanında etkili olmaya başlamaktadır. Etkililiği ajanların pratiklerinde görülmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı, neoliberal politikalarla uyumlu bir yaklaşım içindedir. Programda sağlık hizmetinin sunumunda sembolik güç, sadece planlayıcı ve denetleyici rolü üstlenmiştir. Ayrıca özelleştirme yolu açılmış ve kamunun sunduğu hizmet alanı daraltılmıştır. Performans sistemi ile rekabetin artması, sağlık kuruluşlarının kar amacı güden işletmeler gibi hareket etmesine neden olmaktadır. Kamunun bu neoliberal ilkeler paralelinde kamusal sağlık hizmetini yeniden yapılandırması, sağlığın metalaşmasına neden olmaktadır (Ulutaş,2011). Sağlıkta

Dönüşüm Programının, meta üretiminin en fazla olduğu sisteme, kapitalizme hizmet ettiği düşünülmektedir.

Bu süreçte sağlık çalışanları da sembolik şiddet nedeniyle mesleki konumlarını korumaya ya da dönüştürmeye çalışmaktadırlar. Sahip oldukları sermayelerin (*kültürel, ekonomik*) sembolik sermayeye dönüşmesiyle birlikte pratiklerini, alanda yeniden inşa etmeye başlamaktadırlar. Bunun en iyi örneği, hekimler için performans sistemi uygulamasıdır. Hekim muayene ettiği hasta sayısına göre ve tedavi yöntemi uygulamasına göre ücretlendirmeye tabi tutulmaktadır. Bu durumun da, hekimlerin çok fazla sayıda hasta görmesine ve hizmette kalitenin düşmesine, hastayı müşteri mantığı ile değerlendirmesine neden olacağı düşünülmektedir. Performans sistemi hekimi işçileştirmekte ve özerkliğini ortadan kaldırmakta (Ulutaş,2011); hekim dışı sağlık personeli için adaletsiz durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Kasapoğlu,2016). Adaletsizlik düşüncesi sağlık çalışanlarının arasında yeni mücadele alanlarının çıkmasına neden olmaktadır.

Bourdieu' ya göre (1984), göre statik bir düzen içinde birbirine dışsal ancak bitişik parçalar olarak görünen konumlar, o konumları işgal eden gruplar tarafından stratejik birer mevki yani mücadele alanında ele geçirilecek mevzilerdir. Bu mevkilerin içinde rekabet ilişkileri ve yetki çatışmalarının olması kaçınılmazdır. Mesleklerin meşru olarak uygulanmasını sağlayan nitelikler ve mesleğin uygulanmasının meşru etki alanına dair olan bu çatışmalar, doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı niteliklerle donanmış kişilerin –mesleklerini icra ederken- rekabet içinde, bulundukları düzeni değiştirmeleri gibi bir durumla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Donanmış kişiler, kabul gördükleri bir yer edinmelerini sağlamak için birbirleriyle çatışan stratejileri kullanmakta ve bu durum, bu meslek gruplarının önemli bir bölümünü karşı karşıya getirmektedir. Bu mücadele alanının yapısını belirleyen ise farklı sermaye türlerinin söz konusu andaki dağılımıdır. Verilen bu mücadeleler, ayırt

edici işaretlerin (*sınıflanan ve sınıflayan pratikler ve mallar*) kendine mâl edilmesi için ya da bu ayırt edici sınıflama ilkelerinin korunması veya alt üst edilmesi için verilen sembolik mücadeledir. Sembolik mücadelenin ise en başarılı sahası egemen sınıftır; çünkü sahip oldukları sosyal, ekonomik ve eğitim sermayelerinin sembolik etkinliğiyle, kolektif kanı ile kabul görmenin verdiği yetki ile aralıksız mücadelelerini sürdürürler. Egemen sınıf, bu mücadelede sembolik gücü (*sözcüklerle şeyleri yapma gücü*) kabul gören güce dönüştürmek için inanç, itibar, algı, bilme, şöhret, unvan, saygınlık, şeref, yetke gibi tüm araçları kullanabilmektedir.

Bourdieu (1999) devleti, meşru sembolik şiddetin tekeli elinde bulunduran veya bu tekel için girişilen mücadelelerde bir hakem olarak görmektedir. Güç sahiplerinin sahip olduğu sermayeler, onu egemen kılana katkıda bulunur. Bu durum güç sahiplerinin gerçek konumunu gizler. Bu durum egemen olanın lehine, egemen olunan ajanların aleyhine olduğundan sembolik şiddeti yaratır. Sembolik güç, egemen dünya görüşünü toplumsal uzama sunarken devletin bütün araçlarını kullanma meşruiyetine sahiptir. Sembolik şiddet sürecinde hukuk alanı ve medya sembolik gücün en önemli araçlarındandır. Hukuk ve medya sembolik şiddet tekeline sahip devletin egemen görüşünü hakim kılmakta önemli bir yere sahiptir.

1.2. Amaçlar

Pierre Bourdieu'nün "Pratiğin Kuramı"ndan yararlanarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sembolik şiddet sürecinin nasıl gerçekleştiğini ortaya koymak çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Çalışmanın ampirik kısmında ise, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- a. Sağlık alanında bir mesleğe yönelim süreci nasıl gerçekleşmektedir?

(*Diğer bir ifade ile toplumun sağlık alanındaki mesleklere ilişkin habitusları nasıl inşa edilmektedir?*)

b. Toplumun sağlık alanındaki mesleklere ilişkin bakış açısı nasıl değerlendirilmektedir?

c. Sağlık alanında çalışanlar (*doktor, hemşire, fizyoterapist*) arasında sermaye türlerine (*ekonomik, kültürel ve sosyal sermaye*) göre farklılıklar var mıdır, varsa nelerdir?

d. Sağlık alanında çalışan doktorlar, fizyoterapistler ve hemşirelerin mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorluklar nelerdir? Bu zorluklar ile sembolik şiddet sürecinin inşasında nasıl ilişki bulunmaktadır?

e. Sağlık alışanları (*doktorlar, fizyoterapistler ve hemşireler*) mesleklerini icra ederken kaşılaştıkları zorluklar ve sembolik şiddet karşısında mesleki ilkelerini nasıl dengelemektedirler?

f. Sağlık alışanlarının, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili düşünceleri nelerdir? Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sembolik şiddet süreci arasında nasıl bir ilişki vardır?

g. Sağlık alışanlarının sembolik şiddet sürecinin kültürel karşılığı nasıl ifade edilmektedir (*hikayelendirilmektedir*)?

h. Sağlık alışanlarının (*doktorlar, fizyoterapistler ve hemşireler*) mesleklerine yönelik beklentileri ve gereksinimleri nelerdir?

1.3. nem

Sağlık, siyaset, güvenlik gibi alanların toplum için öneminin süreklilik arz ettiği düşünülmektedir. Bu alanlardan biri olarak dşnlen sağlığın Pierre Bourdieu'nün pratiğin kuramı çerçevesinde değerlendirilmesi bu çalışmanın önemini oluşturmaktadır. Ayrıca Bourdieu'nün kuramı çerçevesinde sağlık alanında yerli literatürde yeterli çalışmanın bulunmaması açısından bu araştırma, ilk olma özelliği taşımaktadır.

Sağlık alanında Türkiye'de yapılan çalışmalar sağlıkta şiddet özellikle hekime uygulanan fiziksel şiddet üzerinde yoğunlaşmaktadır. Akın ve arkadaşlarının (2013)

“Hekime Yönelik Şiddet: Fenomenolojik Bir Değerlendirme” ve Ertong’un (2017) “Türkiye’de Hekimlere Yönelik Şiddet: Bir Temellendirilmiş Kuram Analizi” adlı çalışmaları sağlıkta şiddet alanındaki çalışmalara örnek oluşturmaktadır. Toplumda birçok alanda karşı karşıya kalınabilinen sembolik şiddet konusunda temellendirilmiş kuramın teknik olarak kullanılmasıyla yapılan bu çalışmanın, temellendirilmiş kuram literatürüne bir katkı niteliğinde olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sembolik şiddetin sağlık alanında uygulamalı alan araştırmasıyla ortaya konulmasının; ekonomik, eğitim, hukuk gibi farklı alanlarda da sembolik şiddet sürecinin araştırılmasına rehberlik edeceği değerlendirilmekte, bu özelliği ile literatürde güncelliğini koruyacağı düşünülmektedir.

1.4. Sınırlılıklar

Çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sembolik şiddet süreci araştırılmıştır. Bu nedenle Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) Eğitim Araştırma Hastanesi’nde (EAH) görev yapan doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistler ile temellendirilmiş kuram teknik olarak kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Hastanenin FTR hastanesi olması nedeni ile sınırlı sayıda ana bilim dallarının olması çalışmanın sınırlılığıdır. Çünkü araştırmaya dahil olan doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistler tek bir ana bilim dalında hizmet vermektedirler. Yalnızca doktorlar arasında konsültan hekim olarak farklı branşlar da bulunmaktadır.

Bu çalışmanın başka bir sınırlılığı ise Gaziler FTR ve EAH’de araştırma yapmak için uygulanan bürokratik işlemlerin zaman almasıdır. Gaziler Fizik Tedavi ve Eğitim Araştırma Hastanesi 21 Nisan 2000 tarihinde hizmete açılmıştır. 2016 yılına kadar TSK bünyesinde çalışmalarına devam eden hastane, 31.07.2016 tarihli Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Devir sürecinden kaynaklanan yapısal

değişiklikler nedeniyle sosyal araştırmaların görüşülüp karara bağlandığı Eğitim Komisyonu'nun kurulması yaklaşık bir buçuk yıl gibi uzun bir süreçte gerçekleşmiştir. Bu nedenle çalışmanın alan araştırması gecikmeli olarak uygulanmıştır. Çalışmanın uygulamalı alan araştırması bölümü çalışanların mesai saatlerinin içerisinde gerçekleşmiştir. Bu nedenle görüşmeler esnasında zaman zaman bölünmeler ortaya çıkmış ancak bütünlük içinde tamamlanmaya çalışılmıştır. Sağlık personelinin çalışma temposu çok yoğun olduğu için görüşme randevuları alınırken zorluk yaşanmış, ancak karşılıklı özveri ile planlama sağlanmıştır.

1.5. Yaklaşım ve Sayıtlar

Çalışmanın yaklaşımlar ve sayıtlar bölümünde, temel kavramlarından yararlanılan sosyolojik yaklaşımla birlikte, çalışmada kullanılan diğer yaklaşım ve sayıtlar hakkında bilgi verilmiştir. Pierre Bourdieu'nun 'pratiğin kuramı' ve 'ilişkisel kuram' çerçevesince Sağlıkta Dönüşüm Programı, sembolik güç ve sembolik şiddet konusu ele alınmaya çalışılmıştır.

Yaklaşımlar

Toplumsal kuramın amacı, toplumsal gerçeklik ile toplumun yasalarını, işleyişini, düzenini, çatışmalarını ilişkisel bir şekilde açıklamaktır. Bunun için, kuram kavramlarını, sayıtlarını, yöntemini ve sosyal bilimler yaklaşımlarını kullanarak toplumsal gerçekliği açıklamaya çalışmaktadır. Sosyal bilimler yaklaşımları, toplumsal gerçekliği gözlemlemenin, ölçmenin ve anlamının farklı yollarıdır (Neuman, 2010: 120). Toplum kuramcılarının sosyal bilimler felsefesindeki bu yaklaşımlarla ilgili tartışmaları geçmişten günümüze devam etmektedir.

Sosyolojik yaklaşımların ilk olarak ortaya çıktığı dönem olarak modernite dönemi ele alındığında, kökenlerinin aydınlanmaya kadar gittiği görülmektedir. Aydınlanma,

rönesans, reform hareketleri ile birlikte temelleri atılan Fransız devrimi, sanayi devrimi ile gelişimini sürdüren ve günümüze kadar devam eden modernite sosyoloji biliminin ortaya çıkmasında ve gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Modernite düşüncesi içinde klasik sosyoloji kuramcıları teorilerini dikotomilerle oluşturmuştur. “Statü ve sözleşme, Gemeinschaft ve Gesellschaft, mekanik ve organik dayanışma, birincil ve ikincil gruplar, kültür ve medeniyet, geleneksel ve bürokratik otorite, özne-nesne, askeri ve endüstriyel toplumlar, statü grupları ve sınıflar” bu dikotomilerden bazılarıdır (Habermas’dan aktaran Çiğdem, 2004: 83).

Touraine’e göre (1994: 14) modernlik düşüncesi, “insanın yaptığı ile bir olduğunun, dolayısıyla da akılcı, bilimsel, teknoloji ya da yönetimin daha etkili kıldığı üretimle, toplumun yasayla örgütlenmesi ve çıkarların aynı zamanda da, tüm kısıtlamalardan kurtulma isteğinin harekete geçirdiği kişisel yaşam arasında bir denklik ilişkisinin olması gerektiğinin olumlanmasıdır.” Modernlik düşüncesinin temelinde bilimsellik, akılcılık/rasyonalite, özgürleşme, hukuk, bireyselleşme, laiklik, demokrasi ve ulus devlet kavramları yer almaktadır. Bu kavramların önem kazanması, aydınlanmaya kadar toplumun merkezinde yer alan Tanrı’nın, dini inançların, geleneksel eğilimlerin yerini akıl ve bilimin almasıyla olmuştur. Aklın, akılcılığın insanları özgür ve mutlu kılacağı düşünülmüştür. Ancak modernliği yalnızca bilim ve akıl ile açıklamak mümkün değildir. Aynı zamanda teknolojik uygulamaların önem kazanması, yönetimin kişisel güçlerin aracı haline gelmesi ve özel yaşam ile kamu yaşamının birbirinden ayrılması da modern düşüncenin içinde yer almaktadır. Birçok açıdan etkililiği olan modern düşüncenin en önemli vurgularının, akılcılaşma, bireyselleşme, büyüünün bozulması, evrenselleşme ve demokrasi/bürokrasi olduğu dikkati çekmektedir.

Taylor (2017) modernliği tanımlayan kavramların çok önemli olduğunu ve üzerinde durulması gerektiğini vurgulamakta ve bu kavramları üç grupta ele almaktadır: İlk

olarak modern dünyanın en büyük kazanımı olan ‘bireycilik, önceden sahip olunan dini düşüncelerden ve hiyerarşik düzenden koparak, insanların özgürleşmesini ve kendi seçimlerini yapabilmesi, yaşam tarzlarını belirleyebilme hakkına sahip olması anlamına gelmektedir. Yani insanlar bireyselleşme önem kazanmadan önce büyük bir düzenin parçasıyken, bireyselleşme ile bu düzenler itibarını yitirmiş ve dünyanın büyüğü bozulmuştur. Ancak bireyselleşmenin olumsuz yanı ise insanlar çok fazla kendilerine dönmekte, başkalarına ve topluma karşı kayıtsız hale gelmektedirler. Modernitenin bir diğer kazanımı ise maksimum verimlilik göstergesi olan araçsal aklın önem kazanmasıdır. Araçsal akıl öncelikli olarak teknolojiye verilen önemi işaret etmekte ve araçları en ekonomik biçimde kullanmayı göstermektedir. Ancak araçsal akıl insanların çıkarı için kullanılmaya açıktır. Çünkü toplumun çıkarı için sunulan araçlar, pazar koşulları dayatmaları olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Araçsal aklın eleştirilen bir başka yönü ise insanların önemli olan değerleri birer hammadde ya da araç olarak görülebilmekte, geçmişte kalıcı sürekliliği olan nesneler önemini kaybedebilmekte ve zamanla yok olabilmektedir. Bununla birlikte araçsal aklın, fayda, maliyet ve verimlilik başlıkları altında, toplumsal yapıyı güçlendirerek, insanların yaşamlarını ele geçirme tehlikesi bulunmaktadır. Son olarak üzerinde durulan kavram ise özgürleşmedir. Modernitenin kazanımları arasında bulunan özgürleşme, gerçekte teknolojik ve endüstriyel toplumun yapıları tarafından sınırlanmakta, yapılar bireyleri araçsal akıl düzleminde yaşamaya yönlendirmektedir. Fazla bireyselleşme sonucu, kamusal alana yabancılaşma artmakta ve bireylerin siyasetteki denetimi azalmaktadır.

Modern düşüncenin kazanımı olarak sunulan bireyselleşmenin aslında, bireyleri yalnızlaştırarak kamudan uzaklaştırması ve özgürlüklerinin daha fazla sınırladığı, araçsal aklın bireyi değil yapıyı daha fazla güçlü kılması modern düşünceye getirilen en önemli eleştirilerdir. Modern düşünceden önce güçlü olan cemaat yani katı bir düzenin parçası olmayı sona erdirmekte, modern söylemle büyü bozulmakta, insanlar sürekliliği

olan değerlerini kaybetmekte ve bu değerler nesneleşmektedir. Modern düşünce bir başka eleştiri ise Murphy tarafından getirilmektedir.

Murphy'ye göre (2000), modern sosyoloji genellikle Parsons'ın (1991) çalışmalarıyla özdeşleştirilmektedir. Parsons tarafından tam bir düzen çerçevesi olarak düşünülen yapılar, bürokrasi aracılığıyla formel karar alma şemalarını oluşturarak düzeni koruma altına almıştır. Ayrıca insani eylemi düzen için tehdit olarak düşündüğünden, insan eylemini formel aklın nesnel cisimleşmesi olarak adlandırmıştır. Sonuç olarak bireyler kamu tartışmalarından uzaklaştırılmış ve yönetim, bilimsel, teknik uzmanlara devredilmiştir. Modernitenin bir başka önemli özelliği olan bürokrasi, toplumsal düzenlemeyi sağlamaktadır. Düzeni sağladığı için önemli kabul edilen bürokrasiler standart kriterlere dayanan karar alma şemaları ortaya koymaktadırlar. Bu durum zamanla toplumun mekanik bir biçimde işlemesine, insan vurgusunun azalmasına ve modernitenin birbirinin aynısı olan toplumlar üretmesine sebep olmuştur.

Moderniteyi olgunlaşmış para ekonomisi olarak tanımlayan modern dönemin ilk sosyologlarından Simmel'e göre (Çiğdem, 2012) modernlik, yeni olanı deneyimleme, yenilik arayışı toplumsal formlar ile modern hayat arasında bir çatışma yaratmaktadır. Modern hayatta metropolisler nesnel kültürleri oluşturarak, öznel kültürle arasında çatışma yaratmakta, geçiciliği ve yabancılaşmayı artırmakta, toplumsal süreçte 'Gemeinschaft'tan Gesellschaft'a' geçişe karşılık gelmektedir. Para ekonomisi bağlamında ortaya çıkan sosyal ilişkiler metropolis insanı üzerinde 'bıkkınlık' olarak geri dönmektedir. Yani bıkkınlık duygusu para ekonomisinin özneye yansımasıdır. Modernite ile ilgili bir başka tartışma ise özne ve nesne ayrımı konularında yapılmıştır.

Touraine'e göre (2016) modernlik yalnızca akılcılık, bireyselleşme ile tanımlanamaz, modernliğin bir yüzü de özneleşmedir. İnsan doğaya aittir ve nesnel bir bilginin nesnesi aynı zamanda da öznesidir. Modernlikte "bireyin edimci olarak davranma ve kabul

edilme istenci” olarak tanımlanan özne, akılcı düşüncenin öğrenilmesiyle, geleneğin baskılarına direnebilmeyle bir tutulmuştur. Modern düşüncede özne, bedenden yani nesneden ayrılmıştır. Modernlik söylemi, akıl ve bilimle etrafındakileri nesneleştirmekte, dikotomiler yaratmakta ve özneyi bu nesnelere dışarıdan bakan durumuna getirmektedir. Öznenin akıllı, nesnelere sürekli dışarıdan bakması, özne ile nesnenin birbirine yabancılaşmasına yani özne ile nesnenin ayırımına sebep olmaktadır.

Modernite günümüzde birçok eleştiriye maruz kalmış ve sosyolojik kuramda öne çıkan bu dikotomilerin giderilmesi konusunda birçok yaklaşım öne sürülmüştür. Bu yaklaşımlardan biri ise ‘ilişkisel yaklaşım’dır. İlişkisel yaklaşım, 20. yüzyılın ortalarından itibaren, sosyal gerçekliğin anlaşılmasıyla ilgili olarak toplum, yapı ve faillikle ilgili tözcü ve karşısında olan yaklaşımlar ile sosyal teorideki ikiliklerin giderilmesi konularını tartışmaktadır (Çeğin ve Göker, 2012: 14).

Elias’a göre (1978) ilişkisel bir açıdan bakıldığında özne ile nesne, birey ve toplumun birbirinden farklı değil ve birbirinin zıttı da değildir. Özne toplumsal yapıya tabi aynı zamanda da beşeri olan bir bireydir. Toplumsal davranış, toplumsal öznenin bir şekilde bağlandığı, birbirine bağımlı ve etkileşimli ağ şebekesinde konumlandırıan yaygın ilişkisellik ile örtüşür. Modernitenin temel dikotomilerini ortadan kaldırmak için tözcü düşünceden uzaklaşıp ilişkisel bakılmalıdır.

Emirbayer’e göre (1997) sosyal teorinin temel ikilemi, sosyal dünyanın statik ilişki temelli tözlerden mi ya da devingen, açıklanabilir ilişki temelli süreçlerden mi oluştuğudur. Töz felsefi olarak kendisinde olan şeydir. Tözcü yaklaşım ise bu tanımdan hareketle tözü temel birim olarak kabul eder ve ilişki tözden bağımsız bir şey değildir. Dewey ve Bentley iki çeşit tözcü biçim üzerinde durmaktadır (Emirbayer, 1997: 27): İlk biçim, kendinde olan şeyin (*toplum, yapı, sistem*), kendi güçlerini kullanarak şeyleri eylediği ‘öz-eylem’; ikinci biçim ise, dengede olan şeye gönderme yapan ‘eylem-arası’dır. Tözcülüğün eylem-arası biçiminde şeyler kendi eylemlerini üretmek yerine,

eylem şeylerin arasında gerçekleşmektedir. Bununla birlikte tözcülüğün iki biçiminde karşısında olan “eylemin özellikleri ve sahaları ile ilgilenmek üzere, unsurlara ve varsayımsal olarak ayrıştırılabilen özellikle ilişkileri ayrıştırabilen unsurlardan yalıtmadan tanımlama ve isimlendirme sistemlerinin işe koyulduğu ‘eylem-ötesi’ bakış açısıdır”. Emirbayer bu bakış açısını ‘ilişkisel’ olarak adlandırmaktadır ve ilişkisel yaklaşımda şeyler ilişki matrislerinin içindedir ve bu ilişkilerden bağımsız düşünülemezler.

Tözelci düşünce tarzından kopmayı vurgulayan Bourdieu’ye göre (2012), egemen sınıfların güç alanı, toplumsal konumlar arasındaki güç ilişkileridir. Güç alanının toplumsal konumları güç mücadelesine girenlere egemenlik ve sermaye sağlamaktadır. Güç, toplumsal konumlar, konumlardaki ilişki matrisleri ve sermayeden bağımsız düşünülemez.

Bourdieu (1968) tözcü düşünme biçiminden uzaklaşmayı (Spoelstra,2014) yapısalcı devrim olarak tanımlarken, gerçeğin tözlerle değil, ilişkilerle özdeşleştiren rasyonel bir düşünce tarzının toplumsal dünyaya uygulanması gerektiğini belirtmektedir (Bourdieu, 1999). Toplumsal gerçekliği toplumda var olan konumların uzayını oluşturan ilişkiler bütünü ile anlayabiliriz. Bourdieu alan kavramını, şeylerin ve varlıkların işgal ettikleri konumlardaki nesnel ilişki ağları içinde açıklamaktadır.

Bourdieu’ya göre (2011) toplumdaki yapı ve ajan, kolektif ve bireysel gibi tekçiliklerin karşısında bağıntıların önemini vurgulamaktadır. Ona göre sosyolojinin artık ikili ayrımlardan kurtularak gerçeklik algısını yaratması gerekir. Bu algı dil yoluyla olmaktadır ve ilişkilerden çok şeyleri ve durumları ifade eden bu dil tözcü olmamalıdır. Sosyal bilimler, özelde sosyoloji bu ikiliklerden birini seçmek zorunda değildir, çünkü toplumsal gerçeklik de bağıntılardan oluşmaktadır. Bu kapsamda Bourdieu iki önemli kavramı olan ‘alan ve habitus’ kavramlarının birer bağıntılar sarmalı olduğunu ileri sürmektedir. Bir takım sermaye türlerine içkin konumlar

arasındaki tarihsel nesnel bağıntılar bütünü alanı oluştururken; habitus ise bu tarihsel bağıntılar bütünü biçimine dönüşmektedir.

Bourdieu'ye göre (1992) “gerçek ilişkiseldir” ve ilişkilerin yapısı, alanın içinde somut bir şekilde görünen etkileşim ilişkilerini ve habitusu düzenlemektedir. Gerçek bir ilişkiler uzayında ilişkili olan tüm unsurlar kendi iç dinamikleri aracılığıyla kavramsal olarak ilişkilendirilmelidir. Bourdieu (1984) ‘Distinction’ çalışmasında da ilişkiselliğin önemini vurgulayarak somutlaştırmıştır. Bütün alan uzayında, habituslarla (*kalıcı ve aktarılabılır eğilimler*) belirlenen yatkınlıklara (*disposition*) göre konumlar belirlemekte ve ilişkilerle sahip oldukları sermayelere göre sınıflandırmaktadır. Bu bireylerin/grupların/kurumların iç ilişkilerine göre karşılıklı ilişkilerini anlamlandırmaktadır. Tözcü düşünce ise ajanların yaş, meslek, cinsiyet, nitelik gibi özelliklerini ve bunların ilişkiselliğini göz ardı etmektedir. Bourdieu, kültür, beğeni, pratikler kavramlarını incelerken ilişkiyel yöntemden yararlanmaktadır. Ona göre kültürel pratikler karşısında bulunan, kültürel pratikler aracılığıyla tanınır.

Mohr'a göre (2013) Bourdieu'nün ilişkiyel yaklaşımı, yapı-birey ikiliğini aşma çabası ve kültürü de bu analize dahil etmesi oldukça önemlidir. Ancak Mohr (2013), Bourdieu'nün ilişkiyel yaklaşımının teorik düzeyde kaldığını ve pratiğe indirgeyemediği yönüyle eleştirmektedir. Kuramında ilişkiyel yaklaşımın önemini sıklıkla vurgularken, çalışmalarında özellikle alan araştırmalarında aynı sıklıkla değinmediği görülmektedir. Mohr'a göre (2013) Bourdieu'nün, ilişkiyel bir yaklaşımla çalışmanın önemi üzerinde durduğu ve öneri olarak ileri sürdüğü halde; araştırmaları için verilerini daha çok deterministik düz çizgisel/doğrusal bir şekilde toplayarak analiz ettiğı görülmektedir.

Mohr (2013) Bourdieu'nün kuramından ve yönteminden etkilendiğini belirtirken, eleştirdiğı noktanın model ve analizlerinde, benzerliklerin düz doğrusal ilişkiler olarak betimlenmesi olduğunu ileri sürmektedir. Bourdieu, analizinde (*toplumsal uzam*) ele aldığı herhangi bir olgunun farklı özelliklerini benzerlik ya da farklılıklar olarak

ölçmektedir. Örneğin kültürün eğitim, miras, statü gibi özellikleri dışında kalan yönelimleri (*kültürel hükmetme biçimleri, farklı iletişimsel bilgi kanalları, kültüre özgü beceriler gibi*) toplumsal uzam modelinde yer almamaktadır. Sonuç olarak, alanın makro düzeyde tanımlanabilmesi için, analize sermaye biçimleriyle birlikte farklı faktörlerinde dahil edilmesi gerekmektedir.

Güç ve yapı-ajan gibi konumlar arasındaki nesnel ilişkiler ağını ve biçimlenişini konu alan ve ilişkisel bir yaklaşım içinde sosyolojik kavramlarını açıklayan Bourdieu'nun 'pratiğin kuramı', bu çalışmanın kuramsal temelini oluşturmaktadır. Bourdieu'nun kuramı, düşünümsel sosyoloji ile öznel ve nesnel yapılar arasındaki uyumu işaret ederek, teori ve pratiğin bir arada olması gerektiğini vurgulaması; sosyal gerçekliğin anlaşılmasında ilişkisel bakış açısını kullanması ve "kültürün" önemini belirtmesi nedeniyle; sağlık alanında dönüşümü ve beraberinde getirdiği problemi anlamada çalışmamıza öncülük etmektedir.

Bourdieu (2012), pratiğin kuramıyla kültür ile toplumsal yapı ilişkilerini kavramsallaştırarak, bu ilişkilere açıklık getirmektedir. Bu bağlamda Bourdieu bilim, kültür, sınıf, eylem ve güç gibi kavramları tartışarak kuramını ortaya koymaktadır. Bourdieu'nün kuramında bu kavramların hepsi iç içe geçmiş olarak tartışılmaktadır.

Yapısal inşacı olarak nitelenen Bourdieu (1999), yapısalcılıkla, yalnızca sembolik sistemlerde kullanılan dil, mit vb. den ziyade ajanların bilinç ve iradelerinden bağımsız bir şekilde, sosyal dünyanın kendisinde, pratikleri ve temsilleri sınırlandıran ya da yön veren nesnel yapıların varlığını; inşacılıkla, algı düşünce ve eylem şemalarının oluşturduğu habitus ve alanlar, gruplar ve sınıflar diye adlandırılan şeylerin, toplumsal yapıların, toplumsal var edilişini işaret etmektedir. Bourdieu (2013: 42) öznesiz bir yapısalcılık veya özne felsefesi arasında kalmaktan kurtulmak için 'habitus' kavramına yönelmektedir.

“İki nesnellik arasındaki objektif bir ilişki, gözlemlenebilir sosyal bir durum yoluyla ortaya çıkan idrak ve algı kategorileri aracılığıyla habitus tarafından üretilir. Habitus, bir durum ve pratik arasındaki belirlenmiş olana ilişkin bir anlaşılabilirlik ve zorunluluk sağlar.” (Bourdieu, 1984: 101). Bourdieu habitusu “...geçmiş tecrübeleri birleştirerek her adımda bir algılar, takdirler ve eylemler matriksi olarak işleyen ve aynı olarak biçimlenmiş sorunların çözümünü sağlayan şemalar arasındaki kıyaslanabilir aktarımlar sayesinde, sonsuz derecede çeşitlenmiş görevlerin başarılmasını mümkün kılan; dayanıklı, birbirinin yerine geçebilir yatkınlıklar sistemi...” olarak tanımlamaktadır (Bourdieu, 2012: 18). Habituslar, ayrı ve ayırıştırıcı pratikleri ortaya çıkartan sınıflandırıcı şemalardır.

Habitus ile nesnel yapı arasındaki ilişki ise Bourdieu’ye göre (1984), belirli bir sınıfsal konumun karakteristiğinin maddi koşulları olarak ifade ettiği yapılar, sürekliliği olan ve eğitim ve kültür aracılığıyla aktarılabilir yatkınlık sistemi olan yapılar da habitusu üretir. Habitus dışsal yapıların içselleştirilmesiyle ortaya çıkmaktadır. Örneğin dil, etnisite, eğitim, cinsiyet sınıfsal konumun araçlarıdır, süreklidirler ve aktarılabilirler. Zihnimizde bu unsurlar içselleştirilmiş bir yatkınlık sistemi oluşturmaktadırlar. Ajanlar pratikleri ile sosyal durumları sürekli deneyimlemektedirler ve bu deneyimleri habitus ile yapılandırılmaktadır. İnsanların sahip oldukları beğeni yargıları, onlara içinde bulundukları konumun koşulları tarafından dayatılmaktadır. Beğeni yargıları, zevkler, estetik tarzlar toplum tarafından meşru görüldüğü sürece sınıflar egemenliğini sürdürebilmektedir.

Bourdieu’ye göre (2013) toplumsal uzamda sahip olan konumu korumak, dönüştürmek ve egemenliği sürdürmek için verilen mücadelede alanlar, güç mahalıdır. Alanda uzun süre bulunan, konum sahibi sakinleri, yeri geldiğinde alanın güçlerine karşı çıkmaya, direnmeye ya da o alanda sürekli olarak var olma eğilimi ile karşı

karşıyadırlar. Ajanlar, alanda edinilmiş yatkınlıklara yani habituslara sahiptirler ve alanın güçleriyle girdikleri mücadelede habitusları yapıları uydurmaktansa, yapıları habituslarına uygun kılmak için yapıları değiştirmeye çalışmaktadırlar.

Swartz'a göre (2011) Bourdieu, kuramında habitus, kültürel sermaye, sembolik sermaye kavramları üzerinde çok dururken; kültüre ve toplumsal yapı arasındaki ilişkileri açıklamada kilit öneme sahip 'alan' kavramı üzerinde yeterince durmamıştır. Bununla birlikte kültürel üretim uzmanları entelektüellere sembolik gücün yaratılmasındaki etkilerine, toplumsal sınıf içindeki konumlarına ve siyasetle olan bağlarına analizinde hiç yer vermediği için eleştirilmiştir.

Bourdieu'ye göre (1989) habituslar; konumlar, pratikler ve tercihler arasında tesis edilen sosyal dünyanın herhangi bir şekilde inşa edilebilir katıksız bir kaos olarak görülebilmesini engellemektedir. Sosyal dünya, özelliklerin dağılımı üzerinden farklılık ve ayrımsal mesafe mantığına göre düzenlenen bir sembolik sistem gibi nesnel bir biçimde kendini göstermektedir. Sosyal dünyayı anlama yeteneği öznel ve nesnel yapılanmanın ürünüdür ve bu sosyal dünyanın nesneleri ise her zaman belirlenmemiş olup, bir esneklik içeriyor olabilir. Bu nesnel belirsizlik ve bakış açılarının çeşitliliği meşru dünya görüşünü oluşturma ve dayatma gücü için sembolik mücadelelere zemin sağlamaktadır. Hem bireysel hem de kolektif mücadeleler, bu sembolik mücadeleler içlerinde kök saldıkları yapılar nazarında özerklik vermektedir.

Alanlardaki sembolik mücadele, ajanların ve yapıların sahip oldukları sermaye biçimleri ile gerçekleşmektedir. Bourdieu'ye göre (2012) toplumda, sembolik gücü belirleyen ekonomik, toplumsal, kültürel ve sembolik sermaye olmak üzere temel dört çeşit sermaye vardır: Ekonomik kaynakların (*mülkiyet, ücret, maaş vb.*) bütününe kapsayan, ekonomik sermaye; bir bireyin ya da grubun kalıcı ilişkiler ağına ve az çok kurumsallaşmış tanıma ve tanınmalara sahip olması ile elde ettiği potansiyel

kaynakların tamamı olan toplumsal sermaye ve kültüre ilişkin nesnel bilgiyi, kültürel değerleri, kültürel beğenileri ve ürünleri ve etkinlikleri kapsayan, kültürel sermaye. Bourdieu, kültürel sermayeyi diğer sermaye türlerinden ayırt etmektedir. Çünkü kültürel sermaye uzun yıllar sonucunda ortaya çıkarmakta ve aynı zamanda toplumsal bölünmelerin ve eşitsizliklerin sürmesine neden olmaktadır.

Bourdieu'ye göre (2006), sembolik sermaye ise güç ilişkilerinin sembolik formlar aracılığıyla meşrulaştırılmasıdır. Sembolik sermaye, “diğer sermaye türlerinden herhangi birinin, algı kategorileri ile kavrandığında büründüğü biçimdir. Söz konusu kategoriler, ilgili sermayenin özgül mantığını kabul eder ya da bu sermayeye sahip olmanın ve birikiminin keyfiliğini yanlış bir biçimde tanır (Bourdieu ve Wacquant, 2012: 108)”.

Bourdieu (1985) sembolik sermayeye farklı biçimlerde açıklık getirmektedir. Sosyal uzamın alt alanlarında güç ilişkileri, stratejiler ve çıkarlar vardır ve bu kavramlar alana özgü biçim almaktadır. Bu güç ilişkileri alana ait olduğu kadar, alana dışarıdan giren ajanlarla da kendini dayatmakta ve alanın içerisinde mücadelenin hem aracı hem hedefi olan sermayenin çok özel bir biçimi olmaktadır. Bu özel biçim farklı kurumların ve ajanların daha önceki mücadelelerinde özel stratejiler sonucunda biriktirdiği ‘kabul ve onama’ sermayesi olan sembolik sermayedir.

Bourdieu'ye göre (1999) toplumsal dünyanın algılanmasında, meşru bakış açısını yaratma ve dayatma sembolik mücadeleler için zemin oluşturmaktadır. Bu sembolik mücadelelerin gündelik yaşamın bireysel mücadeleleri kadar politik yaşamın kolektif mücadelelerinin, içinde yer aldıkları yapılarda gerçek bir özerkliğe sahip olmalarını sağlayan özgül bir mantıkları vardır. Sembolik sermayenin kabul edilip onandığında ve benimsettiği algı kategorilerine göre tanındığında, aslında ekonomik ve kültürel sermayenin kendisi olduğu ortaya çıkmaktadır. Sembolik mücadelede ajanlar, daha

önceki mücadelelerde elde ettikleri ve onların yasal güvenliğini sağlayacak sembolik sermayeyi yaratmaktadırlar. Bu bağlamda soyluluk ve okul unvanları gibi ‘kabul edilme ve onanma’sını sağlayan sembolik özelliğin gerçek unvanlarını temsil ederler. Sembolik sermayeyi elinde bulunduranlar, kendi ürünlerine en uygun değer ölçüsünü dayatacak durumdadırlar.

Maddi ve sembolik bir kaynaklar bütününi kendisinde toplayan devlet ise, farklı sermayelere sahip olan alanların işleyişini mali ya da hukuksal müdahalelerle düzenleyebilme olanağına sahiptir (Bourdieu,2006). Bu bağlamda devlet, fiziksel ve sembolik şiddetin meşru kullanımını talep etmektedir. Devlet farklı sermaye türlerinin, fiziksel güç (*ordu, polis*), ekonomik, kültürel ve sembolik sermayenin yoğunlaşma sürecinin vardığı sonuçtur.

Bourdieu’nün kuramına göre, sahip olunan sermayelerle birlikte mücadelenin olduğu alanlarından birisi de sağlık alanıdır. Sağlık alanı, ekonomik, toplumsal, kültürel ve sembolik sermayenin çok güçlü olduğu alanlardan birisidir. Ayrıca sağlık alanında devletin aktif olarak yer alması, bu sermayelerin tümü olarak ifade edilen sembolik sermayenin de yoğunlaştığı alan olarak düşünülebilir. Bourdieu’ye göre (2006), kendi yapısına uygun olarak kalıcı görüş ve ayırım ilkelerini dayatma ve aşılama araçlarına sahip olan devlet, sembolik gücün yoğunlaşmasının ve uygulanışının en mükemmel yeridir.

Bourdieu’ye göre (1989) sembolik güç, dil aracılığıyla şeyleri yapma gücüdür. Sembolik güç yeni gruplar yapabilir, yetkili sözcü olarak grup adına konuşabilir ve vekillik yoluyla egemenliğini kurumsallaştırabilir. Sağlık alanında devletin vekili olarak Sağlık Bakanlığı sembolik gücü sağlar. Sağlık çalışanlarına kendi gücünü dayatma yoluyla, yani sembolik şiddeti ortaya çıkararak egemenliğini kurumsallaştırır.

Bu bağlamda Bourdieu'nün pratiğin kuramının, sağlıkta dönüşümün ve sembolik şiddetin incelenmesinde oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bourdieu, içinde bulunduğumuz evreni bir sosyal uzam olarak tanımlamaktadır. Sosyal uzam bize konumlar hakkında bilgi vermektedir. Kültürel yapıların içinde üretildiği ve tüketildiği alanlar, sosyal uzamda yer alan mikrokozmoslardır ve konumlar arasındaki nesnel bir bağlantı alanıdır. Sağlık da bu alanlardan birisidir ve bu alanda olup bitenler her bir ajanı ya da her bir kurumu diğerleriyle nesnel bağlantılar içinde konumlandırmaktadır. Alanda bulunan ajanlar ve kurumların stratejileri, savundukları beğeniler ve zevkler, kısacası yaşam tarzları, kurdukları ittifaklar, oluşturdukları ekoller; özgül güç ilişkileri ve o ilişkileri koruma ya da dönüştürmeyi amaçlayan mücadelelerde ve alanda belirlenen özgül çıkarlardan geçerek ortaya çıkmaktadır. Sağlık alanı da diğer alanlar (*edebiyat, din, bilim, sanat vb.*) gibi bir mücadele alanıdır.

Sağlık Bakanlığı, sivil toplum örgütleri, doktorlar, diğer sağlık çalışanları ve hastalar sahip oldukları sermayelerle sağlık alanında yer alan ve mücadele eden ajanlar ve kurumlardır. Ayrıca alana dışarıdan katılan ajanlar da (*diğer kurumlar, siyaset, bakanlıklar vb.*) vardır. Bu ajanlar pratiklerini ve habituslarını ilişkisel bir biçimde ortaya koymaktadırlar. Aynı zamanda sahip oldukları sermayelerden dolayı sosyal uzamlarda farklı konumlarda bulunurlar ve konumları gereği farklılıklara sahiptirler. Sağlık alanında her ajan kendisini ötekine karşı çıkarak konumlandırdığından, kendi kendine oluşturduğu pratikler dahilinde, kendi kendisine dayattığı sınırları fark edemez.

Sağlık alanında mücadelelere adapte olmuş ajanların ve kurumların stratejileri, alanın yapısı dahilinde -kurumsallaşmış ya da kurumsallaşmamış- sahip oldukları özgül sembolik sermayenin (*içeride kabul görme ya da dışarıdaki saygınlık*) dağılımında ve habitusları oluşturan yatkınlıkları aracılığıyla, onları konumsal dağılımın yapısını ya korumaya ya da dönüştürmeye bağlıdır. Her kültürel üretici (*Sağlık Bakanlığı,*

doktorlar, hemşireler, hastalar gibi) kendi yaratıcı tasarısını, kendi habitusunda belli bir doğrultuda yer alan algı ve değerlendirme kategorilerinde yaratır.

Ajanların sahip oldukları sermayelerin (*diploma, fiziksel güç, saygınlık vb.*) kabulü ve tanınması, onların sahip oldukları sermayelerin sembolik sermayeye dönüşümünü sağlayacaktır. Sembolik sermaye ise egemenlik ilişkilerini düzenler ve bazı kesimleri egemen kılar. Ekonomik, kültürel ve sembolik sermayesi en fazla olan kesim aynı zamanda egemen olandır. Sembolik güç, sembolik sermaye ile egemenliğini korumaya ve kendi kültürel ürünlerini daha yoksun kesimlerin tüketmesini sağlayarak egemenliğinin meşruluğunu sağlamaya devam ettirmektedir. Genel olarak sahip olduğu sermayelerin doğal sonucu olarak sembolik güç olan, devlet ve devletin uygulayıcıları olarak sembolik sermayeyi kullanan Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık alanında sembolik güce sahip olan Sağlık Bakanlığı, ekonomik ve kültürel sermayesini kullanarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sembolik sermayesini yaratmakta ve kendi dünya görüşünü tahakküm altındaki kesimlere yani sağlık çalışanlarına dayatarak egemenlik ilişkisine sembolik bir şiddet formu kazandırmaktadır. Sembolik şiddetin ortaya çıkmasında, yasalar, hukuk kuralları, polis gücü, sözleşmeler ve medya gibi araçların etkin rol oynadığı düşünülmektedir. Sembolik güç, sembolik şiddet yoluyla varlığını korumaya ve sahip olduğu sermayelerini artırmaya çalışmaktadır.

Sayıtlar

-Toplumsal alan, (*bilim, sanat, toplumsal, edebiyat, din, tıp vs.*), toplumsal yapı ile kültürel pratikler arasındaki dolayım sağlayan, konumlar arasındaki nesnel ilişkiler ağı veya kümeleşmesidir (Bourdieu, 1992: 97).

- Pratikleri ve pratiklerin algısını örgütleyen ve yapılandıran bir yapı olarak habitus, aynı zamanda bir yapılandırılmış bir yapıdır: Sosyal dünyanın algısını örgütleyen mantıksal sınıflara bölünme ilkesi, toplumsal sınıflara bölünmenin içselleştirilmesinin ürünüdür (Bourdieu, 1984: 170).

- Pratikler hiçbir zaman bireysel bir habitusun izole ürünü değil, her zaman habitusun ve uygulamaların yer aldığı belirli bir alanın birleşik sonucudur (Bourdieu 1984, s. 101).

- İlişkisel yaklaşım, durum ve birimler arasındaki ilişkiyi, doğada üstün bir dinamik olarak, durağan tözler arasında statik bağlar değil de açık devam eden bir süreç şeklinde görmektedir (Emirbayer, 1997: 289).

- Sembolik sermaye, ekonomik ve kültürel sermayenin farklılıklarının, onur/şeref farklılıkları biçiminde yanlış algılandığı durumlarda ortaya çıkan sermaye biçimidir. Bu yanlış algılama, sembolik gücün, her zaman güç kullanımına eşlik etmektedir (Bourdieu 1991, 238).

- Sembolik güç, “gücü uygulayanlar ile ona boyun eğenler arasındaki, yani inancın üretildiği ve yeniden üretildiği alanın yapısında tanımlanan ilişki içinde ve bu ilişki aracılığıyla tanımlanır” (Bourdieu, 1991: 170).

- Sembolik şiddet, egemenin, hakimiyeti veremeyeceği durumlarda, hakimiyet altında olanın rızasıyla kurulan zorlamadır ve yalnızca egemen olanın sahip olduğu bilgi araçlarını ortak bir biçimde kullanabildikleri ilişki ve durumlarda ortaya çıkar (Bourdieu, 2000: 170).

- Toplumsal uzamda, sembolik güç kendi dünya görüşünü egemen kılarken alanda konumlanan ajanlar sembolik şiddete maruz kalmaktadır.

- Çalışmanın sonuçları örneklem ile sınırlıdır.

1.6. YÖNTEM

Bu bölümde, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının gündelik yaşamda sembolik şiddete maruz kalmalarının bir sonucu olarak yaşadıkları çatışmaları problem olarak ele alan çalışmanın yöntemine ilişkin bilgiler verilmektedir. Bu çalışmada sembolik şiddet süreci, Türkiye’de Gaziler FTR EAH’de görev yapan doktorların, fizyoterapistlerin ve hemşirelerin gündelik yaşamdaki pratikleri aracılığıyla birbirleri ile ilişkilendirilerek ortaya konulmaya çalışılmıştır.

1.6.1. Araştırma Tipi

Bu çalışmada Pierre Bourdieu'nun pratiğin kuramı ile ilişkisel sosyoloji temel alınarak ve Bourdieu'nun “sembolik güç, sembolik şiddet, kültür ve sermaye” düşünceleri bağlamında sağlık alanında mesleğe ilişkin habitusların nasıl oluştuğu, sağlık çalışanlarının sahip olduğu sermaye türlerinin farklılıkları ve ilişkiselliği, sembolik gücün sağlık alanındaki dönüşüm programının sembolik şiddeti nasıl ortaya çıkardığı ve nasıl çatışmalara neden olduğu sorularına yanıt aranmıştır.

Yorumlayıcı epistemolojiden yararlanılan bu çalışmada daha çok ‘nasıl’ ve ne” sorularına yanıt aranmaktadır. Bu nedenle araştırmanın yaklaşımı betimsel niteliktedir. Bununla birlikte çalışmada sağlık alanında dönüşümler, sağlık çalışanlarının sermaye farklılıkları, ilişkileri ve sembolik şiddet süreci açıklayıcı bir şekilde ele alınmaktadır. Bu durum araştırmanın aynı zamanda açıklayıcı araştırma tipine uygun olduğunu işaret etmektedir.

1.6.2. Araştırma Tekniği

Çalışmada yorumlayıcı epistemolojiye uygun olarak nitel araştırma tekniklerinden yararlanılmıştır. 19. yüzyılda ortaya çıkan yorumlayıcı epistemolojinin kökenleri Max Weber (1864-1920) ve Dilthey'e (1833-1911) kadar uzanmaktadır ve yorumlayıcı epistemoloji bir anlam kuramı olarak ifade edilen ‘hermeneutik (*yorum bilgisi*)’ ile ilişkilendirilmektedir (Neuman, 2010).

Dilthey'e göre (1999) tarihi, toplumu, kültür ve kültür bilimleri ampirik verilerle anlamak mümkün değildir, çünkü her ikisinin de konusu bir anlama nesnesidir. Tarih, toplum bilimi ve tin bilimi alanlarında kural, değer, ilke ve norm gibi anlamlar insan eylemlerini yönlendirmektedir. Anlayıcı yöntem, her toplumu kendi tarihselliği ve bireyselliği içinde kavramamıza yardımcı olmaktadır.

Gadamer'in (Giddens,2003) Verstehen (*anlama*) yaklaşımına göre anlama, insanların geçmişteki eylemlerini yorumlamaya yönelik anlamamanın öznel bir mesele değil, ‘aksine

geçmiş ve bugünü sürekli buluşturacak tarzda bir başka geleneğin içine girmektir. Ancak, ‘anlama’yı (*Dilthey gibi*) doğadaki olayların ‘açıklanma’sından büyük ölçüde farklı bir şey olarak alan Gadamer, anlamının eylemlerinin ‘anlam’ı anlaşılabilecek insanların tecrübelerinin psikolojik olarak ‘yeniden yaşanması’na dayandığı görüşünü reddeder. Bunun yerine, anlamının iki referans çerçevesi veya farklı kültür çerçeveleri arasındaki karşılıklı alışverişe dayandığını düşünür.

Sözen’e göre (1999) yorumlama, eylem ve anlam arasındaki ilişkiyi açıklar ve hermeneutik ile yakından ilişkili olan anlamıyla yorum, bir çalışma nesnesi veya araştırma konusunu, net bir hale getirip ondan anlam çıkarma girişimidir. Bir araştırma konusu veya çalışma nesnesindeki belirsiz, bulanık ve karmaşıklık anlama ve yorumlama yoluyla giderilmelidir. Metin ya da çalışma nesnesi bir bütün (*özel – nesnel*) içinde anlaşılmalı ve yorumlanmalıdır. Anlamada ve yorumlamada dil önemli bir rol oynamaktadır, çünkü anlamın taşıyıcısıdır.

Ricoeur (Sözen, 1999) ise yorum sözcüğünün birincil anlamını kültürün yazılı belgelerinin yorumlanması olarak görür ve sözlü dil ile yazılı dil arasındaki ayrımı açıklamak için söylemi kullanır ve gündelik hayatın söylemlerine önem vermektedir.

Gökçe’ye göre (2006) söylemleri kendisine araştırma konusu edinen, içerik analizi, söylem analizi ve dilbilimsel metin analizi olmak üzere üç yöntem bulunmaktadır. Söylem analizi bir metnin kendisinden değil, metnin anlamının bağlamsal (*tarihsel ve kültürel*) belirlendiği düşüncesinden hareketle açıklayıcı ve her aşamada yoruma açık bir şekilde söylemin nasıl anlaşılması gerektiği sorusu üzerinde odaklanmaktadır.

Sağlık alanında sembolik güç, sembolik şiddet süreci ve neden olduğu çatışma, sağlık çalışanlarının sermaye farklılıkları Pierre Bourdieu’nun pratiğin kuramının temel kavramları kullanılarak ele alınmıştır. Çalışmada sembolik şiddet süreci ortaya konulurken, eleştirel söylem analizinden, “söylem, güç, iktidar” ilişkilerini anlamada ve yorumlamada yararlanılmıştır.

Sözen'e göre (1999) söylem, 'ideoloji, anlatım, ifade tarzı, oylaşma, güç ve gücün değişimiyle eyleme dönüşen dil pratiklerine ilişkin süreçleri' içermektedir. Teorik yaklaşımlar ise söylemi, insanların karşılıklı konuşmalarında ortaya çıkan anlam değişimleri olarak görmektedirler. Her söylem, söylemi üretenin içinde bulunduğu sürece göre anlam içermektedir. Örneğin, söylemin yeri, söylemi gerçekleştirenlerin güç ilişkileri, sosyal statüleri, sınıfsal konumlarına göre anlam değişimi gerçekleşir.

Bal (2016), her söylemin üretenin sosyal durumuna göre yapısal farklılık göstereceğini ileri sürmektedir. Örneğin, doktor ve hastanın, demokratik ve totaliter liderin, köylü ve kentlinin söylemleri yapısal olarak farklılık göstermektedir. Burada söylemin yapısını, gücün ve otoritenin dile yansıtılması, söylem tarzı ve vurgu gibi nitelikler belirlemektedir. Bununla birlikte etkileşimler bütünü olarak da düşünülen söylem (*tıp, medya, siyasi söylem vb.*), gündelik yaşam, kültür, eğitimden bağımsız düşünülemez. Dilin tıp söylemi, medya söylemi, siyasi söylem gibi uzmanlık alanları ile kullanılması, uzmanlık alanının sınırlarının çizilmesine, aynı alan içindeki söylemlerin şekillenmesine ve uzmanlık alanı içinde olanlara otorite sağlamaktadır. Örneğin, siyasi söylem, siyaset uzmanlık alanını ortaya koyar, siyasetçilerin kendi içlerinde iletişimini akıcı bir yolla kurmasını sağlar ve konuşmacıların ifadeleri kontrol ederek bir otorite alanı sağlanır. Aynı örnek sağlık alanına da genellenebilir: tıp bir uzmanlık alanıdır, doktorların diğer sağlık çalışanları ve hastalarla etkili bir biçimde iletişimi uzmanlık yoluyla olmakta ve doktor hasta ile ya da diğer sağlık çalışanları ile iletişimde uzmanlık dilini kullanarak otorite sağlamaktadır.

Söylemlerin içerdiği anlamları çözümlemek için söylem analizi çalışmaları yapılmaktadır. Söylem analizi sosyoloji, psikoloji, antropoloji, iletişim gibi birçok alanda kullanılmaktadır. Söylem analizi, üstünlük, baskı, güç ve gücün kullanımı gibi sosyal ilişkiler konusunda, cinsiyet, etnik kimlik gibi birçok çalışmada kullanılmakta;

temel amacı ise toplumda insanlar hakkında sorulan sorulara cevap bulmak ve dili anlamak ve açıklamaya yardımcı olmaktır (Bal, 2016).

Sözen'e göre (1999) söylem analizi bir söylem içindeki farklılıkları, değişen ve dönüşen, abartılan bilgi yapılarını incelemektedir. Söylemlerin fonksiyonları bilgi, güç, iktidar, hakimiyet, otorite ve kontroldür ve bütün bunlar, dilde varlık kazanır. Yani gündelik konuşmalarda anlamlı gibi görünmeyen ifadeler, söylem analizinde anlam ifade eden ve işlevi olan öğelerdir. Söylemin nerede, ne zaman ve nasıl ortaya çıktığı ve kim tarafından kullanıldığı önemlidir. Sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılan söylem analizi türü ise eleştirel söylem analizidir. Wodak ve Fairclough (1998)'a göre eleştirel söylem analizinin özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Sözen,1999):

- Eleştirel söylem analizi sosyal problemlere yönelir. En önemli amacı çağdaş toplumlarda güç ilişkilerinin söyleme dayalı doğasını ön plana çıkarmaktır. Çünkü güç ilişkileri söylemseldir. Özellikle üzerinde odaklandığı konular, medya ve siyasetçiler arasındaki ilişkiler, medya-politika hegemonya ilişkileri, politikleşmiş medya gibi konulardır.

- Toplum ve kültürü tesis eden söylem, bu süreçte toplum ve kültür tarafından da belirlenir. Bununla birlikte söylem tarihseldir ve bağlam olmadan üretilemez.

- İdeolojik olarak çalışan söylem, ideolojik olarak, eşitsiz güç ilişkilerini, hakimiyeti ve istismar ilişkilerini üreten toplumu temsil etmenin yollarından biridir. Söylemsel olarak temsil edilen hayatın; temsiller, ilişkiler ve kimlikler olmak üzere üç büyük belirleyicisi bulunmaktadır.

- Eleştirel söylem analizi, bir yandan sosyal ve kültürel yapılar ve süreçler arasında, öte yandan da metinler arasında bağlantılar kurar.

- Yorumlayıcı ve açıklayıcı olarak tanımlanan söylem analizinde eleştirel okuma yaparken, bir sistematik metodoloji ve bağlamın mükemmel bir biçimde araştırılmasına ihtiyaç duyulur.

Dijk’a göre (2003), toplumsal temsillerin temelini oluşturan ve bir grubun kimliğini tanımlayan ve toplumsal bellekte temsil edilen ideolojiler, söylemin üretilmesi, anlaşılması ve toplumsal pratikleri denetleyen temsillerdir. Toplumsal biliş biçimi olarak da tanımlanan ideolojiler, pratikler, söylem, gruplar, kurumlar, grup ilişkileri, örgütler, hareketler, iktidar ve egemenlikle bağlantılandırılabilir. Söylemler ideolojilerin onaylanmasında ve oluşturulmasında etkili olmakla birlikte, ideolojiler söylemin üretilmesinde ve anlaşılmasında etkilidir. Söylem, içerik, anlam ve insanların söyledikleri şeyler düzeyinde gerçekleşmektedir. İfade edilen ya da edilmekten kaçınılan konular, metin ya da yerel konuşmaların yerel uyumu, üstü kapalı verilen bilgiler ya da açıkça ifade edilen, ön planda ya da arka planda olan anlamlar, tanımlanan ayrıntılar ya da tanımlanmayanların hepsi söylem analizinde incelenmektedir. Sözcük ve cümlelerin vurgulanma biçimi, sayfa düzeni, genişliği, yazı karakteri, ton ve renk, resimler -varsa bir görsel- söylemin, ideolojileri ifade etmede ya da anlatımda nasıl yer aldığını açıklamaktadır. Söylemin toplumdaki rolünü, toplumsal temsillerin yani ideolojilerin yeniden üretimdeki temel rollerini bilerek anlayabiliriz.

Van Dijk’a göre (2015) eleştirel söylem analizi, gücün kötüye kullanımı ve eşitsizliğin sosyal ve politik bağlamda metin ve konuşma yoluyla onaylanması, üretilmesi, meşrulaştırılması ve direnç göstermesini inceleyen bir analiz metodudur. Eleştirel söylem analizi, iktidar, egemenlik, hegemonya, ideoloji, sınıf, cinsiyet, ırk, ayrımcılık, çıkarlar, yeniden üretim, kurumlar, sosyal yapı ve sosyal düzen gibi kavramları inceleyerek toplumsal eşitsizliği anlamada önemli bir rol oynamaktadır. Söylem üzerine eleştirel çalışmalarda en merkezi kavram, güç ve daha spesifik olarak grupların ya da kurumların sosyal gücüdür. Söylem yoluyla sosyal güce sahip olanlar, gruplar, diğer grupların eylemlerini ve akıllarını kontrol edebilmektedirler. Bu kontrol yeteneği yetenek, güç, para, statü, şöhret, bilgi, “kültür” gibi sınırlı sosyal kaynakları ya

da gerçekten kamusal söylem ve iletişimin çeşitli biçimlerine ayrıcalıklı erişim gücü gerektirir (Mayr, 2008).

Çalışmada, sembolik güç, sahip olduğu kültürel, sosyal ve ekonomik sermayeler aracılığıyla, Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamaya koymakta ve iktidarını yeniden üretmektedir. Sembolik güç, süreci ve sağlık çalışanlarını kontrol altına almak için hukuki, medya ve politik söylemi kullanmaktadır. Hukuki yollarla dönüşüm sürecini meşrulaştırmakta, medya ve politik söylem ile toplumda kontrolü sağlamaktadır. Aynı zamanda eşitsizliğin yalnızca sembolik güç ile sağlık çalışanları arasında değil; doktor, hemşire ve fizyoterapist arasında da var olduğu ve yeniden üretildiği düşünülmektedir.

Van Dijk (1993), daha güçlü sosyal grupların ve kurumların üyelerinin ve özellikle de onların liderlerinin, bir ya da daha fazla kamusal söylem türüne kısmen özel erişim hakkına sahip olduğunu belirtmekte ve böylece profesörlerin, akademik öğretmenlerin eğitim, gazetecilerin medya, avukatların hukuk, doktorların tıp, politikacıların politik ve diğer kamusal siyasal söylemleri kontrol ettiğini vurgulamaktadır. Güç ve egemenlik genellikle örgütlenir ve zamanla kurumsallaşır. Bu nedenle grupların toplumsal egemenliği, yalnızca bireysel olarak değil, grup üyeleri tarafından üretilir. Hiyerarşi diye tanımlanan politik ve kültürel egemenlik tarzı, mahkemeler tarafından uygulanan yaptırımlar, yasalarla meşrulaştırılan mevzuat, ideolojik olarak sürdürülen medya aracılığıyla diğer grup üyeleri tarafından desteklenebilir ya da karşısında durulabilir. Ayrıca toplumdaki sembolik güce görece sahip olan egemen grupların ve örgütlerin bazı üyelerinin, iktidarın yürürlüğe girmesiyle ilgili ilişkilerini ve süreçlerini planlama, karar verme ve kontrol etmede özel bir rolü vardır. Bu (*küçük*) gruplar ‘güç seçkinleri’ olarak tanımlanmaktadır (Mills, 1956). Güç seçkinleri söylemlere özel erişime sahiptirler ve kendi alanları içinde görece güce sahiptirler. Dijk, güç seçkinlerinin, ideolojilerinin onları finansal olarak destekleyenlerle paralellik gösterdiğini, iktidar gruplarından

bağımsız olmadıklarını, ancak ideolojileri arasında çatışma ve çelişkilerin yaşanabileceğini belirtmektedir.

Bu çalışmada fizyoterapistlerin ve hemşirelerin konuşma metinlerinde, doktorların kendilerine göre ayrıcalıklı oldukları ve sağlık sisteminin onlara göre düzenlendiği ve performans sisteminin bu eşitsizliği pekiştirdiği söylemi kullanılmıştır. Bu noktada çalışmada, doktorlar sağlık alanının güç seçkinleri olarak değerlendirilebilmektedir.

Van Dijk (2005) güç seçkinlerinden, Bourdieu'nün sembolik güç ve sembolik şiddet kavramlarını da işaret etmektedir. Bourdieu'de söylem üretenlerin otoritesi ve meşruiyeti sembolik gücün sosyal koşullarında yatmaktadır. Örneğin sağlık alanında sembolik güç, performans sistemini yasalar, düzenlemeler yoluyla uygulamaya koymuştur. Medyada da “doktorların özel muayenehanelerini kapatıp kamu hastanelerinde çalışmalarını sağlamak için performans sistemine geçildiği” haberi yayınlanarak medya söylemi gücünden de faydalandığı düşünülmektedir.

Van Dijk'a göre (1995) toplumda bir eylemi kontrol etmek için zihin kontrolü gereklidir. Bu, ikna edici sosyal gücün özü, medyanın ve diğer kamusal söylem türlerinin gücüdür. Çoğu kişi, sadece gündelik konuşmalar üzerinde aktif bir kontrole sahipken, kamuya açık metinlerin veya konuşmaların az veya çok pasif hedefleri haline gelmektedirler. Sembolik gücün ideolojisi, medya söylemi aracılığıyla topluma sunulmaktadır. Örneğin kitle iletişim araçları, öğretmenler, patronlar, polis memurları, hakimler veya bürokratlar, basitçe topluma neye inanıp neye inanmayacağını veya neyi yapıp neyi yapmayacağını söyleyebilmektedirler. Çalışmada, medya, güç, otorite söylemleri Van Dijk ve Bourdieu'nün temel kavramlarından faydalanılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışmada, Gaziler FRT EAH'de çalışan doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistlerin farklılıklarını ve bu farklılıkların sağlıkta dönüşüm sürecinden nasıl etkilendiğini,

sembolik şiddetin sürecini ortaya koymak için temellendirilmiş kuramdan yararlanılmıştır.

Temellendirilmiş kuram bu çalışmada bir araştırma tekniği olarak kullanılmıştır. Sağlığın 'alan' olarak inşası ve sembolik şiddet sürecini açıklamada temellendirilmiş kuram araştırma tekniği kullanılarak, mevcut teoriye katkıda bulunulmaya çalışılmıştır.

Temellendirilmiş kuramı ilk defa 1967'de Barney Glaser ve Anselm Strauss dile getirdiler. 1967, 1978, 1987 ve 1990 yıllarında yayınladıkları kitaplarla temellendirilmiş kuram araştırma biçimini açıklamışlardır (Creswell, 1998). Temellendirilmiş kuramın en önemli özelliği, araştırma sürecinde toplanan veriden bir kuram oluşturmak ya da araştırma sırasında elde edilen veri ile mevcut teoriye katkıda bulunmaktır.

Glaser ve Strauss'a göre (1967) temellendirilmiş kuram, mevcut sosyolojik kuramların dışında, yeni bir kuram keşfetmek için var olan yöntemlerin geliştirilmesidir. Araştırma sürecinde toplanan veriye dayanan temellendirilmiş kuram; toplanan ve analiz edilen veri ile yakından bağı olduğu için kaçınılmaz bir şekilde modifiye edilse de ya da yeniden biçimlendirilmişse de özünü korumaktadır. Weber'in bürokrasi ve Durkheim'ın intiharı bu duruma örnek oluşturmaktadır. Araştırmacı, temellendirilmiş kuram ile çalışmasında, verilerin yanı sıra veriyi yorumlayarak daha genel bir sosyolojik anlam vermeye çalışmaktadır. Verilerden bir teori oluşturmak, çoğu hipotez ve kavramın sadece verilerden değil, aynı zamanda sistematik olarak verilerle ilişkili olarak çalıştığı anlamına gelmektedir.

Glaser ve Strauss (1967) temellendirilmiş kuramın keşfinde vurgulanması gereken en önemli stratejinin, genel bir karşılaştırmalı analiz metodu olduğunu vurgulamaktadırlar. Karşılaştırmalı analiz, tıpkı deneysel ve istatistiksel yöntemler gibi genel bir yöntemdir. Temellendirilmiş kuram için Glaser ve Strauss'un önerdiği örneklem ise kuramsal örneklemidir. Kuramsal örnekleme, araştırmacının ortaya çıkarttığı kuramı geliştirmek için, kendi verilerini ortak olarak topladığı, kodladığı ve analiz ettiği ve daha sonra

kuramı oluşturmak için hangi verilerin toplanacağına ve nerede kullanılacağına karar verdiği veri toplama sürecidir. Kuramsal örnekleme araştırmacı veri toplarken farklı veri toplama teknikleri kullanmakta ve kategorilerin doygunluğa ulaşmaya kadar süreci devam ettirmektedir. Kategoriler doygunluğa ulaşması esnasında araştırmacı sürekli karşılaştırma yoluna gitmelidir. Temellendirilmiş kuramın uygulanmasında birbirine bağlı dört temel özellik önemlidir: Uygunluk (*kuramla verinin uyumu*), Anlama (*kuramın anlaşılabilir olması*), Genellik (*kuramın kavramlarının genellenebilmesi*) ve Kontrol (*araştırmacının kuramı uygularken anlama, tahmin, analiz konularında kontrollü olması*).

Glaser ve Strauss'a göre (1967; Glaser, 1978; Strauss, 1987), temellendirilmiş kuram uygulamasının tanımlayıcı bileşenleri (Charmaz, 1994):

- Veri toplama ve analizinde eşzamanlı katılım,
- Analitik kodların ve kategorilerin yerleşmiş, mantıksal olarak çıkarılmış hipotezlerden değil, toplanan veriden oluşturulması,
- Analizin her aşamasında karşılaştırma yapmayı içeren sabit karşılaştırmalı yöntemi kullanma,
- Veri toplama ve analizinin her adımında ilerleyen kuram geliştirme,
- Kategorileri detaylandırmak, özelliklerini belirlemek, kategoriler arasındaki ilişkileri tanımlamak ve boşlukları tanımlamak için not alma,
- Örneklemenin, popülasyonu temsili için değil, kuram inşa etmeye yöneliktir,
- Bağımsız bir analiz geliştirdikten sonra literatür incelemesinin yapılmasıdır.

Kasapoğlu'na göre (2015) temellendirilmiş kuram uygulamaları ve kuramsal tartışmalar yapanların ortak bir payda da birleştiği dikkati çekmektedir: temellendirilmiş kuramın temel amacının, “veri toplama ve veri analizi süreçlerini birlikte yürüterek, sahadan toplanan veriler aracılığıyla tümevarım yapmak ve veri toplama-analiz süreçlerinin sonucunda bir ‘kuram’ geliştirmek” olduğu belirtilebilir.

Punch'a göre (2011) temellendirilmiş kuram, bir kuram değildir, alandan toplanan veriden yararlanarak kuram türetme amacı taşıyan bir yöntem, yaklaşım ve bir araştırma stratejisidir. Karmaşık sosyal davranışı araştırmak için bir yöntem olarak geliştirilmiştir. Araştırmacı birbirine benzemeyen fenomenleri, benzerlikleri öğrenmeye yönelik bir bakış açısı ile karşılaştırır (Neuman, 2010: 93). Diğer nitel yaklaşımlarda olduğu gibi, temellendirilmiş kuram için veriler çeşitli kaynaklardan gelebilir. Veri toplama prosedürleri, hükümet belgeleri, videokasetleri, gazeteler, mektuplar ve kitaplar gibi diğer kaynakların yanı sıra görüşme ve gözlemleri içermektedir. Bu kaynakların her biri, görüşme veya gözlemlerle aynı şekilde kodlanabilir (Glaser ve Strauss, 1967, s. 161-184).

Engward'a göre (2013) temellendirilmiş kuramı anlamak için öncelikle geliştirildiği tarihsel bağlamı düşünmek faydalı olacaktır. Temellendirilmiş kuram, ilk olarak Glaser ve Strauss (1967) tarafından kullanılan bir terimdir. Glaser'in arka planına baktığımızda, insan davranışının dışsal uyaranlarla belirlendiği felsefi bir pozisyonu varsayan ve sosyal fenomenleri gözlemlemek ve ölçmek için niceliksel araştırma yöntemlerini kullanan pozitivistlere rastlamaktayız. Strauss'un arka planına göz attığımızda ise, insanların sosyal etkileşime dayanan ve etkileşim süresince geliştirdiği sembolik anlamları temel alan sembolik etkileşimcilik karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda temellendirilmiş kuram pozitivistlerin ve sembolik etkileşimciliğin bir eleştirisi olarak da düşünülebilir. Bu bağlamda, temellendirilmiş kuramın amacı, mevcut bir teoriyi test etmek için verileri kullanmaktan ziyade, veriler tarafından bilgilendirilen sağlam bir kuram oluşturulmasını sağlamaktır. Temellendirilmiş kuramın özel amacı ise, insanların sosyal fenomenleri nasıl anlamlandırdıklarını ve daha önemlisi, insanların ikilemlerini en iyi şekilde çözmek için nasıl çalıştıklarını kavramsal olarak keşfetmektir.

Kökenleri pozitivistlik ve sembolik etkileşimciliğe uzanan temellendirilmiş kuramın, literatürde iki türünden söz edilmektedir (Engward, 2013: 38-39): Bunlardan ilki Glaser

ve Strauss tarafından uygulanan biçimiyken, ikincisi ise Strauss ve Corbin tarafından geliştirilen şeklidir. İki tür arasındaki fark tablo 1 de sunulmuştur. Glaser, Strauss ve Corbin tarafından yapılan terminolojiyi ve kodlamaya ilişkin değişiklikleri, temellendirilmiş kuramın orijinal öncülünü değiştirdiği için ve veri analizini kodlama sürecine uymaya zorlayan farklı bir araştırma metodolojisi sunduğu için onaylamamaktadır.

Tablo 4: Temellendirilmiş Kuramın İki Ekolünün Karşılaştırılması

Glaser ve Strauss (1967)	Strauss ve Corbin (1990)
Nereden başlayacağınıza dair genel bir fikirle başlıyor	Nereden başlayacağınıza dair genel bir fikirle başlıyor
Nötr sorular kullanır.	Yapılandırılmış sorular kullanır.
Kavramsal teorinin gelişimi	Kavramsal betimleme (<i>durumların betimlemesi</i>)
Verinin içine çok girmeden teorik duyarlılığın (<i>değişkenleri ve ilişkileri algılayabilme yeteneği</i>) geliştirilmesi	Yöntem ve araçlardan teorik duyarlılığın geliştirilmesi
Kuram veriye dayanır.	Kuram gözlemci tarafından yorumlanır.
Temel bir sosyal süreç belirlenmelidir	Temel sosyal süreçlerin tanımlanması gerekli değildir.
Kısıtlayıcı bir disiplin sergileyen pasif araştırmacı	Araştırmacı aktif
Veri, kuramı ortaya koyuyor.	Veri, kuramı ortaya çıkarmak için yapılandırılmıştır.
Kodlama ve verinin sürekli karşılaştırılması, örüntülerin ortaya çıkmasını sağlar.	Teknik tarafından tanımlanan kodlama, kelimesi kelimesine verinin mikro-analizine öncülük eder.
Olayları açıklayan kavramları geliştirmek için iki kodlama aşaması kullanır: yalın kodlama (<i>veriyi küçük parçalara ayırmak ve veri içindeki örüntüleri betimleyerek benzerlikleri içinde gruplamak</i>) ve tözsel kodlama (<i>bir çekirdek kategorinin açık veya seçici seçilmesi ve açığa çıkan örüntüleri keşfetmek için diğer kategorilerle ilişkilendirmek</i>)	Kodlamanın üç türünü kullanır: açık (<i>tanımlama, adlandırma, kategorize etme, olayı betimleme</i>), eksenel (<i>kodları birbiriyle ilişkilendirme süreci</i>) ve seçici (<i>bir çekirdek kategorisini seçmek ve diğer kategoriler ile ilişkilendirmek</i>)
"Doğru" olarak kabul edilen temellendirilmiş kuram.	Temellendirilmiş kuramdan ziyade nitel veri analizinin bir formu olarak kabul edilir.

Corbin ve Strauss'a göre kodlama, araştırmacı tarafından kullanılan temel analitik süreçtir. Temellendirilmiş kuramda, üç temel kodlama türü vardır (1990: 12-16):

i) Açık Kodlama: Açık kodlama, verilerin analitik olarak ayrıldığı yorumlama sürecidir. Amacı, araştırmacıya, verilerde yansıtılan olayları yorumlamasını veya standart yollardan ayrılarak yeni bilgiler edinmesini sağlamaktır. Bu süreci ilerletmek için bir dizi teknik geliştirilmiştir. Açık kodlamada, olaylar / eylemler / etkileşimler, benzerlikler ve farklılıklar için diğer olaylar / eylemler / etkileşimler ile karşılaştırılır. Ayrıca kavramsal etiketler de verilir. Bu şekilde kavramsal olarak benzer olaylar / eylemler / etkileşimler, gruplar ve alt kategoriler oluşturmak için birlikte gruplandırılır. Bir kez tanımlandığında, kategoriler ve özellikleri kuramsal gerekçelerle örneklemenin temeli haline gelmiştir. Açık kodlama, alana geri döndükten sonra araştırmacıya rehberlik etmek için üretken ve karşılaştırmalı soruları sormasını sağlar. Bu tür sorular sormak, araştırmacının yeni konulara duyarlı olmasını ve ampirik sonuçlarının (*kuramsal duyarlılık*) farkına varma olasılığını artırırken, karşılaştırmalar her bir kategoriye özgüllük sağlamaya yardımcı olur. Açık kodlama ve sorgulama ve sürekli karşılaştırmalar, araştırmacıların öznelliği ve yanlılığı aşmalarını sağlar.

ii) Eksenel (Aksiyal) Kodlama: Eksenel kodlamada, kategoriler ile alt kategorileri ilişkilendirilir ve toplanan veriye karşı ilişkiler test edilir. Ayrıca, kategoriler daha fazla geliştirilmeye devam edilir. Koşulların, bağlamın, stratejilerin (*eylem / etkileşim*) ve sonuçların "kodlama paradigması" vasıtasıyla alt kategoriler bir kategoriyle ilişkilidir. Bu paradigma, diğer nitel araştırmalarda kullanılan şemalardan farklı değildir. Eksenel kodlama sırasında düşünülen tüm varsayımsal ilişkiler, toplanan verilere karşı tekrar tekrar doğrulanana kadar geçici olarak değerlendirilmelidir. Gerçek verilerle kıyaslandığında doğrulanmamış hipotezler, revize edilmiş veya atılmış olmalıdır.

iii) Seçici Kodlama: Seçici kodlama, tüm kategorilerin bir "çekirdek" kategorisi etrafında birleştirildiği ve daha fazla açıklamaya ihtiyaç duyan kategorilerin tanımlayıcı ayrıntılarla doldurulduğu süreçtir. Çekirdek kategori çalışmanın merkezi fenomenini temsil eder. Çekirdek kategorisi zaten tanımlanmış kategorilerden ortaya çıkabilir veya

ana fenomeni açıklamak için daha soyut bir terime ihtiyaç olabilir. Diğer kategoriler her zaman koşullar, eylem / etkileşim stratejileri veya sonuçları olarak ana kategori ile ilişki içinde olacaktır. Kötü kodlanmış kategoriler, seçici kodlama sırasında büyük olasılıkla tespit edilir. Bir kuramın açıklayıcı güce sahip olması için, kategorilerinin ve alt kategorilerinin her biri kavramsal yoğunluğa sahip olmalıdır. Bu eksik olduğunda, araştırmacı, teoride boşlukların doldurulmasını sağlayacak verileri elde etmek için alana veya alan notlarına geri dönebilir.

Temellendirilmiş kuramın kurucusu Glaser (2007), Strauss ve Corbin'in (1990) geliştirdiği uygulamaları onaylamamakta, temellendirilmiş kuramı, kuram geliştirme amacından uzaklaştırarak, onu sıkı bir kodlama sürecine hapsettiğini vurgulamaktadır (Kasapoğlu, 2015: 16-17). Glaser'e göre (1999, 2010) temellendirilmiş kuram, yüksek uyarlanma kapasitesine sahiptir.

Ancak Strauss (1987), kalitatif verileri karmaşıklştırmak ve genişletmek için kodlamanın kullanılması gerektiğini analitik bir prosedür olarak sunmaktadır (Coffey ve Atkinson, 1996). Kodlama veriyi kategorileştirmekle birlikte, verinin kavramsallaştırılmasını, yeni soruların ortaya konulmasını, toplanan veri arasında ilişkiler kurulmasını ve yeni verinin keşfedilmesini sağlamaktadır. Strauss kodlamanın, araştırmayı geliştirmek, yorumlamaya doğru hareket etmek ve analitik ilişkilendirme için kullanılması gerektiğini belirtmektedir.

Coffey ve Atkinson (1996) temellendirilmiş kuramın sıkı kodlama süreçlerini aşması için, kavramlar ve kodlama, anlatı ve hikayeler ile metaforlardan oluşan bir analiz süreci sunmaktadırlar. Veri kodlama ve kavramlar, araştırmacıya veriyi tanıma, yeniden kavramsallaştırma ve yeni bakış açıları kazanma olanağı sağlamaktadır. Anlatı ve hikayeler, verinin, söylem yapısı açısından başka biçimsel özelliklere sahip olduklarını ve aynı türden veriye yeni bir perspektiften nasıl bakabileceğini görmemizi sağlamaktadır. Metaforlar ise kategorilerde kavramsallaştırılan verinin arka planında

bulunan özelliklerin (*kültür, sosyal çevre, eğitim gibi*) nasıl sunulduğunu göstermekte yardımcı olmaktadır.

Willig (2013), temellendirilmiş kuramı hem veri toplama ve analiz stratejisi hem de kuram ortaya koymaya yönelik bir metodoloji olarak tanımlamaktadır. Yöntem olarak temellendirilmiş kuram, kategorileri nasıl tanımlayacağımız, kategoriler arasında nasıl bağlantılar kuracağımız ve bunlar arasındaki ilişkileri nasıl kuracağımız konusunda bize rehberlik etmektedir. Kategorilerin tanımlanması ve bütünleştirilmesi ve kuramın geliştirilmesi için, araştırmacılar, sabit karşılaştırmalı analiz, kuramsal örnekleme ve kuramsal kodlama dahil olmak üzere bir dizi temel stratejiyi kullanmaktadır (Willig,2013: 213-218):

- **Kategoriler:** Merkezi özellikleri veya özellikleri birbiriyle paylaşan örneklerin (*olaylar, süreçler*) birlikte gruplandırılmasını belirler. Analizi ilerledikçe, araştırmacı kategorileri daha yüksek bir soyutlama seviyesinde tanımlayabilir.
- **Kodlamalar:** Kategorilerin tanımlandığı süreçtir. Analizin ilk aşamalarında, kodlama büyük ölçüde tanımlayıcıdır. Burada, tanımlayıcı etiketler, ayrı olay örneklerine eklenir. Kodlama ilerledikçe, araştırmacı düşük seviyeli kategorileri sistematik olarak anlamlı birimlere entegre eden daha üst düzey kategorileri belirleyebilir.
- **Sabit Karşılaştırmalı Analiz:** Kodlama sürecinin, benzerliklerin tanımlanması ile ortaya çıkan kategoriler arasındaki farklar arasında gidip gelme hareketini hızlandırmasını sağlamaktadır. Bir fenomenin örneklerini birleştiren ortak bir özellik belirledikten sonra araştırmacı, ortaya çıkan alt kategorileri tanımlayabilmek için bir kategorideki farklılıklara yeniden odaklanmalıdır.
- **Olumsuz Durum Analizi:** Araştırmacının ortaya çıkan kuramı, kanıtlar eşliğinde devam ettirmesini sağlamaktadır. Bir kategoriye veya kategoriler arasında bir bağlantı tespit ettiğinde, temellendirilmiş kuram araştırmacılarının “negatif vakalar” (*yani*

uymayan) örneklerini araştırması gerekir. Bu tür örneklerin tanımlanması, araştırmacının ortaya çıkan kuramı nitelendirip ayrıntılandırmasına, derinlik ve yoğunluk eklemesine olanak tanımakta, böylece üzerine kurulu olduğu verilerin tam karmaşıklığını yakalayabilmesine olanak sağlamaktadır.

- **Kuramsal Duyarlılık:** Araştırmacının tanımlama işleminden analitik düzeye geçtiği aşamadır. Temellendirilmiş kuramda araştırmacı veri ile etkileşime girer. Yani ortaya çıkan cevaplar tarafından şekillendirilen veri içinde karşılaştırmalar yapılmakta ve karşıt kavramlar aranmaktadır. Her yeni kategori, fikir, kavram veya bağlantı, orijinal yapıyı detaylandırmak veya değiştirmek için mevcut veriye yeni bir bakış sunmaktadır.

- **Kuramsal Örnekleme:** Veri analizi sırasında ortaya çıkan kategoriler ışığında daha fazla veri toplanmasını içermektedir. Temellendirici kuramın daha önceki aşamaları, çoğunlukla açıklayıcı ve tanımlayıcı kategorileri belirlemek için maksimum açıklık ve esneklik gerektirirken; teorik örnekleme aşaması, mevcut ve giderek daha fazla analitik kategorilerin geliştirilmesi ile ilgilidir.

- **Kuramsal Doygunluk:** Temellendirilmiş kuram ideal olarak kuramsal doygunluğa ulaşıncaya kadar veri toplama ve veri analizi süreci devam etmektedir. Ancak, kuramsal doygunluk bir gerçeklikten ziyade bir amaç olarak işlev görmektedir. Bunun nedeni, kategorilerde veya perspektifte değişikliklerin yapılmasının her zaman mümkün olduğunu olmasıdır.

- **Hikaye Yazma:** Temellendirilmiş kuramın en önemli parçasıdır. Veri toplama ve analizi süreci boyunca, kuram gelişiminin yazılı bir kaydı tutulmaktadır. Tutulan kayıt, kategorilerin tanımlarını yazmayı ve bunlar için seçilen etiketleri doğrulamayı, birbirleriyle ilişkilerini izlemeyi, daha yüksek ve daha alt düzey kategorilerin bütünleşmesini kayıt altına almayı sağlamaktadır. Ayrıca analitik süreçte yön değişikliği sağlamak ve ortaya çıkan perspektifleri göstermektedir.

Temellendirilmiş kuramı inşacı bir yaklaşımla ele alan Charmaz'a göre (1994), temellendirilmiş kuram çalışan bir araştırmacı, çalışmasına bir konu veya ortam hakkındaki gözlemlerimiz, etkileşimlerimiz ve materyallerimiz aracılığıyla oluşturduğumuz veri ile başlar. Temellendirilmiş kuram, araştırmacının nasıl ilerleyeceğini gösteren açık yönergeler içermektedir. Sembolik etkileşimci bir yaklaşımdan yola çıkan Charmaz, herhangi bir kuramsal yaklaşımın, incelenen dünyanın tam bir resmini değil, yorumlayıcı bir tasvirini sunduğunu varsaymaktadır. Charmaz'a göre araştırma sırasında katılımcılardan toplanan verideki örtük anlamlar, deneyimsel görüşler, aslında gerçekliğin inşasıdır. İnşacı bir yaklaşım, bu tür örtük ifadeleri veya eylemleri keşfetmeye ve yorumlamaya yönlendirir.

Charmaz (1994), temellendirilmiş kuramın diğer yaklaşımlara muhalefet etmek yerine, nitel veri analizi ile diğer yaklaşımları tamamlayabileceğini ileri sürmektedir. Temellendirilmiş kuram araştırmacıya, incelediği dünyaları ve bunları anlamak için kuram geliştirme yöntemini öğrenmenin bir yolunu göstermektedir. Aslında araştırmacı, topladığı verilerle çalıştığı dünyanın bir parçasıdır. Araştırmacı, temellendirilmiş kuramını, geçmişte bu yaptığı katılımlar ve araştırma pratikleri, bakış açıları ve insanlar ile ilişkileri vasıtasıyla inşa eder. Temellendirilmiş kuram süreci, araştırmacının veri topladığı alana girmesiyle başlamaktadır. Etnografik yöntemler, derinlemesine görüşme ve metinsel analiz veri toplamak için birer araçtır. Temellendirilmiş kuram oluşturmaının en önemli koşulu zengin veri toplamaktan geçmektedir. Bunun yolları ise;

- Kelimelerin yanı sıra eylemlere ve süreçlere katılma,
- İçeriği, sahneleri ve eylem durumlarını dikkatli bir şekilde belirleme,
- Kimin ne yaptığını, ne zaman meydana geldiğini, neden olduğunu (*nedenleri belirleyebiliyorsanız*) ve nasıl oluştuğunu kaydetme,
- Belirli eylemlerin, niyetlerin ve süreçlerin ortaya çıktığı veya sona erdiği koşulları belirleme,

- Bu verileri yorumlamanın yollarını arama,
- Katılımcıların belirli anlamı attıktıkları belirli kelimeler ve kelime öbeklerine odaklanma,
- Çeşitli katılımcıların kabul edilmiş ve gizli varsayımlarını bulmak; nasıl ortaya çıktığını gösterme ve eylemleri etkilemektir.

Glaser ve Strauss 'a göre araştırmacı analiz sürecinde ve veri toplarken gömülü olan kavramları veya teoriyi ortaya çıkarırken veri toplama, analiz ve teori oluşturma aşamaları sürekli olarak birbiri ile ilişki içindedir. (Özalpman, 2010) Temellendirilmiş kuramın veri ile olan sıkı ilişkisi, onun yeniden oluşturulduğunda ya da zamanla değişime uğraması sonucunda geçerliliğini korumasına neden olmaktadır.

Neuman'a göre (2010) temellendirilmiş kuram tümevarımsal yöntemi kullanır ve kuramın temelleri verilerde yatmaktadır. Araştırmacı farklı fenomenler arasında benzerlikler kurmaya çalışarak, mikro düzeydeki fenomenleri makro düzeyde açıklamaların temeli olarak görmektedir. Temellendirilmiş kuram, kesin, tekrarlanabilir ve genellenebilir özellikleriyle pozitivist yönelimli kuramlarla da ortak özellikler paylaşmaktadır.

Corbin ve Strauss'a göre (1990: 6-12) temellendirilmiş kuram, veri toplama ve analiz için belirli prosedürlere sahiptir, ancak bu prosedürlerin sınırlar dahilinde esneklik özelliği bulunmaktadır. Bu prosedür ve kurallar aşağıdaki şekilde özetlenmektedir:

- a) Veri toplama ve analiz ilişkili süreçlerdir.
- b) Kavramlar temel analiz birimleridir.
- c) Kategoriler geliştirilmeli ve ilgili olmalıdır.
- d) Temellendirilmiş kuramda örnekleme, kuramsal örneklemedir.
- e) Analiz sabit karşılaştırmaların kullanılmasını sağlar.
- f) Bağlantı ve değişimler açıklanabilir olmalıdır.
- g) Süreç, kuram içinde inşa edilebilir olmalıdır.

h) Kuramsal yazılar yazmak, temellendirilmiş kuram yapmanın bütünlüyci bir parçasıdır.

I) Araştırma sürecinde kategoriler arasındaki ilişkiler hakkındaki hipotezler, olabildiğince geliştirilmeli ve doğrulanmalıdır.

i) Bir temellendirilmiş kuramcı tek başına çalışmaya ihtiyaç duymaz.

J) Daha geniş yapısal koşullar analiz edilmelidir.

Temellendirilmiş kuram birçok özelliği ile farklı eleştirilere maruz kalmıştır. Kasapoğlu'na göre (2015) temellendirilmiş kuramın en çok eleştiri aldığı özelliklerinden olan katı kodlama ve mekanik sunum tarzından uzaklaşmak için sahada notlar tutmak çok önemlidir. Bu nedenle çalışmanın bütün aşamalarında sürekli olarak notlar alınmıştır. Buna göre, katılımcılar görüşme sırasında kimliklerinin gizli tutulması konusunda hassasiyet göstermiştir. Bazı katılımcılar kayıt cihazının kullanılmasını kabul etmemiş, bu görüşmeler yazı ile kayıt altına alınmıştır. Dikkati çeken en önemli nokta ise, katılımcılar özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında kendilerini baskı altında hissettiklerini, konuştukları takdirde, sorun yaşayabileceklerini belirterek konu hakkında bilgi vermemişlerdir. Özellikle görüşmelerin yönetim kademesince kendilerine yönelebilecek baskıya sebep olacağından tedirgin olan katılımcılar, görüşlerini belirtirken daha kontrollü görüşme yapmıştır. Bunun aksi yönde düşünen katılımcılar ise çalışmanın özellikle yönetim kademesine ulaşmasını talep etmişlerdir. Görüşmeler esnasında özellikle hemşireler ve fizyoterapistler kendilerini doktorlarla kıyaslarken; doktorlar diğer sağlık çalışanları ile bir karşılaştırma yolunu tercih etmemiştir.

Buna ek olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanırken sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sembolik şiddet sürecini, farklılıkları ve mesleki ilkeleri ile çatışma durumunda dengeyi nasıl sağladıklarını ortaya çıkarmak için, bu özellikleri kapsayıcı sorulardan oluşan derinlemesine mülakat bilgi toplama tekniği kullanılmıştır. Burada

belirtilen konularda bilgi toplamak için katılımcılara, ‘sağlık çalışanları arasındaki ekonomik, sosyal ve kültürel sermaye farklılıklarının neler olduğu ve bu farklılıkların nedenleri, nasıl giderilebileceği’ soruları sorulmuştur. Buna ek olarak, sembolik şiddet her iki tarafında farkında olmadığı ölçüde ortaya çıkan bir süreç olduğu için, bu süreci ortaya çıkarmak için katılımcılara ‘mesleki zorluklarının neler olduğu, Sağlıkta Dönüşüm Programının kendilerini nasıl etkilediği’ soruları sorulmuştur. Sembolik şiddetin neden olduğu mesleki ilkelerle çatışma durumunda, sağlık çalışanlarının dengeyi sağlamada başvurdukları yöntemlerin neler olduğunu belirlemek için derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeler, kategoriler doyuruluncaya kadar devam etmiştir.

1.6.3 Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini Gaziler FTR ve EAH’de görev yapan kişiler oluşturmaktadır. Çalışmamızın örneklemini ise yine aynı sağlık kuruluşunda görev yapan doktorlar, fizyoterapistler ve hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmada, çalışmanın amacına uygun olarak kuramsal örnekleme (*theoretical sampling*) kullanılmıştır. Yani çalışma amacına uygun olarak 85 kişiyle görüşme yapılmıştır. 85 kişiden 26 kişinin mesleği doktor, 22 kişinin mesleği fizyoterapist ve 37 kişinin mesleği ise hemşiredir. Çalışma için etik kurul onayının alınmasının ardından, sağlık kuruluşunda görev yapan tüm doktor, fizyoterapist ve hemşirelerle görüşme yapmak için randevu talep edilmiştir. Ancak gece nöbetinde görev yapan çalışanlara ulaşamamıştır. Çalışmaya katkıda bulunmayı kabul etmeyen sağlık personeli ile görüşme yapılmamıştır. Görüşmeler, bilgiler tekrarlanıncaya kadar her üç meslek grubu içinde devam etmiştir. Görüşmeler Ocak 2018-Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde temellendirilmiş kuramın gerektirdiği açık, eksenel ve seçici olmak üzere tüm kodlama aşamaları gerçekleştirilmiş ve şekil yardımıyla gösterilmiştir.

Bu çalışma üç bölümden meydana gelmektedir. İlk bölümde araştırmanın problemi, amaçları, yaklaşımı, ikinci bölümde elde edilen bulgular ortaya konmaktadır. Üçüncü bölümde ise sonuçlara yer verilmekte ve problemin çözümü ile ilgili öneriler getirilmektedir.



Tablo 5: Doktorların Demografik Verileri

Görüşme No	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Cocuk Var mı	Çocuk Sayısı	Mesleğiniz	Gelir durumu	Kaç yıldır mesleği yapıyorsunuz
D1	KADIN	42	EVLİ	EVET	1	DOKTOR	ORTA	17
D2	KADIN	29	EVLİ	HAYIR	0	DOKTOR	ORTA	5,5
D3	ERKEK	37	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	13
D4	ERKEK	43	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	20
D5	ERKEK	41	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	ORTA	17
D6	KADIN	45	EVLİ	HAYIR	0	DOKTOR	ORTA KÖTÜ ARASI	23
D7	KADIN	29	EVLİ	EVET	1	DOKTOR	ORTA	5
D8	KADIN	28	EVLİ	HAYIR	0	DOKTOR	ORTA	3
D9	ERKEK	60	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	38
D10	KADIN	33	EVLİ	EVET	1	DOKTOR	ORTA	9
D11	KADIN	32	EVLİ	HAYIR	0	DOKTOR	ORTA	6
D12	KADIN	38	BEKAR	HAYIR	0	DOKTOR	İYİ	14
D13	ERKEK	38	EVLİ	EVET	1	DOKTOR	ORTA	8
D14	KADIN	46	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	22
D15	ERKEK	38	EVLİ	HAYIR	0	DOKTOR	İYİ	16
D16	ERKEK	37	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	13
D17	ERKEK	34	EVLİ	EVET	1	DOKTOR	İYİ	9
D18	KADIN	44	BEKAR	EVET	1	DOKTOR	ORTA	22
D19	ERKEK	36	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	12
D20	ERKEK	40	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	15
D21	KADIN	38	EVLİ	EVET	1	DOKTOR	KÖTÜ	15
D22	KADIN	38	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	EŞİMİN MAAŞI İLE BİRLİKTE ORTA	15
D23	ERKEK	35	EVLİ	HAYIR	0	DOKTOR	İYİ	11
D24	KADIN	36	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	İYİ	13
D25	KADIN	40	EVLİ	EVET	2	DOKTOR	ORTA	15
D26	ERKEK	35	EVLİ	EVET	1	DOKTOR	ORTA	11

Tablo 6: Fizyoterapistlerin Demografik Bilgileri

Görüşme No	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Cocuk Var mı	Çocuk Sayısı	Mesleğiniz	Gelir durumu	Kaç yıldır mesleği yapıyorsunuz
F1	ERKEK	25	BEKAR	HAYIR	0	FİZYOTERAPİST	ORTA	1
F2	ERKEK	44	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	YAPTIĞIM MESLEĞE GÖRE KÖTÜ,ÜLKE ŞARTLARINA GÖRE ORTA	21
F3	ERKEK	40	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	ORTA	15
F4	KADIN	44	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	ORTA	20
F5	KADIN	41	BEKAR	HAYIR	0	UZM. FİZYOTERAPİST	KÖTÜ	19
F6	KADIN	44	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	ORTA	21
F7	KADIN	42	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	ORTA	22
F8	KADIN	40	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	KÖTÜ	19
F9	KADIN	42	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	İYİ DEMEK İSTERDİM AMA ORTA MAALESEF	18
F10	KADIN	41	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	TEK BAŞIMA KÖTÜ, EŞİMLE ORTA	18
F11	KADIN	40	EVLİ	EVET	1	FİZYOTERAPİST	ORTA	19
F12	KADIN	44	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	EŞİMİN MAAŞI İLE BİRLİKTE ORTA	24
F13	KADIN	40	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	KÖTÜ	18
F14	KADIN	35	EVLİ	EVET	1	FİZYOTERAPİST	KÖTÜ	13
F15	KADIN	35	BEKAR	HAYIR	0	UZM. FİZYOTERAPİST	ORTA	15
F16	ERKEK	31	BEKAR	HAYIR	0	FİZYOTERAPİST	YAPTIĞIM MESLEĞE GÖRE KÖTÜ,ÜLKE ŞARTLARINA GÖRE ORTA	10
F17	ERKEK	29	EVLİ	EVET	1	FİZYOTERAPİST	ORTA	8
F18	ERKEK	36	BEKAR	HAYIR	0	FİZYOTERAPİST	KÖTÜ	7
F19	KADIN	37	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	ORTA	12
F20	ERKEK	30	EVLİ	EVET	1	FİZYOTERAPİST	KÖTÜ	6
F21	ERKEK	44	EVLİ	EVET	2	FİZYOTERAPİST	ORTA	23

Tablo 7: Hemşirelerin Demografik Bilgileri

Görüşme No	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Cocuk Var mı	Çocuk Sayısı	Mesleğiniz	Gelir durumu	Kaç yıldır mesleği yapıyorsunuz
H1	KADIN	40	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	20
H2	KADIN	39	BEKAR	HAYIR	0	HEMŞİRE	ORTA	19
H3	KADIN	43	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	23
H4	KADIN	43	EVLİ	EVET	3	HEMŞİRE	ORTA	23
H5	KADIN	46	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	28
H6	KADIN	36	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	İYİ	14
H7	KADIN	33	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	KÖTÜ	10
H8	KADIN	34	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	13
H9	KADIN	42	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	22
H10	KADIN	41	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	22
H11	KADIN	37	EVLİ	EVET	3	HEMŞİRE	ORTA	14
H12	KADIN	41	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	23
H13	KADIN	40	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTANIN ÜSTÜ	22
H14	KADIN	40	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	21
H15	KADIN	41	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	23
H16	KADIN	29	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	8
H17	KADIN	28	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	6
H18	KADIN	36	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	14
H19	KADIN	41	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	21
H20	KADIN	32	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA, ORTANIN BİRAZ ÜSTÜ	9
H21	KADIN	38	BEKAR	EVET	1	HEMŞİRE	EK GELİR İLE BİRLİKTE ORTA	19
H22	KADIN	44	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	İYİ	25
H23	KADIN	42	BEKAR	HAYIR	0	HEMŞİRE	ORTA	24
H24	KADIN	40	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	İYİ	22
H25	KADIN	39	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	19
H26	KADIN	38	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTANIN ALTI	20
H27	KADIN	32	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	İYİ	12
H28	KADIN	37	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA	17
H29	KADIN	38	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	KÖTÜ	19
H30	KADIN	28	EVLİ	HAYIR	0	HEMŞİRE	KÖTÜ	7
H31	KADIN	23	BEKAR	HAYIR	0	HEMŞİRE	KÖTÜ	1,5

H32	KADIN	37	BEKAR	HAYIR	0	HEMŞİRE	KÖTÜ	18
H33	KADIN	44	EVLİ	EVET	1	HEMŞİRE	ORTA	23
H34	KADIN	45	EVLİ	HAYIR	0	HEMŞİRE	İYİ	25
H35	KADIN	37	BEKAR	EVET	1	HEMŞİRE	KÖTÜ	14
H36	KADIN	42	EVLİ	EVET	2	HEMŞİRE	ORTA-KÖTÜ ARASINDA	22
H37	KADIN	40	EVLİ	EVET	3	HEMŞİRE	ORTA	23

BÖLÜM 2: BULGULAR

Çalışmanın bulgular bölümünde, ilk bölümde yer alan amaçlar çerçevesinde, temellendirilmiş kuram teknik olarak kullanılmış ve bu teknikle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Temellendirilmiş kuram tekniği ile sağlanan verilerin analizlerinin sonuçları, çalışmanın problemi ve ilgili literatür bağlamında tartışılmıştır.

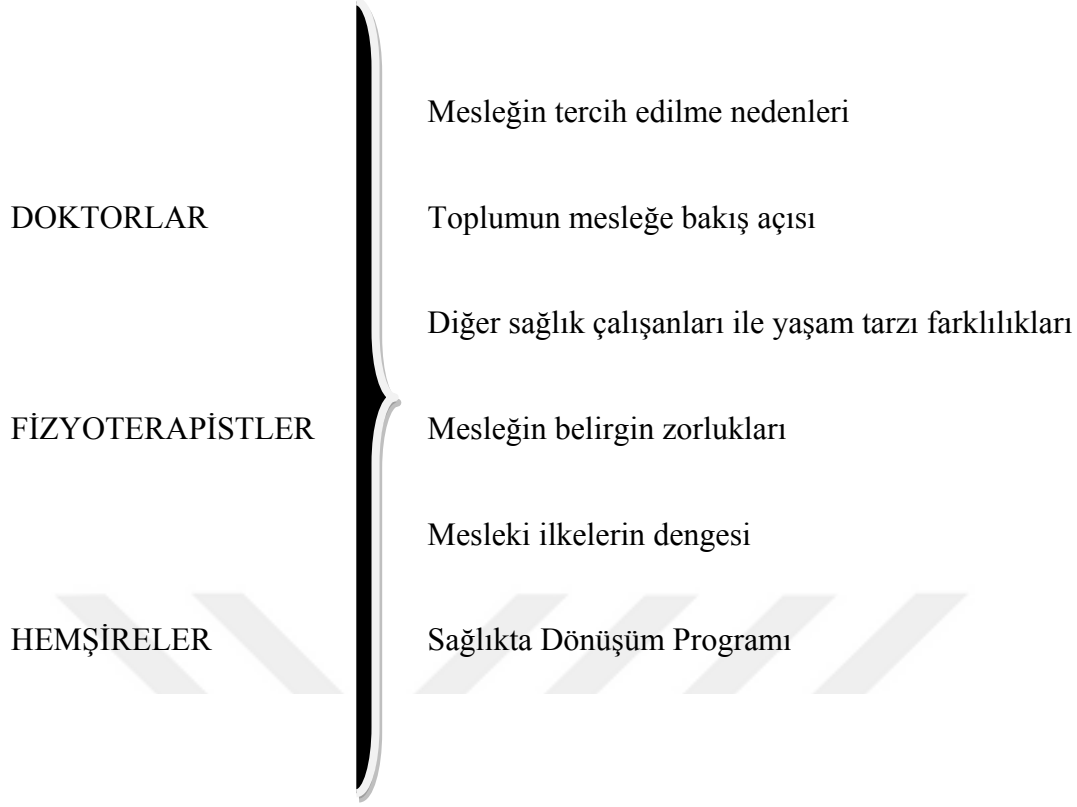
Pierre Bourdieu'nün "Pratiğin Kuramı"ndan yararlanarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sembolik şiddetin nasıl gerçekleştiğini ortaya koymak çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bununla birlikte amaçlarda belirtilen sorulara yanıtlar anmıştır. Amaçlar çerçevesinde ilk olarak açık kodlama yapılmıştır. Bu aşamada elde edilen tüm veriler kategorileştirilmiştir.

İkinci aşamada ise eksenel kodlama yapılarak elde edilen kategoriler arasında bağlantılar kurulmuş ve bu şekilde yeni kategoriler oluşturulmuştur.

Son aşama olan seçici kodlamada ise eksenel kodlama aşamasında elde edilen kategorilerle bir öykü inşa edilerek çekirdek kavrama ulaşılmıştır.

2.1.Açık Kodlama

Bu aşamada katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen veriler kategorileştirilmiştir. Çalışmada sağlık alanındaki farklılıkları ortaya koyabilmek için, doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistler olmak üzere üç grup çalışan ile görüşülmüştür. Üç sağlık çalışanı grubuna da aynı sorular sorulmuştur. Bu nedenle açık kodlama aşamasında üç grup sağlık çalışanı için ayrı ayrı kodlamalar yapılmıştır.

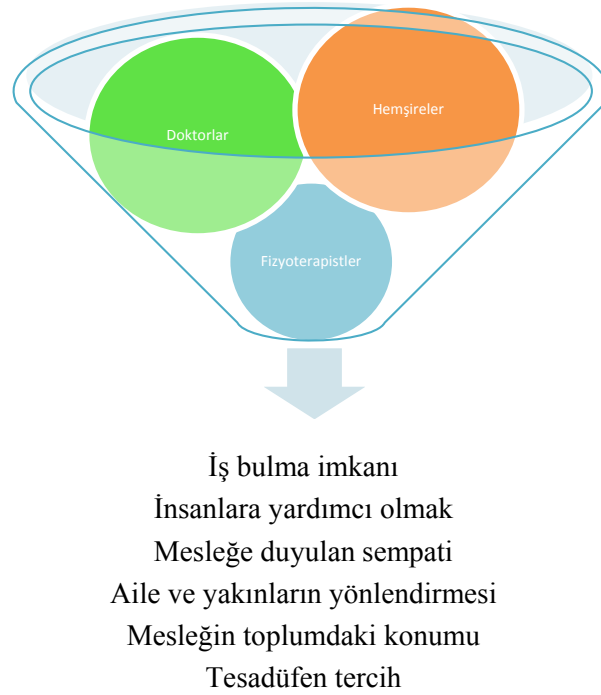


Şekil 3: Sağlık Çalışanlarının Açık Kodlama Kategorileri

2.1.1. Mesleğin Tercih Edilme Nedenleri

Bourdieu'ye göre (Bourdieu ve Wacquant, 2003) toplumsal konumlar arasındaki bağlantıların bir bütünü olarak tanımlanan alan, stratejilerin olduğu, korunduğu ve değişime uğradığı yerdir. Ajanlar stratejilerini alandaki konumlarına göre düzenlemektedirler. Bu düzenlemeleri yaparken yatkinlıklar bütünü olarak tanımlanan habitusları kullanarak sermayelerini oluşturmaktadırlar. Sağlık alanında da sağlık çalışanları, yaşamları boyunca şekillenen habitusları ile sahip oldukları sermayeleri kullanarak mesleğe yönelmeye başlamaktadırlar. Sağlık çalışanlarının ilk habitusları aile içinde şekillenmeye başlamakta daha sonra sahip oldukları kültürel sermaye ile eğitim süreci belirleyici rol oynamaktadır. Bununla birlikte sosyal sermaye ve ekonomik sermaye de sürecin ayrılmaz parçalarıdır. Sağlık çalışanlarının meslek olarak sağlık alanını tercih

etme nedenleri benzerlik göstermektedir. Bu durum çalışanların sahip oldukları sermayelerin benzerlik gösterdiğine işaret etmektedir.



Şekil 4: Sağlık Çalışanlarının Ortak Tercih Nedenleri

Doktorların, mesleğini tercih etme nedenlerinin başında hekimlik mesleğini sevmeleri gelmektedir. Hekimlik mesleğini sevmeye nedenleri arasında ise insanlara yardımcı olma, daha kaliteli yaşama ve mesleğin toplumdaki konumu olarak belirtilmektedir.

D9: Özendiğim bir meslekti. Kaliteli yaşamak için bu bölümü tercih ettim, gelirin yüksek olduğu beklentisi vardı. Saygı görmek istediğim için doktorluğu tercih ettim. Ailede çok hekim var ama benden önceki kuşakta değil.

D7: Ailede benden başka diğ hekim olanlar var. Mesleği tercih etmemde etkileri oldu. Severek yapıyorum ama keşke doktor olmasaydım dediğim zamanlar oluyor, sebebi öğrenim hayatımda lise döneminde arkadaşım olan insanlar doktorluğu tercih etmediler

ve daha güzel hayatları var. Daha rahat meslekleri var, dünyaya daha açılabilceğiniz, vizyonları geniş olan meslekler.

D15: Sevdiğim için seçtim, ailemde ikinci derece yakınım hekim var.

D18: Çocukluktan beri hayalimdi, babam askerdi oradan bir sempati var, ikisi beraber olunca çok iyi oldu. Ailede eczacı var.

D6: Çocukluğumdan beri tıp hep ilgimi çekerdi, hala seviyorum, bu mesleği seçmeseydim içimde ukde kalırdı.

D4: Toplumda iyi bir yeri olduğu için tercih ettim. Severe yapıyorum.

D14: Prestijli olduğu için seçtim. Şimdi iyi ki seçmişim diyorum, ailede doktor yok.

Yalnızca doktorlar, diğer meslek gruplarından farklı olarak mesleğin toplumsal konumu ve daha kaliteli bir yaşam için mesleği tercih ettiklerini belirtmektedir. Ayrıca ailelerinde doktorluk mesleğine sahip olanların varlığı ve mesleği konumu için tercih etmeleri onların habituslarının ve sahip olduğu kültürel ve sosyal sermayelerin diğer gruplara göre daha farklı olduğuna işaret etmektedir.

Fizyoterapistlerin çoğunluğu, mesleğini, meslek hakkında bilgi sahibi olmadan tesadüfen tercih ettiğini belirtmektedir. Bununla birlikte meslek tercihi yaparken asıl tercihlerinin tıp olduğunu, ancak yeterli puanı alamadıkları için fizyoterapistliğe girdiklerini belirtmektedirler.

F3: Tıp istiyordum. Kendi tercihim değildi. Komşunun tavsiyesi ile tercih ettim. Ancak mesleğimi seviyorum. Okuldayken sorgulamalarım oldu. Çünkü çok hastayla karşılaşamadık. Zaten insan sevgisi olan bir insanım. İşim benim için biçilmiş kaftanmış. Bir daha dünyaya gelsem bu mesleği yine seçerdim.

F13: Bilerek ve isteyerek girdiğim bir meslek değil, tıp yazmıştım ama ona en yakın bu oldu. Pişman değilim, her zaman değilim,

dönem dönem oluyor ama. Daha sonra büyük bir üniversitede okuyayım, başkentte olayım diye Hacettepe’de bu bölüme puanım yetti. O zamanlar çok yüksek puanla girdik, o yüzden üzüntüm var, o dönemde o puanla Ankara İstanbul dışındaki tüm tıp fakültelerine, diş hekimliklerine ve eczacılıklara girecek durumdaydık. Hacettepe mezunu olunca iş bulma zorluğu yaşamadık. Şimdi düşündüğümde tıp olmadığı da iyi olmuş diyorum, şimdi olsa sağlıkçı olmak istemezdim mesela.

F14: Tıp okumak, insanlara faydalı olmak istiyordum, puanım yetmedi fizyoterapist oldum. Pişman değilim, memnunum.

F5: Üniversite sınavından sonra ayağım kırılmıştı, hastanede yatıyordum. Tercih yaparken doktor veya eczacı istiyordum ve Ankara olsun diyordum. Hastanedeki fizyoterapist ablayı sevip ortopedistten nefret edince böyle bir değişiklik yaptım. Mesleği manevi olarak çok seviyorum ama mesleğin zorlukları nedeniyle lanet olsun dediğimiz oluyor. Fizyoterapi dört yıllık, üstüne ben master yaptım, o yüzden uzman fizyoterapistim ama bakanlık tanımıyor sadece derece olarak veriyor, bu unvanla çalıştırmıyor. İstedığımız bölümde uzmanlaşabiliyoruz, spor veya kardiyoloji, benimki ortopedi.

Bourdieu (1998) “Pratik Nedenler” adlı eserinde “toplumsal uzam ile sembolik uzam”ın kültürel, ekonomik ve sosyal sermayenin sınıflar arasında eşitsiz dağıtılması sonucu ortaya çıktığını belirtmektedir. Toplumsal uzam şemasında sağlık hizmetleri kültürel sermaye bakımından zengin; üretim, ticaret ve finansman sektöründeki büyük iş sahiplerine göre ekonomik sermaye bakımından nispeten düşüktür. Bu anlamda doktorluk da kültürel sermaye ve sosyal sermaye bakımından oldukça zengindir ve bu

özelliği ile de toplum tarafından en çok tercih edilebilir alanda yer almaktadır. Sağlık alanında fizyoterapistlerin meslek tercihindeki öncelikli sebepten anlaşılabacağı üzere, tıp mesleği asıl tercihleridir. Ancak yeterli puana erişemedikleri ve doktorluk mesleğine daha yakın olduklarını düşündükleri için fizyoterapistliği tercih ettiklerini belirtmektedirler.

Çalışmada sağlık alanında üçüncü grubu oluşturan hemşirelerin birçoğu ise erken yaşta meslek sahibi olarak maddi kazanç elde etmek için hemşirelik mesleğini tercih ettiklerini belirtmektedirler. Yani hemşirelik mesleğinin tercih edilmesindeki en önemli etken ekonomik sermayedir. Ayrıca görüşmelerde, katılımcıların ailelerinin de, garanti meslek oluşu yani iş bulamama sorununun olmaması ve erken yaşta maddi kazanç sağladığı için çocuklarını hemşirelik mesleğini tercih etmeye yönlendirdikleri vurgulanmaktadır.

H24: Mecburiyetten. Severecek değil, sınav sonucuyla burayı tercih ettim, şimdi iyi ki tercih ettim diyorum, kötü bir olay yaşamadım meslek hayatım boyunca, o yüzden iyi ki hemşireyim diyorum.

H28: Orta ve düşük gelirli aile çocukları olarak bir an önce para kazanabilecek meslek olduğu için, hasta bakımı ve insanlara yardım etmek de var tabii, işimi severek yapıyorum.

H30: Tamamen iş imkânı diyebilirim, mesleğimi seviyorum ama gerekli beklediğim geri dönütleri bana vermediği için, başka bir meslek seçerdim, önceliğim hemşirelik olmazdı diyorum. Öğretmenlik isterdim.

H17: Çok çabuk iş imkânı bulduğum için, maaş almaya daha hızlı kavuşabilmek için. Ailem istedi, ablam da hemşireydi, o yüzden bir rol model oldu benim için. Buraya gelene kadar mesleği

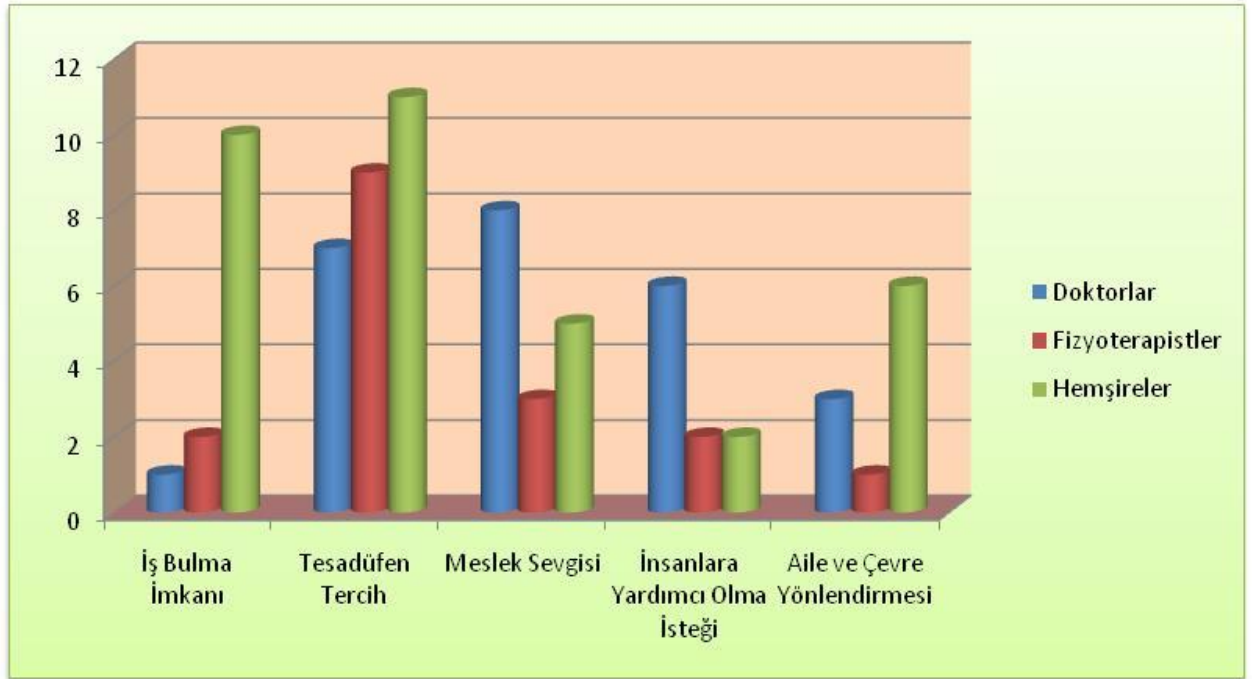
sevmiyordum, ama burada bakış açısı daha farklı olduğu için, bir nebze daha iyiyim şimdi kararlarımda.

H10: Biraz mecburiyetten, ailemin maddi sıkıntılarından ve iş garantisi olduğu için. İşimi yaparken çok keyif alıyorum, severek yapıyorum ama bu sevgimi baltalayan çok şey var.

H15: Aslında idealimde değildi, öyle bir hayalim yoktu, çünkü ben liseden girdiğim için çocuklarda o yaşta ideal oluşmaz, erken girdiğim için bilerek girmedim ailenin ve çevrenin yönlendirmesiyle geleceği garanti gibi düşünerek, ailemin de beni okutmak için zorlanmaması ve bir an önce bir meslek sahibi olmak için. Şu anda pişman değilim, memnunum.

1954 tarihli 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'na göre “Madde 3 - Türkiye’de hemşirelik sanatını bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanını kazanmış Türk kadınlarından başka hiç bir kimse yapamaz.” Maddesi, 2007 tarihli 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu ile “Türkiye’de hemşirelik mesleğini bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanı kazanmış Türk vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz.” şeklinde değiştirilmiştir (ww.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007). Dolayısıyla ülkemizde son yıllara kadar hemşirelik mesleği kadınlarla özdeşleştirilmiş bir yatkınlık olarak süregelmiştir. Bu çalışmada da görüşme yapılan hemşirelerin tamamı kadındır ve gelir durumlarını orta halli olarak belirtmektedirler. Hem görüşmecilerin kadın olmalarından hem de orta halli ekonomik durumda olmalarından dolayı ailelerin hemşirelik mesleğine yatkınlığı ön plana çıktığı düşünülmektedir. Bu yatkınlıklar ve sahip olunan sermayeler toplumsal konumda belirleyici olan habitusların oluşmasına neden olmaktadır. Aşağıdaki tablodan da anlaşıldığı üzere hemşirelik mesleğinin tercih edilmesinde en çok ailenin yönlendirmesi etkili olmaktadır.

Tablo 8: Mesleği Tercih Etme Nedenleri

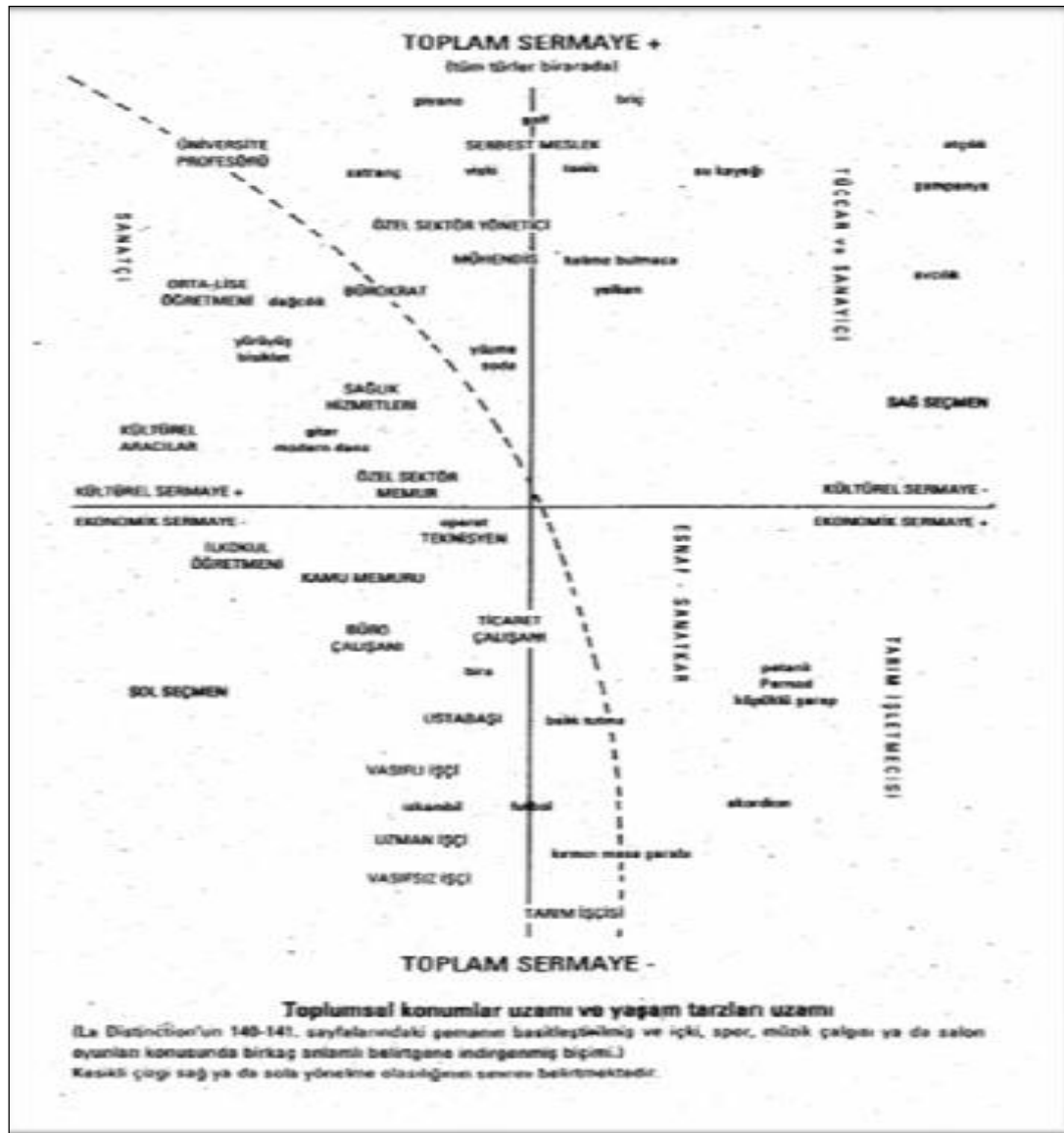


Sağlık alanında her üç meslek grubunda da mesleği tercih etmede “doktorluk mesleğinin toplumsal konumu” nedeniyle tercih edilmesinin dışında diğer bütün tercih nedenleri ortaktır. Mesleğin tercih nedenlerine öncelikli olarak bakıldığında ise, doktorların çoğunluğu hekimlik mesleğini sevmeleri ve toplumsal konumu nedeniyle tercih ettiklerini, fizyoterapistlerin çoğunluğu aslında tıp mesleğini istediklerini ancak üniversite sınavında yeterli puanı alamadıkları için fizyoterapistliği tercih ettiklerini ve hemşirelerin çoğunluğu ise erken yaşta meslek sahibi olup maddi kazanç elde etmek için hemşirelik mesleğini tercih ettiklerini belirtmektedirler.

2.1.2. Mesleğin Toplumsal İmajı

Bourdieu toplumsal ve sembolik uzamında sınıfların sermayeler ve habituslara göre konumlamalarını yaparken, en önemli belirleyici ölçütlerden birisinin meslek olduğunu vurgulamıştır. İçinde bulunduğumuz toplumla birebir örtüşmese de mesleklerin konumlanışını, uzamdaki yerlerini anlamada Bourdieu’nün (1998) toplumsal ve sembolik uzamından faydalanılmaktadır. Bourdieu’ya göre (1984) kültürel ve ekonomik sermayenin eşitsiz dağılımı sonucu toplumda farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Özellikle

kültürel sermaye uzun zaman içinde nesilden nesile aktarılarak oluşmaktadır. Sonuç olarak toplumda sahip olduğumuz mesleklerin konumlanmasında da önemli rol oynadığı düşünülmektedir.



Şekil 5: Bourdieu (1998) Practical Reason Adlı Eserinden Toplumsal ve Sembolik Uzam

Çalışmada açık kodlama yapılan kategorilerden birisi de mesleğin toplumdaki değeridir. Mesleği icra eden sağlık çalışanlarının sahip olduğu ekonomik, kültürel ve sosyal sermayelere göre mesleğin nasıl konumlandığı ile katılımcılar tarafından mesleğin toplumdaki değerinin tanımlanmasının arasında bir korelasyon olduğu düşünülmektedir.

Görüşme yapılan doktorların çoğunluğu, doktorluk mesleğinin eskiye nazaran değer kaybettiğini, mesleğin giderek daha da değersizleştirildiğini belirtmektedirler.

D4: Eskiye göre saygınlığı azaldı. Televizyonda kötü örneklerin sürekli gösterilmesi sonucu insanlarda bir tepki oluştu, basın mesleğe verilen değer azalmasında oldukça etkilidir.

D9: Geçmişte çok saygı gören bir meslekti ama şimdi ise kullanılmak istenen, istedikleri gibi yönetilmek istenen bir meslek konumunda. Artık hekimliğin özgürce ve iyi bir şekilde yapıldığına inanmıyorum, benim gibi birçok insan var. Bunun sebebi yönetim, ülkeyi yöneten güçlerdir. Sağlık Bakanıyla bu konuyu tartıştım, bu mesleği yapacak insanları seçiyorsunuz ve açlık sınırında yaşamaya mecbur ediyorsunuz. Zor seçimlerden geçiyoruz, bizim her günümüz her adımımız sınav, kendinizi yenilemezseniz geride kalırsınız, Bakanlık bunun gereğini yapmıyor. Çok hasta bak, çok para kazandır, çok hasta bakarken oluşacak mesleki hatayı paylaşıyor mısınız diyoruz, hayır, sorumluluk size aittir diyorlar. Randevu sisteminde 10 dakika arayla hasta görüyoruz, bunun dışında gelen hastaları da alıyoruz, hatta mesai bitince de gelen hastaları da alıyoruz. Bu şekilde muayene süremiz beş dakikaya düşüyor. Böyle olunca doktor hızlı ve seri bir şekilde hasta bakma refleksi geliştiriyor. Sonuçta da kalite düşüyor, kalite düşünce hasta gezmeye başlıyor. Gezen hasta size saygısını yitiriyor, saygısızca ve bir takım baskı yöntemlerini kullanarak veya araya birilerini koyarak sizden hizmet alma yoluna giriyor. Bu beni çok inciten bir olay, böyle çalışmak istemediğim için hastane değiştirdim. Burası daha insani şartları içeren bir hastane olduğu için buraya geldim.

D7: Hak ettiği yeri kesinlikle bulmadığını düşünüyorum. Özellikle pratisyen hekimlere bakış açısının ve tavırların iyi olmadığını düşünüyorum, bir şeyden anlamadığına inanıyorlar. İnsanlar kendilerini hekimlik mesleğine müdahale edebilir olarak görüyorlar. Ben beş yıllık hekimim, büyüklerim eskiden mesleklerini daha fazla kendi istedikleri gibi icra edebildiklerini söylüyorlar. Neden değerini yitirdi? Birincisi toplumun biraz genel olarak değişmesi, herkesin her konu hakkında ben bilirim yorumları yapabiliyor olması, bu sağlık alanına da yansıyor aynı şekilde. Cahil bilmişliği sadece sağlıkta değil, mesela öğretmenlerin de işine çok fazla karışılıyor. Ayrıca insanların birbirine saygısının azaldığını düşünüyorum, hizmet sektöründe olan insanlara karşı özellikle birebir muhatap olan garson esnaf vb. saygının azaldığını düşünüyorum.

D11: Şu an için toplum hekimlik mesleğine çok iyi bakmıyor. Bunun sebebinin birazcık siyasal politikalar olduğunu düşünüyorum, genel olarak eğitimiye karşı olmak, eğitimiye eğitimsizlere ezdirmek durumu olduğunu düşünüyorum.

D21: Şu an hiç kıymetli bir yerde değil. Eskiden daha iyiydi, sebebi çünkü çok kolay ulaşıyorlar, en üsttekine bile çok kolay ulaşıyorlar, hiyerarşik bir şey yok, aile hekimi pratisyene saygı yok, güvenmedikleri için gitmiyorlar. Hep profesör arayışı içindeler, hangi ülkede profesöre böyle direkt ulaşma imkânı var? Çok şımarıldılar, bizi yıpratıldılar, yönetenlerin saygısı olmayınca halk da peşinden gidiyor herhalde. İnsanlık dışı bir tempo ile çalıştığımızın farkında herkes aslında.

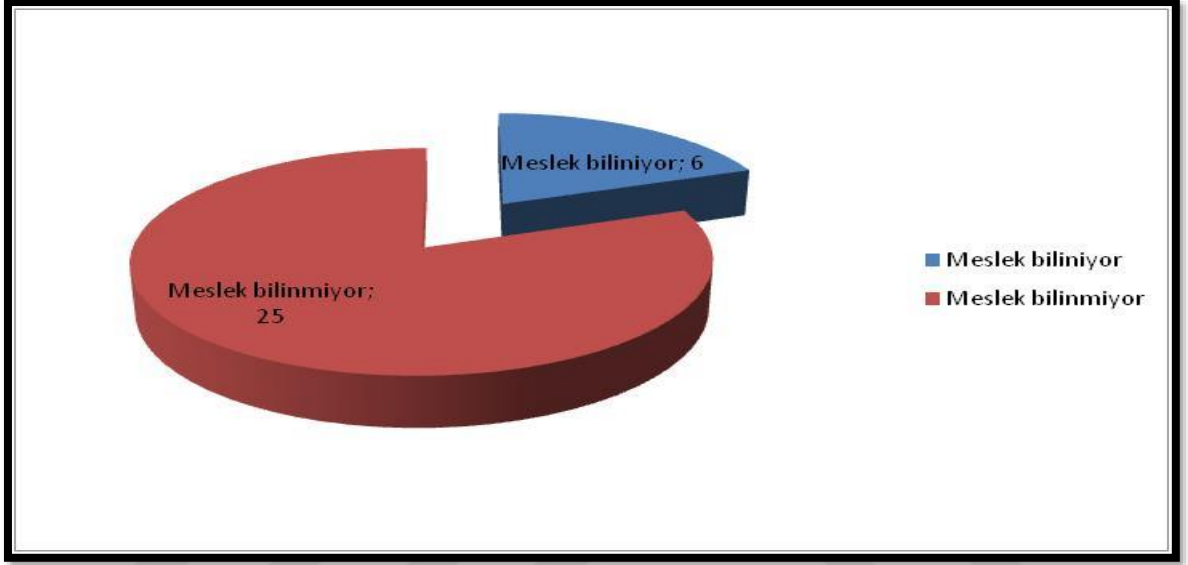
D26: Toplumun bakış açısı eskiden daha iyiydi. Şu anda hastalar bizden çok şey bildiklerini iddia ediyor. Çünkü bilgiye kolay ulaşıyorlar ve doktorun bilip bilmediğini tartmaya çalışıyorlar.

Doktorlar, hekimlik mesleğine verilen değerin azalması konusunda benzer görüşler sunmakta ve bunu gerekçelendirmektedirler. Görüşmelerde genel olarak eskiyle bir karşılaştırma yapılmıştır. Hekimlik mesleğinin değer kaybetmesinin, sağlık sistemindeki değişimle, teknolojinin gelişmesiyle, hasta merkezli politikaların etkin kılınmasıyla ve toplumun eğitim düzeyinin düşmesiyle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. 2009 yılında Türk Tabipler Birliği ile İstanbul Tabipler Odası'nın birlikte yaptığı "Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı"nda ortaya konulan bulgular ile bu çalışmada ortaya konulan bulgular paralellik göstermektedir. Çalıştayı ana temasını oluşturan sağlık çalışanına yönelik şiddet ve şiddet eğilimi yıllara göre artış göstermektedir. Bu durumun toplumda mesleğe verilen değerin azaldığının bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda hekimlik mesleğine verilen değerin azalmasında temel ölçüt, sağlık sisteminde uygulanan politikalardır.

Ulutaş'a göre (2011) 1980'li yıllardan itibaren ülkemizde uygulanmaya başlayan neoliberal politikalar, kamusal hizmetlerin maliyetini en düşük seviyede tutarak, en yüksek karı elde etmeyi, özelleştirme ve piyasalaştırma ve rekabete açılmasını sağlamıştır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aynı neoliberal politikalar sağlık alanında da etkinliğini artırmış; özellikle performans sistemi ile özelleştirme ve piyasalaştırma politikaları etkin bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Bu durum sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarının sahip olduğu sermayelerin piyasa koşullarında değişmesine neden olmaktadır. Önceden doktorlar sağlık alanının en güven duyulan çalışanları iken hasta merkezli yaklaşım, hekime kolay ulaşma, performans sistemi, özel hastanelerle kıyaslama, insanların bilgiye teknoloji ile kolay ulaşması, basın olumsuz

haberleri, doktorlara duyulan güvenin azalmasına neden olmaktadır. Yani doktorların sahip olduğu sosyal sermaye değişime uğramaktadır.

Fizyoterapistlerin toplumsal değer ölçütü ise mesleğin tanınması ya da tanınmaması olarak ifade edilmektedir. Mesleğin yeni yeni tanınmaya başlandığını belirten fizyoterapistler, eskiye yönelik değerlendirmeyi yalnızca mezun sayısına göre yapmaktadırlar.



Şekil 6: Fizyoterapistlik Mesleğinin Bilinme Oranları

F1: Fizyoterapistlik çok bilinen bir meslek grubu değil. Ancak fizik tedavi almış insanlar açısından bakarsak şu anda gayet saygın bir yerimiz var. Devlet bizi bu açıdan çok desteklemeyebilir. Yani mali açıdan ve kadro açısından bizi çok desteklemiyor. Ancak toplumun bakış açısı biraz kırıkçı çıkıkçı, şıfacı gibi yorumlar yapılıyor. Tam olarak bilmiyorlar. Ancak bilenlerde tam olarak saygı duyuyorlar. Ülkemizde 50 senedir var olan bir meslek grubu bu nedenle tam olarak bilinmiyor.

Bunun nedeni bizim iyi çalışan bir sağlık sistemimizin olduğunu zannetmiyorum. Sağlık bakanlığı bizi halka çok tanıtmıyor. Ne

kamu spotu ne de başka bir şeyle bizi topluma tanıtmıyor. Biz kendi kendimize hasta alarak; hastalar kendi aralarında fısıltı gazetesi gibi bir birlerine anlatarak o şekilde mesleği anlatıyorlar. Bu şekilde var olmaya alışıyoruz. Öbür türlü bizim değerimiz çok bilinmiyor. Bizim mesleği spor antrenörleri, beden eğitimi öğretmenleri, kırıkçı çıkıkçılar hepsi bizim mesleği yapmaya çalışıyorlar, yapabildiğini düşünüyorlar ve böyle olunca da bizim meslek çok arada kalmış gibi oluyor.

F21: Fizikçi, amele şeklinde biliniyoruz ve mesleği bilen insan sayısı çok az. Fizyoterapistler derneği mesleği tanıtmaya çalışsa da doktor hegemonyasının olduğu bir ülkede yaşadığımız için mümkün değil. Derneğimiz mesleğimizi tanıtsa da ertesi gün fizik tedavi doktorları derneği çıkıyor, biz tanıyı koyuyoruz onlar tedaviyi yapıyor, biz olmasak bir şey olmaz diyor. Ya da ortopedist ben cerrahi ameliyatı yapmasam bir şey olmaz diyor.

F8: Toplumun çoğu mesleğimizi bilmiyor, meslek tanımımızı yasalar bilmiyor ki toplum nasıl bilsin. Mesleğin tanınması ve bu anlamda derneğimizin çalışmaları biraz maddi imkânlara bakıyor, biz de derneğe üyeyiz, Bu iş her yerde olduğu gibi güce bakıyor biraz. Yeni mezunların iş bulma olasılığı o kadar azaldı ki, ben üniversitede okurken ülkede üç tane FTR bölümü vardı, şu anda 90 tane falan herhalde ve her yıl yüzlerce mezun veriyor. İş alanı açılmazsa ne olacak o mezunlar? Asgari ücretle işe girenler var.

Bourdieu'ye göre (1986) ajanların içinde bulunduğu alanda sahip olduğu ilişki ağları, bağlantıları, grup üyelikleri, ilişkilerin getirdiği yükümlülükleri ve ayrıcalıkları onların sosyal sermayelerini göstermektedir. Fizyoterapistler, mesleklerinin toplum tarafından

bilinmemesini, diğer sağlık çalışanlarına göre nispeten sosyal sermayelerinin daha zayıf olması nedeniyle açıklanabileceğini düşünmektedir. Çünkü fizyoterapistler, mesleklerinin bilinmesi için, gerekli sosyal ilişkiler, siyasi bağlantılar, güçlü dernek çalışmaları ve meslektaşların desteğinin gerekliliği üzerinde durmaktadırlar. Bununla birlikte kültürel, sosyal ve ekonomik sermayelere daha fazla sahip olduğu düşünülen doktorların da fizyoterapistlik mesleğinin tanınmasına engel teşkil ettiği vurgulanmaktadır. Ancak mesleğin tanınmasında yalnızca sosyal sermayenin yeterli olmadığı; eğitimin önemini ortaya koyabileceğimiz kültürel sermaye ve ekonomik sermayeye de ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Mesleğin geçmişi de onun kültürel sermayesinin oluşumunda önemlidir. Bu anlamda fizyoterapistlerin de belirttiği üzere meslek 50 yıllık bir geçmişe sahiptir. Doktorluk ve hemşirelik mesleğinin geçmişleri ile kıyaslandığında sahip olduğu kültürel ve sosyal sermayenin daha az olduğu değerlendirilmektedir.

Hemşireler mesleğin toplumsal değerine yönelik olarak mesleğin toplumda tanınmasıyla ilgili bir soruna yönelik herhangi bir görüş belirtmemektedirler. Çünkü hemşirelik mesleğinin, uzun geçmişi ve yerleşmiş eğitim şekli ile kültürel; dernek çalışmaları, hemşireler arasındaki ilişki ağları, bağlantıların getirdiği yükümlülükler ile sosyal sermaye bakımından görece daha zengin olduğu düşünülmektedir. Ancak hemşirelerde doktorlar gibi sağlık alanında mesleğe yeterince değer verilmediğini vurgulamaktadırlar.

H27: Toplumun hemşirelere bakışını beğenmiyoruz. Sağlık sektöründe aynı işi yapan doktorlarla kıyaslayınca hem sosyal statümüz daha geri planda, hem de maddi durumumuz geri planda. Biz de daha çok yük olmasına rağmen daha geri pladayız. Hastaların bize bakış açısı olarak da bunu söylüyorum. Maddi durum daha yükseltirirse daha iyi olacağını düşünüyorum.

H29: Yaptığınız işin karşılığında sosyal olarak, hasta bakımıyla ilgilenmeme rağmen hasta taburcu olduğunda doktora teşekkür ediyor. En azından 15 yıl bu hastaneye gelene kadar bunu gördüm, 3,5 yıldır buradayım, en verim aldığım, kendimi değerli hissettiğim ilk kurum diyebilirim. Profesyonelleşme, uzmanlaşma olmadığı için, hemşire sadece enjeksiyon yapan, pansuman yapan, basit işler yapan biri olarak dışarıdan görüldüğü için. Ameliyatı doktor yapar diye düşünülüyor, hemşirenin ameliyatta saatlerce ayakta kalıp hastaya yardımcı olduğu düşünülüyor. Bütüncül bakmıyor çevre ve dışarıdakiler.

H36: Az bir kısmı seviyor, geneli çabuk azarlayacak bir meslek olarak görüyor. Biraz bayan mesleği olması ile ilgili, cinsiyet ayrımı var, bir saygınlığı yok sanki onların gözünde, bir değer olarak görmüyorlar, yapmak zorunda gibi görüyorlar, tabii ki zorunda ama başka mesleklerde böyle algılanmıyor yani.

H20: Bir toplumun bakış açısı var, bir de hemşirelerin kendine bakış açısı var. Toplumun bakış açısını fayda gören kesim ve hiç bilmeyen kesim olarak ayırıyorum. Bizim fayda sağlayabildiğimiz, mesleği gerçekten tanıyan kişiler, bize gerçekten yeterli saygıyı ve ilgiyi gösteriyorlar, ama hiç hastaneye gelmeyen ya da gerçekten ihtiyacı olmayan birisi, hemşirelik mesleğini çok bilmediği için hiçbir saygınlığı yok onların gözünde, ne yaptığımızı bilmiyorlar öyle düşünüyorum. Hemşireler de çok karışık bir grup, eğitim anlamında da, sosyo-kültürel anlamda da, lisans mezunu olsanız da lise mezunu olsanız da klinikte aynı işi yapıyorsunuz, o yüzden ortamda da çalışma arkadaşlarınızla sıkıntı yaşatabiliyorsunuz, o

yüzden o motivasyonunuzu düşürüyor; ama çok saygın olduğunu düşünüyorum. Bu durum düzelebilirdi, ama artık düzelemez bence. Çünkü ben üniversiteye girdiğim zaman 2007 yılında çıkan hemşirelik yasası ile birlikte denmişti ki bundan sonra lisans mezunu atamaları olacak, sağlık meslek liseleri kapatılacak, ama şu an öyle değil, sağlık meslek liseleri tekrar açıldı, hemşire yardımcılığı adı altında tekrar atamalar olacak deniyor, üniversite mezunu olarak mesleğe girseydi hemşirelerimiz, zamanla bu ön yargı ortadan kalkabilirdi, çünkü biraz daha bilinçlendikten sonra ve ona göre bir eğitimle çıktığımız için birbirine eş değer olabilirdi.

Görüşme yapılan hemşireler toplumun mesleğe verdikleri değerin az olduğunu ya da değer verilmediğini belirtmektedirler. Bu durumun nedenini farklı görüşlerle açıklamaktadırlar. Hemşireler en önemli sebep olarak, mesleği icra edenlerin doktorlara göre daha az oranda ekonomik, sosyal ve kültürel sermayeye sahip olmalarını vurgulamaktadırlar. Sağlık alanına hemşirelik yapmak için 25.04.2007 tarihinde çıkan 5634 sayılı Kanunla lisans düzeyinde eğitim veren okuldan mezun olmak şartı aranırken günümüzde hemşirelik meslek lisesinden mezun olanlarda aynı statüde çalışmaya başlamaktadır (www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm). Hemşirelik mesleğinin icra edilmesi için belirlenen eğitim düzeyi şartı, mesleğin sahip olduğu kültürel sermayeyi azaltmaktadır. Ayrıca aynı Kanunla tanımlanan meslek yasasının uygulamaya konulamaması, mesleğin sürekli ‘doktorun yardımcısı’ statüsünde tanınmasının da toplumun gözünde mesleğin değerini azalttığı belirtilmektedir. Bununla birlikte toplumsal cinsiyet ayrımından kaynaklı yani mesleği çoğunlukla kadınların icra etmesinin, mesleği değersiz kıldığı ileri sürülmektedir. Ekonomik sermayenin de doktorluk mesleğine göre daha az olmasının, diğer nedenlerle birlikte mesleğin toplumda değersiz kılınmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Görüşme yapılan üç meslek kategorisi de, sağlık alanındaki mesleklerin geçmişe nazaran değer kaybettiğini belirtmektedir. Ancak fizyoterapistler ve hemşireler doktorlardan farklı olarak, doktorluk mesleğinin kendi meslek gruplarına göre daha değerli olduğunu; bunun temel nedenini ise doktorların sahip olduğu ekonomik, kültürel ve sosyal sermayenin daha fazla olması ile açıklamaktadırlar.

2.1.3. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Alanındaki Sermaye Farklılıkları

Çalışmanın yaşam tarzı farklılıkları kategorisinde sağlık alanında görüşme yapılan mesleklerin ekonomik, kültürel etkinlikler ve sosyal ilişki ağları yönünden farklılıkları ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Bu farklılıkları ortaya koyarken Bourdieu'nun sermaye türlerinden yararlanılmaktadır. Ekonomik farklılıkları açıklamak için gelir, miras gibi alanlarla açıklanan ekonomik sermayeden; kültürel etkinlikleri açıklamak için eğitim, aileden aktarılan kültürel sermayeden ve sosyal ilişki ağını açıklarken, ilişkileri, grup bağlantıları, bu bağlantıların yüklediği yükümlülükleri açıklayan sosyal sermayeden faydalanılacaktır.

Çalışmada görüşme yapılan doktorlar, fizyoterapistler ve hemşireler ekonomik sermaye yönünden farklı olduklarını vurgulamaktadırlar. Doktorlar ekonomik olarak diğer meslek gruplarından fazla sermayeye sahip olduğunu, bunun sebebinin de kültürel sermayelerinin ve sosyal sermayelerinin fazla olmasından kaynaklandığını ileri sürmektedirler. Yani aileden gelen yaşam tarzı, eğitim süreçlerinin çok uzun olduğunu hatta ömür boyu bu eğitim sürecinin içinde olduklarını; bununla birlikte insan hayatı ile ilgili sorumluluk almalarının ekonomik olarak farklı olmalarını gerektirdiğini belirtmektedirler.

D1: Doktorlar daha fazla kazanıyor, mesela hemşire grubu daha kalabalıktır, fizyoterapistler birkaç kişi, onlar bir gruptur; doktor kesimi biraz daha ayrıdır, tek tüfektir, branşları ayrıdır, işin içine ekstra para giriyor. Fizyoterapistler üç aşağı beş yukarı maddi

durumu benzerdir ama doktorlar da bu böyle değil, dışarıda çalışma alanları var. Bizde sorumluluk daha fazla, vicdani ve hukuki boyutu daha fazla. Sosyo-kültürel olarak diğer gruplardan biraz daha farklı oluyorsun, mecbursun zaten, hayat seni o yöne itiyor, daha kültürlü olmalısın, mesela çocuğumda bunu hissediyorum, daha zengin olmasam onu devlet okuluna versem üzülürüm, çünkü bütün doktorlar veriyor, hayat tarzı mecbur kılıyor, doktorsun diye senden bunu bekliyorlar, sen de hayat standardına biraz buna göre çeki düzen vermek zorundasın, kültürünü artırmak zorundasın, her şeyden anlamak zorundasın, sosyal aktivitelere katılmak zorundasın gerçi severek yapıyoruz da.

D7: Fark var. Sebebine gelince onlar da çok değerli hizmet veriyorlar ama karar verme, sorumluluk ve eğitim olduğunu düşünüyorum. Ekonomik anlamda bizim de çok şikâyetçi olduğumuz alanlar var.

D9: Geçmişten gelen etkenlerde var. Tıp fakültesine girmek köyde yaşayan bir insanın ulaşabileceği bir şey değil. Fırsatlar da eşitsizlik var. Bu kanala girebilmeniz için alt yapınızın biraz daha farklı olması gerekiyor. Köyde yaşayan bir genç çok zeki olmasına rağmen bu okulu okuyabilecekken okuyamıyor. Onun için sosyal faaliyetin bir önemi yok çünkü geçim derdine düşüyorlar.

D23: Birincisi daha yüksek maaş alıyoruz, ikincisi iş hiyerarşisinde en tepesindeyiz, çeşitli yardımcı elemanlar var hemşire, teknisyen psikolog gibi ama karar verme aşamasında sen varsın.

Doktorlar öğrencilerin tıp fakültesine girmek ve okumak için bile öğrencinin kültürel, ekonomik ve sosyal sermayesinin fazla olması gerektiğini ileri sürmektedirler.

Bu durum mesleğin diğer mesleklere göre konumunun daha farklı olduğunu işaret etmektedir. Görüşmecilerin, kültürel etkinlik ve sosyal ilişki ağları sorularına verdikleri yanıtlarda mesleğin konumunun farklı olduğunu doğrular niteliktedir.

D9: Ben bunun ekonomik olduğunu düşündüğüm için doktorların kültürel ve sosyal çevreye ulaşması daha yüksek. Liseden itibaren böyle geliyor, ben kursa gidiyorum, ailem oğlum İngilizce öğren diyor, bir enstrüman çalmam telkin ediliyor; ama öteki adam can derdinde, çocuğuna para yetiştirme derdinde; size vizyon oluşturan şeyler bunlar. Bu öncesinden başlayan, sonrasında gelişen bir süreç.

D19: Kültürel etkinliklere katılım maddi durumla ilgili olabilir, geliri yüksek olan daha çok katılabilir. Doktorların sosyal çevresi ve sosyal ilişki ağı daha fazladır.

D18: Bence fark vardır. Kendimi kategori dışında tutuyorum, ben seçici değilim ama benim için sempati çok önemlidir, paylaşılabileceğim şeyler önemlidir. Mesela ben teknisyen arkadaşlarla çok iyiyim, bazen dışarıda görüştüğümüz de oluyor. Genel olarak bakınca hemşire hemşireyle, doktor doktorla, teknisyen teknisyenle arkadaşlık ediyor. Doktorun sosyal ağı daha geniştir diyebiliriz, ama kişisine göre değişir. Bazen kişi kendi sosyal statüsünü kullanarak sosyal ilişki ağı kurabiliyor, ben pek beceremiyorum, ama doktorların daha geniştir.

D16: Kültürel etkinliklere katılım kişiseldir ama genel ortalamaya vurursak doktorlar daha yüksek katılım yapar. Ben mümkün olduğunca, işten vakit buldukça katılıyorum.

D15: Diğer meslek grupları için genelleme yapabilir miyiz bilemiyorum. Benim sosyal çevrem biraz geniştir, doktorlar için biraz daha fazladır diyebilirim, çünkü çok fazla insanla karşılaşıyoruz, tanışma imkânımız fazla oluyor.

Gündelik yaşamda kültürel etkinliklere doktorların daha fazla katıldığını belirtenlerin yanı sıra, iş yükü fazla olduğu için diğer meslek gruplarının daha fazla bu etkinliklere katıldığını düşünenlerin oranı da oldukça fazladır. Kültürel etkinliklere diğer meslek gruplarının çok katıldığını düşünenler aynı zamanda doktorların çok fazla çalışmasından dolayı ve sürekli bir eğitim sürecinin içinde olmalarından dolayı, sosyal ilişki ağlarının diğer meslek gruplarına göre çok gelişmediğini belirtmektedirler. Kültürel etkinliklere katılım ya da sosyal ilişki ağının gelişmesinin kişisel bir tutum olduğunu vurgulamaktadırlar.

D3: Kültürel etkinliklere katılım açısından öğrencilikten gelen bir alışkanlığım yok. İnsanlar ders çalışırken bir müzik aleti ile ilgilenmek olmuyor, ister istemez ders çalışıyorsun, mesleğe başlayınca yine vakit bulamadık. Ömür ders çalışmakla geçti. Hekimler genel olarak bu faaliyetlerde zayıf.

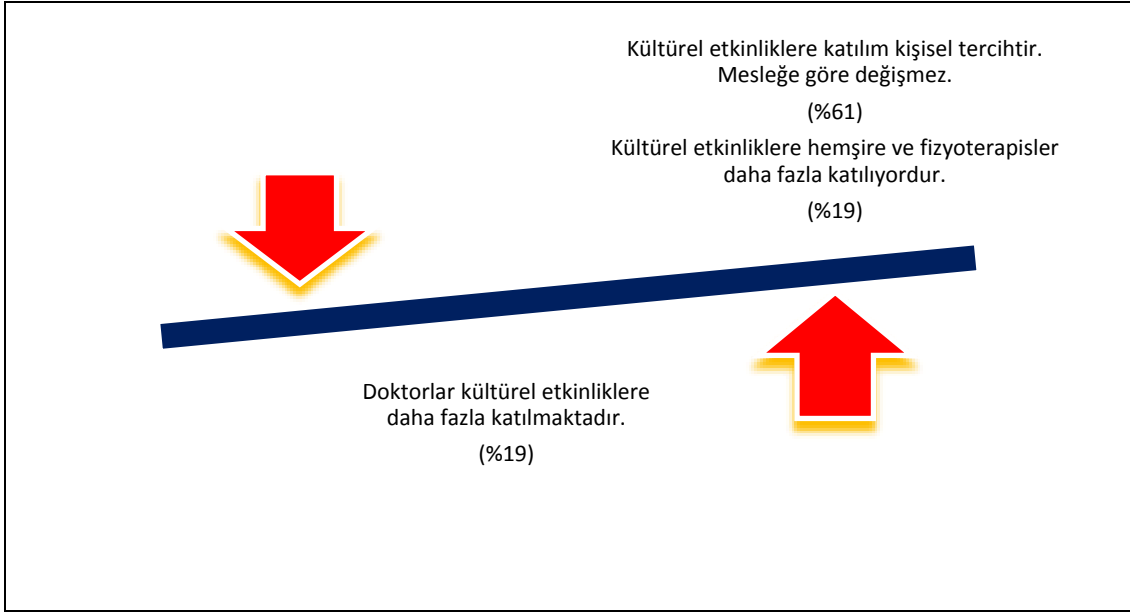
D4: Kültürel aktivitelere maalesef katılımım çok az. Katılım kişisel bir şey, imkân varsa olur, ben şimdi çoluk çocuk nedeniyle gidemiyorum, vakit olmuyor. Bu eksikliği gidermek için bir şey yapmıyorum.

D5: Kültürel etkinliklere çoğunlukla katılamıyorum. Normalde sosyalliği severim, çok sosyaldim; meslek, hayat şartlarının ağırlaşması, sosyal ortamların biraz pahalı hale gelmesi ve çocukların olması bizi bu etkinliklerden alıkoyuyor. Diğer meslek grupları bu konuda daha iyiler, kendilerine ayıracak daha fazla

zamanları var. Bizim için öğrenme hiç bitmiyor. Diğer meslek gruplarına göre bizim sosyal ağımız daha kısıtlı diyebiliriz.

D6: Zaman sorunu nedeniyle nadiren katılıyorum. Günün çoğunluğunu mesai alıyor, eve gidince de yemekten sonra ders çalışarak mesaiye devam ediyorum, bu benim tercihim. O yüzden çok zaman bulamıyorum. Sinemaya gidiyoruz, Bursa'da ablam devlet tiyatrosunda bize bilet bulduğunda izleyebiliyorum. Ankara'da etkinlik çok fazla ama hiç katılamıyorum, eşim de hekim ama yapamıyoruz. Diğer meslek grupları bence daha çok zaman buluyorlardır. Çünkü diğer sağlık çalışanları mesaiyi burada bitiriyorlar genel olarak, işten sonra yatana kadar normal hayatını sürdürme lüksü var onların. Hafta sonu bayram tatili bende yok, insanlar tatil planı yapıyorlar, birkaç kez plan yapıp gittim, ama orada da okuyorum, yazın kumsalda romatoloji okumak hiç normal değil. İnşallah emeklilikte düşünüyorum, şu anda yaptıklarımı seviyorum. Bence diğer çalışanlar daha sosyal, hayatla daha barışık belki. Ayrıca bence diğer meslek gruplarının sosyal çevresi daha geniştir. Cerrahi branşta çalışsaydım daha çok olabilirdi, bu belki benim için böyledir. Benim çevrem genellikle hekimlerden oluşuyor. Daha çok hasta görmek çevreyi genişletmiyor, görüyorsun bitiyor o kadar.

Doktorlar sürekli akademik çalışma gerekliliği, aileye zaman ayırma ve iş yoğunluğu gibi nedenleri kültürel etkinliklere katılımın önündeki engeller olarak vurgulamaktadırlar.



Şekil 7: Doktorlara Göre Kültürel Etkinliklere Katılım

Doktorların kültürel etkinliklere katılım konusundaki düşüncelerinde, mesleğe göre farklılık olduğuna dair anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Görüşme yapılan doktorların çoğu kültürel etkinliklere katılım düzeyinin mesleğe göre değişmediğini, daha çok kişisel tercihlerle ilgili olduğunu belirtmektedirler. Doktorlar, katıldıkları kültürel etkinlikleri daha çok sinema, tiyatro, opera, gezi, konser ve kitap okuma ile sınırlı tutmaktadırlar.

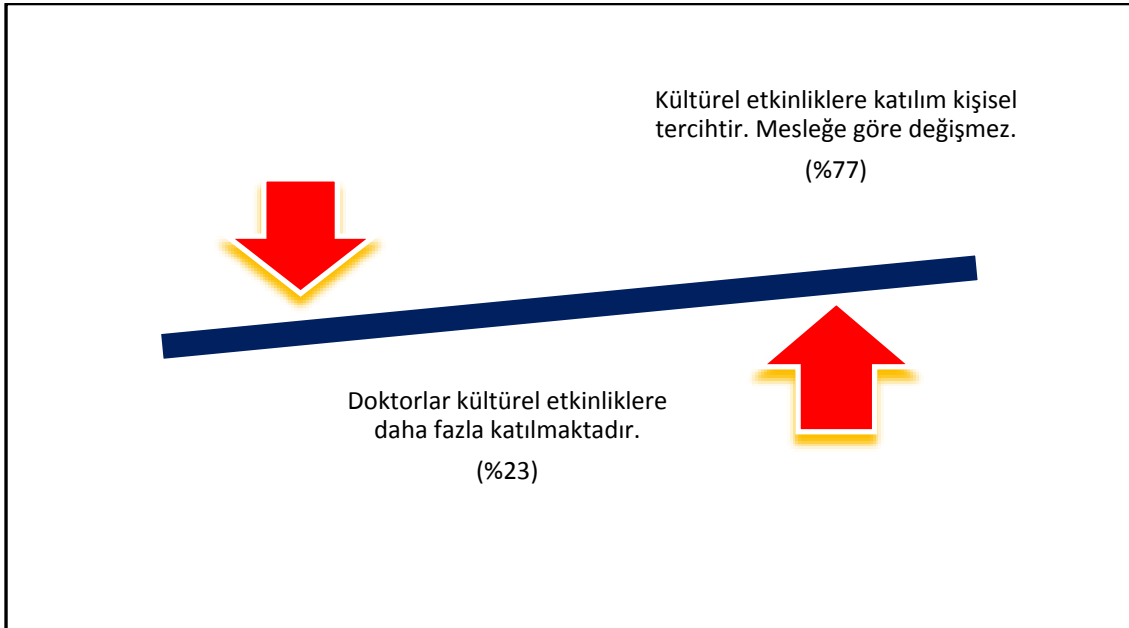
Görüşme yapılan fizyoterapistlerin çoğu (%77) kültürel etkinliklere katılım konusunda doktorlarla aynı düşünceyi paylaşmaktadır. Yani kültürel etkinliklere katılım mesleğe göre farklılık göstermemektedir. Gündelik yaşamda katılım gösterdikleri etkinlik türü olarak ise daha çok sinema, tiyatro, konser, müzik aleti çalma ve kitap okumayı belirtmektedirler.

F6: Fırsat yarattırsan gidersin ama öncelik sıramız farklı olduğu için çok zaman ayıramıyoruz. Mesleğe göre değil de daha çok kişiseldir.

F9: Kendimi o konuda şanslı görüyorum, gezerim tozarım, çoğu doktor da yapmıyor. Mesleğe göre değil, kişiseldir diyebiliriz. Maddi durumla da alakalıdır ama kişiseldir.

F11: Bu önce maddi kazanımla sonra vizyonla alakalı, ben bunu çok mesleğe bağlı tutmuyorum. Mesela ben ilgi duyuyorum, zamanım ve enerjim olduğu sürece gidiyorum.

F12: Böyle yoğun bir merkezde çalışmaktan dolayı ve büyük şehir zorluklarından dolayı, bedensel güç bulabilirsek gidiyoruz, ya da çocuklarımız için gidiyoruz. Bekâr olsam daha çok etkinliklere katılırdım belki ama şimdi çocuklarımla birlikte ayda bir iki kez sinemaya tiyatroya gidiyorum. Daha çok evde kitap okuyorum, beni dinlendiriyor. Burada hasta aralarında bilgisayar ve kayıt işleri çıktığı için okuyamıyorum. Kayıt işi de beni üzüyor, esas işimi yapmak yerine bürokrasiyle uğraşıyoruz. Diğer meslek grupları için bir şey diyemem, kişiseldir.



Şekil 8: Fizyoterapistlere Göre Kültürel Etkinliklere Katılım

Fizyoterapistlerin çoğu kültürel etkinliklere katılımın kişisel olduğunu belirtirken; maddi durumun yetersizliği, fiziksel yorgunluk, zaman yetersizliği, aileye daha fazla zaman ayırma gibi nedenlerin etkinliklere katılımı olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir.

F1: Ekonomik açıdan bir özgürlüğünüz yok ise eğer sosyal aktivitelerde kısıtlanıyor. Tiyatro ve diğer sanatsal aktiviteler yine insanın kendi içinde olan bir şey ama illaki maddi durum bunları ekiliyor. Maddi durumum yeterli olmayınca istediğim bir sporu yapamayabiliyorum. İstediğim bir sanat dalına yönelemeyebiliyorum. Doktorlar zaman açısından belki bizden daha yoğun olabilirler ama maddi açıdan zaten belli bir yere geldikleri için (mezun olur olmaz ekonomik özgürlükleri olduğu için) fırsat buldukça olar kültürel aktivitelere ve sosyal aktivitelere daha fazla yönelebiliyorlar. Yani ekonomik güç kültürel ve sosyal aktivitelere yön vermektedir.

F3: Doktorlar daha çok katılıyormuş gibi düşünüyorum. Bunun sebebi belki sosyal çevreden kaynaklı olabilir ya da toplumun onlardan beklentileri belki daha üst düzeyde, o yönde kendilerini daha geliştirmiş olabilirler, statülerinden dolayı da olabilir diye düşünüyorum. Kültürel aktivitelere katılıyorum. Devam ettiğim dernek toplantılarım var. Sık sık sinemaya gidiyorum özellikle de çocuklarımla gitmeye çalışıyorum. Küçük çocuğumun hafta sonları etkinliklere katılımlarını sağlıyorum. Tiyatroya fazla gitmedim. Eskiden konserlere giderdim, şimdi gidemiyorum, tv tek başına her şeyi çözdüğü için böyle tercih ediyoruz. Kendim müzikle ilgileniyorum ud çalıyorum.

Kültürel etkinliklere doktorların daha fazla katıldığını düşünen fizyoterapistler, bu durumu doktorların ekonomik ve sosyal sermayeye diğer meslek gruplarından daha fazla sahip olmasıyla açıklamaktadır. Görüşme yapılan fizyoterapistlerin yarısı (%50) doktorların sosyal çevresinin ve ilişki ağının yani sosyal sermayesinin diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğunu belirtmektedir.

F3: Doktorların sosyal çevreleri bana göre daha geniş diye düşünüyorum. Örnek verecek olursak ünlü bir iş adamının annesini muayene ettim. İş adamı doktorla muhataptı, ikili ilişkileri, yüz yüze görüşmeleri oldu; ben ise hastanın refakatçisi ile muhatap oldum. Anne ile ilgili teşekkür ve takdirleri hep doktor aldı, ben teyzenin teşekkürünü aldım, doktorların sosyal çevre edinişleri bizlere göre daha kolay.

F11: Bence vardır, özellikle doktorlar akademik kadro olsun olmasın, çok farklı sempozyum ve kongrelere katılıyorlar, kendi camialarının içine daha sık giriyorlar. Bizim böyle bir şansımız olmuyor, biz daha çok işin mutfağında çalışan bir ekip olarak çok seminer ve sempozyuma katılmıyoruz. Bu tür faaliyetleri onlar için artı buluyorum, kendi camiaları içinde daha sosyalleştiklerini, mesleki olarak birçok şeyi takip edebilmeye imkân verdiğini düşünüyorum. Biz bu konuda geride olabiliriz. Her kongre yeni arkadaşlar, yeni hekimler, özellikle yurt dışı kongreler bambaşka. Bunu böyle düşününce onların sosyal çevresi daha geniştir diyebiliriz. Bize gelince yine kişiseldir diyeceğim, dar bir çevrededir, işini ve hayatını ona göre yürütüyordur, kendisi de açılmak istemiyor olabilir.

F15: Kişisel de olabilir ama ben doktorlar ve diğerleri diye sağlık sektörünü ayırıyorum, hatta tıp fakültesinde “insanlar ikiye ayrılır, doktorlar ve diğeri” derlermiş, rivayet mi bilmiyorum. Böyle yetiştikleri için bunu hem iş hayatlarına hem de özel hayatlarına yansıttıklarını düşünüyorum. Bizler kongreye gideceğimiz zaman kendi cebimizden gidiyoruz, onları sponsor firmalar gönderiyor. Ben kongreye gitmek istediğim zaman, doktor bana “doktorların yılda iki kere gitme hakkı var ama sizin böyle bir hakkınız yok” diyor. Bunlar basit şeyler ama önemli ve bu onun sosyalliğini artıran bir şey oluyor ister istemez. Doktorlar yetiştirilirken aralarında abi abla hiyerarşik sistemi var, bu yüzden birbirlerine yönlendirme de oluyor. Bizim meslekte bunlar olmuyor.

F16: Fizyoterapistler kendi arasında sosyalleşiyor, doktor çevresine girdiğimiz azdır, doktorların daha geniştir, imkânları daha geniş zaten öyle de olmalı.

F19: Doktor ve hemşirelerin daha güçlü birlikteliği var, bizim o kadar değil. Doktorların tabipler odası diye bir şeyi var mesela; bizde ise derneğe üye olmak isteğe bağlı. Çok güçlü birlik beraberliği yok bence fizyoterapist camiasının.

F9: Kişiden kişiye değişir, kişinin sosyalliği ile alakalı ama doktorların daha farklı olduğunu düşünüyorum. Çoğu üst düzey hastamız doktor karşısında el pençe divan dururken, bize yapacaksın edeceksin havalarında oluyor. Doktorların bize göre çok avantajlı olduğunu düşünüyorum.

Bourdieu, (1993) sosyal sermayeyi sosyal çevre, sosyal ilişkiler ağı, üye olunan gruplar, bağlantılar ve bu bağlantıların gerektirdiği yükümlülükler olarak

tanımlamaktadır. Fizyoterapistler doktorların sosyal sermayesinin daha fazla olmasının nedenlerini, akademik çalışmaları, akademik çevresi ve bunlarla bağlantılı olarak katıldığı kongre, seminer vs. çalışmaları, Türk Tabipler Birliği üyesi olmak ve Tabipler Birliğinin doktorları destekleyici çalışmaları, medikal firmaların sponsorlukları, hasta ve hasta yakınlarının doktorluk mesleğine verdiği önem ve sosyal sermayesi fazla olan hasta ve hasta yakınları, ekonomik sermayelerinin fazla olması olarak vurgulamaktadır. Fizyoterapistler tarafından belirtilen nedenlerin, Bourdieu'nun sosyal, kültürel ve ekonomik sermayeleri içinde konumlandırılabilceği düşünülmektedir. Buna karşılık fizyoterapistlerin yarısı da (%54) sosyal çevrenin ve ilişki ağlarının mesleğe göre değil kişiye göre değişebileceğini ileri sürmektedir.

F8: O da kişiseldir, meslekle ilgisi olmaz, mesela burada çalışan temizlik personeli var aşırı sosyal, pek çok doktor var selam vermeyi bilmiyor.

F10: Kesinlikle kişiseldir, kimseyle görüşmeyen hekim de vardır, çok sosyal olan fizyoterapistte vardır. Ama ülkemizde meslek etiket gibi, senin veya eşinin konumuna bakarak seninle arkadaş olan insanlar var, ama o arkadaşlığın uzun süreli olduğunu düşünmüyorum.

F18: Bence farklılık yok, kişiseldir.

Görüşme yapılan hemşirelerin çoğu (%81) kültürel etkinliklere kalıtımın mesleğe göre olmadığı, tamamıyla kişisel tercihlerle ilgili olduğu konusunda doktorlarla ve fizyoterapistlerle aynı düşüncüyü paylaşmaktadır.

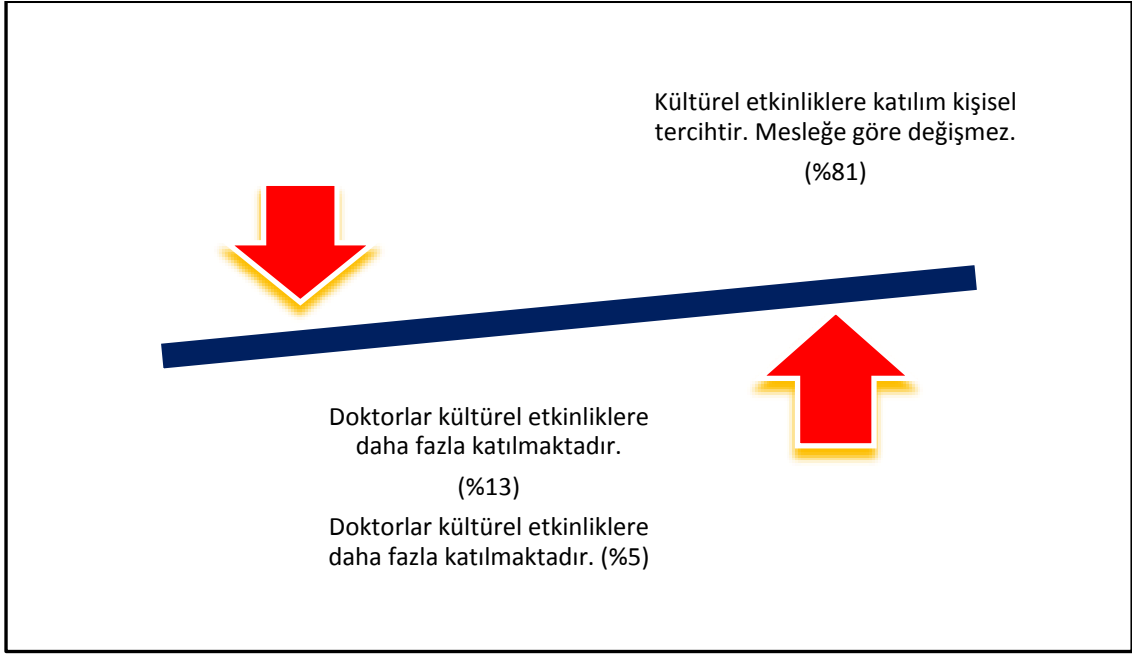
H3: Bence meslek grubu olarak değil de kişiyle alakalı bir şey. Ben kültürel faaliyetlere yeterince zaman ayırabiliyorum.

H5: Bekâr olursan her şeye güzel katılırsın, dört yıllık bekâr hayatımda gezdim eğlendim sinemaya tiyatroya gittim, ama

evlendikten sonra eş ve çocukların sevip sevmeme durumuna göre gidiyorsunuz, maddi sebepler değil zaman olmuyor, çünkü nöbetli meslek, nöbet sonrası eve gidince ev işlerini yetiştirmeye çalışırsın, ama eşi de bu şeyleri seviyorsa yapanlar var. Ekonomiden çok zamansızlık ve yaşadığın kişilerin zevklerine bağlı. Gördüğüm kadarıyla doktorlar arasında katılan kesim de var, bir kısmı bizim gibi yapamıyor, kişilik yapısıyla alakalı, daha önceden sergilere resimlerimi götürürdüm, çevremi ona göre değiştirip kurslara katılır, spor salonlarına giderdim, ama yetişemediğiniz zaman her şeyi bırakıyorsun.

H24: Spora zaman ayırıyorum, sinemayı evde izliyorum, tiyatro fırsat buldukça, ekonomik değil de sosyal koşullar nedeniyle bu böyle, diğer meslek gruplarında daha fazla diyemeyiz. Kişisel isteklere bağlı bu bence.

H1: Meslek grubumun nöbetleri, çalışma temposu, evdeki rollerimiz bizim hayatımızı biraz daha zora koştduğundan dolayı diğer meslek gruplarına göre sosyal faaliyetlere biraz daha uzak olduğumuzu düşünüyorum. Hem kadının geleneksel rolleri hem de hemşirelik mesleğinin getirdiği geleneksel kalıplar daha da zorlaştırıyor. Türkiye şartlarında hemşirelik mesleğinin ekonomik anlamda yeterli olmadığını, ekonomik şartlarının daha iyi olması gerektiğini düşünüyorum. Ekonomik durumumuz iyi olursa geleneksel kalıplarımız yine engel olur ama biraz da olsa sosyal etkinliklerimizin artacağını düşünüyorum.



Şekil 9: Hemşirelere Göre Kültürel Etkinliklere Katılım

Hemşireler ekonomik sermayenin düşük olması, aileye fazla zaman ayırma gerekliliği ve mesleğin nöbetli bir meslek olmasını kültürel etkinliklerin önündeki engeller olarak belirtmektedir. Katılımcılar özellikle toplumsal cinsiyetin geleneksel rollerinden dolayı kültürel etkinlikleri ertelediklerini ya da yapamadıklarını vurgulamaktadırlar. Ancak ekonomik sermayenin yeterli olması durumunda, bu sorunlarında çözülebileceğini ileri sürmektedirler. Hemşireler sinema, tiyatro, konser, opera ve kitap okuma gibi etkinlikleri kültürel etkinlikler arasında sıralamaktadırlar.

H15: Çocuklarımı onlara yönlendirmeye, onlara örnek olma adına katılmaya çalışıyorum, bunun meslekle ilgisi yok bence. Maddi olanaklara göre doktorlara göre farklı olabilir ama herkes kendi bütçesine göre kişinin kültürel geçmişiyle alakalı, hobileriyle alakalı, maddiyatın bu konuda çok etkisi yok. Doktorların sosyal hayata katılımı, ekonomik açıdan yüksek gelirli kişilerin yapabileceği şeyler olabilir.

H28: Nöbet, nöbet ertesi, 7/24 çalışma nedeniyle çok fırsat olmuyor. Çocuklarımızın telaşından sosyalliğe fazla zaman

ayırıyoruz. Doktorların maaşları daha iyi olduğu için kültürel faaliyetlere ayıracakları bir bütçeleri de vardır. Ayda birkaç hafta sonumuz boş, onu da ev temizliği, çocukların işi gücü derken ayıracak zaman kalmıyor.

H32: Kültürel faaliyetler parayla olur, vakitle olur. Gelirimiz bütün kültürel faaliyetleri yapabilecek kadar yüksek bir para değil, çok nadir belki çocuğunla bir sinemaya gidebilirsin. Vakit olarak da ayıramıyorsun, çünkü eve gidiyorsun işlerin var, gelirin sana yardımcı kazandıracak, hizmetler alacak kadar çok değil. O yüzden katılımımız sınırlı. Doktorların parası var, olanakları, firmaları var.

Kültürel etkinliklere doktorların daha fazla katıldığını düşünen hemşireler, bunun nedenini doktorların ekonomik sermayesinin daha fazla oluşuna bağlamaktadır. Dolayısıyla kültürel sermayenin yüksek olmasının da, ekonomik ve sosyal sermayenin yüksek olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin %24'ü doktorların sosyal çevre, ilişki ağlarının diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğunu düşünmektedir.

H16: Doktorların daha fazladır muhtemelen, toplumda daha çok çok kıymetli bir yerdeler. Doktor deyince daha fazla saygı gösteriyorlar, hemşire deyince yurdumun hemşiresi işte.

H17: Sosyal çevrenin genişliğine bakınca, doktorlar kendilerini biraz daha yüksek gördüğü için arkadaşlarını biraz daha seçerek çevresini oluşturuyorlar.

H21: Sosyal olarak doktorların daha geniş, çünkü mali durumları yüksek olduğu için, ben yurtdışına gitmek için bir yıl para biriktiriyorum, onlar her an gidebilir, paranın olması sosyal durumu etkiler, bir yerde otururken bile ben üç kere oturuyorsam o beş kere oturabilir, Türkiye'de ne yazık ki bu böyle.

H35: Doktorların birbirini tutmalarını görebiliyorum, birbirlerine soru sorduklarında çok güzel cevap verip yardım ettiklerini görüyorum. Hemşireler de sosyal anlamda biraz daha sıkıntı var, birbirlerinin kuyusunu kazmaya çalıştıklarını düşünürüm. Hepsi yapıyor demiyorum. Sosyal olabilmek için biraz da dışarı çıkabilmem gerekiyor, turlara vs. biraz gezmem gerekiyor vaktimin olması gerektiğine inanıyorum. O ortamlar oluşmıyor bir türlü.

Hemşireler doktorların sosyal sermayesinin fazla oluşunun nedenlerini, kültürel ve ekonomik sermayelerinin yüksek olmasına bağlamaktadır. Ayrıca doktorların meslektaşları arasındaki dayanışmanın önemini vurgulamakla birlikte, hemşirelerin sosyal sermayesinin düşük olmasının bir nedeni olarak kabul etmektedir. Ancak hemşirelerin önemli bir bölümü ise (%75) hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla sosyal sermayesinin olduğunu ya da sosyal sermayenin mesleğe ve statüye göre değişmediğini, tamamen kişisel olduğunu belirtmektedir.

H15: Hemşire hastanede herkesle iletişim halinde olduğu için sosyal ilişkileri daha gelişmiştir. Doktor ve fizyoterapistler daha az sayıda insanla temas kurarken, hemşireler bir nevi her şeye köprü olduğu için sosyal anlamda daha gelişmiştir.

H20: Sosyal çevre, dışarıdaki ilişkilerimiz olarak doktor hemşire aynıdır, karakteristiktir o bence.

H23: Meslek sosyal ilişkileri belirleyen bir şey, arkadaşlarımızın çoğunu da meslek grubundan seçiyoruz, vaktimizin çoğu onlarla geçtiği için, sosyal ağ genişliğine sayı olarak bakmadım, grup olarak baktım. Doktorların çevresi daha geniştir diyemem, aynıdır değişmez.

H25: Sosyal çevrenin genişliği de bireyseldir, mesleğe göre tanıştığın insanlar, girdiğin evre farklı olabilir ama bireysel olarak insanlar istediğini yaşayabilirler.

H27: Sosyal çevrenin oluşmasında iletişim de önemli, sadece maddiyat ve statü belirleyici değil. Ben ve eşim aktif ve girişken insanlarız. Pek çok doktordan daha geniş çevrem olduğunu düşünüyorum. Olaya kişisel bazda bakmak lazım.

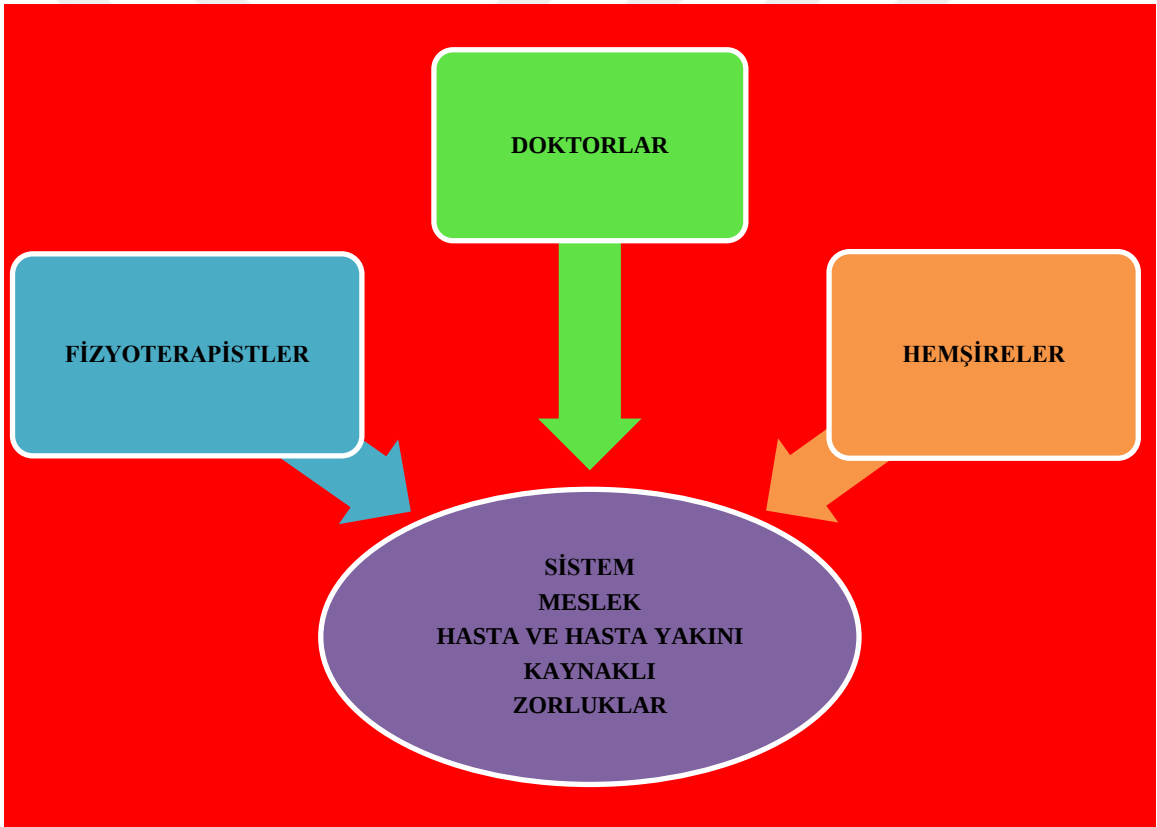
H34: Kişiseldir, asosyal insanlar doktorlarda da var hemşirelerde de. O kişinin yapısına bağlıdır.

Fizyoterapistler ve doktorlar sosyal sermayeye ilişkin düşüncelerini aktarıırken, grup yelikleri ve bağlantıları yükümlülükleri, akademik evre gibi alanları da sosyal sermayenin içine dahil ederken; hemşireler sosyal sermayeyi yalnızca sosyal ilişkiler ve sosyal evre açısından değerlendirmektedir.

Görüşme yapılan her üç meslek grubu da, doktorların ekonomik sermayeye diğer meslek gruplarına göre daha fazla sahip olduğunu, ekonomik sermayenin fazla olması da sosyal ve kültürel sermayenin fazla olmasından kaynaklandığını belirtmektedirler. Bununla birlikte fizyoterapistler ve hemşirelere göre ekonomik sermayenin fazla oluşu, sosyal sermayenin artmasını sağlamaktadır. Bu durum doktorların sosyal çevresinin ve sosyal ilişki ağlarının diğer meslek gruplarına göre daha güçlü olmasına neden olmaktadır.  meslek kategorisinde de kültürel etkinliklere katılım konusunda anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Sağlık alanında meslek icra etmenin getirdiği ağır şartlar nedeni ile üç meslek grubu da gündelik yaşamda kültürel etkinliklere yeterince zaman ayıramadığını belirtmektedir. Ancak üç meslek kategorisi de kendi dışındaki meslek grubunun daha fazla kültürel etkinliklere katıldığını düşünmektedir.

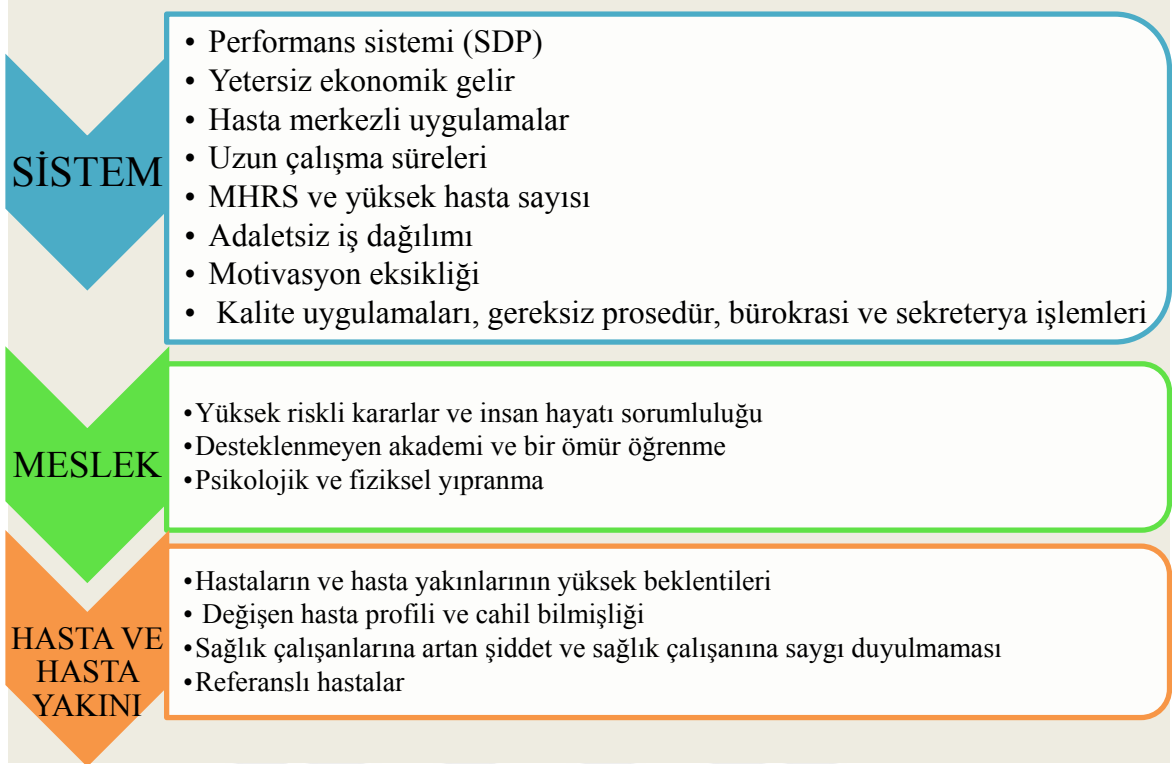
2.1.4. Mesleki Zorluklar ve Sembolik Şiddet

Çalışmamızın mesleki zorluklar başlıklı kategorisinde görüşme yapılan üç sağlık meslek grubunun, mesleklerini icra ederken karşılaştığı zorluklar tartışılmaktadır. Mesleki zorluklar kategorisinde belirtilen sorunların fazlalığı nedeniyle daha anlaşılır bir tablo sergileyebilmek için zorluklar, hasta ve hasta yakını, meslek ve sistem kaynaklı olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Bununla birlikte çalışmanın temel problemini oluşturan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sembolik şiddet ve bu şiddetin neden olduğu çatışmalar bu bölümde ortaya konulmaktadır.



Şekil 10: Mesleklere Göre Zorluk Kaynakları

2.1.4.1. Doktorların Mesleki Zorlukları ve Sembolik Şiddet



Şekil 11: Doktorların Karşılaştığı Zorluklar

Doktorluk mesleğinin sistemden kaynaklı sorunlarının başında **‘performans sistemi’** gelmektedir. Performans sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulama alanlarından birini oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığının resmi web sitesinde yayımladığı ‘Sağlıkta Performans Yönetimi’ adlı bilgilendirme broşürüne göre “bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavram olarak tanımladığı performans”ı; sağlıkta kaliteyi, verimliliği, hasta memnuniyetini ve performansı artırma ayrıca ölçme aracı olarak kullanmaktadır

(https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212155410_performans2.pdf).

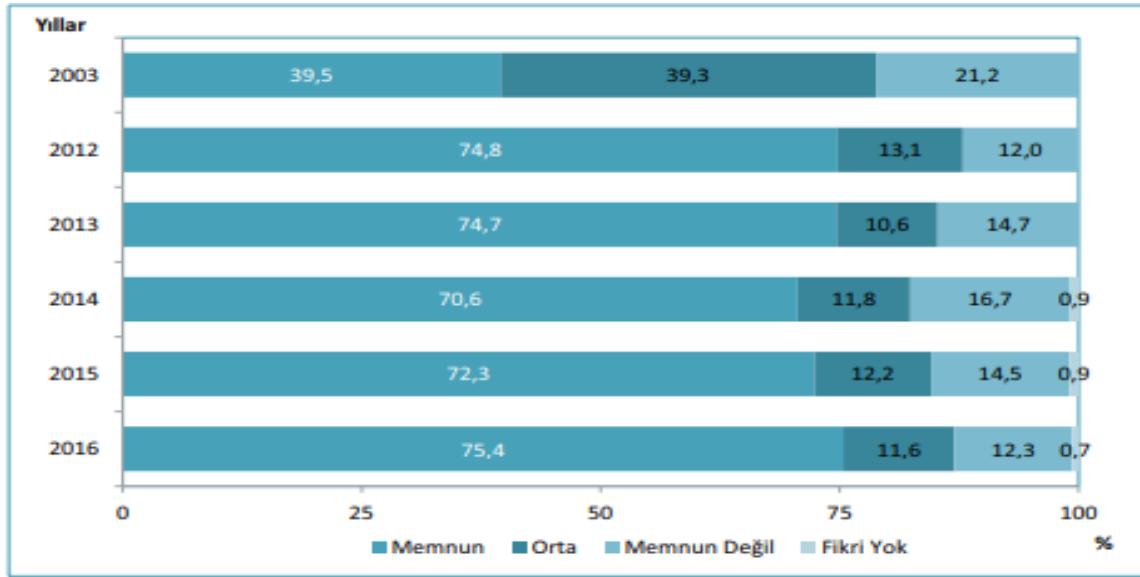
Yine bu kapsamda performans değerlendirme sisteminde, bireysel performans değerleri niceliksel olarak ölçülmekte, kurumlar kendi aralarında derecelendirilerek, çalışanlara ücret olarak yansımaktadır. Bu nedenle kurumun hizmetleri kayıt altına alarak belgelenmektedir. Ayrıca bireysel performans, kurumsal performans hedefleri içinde

belirleyici konumdadır. Performansa göre ödeme sistemi kamu sağlık kuruluşlarının, sistemde rekabet eden aktörler haline gelmesini sağlamaktadır. Çalışanlar, kuruluşun ve bireysel performans hedeflerinin gerçekleştirilmesi oranında ödüllendirilmektedir. Bu sistem yani sağlık çalışanlarını verimli ve kaliteli hizmet sunumuna özendirmek için performansa göre döner sermayeden katkı payı ödenmesi, Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılından itibaren kendisine bağlı hastanelerde uygulanmaktadır. Hizmet, vizite, gün ve vakaya göre ödeme ile kaleme dayalı bütçeleme ve global bütçeleme gibi farklı ödeme yöntemleri sağlık hizmetleri finanse edilirken kullanılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve performans sistemi, Sağlık Bakanı tarafından “sübjektif değerlendirmelerden uzak, tamamen kayıta dayalı, zaman içinde geliştirilip şekillendirilen nesnel ölçümlere bağlı ve bize özgü örnek bir uygulamadır.” şeklinde topluma sunulmaktadır. Yani Sağlıkta Dönüşüm Programı ve performans sistemi, dönemin iktidar partisi tarafından, Bourdieu’nün (1991, 2016) “gerçekliği kurma ve yapılandırma” gücü olarak tanımladığı sembolik güç tarafından hazırlanarak topluma sunulmaktadır. Sembolik güç, sisteme tabi olanları, sistemin meşruluğuna ikna eder ve ortak algı şemaları yaratır. Bourdieu’ye göre (1990) “sembolik güç, şeyleri sözcüklerle yapma gücüdür”. Sembolik güç, meşruluğunu sürdürebilmek için sembolik şiddeti kullanır. Bu bağlamda sembolik şiddet, fiziksel şiddet gibi görünmez. Jenkins’e göre (1992) sembolik şiddet, grupların ve sınıfların meşru kabul ettikleri sembol ve anlamların dayatılış süreciyle ilişkilidir. Ajanların tanıma süreci ile ilişkilidir. Sembolik güç, Sağlık Dönüşüm Programının uygulama sürecini dört aşamada gerçekleştireceğini belirtmektedir. Bu dört aşamayı, kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü yerel uygulamalar ve Türkiye genelinde yaygınlaştırma olarak belirleyerek kendi sembolik sistemini kurmaktadır. Sembolik güç, kavramları, yetkileri, hukuku ve kamuoyunu kullanarak sembolik şiddeti uygulamakta ve sembolik sisteminin tanınmasını

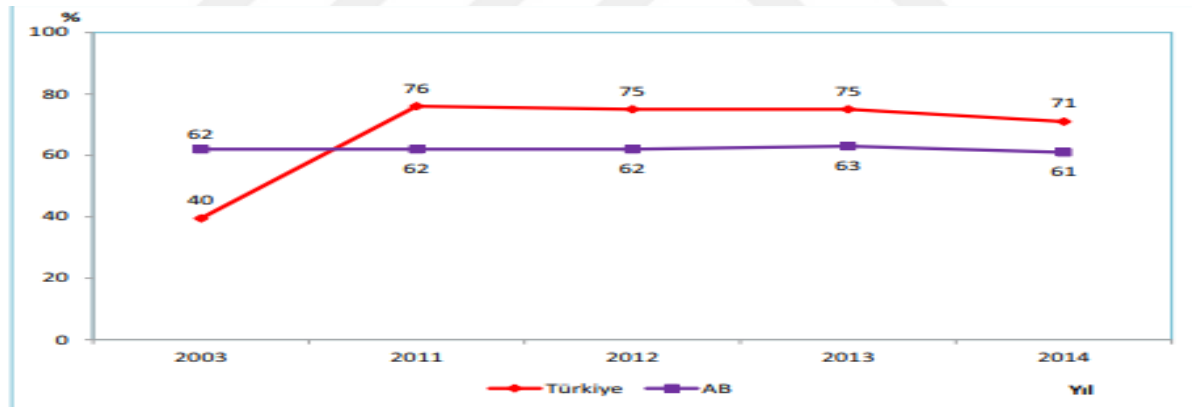
sağlamaktadır. Bourdieu'ye göre (1992) sosyal pratiklerin oluşmasında dil sembolik olmaktan daha öte bir şeydir.

Tablo 9: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%)



Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2016

Tablo 10: Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%)



Kaynak: Bulletin of the World Health Organization 2009;87:271-278, Avrupa Komisyonu Social Climate Report 2011,2012,2013,2014, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2014

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2016 yılında yaptığı yaşam memnuniyeti araştırma sonuçlarına göre, sembolik gücün sağlık uygulamalarından bireylerin memnuniyet düzeyi oldukça yüksektir. Hatta bu memnuniyet 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte belirgin oranda artmıştır. Yani sembolik gücün sembolik sermayesi kullanarak meşru yollarla uygulamaya

koyduğu proje bireyler tarafından kabul görmüştür. İstatistikler de bu kabulün en önemli göstergeleridir.

Sağlık Bakanlığı devletin siyaset kurumunun uygulayıcılarından biridir. Mücadele alanında sahip olduğu ekonomik, sosyal ve kültürel sermaye ile sembolik bir sermaye yaratarak sembolik gücünü kullanarak Sağlıkta Dönüşüm Programını başlatmıştır. Performans sistemi de Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçasıdır. Sembolik güç, çalışanları icra ettikleri performans üzerinden ücretle ödüllendirmektedir.

D1: Performans sistemi ne kadar hasta o kadar para. Performans sistemi doktoru köleleştiriyor, daha ticarete dönüyor, para bu kadar sağlığın içine girmemeli. 2000’li yılların başındaki sistemin çok daha güzel olduğunu, doktora daha saygılı olduğunu düşünüyorum. Doktorun da hastaya saygısı daha çoktu o zamanlar. Resmen kasiyerliğe dönüldü, benim hoşuma gitmiyor açıkçası.

D3: Performans sistemi mesleği iyice kıymetsiz hale getirdi. Doktor bu kadar para alıyor, üstelik bizimle ilgilenmiyor, döveceksin bunları diyor. Herkes senden ilgi, güler yüz bekliyor, sırada beklemek istemiyor, bize herkesi alacaksın diyorlar, insanları acile teşvik ettiler. Bu sistemde doktorlar önden götürülen bir parça samanı kapmak için koşan, yarışan atlar gibi oldu.

D11: Performans sisteminin doktorlara vermiş olduğu kaygıyla (*aldığın ücret direkt performansa bağlı olduğu için*), daha fazla hastaya bakan arkadaşlarımız da var, bu da hizmeti kalitesizleştiriyor. Bence sistemin en büyük sorunu bu olabilir.

D21: Performans sistemi sağlık için inanılmaz kötü bir sistem. Zamanında muayenehane açarak mesleği suistimal etmiş hocalarımız vardı. Sonra bu sistemle iş ticarete döküldü, adam 150

hasta bakmak için uğraşıyor. Hiç kimse işini yapmıyor gerçek anlamda, yapamıyor, hep daha fazlasını yapmasını bekliyorlar.

Çalışmada görüşme yapılan doktorların tamamı performans sisteminden şikayetçi olduğunu belirtmektedirler. Çünkü performans sisteminin sağlık kurum ve kuruluşlarını kar amacı güden, neoliberal politikalara uygun olarak piyasa koşullarına göre hizmet veren ticarethaneye çevirdiği vurgulanmaktadır. Sağlık alanında icra edilen her işlem için ücretlendirme yapılmaktadır. Bu durumun sağlık çalışanlarını, sağlık hizmetlerine ticari bir bakış açısıyla bakmaya yönlendirdiği değerlendirilmektedir. Sembolik gücün, performans sistemi ile birlikte sağlık çalışanlarına sembolik bir şiddet uyguladığı düşünülmektedir.

D3: Doktorlar puanları yakalamak için gereksiz ameliyat yapıyorlar. Cerrahî pratisyeni herkes aynı kategoride yarıştırılıyor. Burada 20 bin puan alıyorum döner yok, başka hastanede aynı puana 7000 tl performans alınıyor. Aynı işi yapmışsın, sırf hastane döner dağıtmıyor diye senin suçun günahın ne? Motive etmek için performansı getir ama bu kadar yıkıcı olmasın. Doğuya ver, zorlandığın yerlerde katsayıyı artır, şehirde tüm imkânlarla sahip olan 20 bin puan yapmış hekime üç bin veriyorsan, Nallıhan'daki aynı puanı alan doktora beş bin ver. Adaleti sağlamak gerek, Atatürk'teki doktora yedi bin veriyor burada bana hiç vermiyor, aynı işi yapıyorum belki daha çok çalışıyorum.

D9: Ben gençlerin bin, bin beş yüz lira için köpek gibi çalışmasına üzülüyorum, önce insansınız, önce iyi hizmet vermeye çalışın diyorum. Ortalama puanlar 15 bin civarında iken şimdi 35 bin civarında; doktorun yaptım dediği şeyi yapmadığını adım gibi biliyorum ama sistem bunu onaylamamı istiyor. Benim deli gibi

alışıp topladığım puanı, o doktor yapmadığı işlerden alıyor, böyle adaletsiz bir sistem olabilir mi? Ortalamanın altında kalan dürüst çalışan doktor para alamıyor. Bu sistemde iyi hekimlik kaliteli hizmet önemli değil, seri çalışmak önemli. Yapılmaması gerekenleri yapıyorlar, meğer lkemde herkesin apandisiti varmış.

D18: Mesela dhiliye hekimliği tamamen tetkik hekimliği haline geldi. Muayene yerine tetkik istemek kolaylarına geliyor, hastayı inandırmış oluyor, ultrasonuna da baktık diye. Sende bir şey çıkmamış ama o performans yapıyor, röntgen masum kaldı, korkunç bir mr ve tomografi çılgınlığı var. Avrupa’da ışın izni yok, çünkü o kadar röntgen çekmiyorlar. Performans sistemi dehşet bir olay, neden değiştirmiyorlar bilmiyorum. Kongrelerde diğer doktorların kendi aralarındaki konuşmalarına şahit oluyorum, korkunç bir şey. Dosya tanzimi değil bu, hastanın hayatı hakkında karar veriyorsun. Bu vicdanen yanlış ama sadece hekimin üstüne de yüklemek yanlış olur. Bir zincirin halkalarından sadece biri hekim. Doktor ve hekime ben öğretmenleri de katıyorum, hatta daha önemli onlar, çocuklarımızı emanet ediyoruz. Eskiden gidiyorsun doktoru bulamıyorsun diye performans sistemi çıktı, şu an bu olay tetkik hekimliğine döndü.

Katılımcılar, doktorların taban maaşlarını artırabilmek için, normalin üstünde hasta muayene ettikleri ve sadece performans puanını yükseltmek için fazla sayıda tetkik istendiğini ve ameliyat yapıldığını vurgulamaktadırlar. Sembolik gücün, uygulamaya koyduğu meşru performans sisteminin doktorlar üzerinde görülmeyen bir baskı yarattığı yani sembolik bir şiddet uygulayarak doktorları daha fazla çalışmaya yönlendirdiği düşünülmektedir.

Sağlıkta performans sistemine geçildikten sonra, görüşme yapılan doktorların önemle üzerinde durduğu sağlık hizmetleri güncel istatistikleri aşağıdaki tablolarda sunulmaktadır (www.saglik.gov.tr).

Tablo 11: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	221.672.029	212.318.024	214.120.750	208.538.951	205.549.931
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.143.765	1.815.805	1.643.937	1.495.558	1.374.153
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	630.583	536.707	660.056	548.433	525.011
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	10.035.342	4.999.980	2.234.348	3.457.520	8.080.631
Özel Poliklinikler	731.132	655.432	582.265	546.514	523.694	461.013
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	235.137.151	220.252.781	219.205.605	214.564.156	215.990.739
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	32.012.211	31.256.100	28.208.781	26.953.360	22.069.610
Hastaneler	124.313.659	354.636.935	378.812.243	396.577.644	418.581.931	447.648.830
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	386.649.146	410.068.343	424.786.425	445.535.291	469.718.440
Genel Toplam	208.966.049	621.786.297	630.321.124	643.992.030	660.099.447	685.709.179

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 12: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	260.974.401	277.485.135	292.100.331	306.825.524	340.080.539
Üniversite	8.823.361	27.080.436	29.985.697	32.143.930	34.539.363	36.420.413
Özel	5.697.170	66.582.098	71.341.411	72.333.383	77.217.044	71.147.878
Toplam	124.313.659	354.636.935	378.812.243	396.577.644	418.581.931	447.648.830

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık ocakları kaldırılmış, yerine aile hekimliği, Verem Savaş Dispanseri, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi,

Toplum Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Projenin hedefleri arasında olan sevk sistemi uygulanmaya başlamıştır. Ancak tabloya baktığımızda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuruların oldukça arttığı görülmektedir. 2016 yılında sağlık kurumlarına başvuran sayısı neredeyse toplam nüfusun sekiz buçuk katını oluşturmaktadır. Bu durum, hastaların çoğunlukla doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurduğunu göstermektedir. Görüşme yapılan doktorların da belirttiği üzere hasta sayılarında belirgin bir artış bulunmaktadır. Bu durum hekimlerin günlük baktığı hasta sayısının oldukça artmasına neden olmaktadır. Performans sisteminin de doktoru gelen her hastayı muayene etmesi yönünde etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca dönüşüm programının hedefleri arasında olan hasta memnuniyetinin, doktorları kesintisiz sağlık hizmeti vermeye yönlendirerek sembolik bir şiddet yarattığı değerlendirilmektedir. Hasta sayısının fazla olması, gelen her hastanın teşhis ve tedavisinin yapılması, muayene sürelerinin kısa olması ve verilen hizmetin kalitesini düşüğünü belirten doktorlar, sağlık hizmetini vermeye devam etmektedirler. Çünkü bir taraftan da hasta memnuniyeti doğrultusunda şikayet edilmek istememektedirler. Aynı zamanda yüksek hasta sayısı performans ücreti olarak doktorlara geri dönmektedir.

Tablo 13: Yıllara ve Sektörlere göre Yatan Hasta Sayısı

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	6.891.857	7.023.313	7.396.239	7.404.570	7.561.989
Üniversite	781.990	1.601.878	1.630.464	1.737.627	1.891.094	1.842.001
Özel	556.494	3.485.092	3.719.780	3.900.407	4.237.453	4.048.696
Toplam	5.508.263	11.978.827	12.373.557	13.034.273	13.533.117	13.452.686

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 14: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayısı

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.298.893	2.414.538	2.445.424	2.364.595	2.473.267
Üniversite	307.108	664.695	715.889	765.549	801.424	799.133
Özel	218.837	1.446.630	1.553.810	1.587.973	1.604.126	1.499.829
Toplam	1.598.362	4.410.218	4.684.237	4.798.946	4.770.145	4.772.229

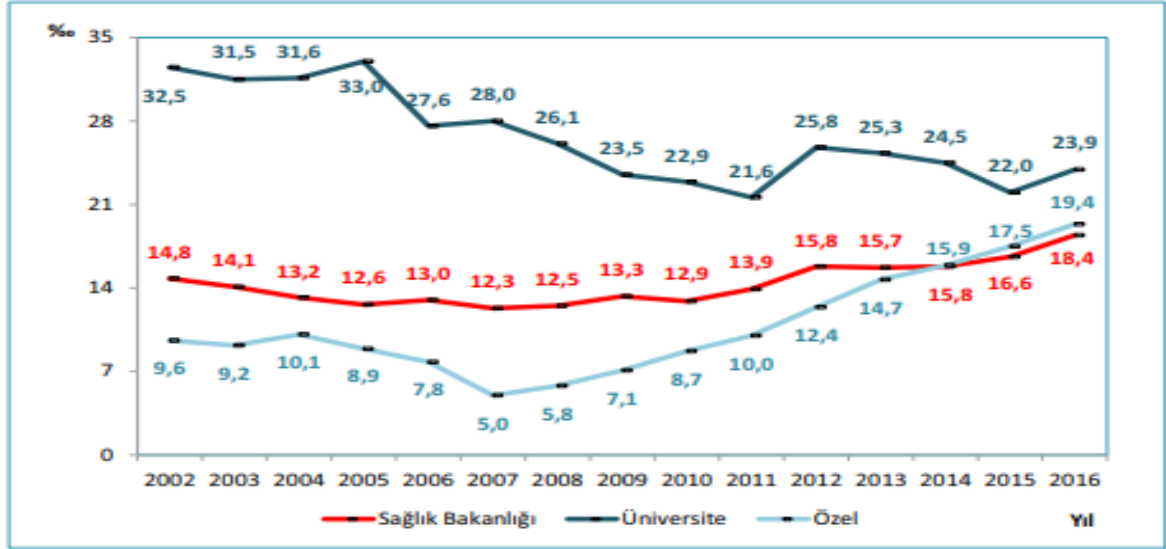
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 15: Yıllara Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü, Tüm Sektörler



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 16: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Kaba Ölüm Hızı, (‰)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 17: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2016

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
Sağlık Bakanlığı	8.073.145	10.787.302	20.377.187	11.009.261	5.403.909	1.377.753
Üniversite	1.602.845	2.042.455	2.060.412	692.591	763.009	267.061
Özel	2.857.676	2.137.781	5.436.689	1.873.560	1.342.563	372.486
Toplam	12.533.666	14.967.538	27.874.288	13.575.412	7.509.481	2.017.300

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 18: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2013

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
Sağlık Bakanlığı	5.213.207	7.295.808	17.438.742	5.786.423	3.566.342	1.401.746
Üniversite	1.142.721	1.662.826	1.862.445	577.570	608.719	271.470
Özel	2.717.654	2.081.060	5.518.475	1.735.006	1.355.977	404.726
Toplam	9.073.582	11.039.694	24.819.662	8.098.999	5.531.038	2.077.942

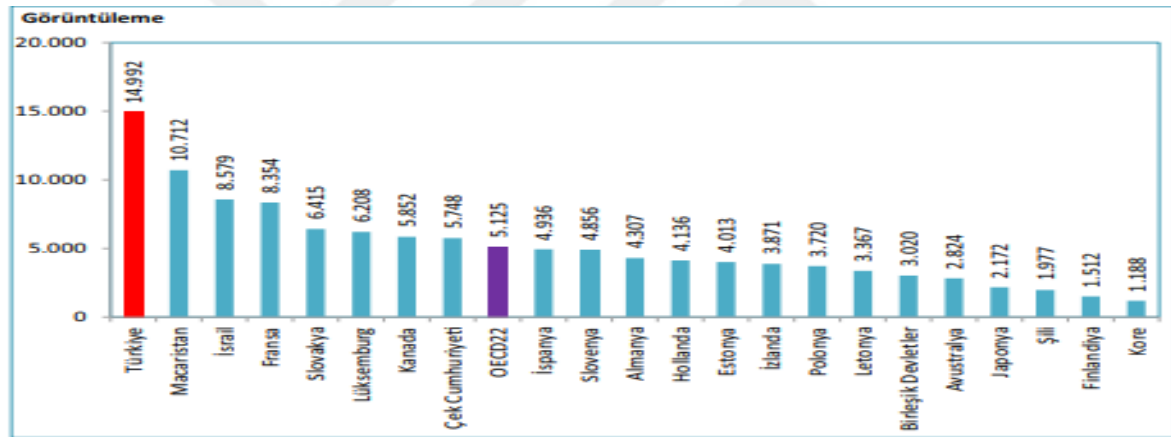
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 19: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2008

	MR MRI	BT CT
Sağlık Bakanlığı Ministry of Health	2.297.240	3.834.506
Üniversite University	415.776	741.752
Özel Private	770.787	946.065
Toplam Total	3.483.803	5.522.323

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Source: General Directorate of Curative Services

Tablo 20: Yataklı Tedavi Kurumlarında MR Cihazı Başına Düşen Görüntüleme Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2015



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2017
Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir.

Görüşme yapılan doktorlar, performans sisteminin gereksiz ameliyatlara ve gereksiz tetkik istemlerine neden olduğunu ileri sürmektedirler. Sağlık Bakanlığı 2016 yılı istatistiklerine bakıldığında, sonuçların doktorların görüşlerini doğrular nitelikte olduğu görülmektedir. Buna göre, hastanelere yatan hasta sayılarında projenin başladığı 2002 yılı ile son dört yıl arasında belirgin bir artış vardır. Bu durumu destekler nitelikte, yatış süreleri geçmiş yıllara oranla azalmaktadır. Doktorların da belirttiği gibi, performans için hastalar yatırılmakta, mümkün olan en kısa sürede taburcu edilerek yerine başka bir hasta alınmaktadır. En önemli göstergelerden birisinin de ameliyat sayıları olduğu

düşünülmektedir. Sembolik gücün egemenliğe sahip olduğu ilk dönemle, projenin uygulandığı son dört yıl arasında ameliyat sayılarında üç katı bir artış yaşanmaktadır. Performans sistemine göre ameliyat işlemi puanı en yüksek performans puanı arasında yer almaktadır. Yine görüşmelerde üzerinde durulan bir diğer konu ise gereksiz tetkik istemedir. Yıllara göre bazı cihazların görüntüleme sayılarına bakıldığında özellikle MR ve BT görüntüleme sayılarında belirgin bir artış olduğu izlenmektedir. Ayrıca 2015 yılı istatistiklerine göre yataklı tedavi kurumlarında MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısında OECD ülkeleri arasında ülkemiz birinci sırada yer almaktadır. Görüntüleme sayılarındaki artış, performans kaygısı nedeniyle daha fazla istek yapıldığını işaret etmektedir.

Tablo 21: Performans Puanları

Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları		
KOD	İŞLEM ADI	PUANI
510.121	Dahili branşlardaki servislere gönde en az iki kez yapılan hasta başı vizit (günlük her hasta için)	21
520.010	Konsültasyon ücretleri (her bir hekim için)	10
520.020	Acil poliklinik muayene ücreti	21
520.030	Normal poliklinik muayene ücretleri	21
520.031	Sevki yapılan muayene	5
520.032	İcra nöbetinde yapılan muayene	30
520.033	Psikiyatri Muayenesi (ilk 10 hasta için 30 puan sonraki hastalar 21 puan)	30
530.020	Apse veya hematoma drenajı, derin	150
530.100	Elektrokardiyogram	0
530.140	İM enjeksiyon	0
530.150	IV enjeksiyon	0
530.581	RİA takılması	40

Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları		
KOD	İŞLEM ADI	PUANI
550.130	Anestezi AI grubu (Özellikli ameliyatlara ve girişimler)	1.200
550.131	Anestezi AI grubu (Özellikli ameliyatlara ve girişimler),uzman ve anestezi teknisyeni birlikte	400
604.910	Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi + patch plasti	2.500
607.980	Splenektomi, total	500
610.130	Appendektomi	420
619.910	Müdahaleli doğum	143
619.920	Normal doğum	143
619.921	Ebe eşliğinde yapılan doğum	36
619.930	Sezeryan	143
801.690	Akciğer grafisi (iki yön)	4
804.190	MR, beyin	20
901.500	Glukoz	0

Performans sistemi puanları sabit olmasına rağmen, performans ücretleri sağlık kurumlarının döner sermayesinden karşılanması nedeniyle ekonomik sermayenin eşitsiz dağılımını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle doktorların gelirleri arasında da büyük farklılıklar gözlemlenmektedir. Doktorlar ekonomik sermayedeki bu eşitsizliğin doğal bir sonucu olarak rekabeti işaret etmektedirler.

D2: Performans sistemini kesinlikle onaylamıyorum, huzuru bozan, insanı strese sokan bir şey. Geldiğim yerde performans kaygısı yüzünden iyi bir doktor ilişkisi yoktu. Herkes birbirinden daha fazla performans yapmaya çalışıyor ve bu kaliteyi çok düşürüyor, insanlar iki üç dakikada hasta bakmaya çalışıyor, hastayı iyi sorgulayamıyor, tedaviler doğru verilemiyor, performans kaygıları nedeniyle doktor hatalarını bizzat gördüm. Performans kaygısı yüzünden doktorlar birbirine rakip oluyor ve diğerinin kuyusunu kazmaya çalışıyor. Performans sistemi branşa göre olmalı, cerrahi branşlar bizden daha çok almalı, önerim bu, o zaman herkes daha sağlıklı çalışacak ve kalite artacak. Performans sistemi hekimleri birbirine düşürdü, adam ben cerrahım FTR uzmanının puanı nasıl bana yaklaşır diyor. Devlet hastanelerinde ay sonunda kim ne almış curcunası var.

D7: Performans sisteminin adaletli olmadığını düşünüyorum. Hekimlerin eskiden polikliniklerde yeterince hasta bakmaması sebebiyle çıkmış bir sistem ama bir kere hastane bazında olması çok saçma. Aynı işi yapıyorsunuz ama bir hastane 500 tl dağıtırken diğeri 2500 tl dağıtıyor, bu çok büyük bir eşitsizlik. Bazı branşların muayene süresi kısa ama fizik tedavi muayenesi uzun, o yüzden aynı hasta sayısına bakmak mümkün olmuyor. Aynı fizik tedavi

hekimleri farklı hastanelerde farklı paralar alabiliyor. Ay içinde üç günden fazla izin aldığınızda performansınızdan çok büyük bir kesinti oluyor.

D9: Sağlıkta dönüşüm sistemi ve performans sistemi bizi bu hale getirmiştir ve barışımızı yok etmiştir. Hiç kimse mesleki dayanışma, fedakarlık yapma, iyi hizmet verme derdinde değil; ben bu maaşı nasıl yükseltebilirim derdindedir, bu da kaliteyi çok düşürüyor. Türk Tabipler Birliği ve Ankara Tabipler Odasının bir takım çalışmaları var ama bunlar bypass edilmiş durumdadır.

D17: Performans sistemi başlayalı 6-7 yıl oldu, bu sistemde ücret alamıyorsunuz, hekimler arası çatışma doğuruyor, bu vicdana bırakılmış bir durum, yapılmadan sisteme bazı girişler yapılabilir, denetlemesi var ama bazı işlemlere hekim yaptım deyince kimse bir şey diyemez.

Doktorlar performans sisteminin, kendi aralarındaki rekabeti artırarak adaletsiz bir ortam yarattığını belirtmektedir. Performans sisteminin sağlık hizmetlerinin önüne geçtiği, doktorların en büyük kaygılarının sağlık hizmetleri değil, o ay alacağı performans ücretinin olduğu ileri sürülmektedir. Bu durumun sağlıkta kaliteyi düşürdüğü; daha da önemlisi sağlık hizmeti veren personelin arasında bir gerilime neden olduğu vurgulanmaktadır. Aslında sembolik güç, performans sistemini meşru bir baskı aracı olarak kullanmakta ve bu şekilde doktorları daha uzun zamanlı çalıştırarak daha fazla hasta görmelerini sağlamaya çalışmaktadır. Bu durumun denetlenememesinin ise sistemin en önemli eksikliği olduğu düşünülmektedir. Doktorların fazla sayıda hasta görmeleri ve aynı branşların farklı performans ücreti almaları doktorlar üzerinde baskı yaratmakta, branşlar arasında gerilimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sembolik güç, sembolik sermayesini yani gücünü kullanarak egemenliğini sürdürmek için sağlık

alışanlarına sembolik şiddet uygulamaktadır. Sağlık alanı da diğer alanlar gibi mücadele alanı olduğundan sermayesi fazla olanlar mücadelelerini sürdürmektedir. Görüşme yapılan doktorlar performans sisteminin kalkmasıyla ilgili çalışmaların varlığını, ancak gerçekleşmediğini vurgulamaktadırlar.

D3: Performans sistemi en büyük illet bence, tamam kötü hekimler de var, 20 hasta baktım gerisine bakmam diyor ama çok kötü bir sistem kaliteyi düşürüyor. Dengeyi iyi sağlayamadılar. Sağlık harcamalarının bu kadar artmasının sebebi sistemin kötülüğü. Bunu doktorlar olarak her ortamda dile getiriyoruz ama dinleyen yok, performans sistemi değişecek diye kaç kere söylediler bir şey yapılmadı. Performans düşük olunca para alamıyorsun, maaşın az, hekim olmuşsun, yıllarını vermişsin beş bin lira veriyorlar. Performansla bunu on beş bine çıkarırsın, doğuda sözleşmeli ocuk uzmanı 23 bin alıyor.

D6: Performans sistemi çıktı mertlik bozuldu. Kalite diye bir şey yok, sen ne kadar bakarsan o kadar iyi, o sırada kaliteli olduğunu var sayıyorsun, Allaha emanet gidiyor. Hastaya üç beş dk. kalıyor zaten. **Portakal gibiyiz, geliyoruz suyumuzu emiyorlar, posamız gidiyor. Performans hiç güzel bir sistem değil, bakmıyorum desem yaptırım gelir. Herkes yaparken senin sesin çıkarsa çok kolay sustururlar.**

D8: Performans sisteminin az önce söylediğim kğıt işlerinden bir farkı yok, doktoru tamamen bilgisayar başına hapseden; belki de gerçekte yapmadığı işleri bile yaptı diye göstermesini gerektiren, **buna mecbur bırakılan bir sistem, çok da gerekli olmayan bir**

sistem. İki ayrı ilde iki FTR uzmanı farklı maaşlar alırsa bence haksızlık olur, buna standart getirilebilir.

D15: Performans hekimin sırtına yüklenmiş bir yüküdür, hekimi dövmenin bir yoludur. Çok yakışksız bir şey performans; günde 70 hasta bakacaksın, ayda 40 ameliyat yapacaksın, biz sana beş bin lira vereceğiz diyor. Bunun karşılığında **at gibi çalışacaksın** diyor. Hastaya yeterli ilgiyi göstermeyeceksin, puan toplayacaksın, ay sonunda ben sana altı bin lira para vereceğim diyor, bu durum **köleliğin uygarcası. Devlet devlete kazık atıyor**, bunu nasıl önleyecekler bilemiyorum.

Bourdieu'ye göre (1987) sembolik sermaye servet gibidir yani üstü örtülüdür. Servetten farkı ise maddi olarak değil; yetki, saygınlık, itibar, akademik derece gibi sembolik biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Bir alanın sembolik yapılanmasında hukuki alan çok önemlidir. Sembolik sermayenin meşruluğunun tanınmasında önemli rol oynamaktadır. Daha da önemlisi sembolik sermayenin bütün formlarını (*ekonomik, kültürel, sosyal*) elinde bulunduran devlet, sembolik şiddeti de uygulama tekeli elinde bulundurmaktadır. Sembolik şiddet ise, herhangi bir sembolik temsili kabul edip etmeme veya reddetme konusunda çok az seçeneği olan ajanlara dayatmayı ima etmektedir. Devlet, sembolik şiddeti kullanırken hukukla birlikte eğitimin işlevini de kullanmaktadır. Eğitim, otoritenin gücünü ajanlara sunduğu, öğrencilerine sosyokültürel ve ekonomik durumlarını öğrettiği yerdir. Ancak bütün ajanlar sunulanı kabul etmek zorunda değildirler. Toplumsal düzendeki meşruiyetin empoze edilmesinden şüphe duyabilmeleri de mantıklıdır. Ancak sembolik güç, sembolik şiddetti normalleştirme eğilimi içindedir. Bunun için yasal gücün yanında meşru kültür tarafından uygulanan toplumsal otoriteyi kontrol edenlerin etkisini artırmaya çalışmaktadır. Uygun yargısal

tavırlar ve kanun yetkisi ile toplumun otoritesini kontrol edenlerin gücünün birleşimi, ajanları sembolik şiddete mahkûm etmektedir.

Sağlık alanı da sembolik güç tarafından sembolik bir sistem olarak kabul edilmektedir. Sahip olduğu sembolik gücü (*yetki*) kullanarak “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı uygulamaya koymaktadır. Gerekli kanunlar çıkartılarak ve hukuki zemin kullanılarak hazırlanan proje sağlık çalışanlarına sunulmaktadır. Sağlık çalışanlarına sunulurken dil, basın ve hukuk yolu ile aynı algı şemaları oluşturularak projenin tanınması sağlanmaktadır. Toplumsal otoriteyi kontrol eden aydınlar aracılığıyla da proje desteklenmektedir. Aslında burada tamamen kodlanmış sembolik bir sistem sunulmaktadır. Yasalar (*uygulanabilir niteliktedir*), özel olarak eğitilmiş uzmanlar tarafından yorumlanmakta, uygulanmakta ve yeniden üretilmektedir. Bu durumda egemen hem de baskın olanı karakterize eden toplumsal alanın yanlış algısı da sembolik şiddettir (Weininger, 2002). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve onun bir uygulama alanı olan performans sistemini doğru bulmayan doktorlar değişmesini istemekte, ancak resmi bir kurum tarafından yaptırıma tabi olduklarından sistemi tanımakta ve uygulamaya katılmaktadırlar. Bu bağlamda doktorlar, toplumsal düzendeki meşruiyetin empoze edilmesinden şüphe duymakta, ancak sembolik gücün kullandığı sembolik şiddet ile sistemi kabul etmektedirler. Sembolik güç egemenliğini devam ettirmek için doktorların da vurguladığı gibi eşitsizlikleri devam ettirmektedirler. Ayrıca meşru düzene karşı çıkanların resmi bir kurum tarafından yaptırıma tabi tutulması da sembolik sistemde ihlallerin olduğunu işaret etmektedir.

Görüşme yapılan doktorlar performans sistemi için **‘hekimi dövmenin bir yoludur’** derken fiziksel şiddetin biçim değiştirmiş şekli olan sembolik şiddeti işaret etmektedirler. Bununla birlikte **‘portakal gibiyim, posamız kalıyor’**, **‘hekimin sırtında bir yük’**; **‘hekim performans hesaplamaya mecbur bırakılıyor’**, **‘at gibi**

‘çalışacaksın’, ‘performans sistemi köleliğin uygarcası’ gibi ifadeler sağlık çalışanlarının tahakküm koşullarını meşru olarak gördüklerini ortaya koymaktadır.

Sembolik gücün Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte uygulanmaya başlayan performans sistemi, görüşme yapılan doktorlar tarafından mesleğin en önemli zorluğu olarak tanımlanmaktadır. Sistemle ilgili belirtilen zorlukların neredeyse tamamı Sağlıkta Dönüşüm Programı ve performans sistemine bağlı olarak ortaya çıktığı görüşmelerden anlaşılmaktadır. Yani sembolik güç tarafından sembolik şiddetle meşru kılınan sembolik bir sistemden kaynaklanmaktadır. Bunlardan en çok üzerinde durulan konulardan birisi **‘yetersiz ekonomik gelir’**dir.

D3: Performans düşük olunca para alamıyorsun, maaşın az, hekim olmuşsun, yıllarını vermişsin beş bin lira veriyorlar. Performansla bunu on beş bine çıkarırsın, doğuda sözleşmeli çocuk uzmanı 23 bin alıyor.

D7: Çıplak maaşın emekliliğe yansıyan maaşın çok düşük. Lisans mezunu hiçbir memurun emekliliğe yansıyan maaşı 2800 tl değil, üstü ek ödeme, performans, nöbet parası vs. ve emekliliğe yansımıyor. Emekli olunca alacağınız maaş 2000 tl, emekli olamama korkusu sıkıntılardan birisi. Başka bir sıkıntı, hastanemizin döner sermayesi yok, döner sermayesi olan hastaneyle aramızda 3-4 bin fark var.

D8: Ekonomik olarak dışarıdan öyle görünmüyor ama çok iyi bir gelir düzeyinde değiliz, çok kötü de değil, ortalama düzeyde. Yaptığımız işe göre daha iyi düzeyde olmalı bence. Ben asistan hekim olduğum için performans yapmıyorum, diğer hastanelerdeki asistan arkadaşları bilmiyorum.

D22: Maaş az, küçük yerlerde döner sermaye parası iyi, onu hekim hak ediyor bence, hastaneye kazandırdığı ücretin performansını alıyor ama bu emekliliğe yansımıyor. Aslında branşlara göre sabitlemeleri lazım, o zaman hekimler arası yarış olmaz, kıskançlık olmaz. Ben bunu yaşamadım ama olabilir, o hekime karşı değil de sisteme karşı kıskançlık ve kızgınlık olabilir. Ben onunla aynı işi yapıyorum ama onun yarısı ücreti alıyorum deyip sisteme kızarsın, çünkü onun yerinde ben de olabilirdim. Şu anda sistem gelen tüm hastaya bakmak üzerine kurulu.

Doktorların görüşmelerde ifade ettikleri gibi taban maaşları 3600 ek gösterge üzerinden hesaplanmaktadır. Dolayısıyla görevlerini icra ederken aldıkları performans ücreti, sabit ek ödeme, nöbet ücreti gibi ödemeler emeklilik maaşlarına yansımamakta; bununla birlikte görevdeyken bağlı bulunulan sağlık kurumunun döner sermayesi yoksa ya da çok düşük olduğu durumlarda doktorların maaşlarına yansımamaktadır. Bu durum 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulanmaya başlamıştır. Dolayısıyla doktorlar gelir durumlarını yükseltebilmek için daha fazla performans yapmakta, daha fazla hasta görmekte ve çalışma süreleri de bu duruma bağlı olarak artmaktadır. Birçok doktorun emekli olduğu takdirde maaşı azalacağı için emekli olmadığı, çalışmaya devam etmek zorunda kaldığı ileri sürülmektedir. Bu bağlamda sembolik gücün sembolik şiddeti kullanarak, doktorları daha uzun süre çalışarak, daha fazla hasta görerek, hastanenin gelirini ve performansını artırmaya mecbur bıraktığı düşünülmektedir.

D2: Çalışma saatleri. Diğer meslek gruplarına göre daha fazla çalışıyoruz, nöbetimiz var, daha önce çalıştığım yerde poliklinikte çalışırken tuvalete gitmeye bile vaktim olmuyordu.

D11: Bizim branş için değil ama diğer branşlar için çalışma şartları en belirgin zorluk, uzun çalışma süreleri, nöbet sonrası devam etme, 36 saate varan çalışma süreleri var birçok branşta.

D16: Yurt dışıyla karşılaştırsak çalışma saatlerinin düzenli olması lazım. Sadece uzun çalışma saati anlamında değil, toplam süre belki aynı olabilir ama birim zamanda senden yapmanı bekledikleri iş çok fazla.

D21: Sağlıkçının en başta doktorun insan olduğu unutuluyor, bence en büyük problem bu. Kendi ihtiyaçları olduğu gibi karşındakinin de ihtiyaçları olduğunu hasta ve yakınları, yönetim bunu göz ardı ediyor. Bu hatırlansa öğle arası biz poliklinikte oturtulmayız, herkes gelip kapıda ahkâm kesemez. Zaten işleyen bir tetkik süreci var, sonuçta sırayla devam ediyorum ama herkes anlayışsız hastalar, yakınları, yöneticiler. Senin işin var mı, planın var mı, yani insan olduğun hep unutuluyor, çalışma şartları açısından insanlık dışı bir yaklaşım var.

Sağlık personelinin çalışma süreleriyle ilgili olarak 13/01/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin çalışma düzeni ve saatleri ile ilgili maddeler dikkate alınmaktadır. Bu Yönetmeliğin;

- 37 nci maddesine göre "Yataklı tedavi kurumlarında çalışmalar günün 24 saatinde kesintisiz devam eder. Normal mesai saatleri dışındaki hizmetler, acil vakaların muayene ve tedavisini acil ameliyat ve müdahalelerin yapılmasını ve yatmakta olan hastaların bakımlarının devamını kapsar."

- 38 inci maddesinde, "Yataklı tedavi kurumlarında tüm personelin mesai başlama ve bitiş saatleri, hizmetin ve mahallin özelliği ve kurum personel kadrosu göz önüne alınarak ilgili kanunlara göre Valilikçe belirlenir."

- Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.

Aynı Yönetmeliğin 12 inci maddesine göre, “*poliklinik muayene başlama ve bitiş saatlerinin baştabiplikçe belirlenerek duyurulacağı ve belirlenen saatler içerisinde kesintisiz olarak sürdürüleceği, 14 üncü maddesinde ise acil hizmetlerin 24 saat süre ile kesintisiz olarak yürütülecektir.*”

Sembolik güç, fazla çalışma saatleri ile ilgili olarak, mevcut yasayı korumayı ve uygulamayı tercih ederek sembolik şiddeti yasalar aracılığıyla kullanmaktadır. Sağlık kurumları yöneticiliği aracılığıyla mevcut yönetmelik uygulanmaktadır. Yönetmelikten de anlaşılacağı üzere sağlık kuruluşunun durumu ve yönetimin inisiyatifinde doktorların çalışma saatleri planlanmaktadır. Doktorların **uzun çalışma saatlerinde** performans puanları yükselmektedir, aynı zamanda kurumunda performans puanı yükselmektedir. Doktorlar sağlık kuruluşunun performans puanını yükselten personelin yönetim tarafından da korunduğunu belirtmektedir.

D9: Eski çalıştığım hastanemde yönetimle baş edemediğim için, üç aylığına geçici olarak bu hastaneye gelmemi istediler. Eskiden çalıştığım hastanede yönetim, hasta girişini durdur düğmesini kaldırttı, bunun ne anlama geldiğini siz yorumlayın, hastanenin bütün derdi para kazanmak. Eski hastanemde etik komisyonunda görev yapıyordum ve orada bir takım yolsuzluklar tespit ettik. Muhatabım yönetim olduğu için bildirdik. Tespit edilen yolsuzlukları yönetime tutanakla bildirmemiz gerekiyor. Yönetim tutanağa hiçbir işlem yapmadan, başka bir hastaneden oluşturulacak komisyona inceletiyor, bizim tespitimiz haklı bulunursa şahıs ağır cezada yargılanacak. Yönetim hep idare edin,

konuşun telkin edin diyor, sözde bağımsız ama yönetim tutanak tutturmuyor, ben konuşurum diyor konuşmuyor. Çünkü yolsuzluk yapan doktor hastaneye para kazandırıyor, o puan hastanenin başarısı gibi görünüyor, aynı zamanda yöneticinin hanesine de yazılıyor. Böyle bir çıkar ortaklığı olduğu için bunlar hep pas geçiliyor. Bu sistemde herkes bunu yapıyor.

Sağlık kurumlarında yönetim, sembolik gücün sembolik sisteminin uygulayıcısıdır. Mücadele alanında sağlık çalışanlarına göre daha fazla kültürel, sosyal ve ekonomik sermayeye sahiptirler. Bu kapsamda kendi mücadele alanında sermayelerini kullanarak sembolik bir güç yaratmaktadır. Bourdieu'nün de (1987) belirttiği gibi eşitsizliği destekleyerek sistemin devamına katkı sağlamaktadır. Görüşme yapılan doktorlara göre eşitsizliğin beslendiği bir diğer konuda **adaletsiz iş dağılımı**dır.

D3: Görünmese de sistem kaynaklı iç baskı var. Üstesinden gelemiyoruz artık tükenmişlik sendromu yaşıyoruz. Bütün çalışma hevesimiz kırıldı, meslekten keyif alma bitti. Eşim gece ikide kalkıyor anjiyo yapıyor, sabah uykusuz halde poliklinikte 100 hastaya bakıyor, çalışma şartları hiç insani değil. Orada döner sermaye veriyor ama eşine çocuğuna vakit ayıramıyor, sosyal hayat evde uzanıp dinlenmek oluyor.

D7: Aklıma ilk gelen zorluk mecburi hizmet, çünkü mezuniyet sonrası size hekimlik yapma imkânı verilmiyor. Devletin atadığı yere gitmezseniz hiçbir yerde hekimlik yapamıyorsunuz. Bu en büyük zorluklardan bir tanesi. Devletin atadığı yerde görev sürenizi tamamlayacaksınız, diğer meslek gruplarında eş durumu atamaları yapılabilirken, doktorlar için gözetilmiyor. Bakanlık sağlık hizmetini eşit şekilde dağıtmak zorundadır, bu nedenle bazı

kısıtlamalar getirmek zorundadır. Ama bunu yapmak yerine sağlık hizmeti devam etmek zorunda şeklinde savunması var.

D12: Yoğun iş yükümüz var. Nöbet gibi hem sorumluluğun fazla olması, hem de kişi başına düşen bakmak zorunda olduğumuz, sorumluluğumuz altında olan hasta sayısının fazla olması ciddi bir zorluk. Hasta sayısının fazla olması heterojen değil, her hastanede böyle değil, bazı bölgelerde yoğunlaşmış.

D16: Toplam süre belki aynı olabilir ama birim zamanda senden yapmanı bekledikleri iş çok fazla. O şekilde planlama yapılıyor, mesela bir hastanenin hasta yoğunluğu fazla ama oraya bakacak hekim sayısı az gibi (*doğru iş gücünü doğru yere yönlendirilmelidir diyebilir miyiz*), o da olabilir, o konuda bir kısıtlama yok.

D21: Periferde çalışan hekim arkadaşlar da çok sıkıntılı, mesela bir nörolog tek çalışıyorsa her gün icapçı, böyle insanlık dışı bir şey olabilir mi? Saat 23.00 e kadar uzmanın acilde görevlendirilmesi, zorunlu tutulmaz ve isteyen yapabilir denirse ve ona göre hastaneler kendi içinde düzenleme yapacaksa gönüllülük esas alınacaksa olabilir. Hala nöbet tutuyor olmak gerçekten çok zor, belli bir yerden sonra tutmayalım artık. Ben burada rahatım ama yan dal yapmış arkadaşlarım acilde asistan gibi nöbet tutuyorlar.

Doktorlar, sembolik gücün sağlık kurumlarındaki görev dağılımının adaletli olmadığını, branşlara ve hastanelere göre iş yükünün çok değiştiğini, görevde uzmanlaşmayla birlikte iş yükünün azalması gerektiğini, ancak aksine daha da arttığını, mecburi hizmet ve stratejik personel olmaları nedeniyle aile birliklerinin sarsıldığını belirtmektedirler. Yine sembolik güç, egemenliğini eşitsizliklerini besleyerek

sürdürmektedir. Zorunlu hizmet, hasta sürekliliği, acillerde kesintisiz sağlık hizmeti kavramlarını kullanarak, sembolik bir sistem yaratmaktadır. Bu süreçte sağlık çalışanlarına sembolik şiddet (*stratejik personel, zorunlu hizmet gibi*) uygulayarak sistemin gereklerini yerine getirmelerini sağlamaktadır. Adaletsiz iş dağılımı ve performans eşitsizlikleri görüşme yapılan doktorlar tarafından genellikle hasta yoğunluğu, sürekli hizmet kavramlarıyla ifade edilmektedir.

Sağlıkta Performans Yönetimi ve Performansa Göre Ödeme Sistemi Raporuna (2005) göre, yönetim bilimciler arasında kabul gören görüş; performansın ücretlere yansıtılmasının günümüzde çalışanların motivasyonunda ve örgütlerin başarısında önemli rol oynadığıdır. Ancak görüşülen doktorlar bu görüşün tam aksi yönünde bir söylem kullanmaktadırlar. **Performans sisteminin motive etmek yerine, doktorlarda kaygı ve gerilim yarattığı**, adaletsizliklere neden olduğu ve mesleklerini tam olarak icra etmelerine engel olduğunu ileri sürmektedirler.

D12: Çalışan hakkını alsın tabii ki, çok risk alıyorsa karşılığını alsın ama daha adaletli bir sistem olmalı. Tekrar gözden geçirilecek şeyler olabilir ama bilgim dahilinde en azından aynı branş içinde denge sağlanmalı. Aynı uzman aynı işi yapıyor, ama aralarında farklılıklar olduğunu duyuyorum, bunlar gözden geçirilirse kişinin motivasyonu artar.

D3: Motive etmek için performansı getir ama bu kadar yıkıcı olmasın. Doğuya ver, zorlandığın yerlerde katsayıyı artır, şehirde tüm imkânlara sahip olan 20 bin puan yapmış hekime üç bin veriyorsan, Nallıhan'daki aynı puanı alan doktora beş bin ver. Bakanlığın her türlü hastanesinde çalıştım, yöneticilik de yaptım, çalışan memnun olmazsa hasta da memnun olmaz. Sağlık sektörünün durumu çalışanlar için hiç iç açıcı değil. Bakanlıkta

benden fazla maaş alan birçok uzman danışman var, sadece düşünüyorlar.

D21: Performans sistemi kalkmalı, hasta sayısı sınırlamasıyla biraz daha insani şartlarda çalışmalıyız. Hak ettiği maaşı alacağını bilip, gönül rahatlığıyla hastasına daha verimli olacak şekilde çalışması lazım.

D22: Bir hekim diğer hekim için benden çok kazanıyor diye içinden geçirmemeli. Hekimin günde kaç hastaya bakacağı ve kaç dk. ayıracağı belirlenmeli, performans kaygısı olmayınca o hastalara daha verimli bakar.

Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema üzerine kurulmuştur. Bunlardan bir tanesi de “yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti ve hasta memnuniyeti” sistemidir. Buna göre vatandaşın kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri ve memnuniyetleri temel ölçüt olarak kabul edilecek ve politikalar bu yönde geliştirilecektir. Bu hedeflere erişmek için de tüm sağlık hizmeti veren kurumları kapsayan bir sistem içinde rekabet ortamının yaratılması gerektiği vurgulanmaktadır. Sembolik gücün 2013 Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporuna göre (www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf);

- Kişilerin sağlıklı bir hayat sürmesini amaçlayan her türlü sağlık hizmetine erişiminin sağlanması, sağlık sisteminin öncelikli fonksiyonlarından. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu andan itibaren, ihtiyaç nispetinde, gerekli olan hizmetlere erişimin önündeki bürokratik, finansal, bölge farklılıkları, hizmet arzının yetersizliği veya dengesizliği, dezavantajlı grup içinde olma vb. gibi her türlü engelin ortadan kaldırılması, ihtiyaç duyulan bütün hizmetlere, ihtiyaca uygun, hakkaniyetli bir şekilde ve zamanında ulaşılmasının temini gereklidir.

- Sistemler, hizmet sunucuları veya hizmetin finansörlerinin beklentilerini karşılamaya odaklanıp düzenlemeler bu yönde gelişirse, bütün bu hizmetlerin varlık sebebi olan hizmet alıcının beklentileri yeterince karşılanamaz. **Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında, hizmeti alanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ile beraber, sağlık dışındaki beklentilerine de sistemin cevap verebilmesi, hizmet alanların memnuniyetini sağlayan ve sistemin başarısını gösteren önemli faktörlerdendir. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu andan itibaren uygun zamanda ve etkili bir şekilde müdahale,** sağlık tesislerinin hizmet alanlara ve verenlere yönelik ergonomik düzenlenmesi, dezavantajlı gruplar için kolaylaştırıcı yaşam alanlarının yaygınlaştırılması, kişilerin mahremiyetinin korunması, hizmet sunucusunu seçme hakkının temin edilmesi, **kişilerin kendi sağlıkları konusundaki karar süreçlerine katılımlarının sağlanması,** saygınlık, etkili iletişim ve tedavi sırasında sosyal destek ağlarına erişimin sağlanması insan odaklı bir sistemin önemli köşe taşlarıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bu maddelerle sağlık kurumlarında **hasta ve hasta yakını memnuniyeti merkezli bir hizmet verdiği,** hizmetin kesintiye uğramayacağı, hizmet alanın istediği saatte ve zamanda hizmet alabileceği, sağlık süreci kararlarına dahil olabileceği değerlendirilmektedir. Görüşme yapılan doktorlar, sembolik gücün, hizmet sunumunda hastanın belirleyici hale gelmesinin, hasta memnuniyetine odaklanılmasının, kesintisiz hizmet anlayışı uygulamasının, performans sistemi ile birlikte rekabet ortamının oluşmasının sağlıkta hizmet kalitesini düşürdüğünü, doktorluk mesleğine duyulan saygıyı azalttığını vurgulamaktadırlar.

D11: Bazen hastalardan tehdit olabilmekte, tıbbi kararları kendi kendine alan hasta bu kararları senin de uygulamanı beklemekte, uygulamadığın takdirde doktora şiddet uygulamaktadır. Bugüne kadar fiziki şiddete maruz kalmadım ama sözlü şiddeti gördüm. Genel olarak güven problemi var, tıbbi davalar ya da şikâyet

mercileri hiçbir süzgeçten geçmeden direkt bize ulaşmakta, ben bundan da rahatsızım. Sonuçta her hasta şikâyetine savunma yazılmamalı diye düşünüyorum.

D21: Sağlıkçının en başta doktorun insan olduğu unutuluyor, bence en büyük problem bu. Kendi ihtiyaçları olduğu gibi karşındakinin de ihtiyaçları olduğunu hasta ve yakınları, yönetim bunu göz ardı ediyor. Bu hatırlansa öğle arası biz poliklinikte oturtulmayız, herkes gelip kapıda ahkâm kesemez. Zaten işleyen bir tetkik süreci var, sonuçta sırayla devam ediyorum ama herkes anlayışsız hastalar, yakınları, yöneticiler. Senin işin var mı, planın var mı, yani insan olduğun hep unutuluyor, çalışma şartları açısından insanlık dışı bir yaklaşım var. Hasta sayısı sınırlamasıyla biraz daha insani şartlarda çalışmalıyız. Daha uygun sayıda hasta muayene edilmeli, hasta ve yakınlarının imtiyazları ele alınmalı, saygısızlıklarının altında yatan neden bu kadar şımartılmaları.

D22: Hastalar açısından düşününce eskiden hekime sağlık çalışanına saygı vardı, ama şimdi o yok. Karşımıza geldiğinde, sen benim verdiğim vergilerle maaş alıyorsun diyorlar, sen bana bakmak zorundasın, önüne reçeteyi atıyor bana şu ilacı yaz diyor. Olay büyüdüğünde şiddete yöneliyorlar, hekim veya sağlık çalışanı kendisini savunamıyor, arkasında duran yok. Bu davranış şekli yönetim kaynaklı olabilir, hastalara tanınan haklar bize tanınan haklardan çok daha fazla. Bizden ziyade onların şikâyeti daha çok dikkate alınıyor. Yeni mezun doktor olarak küçük bir ilçede çalışırken başkasının reçetesini yazmamı isteyen birine yazmam dedim, bana demediğini bırakmadı, beni sürdüreceğini söyledi.

Bugün olsa üstüne bir de tehdit eder herhalde, dışarıda takip edebilir, sıkıştırabilir diye korkuyorsun. Şu anda sistem gelen tüm hastaya bakmak üzerine kurulu.

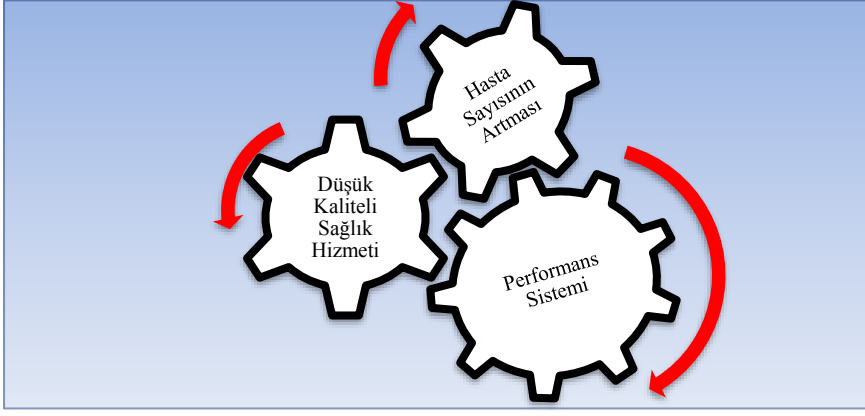
Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hasta hakları ve hasta memnuniyeti kavramları sembolik sisteminde oldukça önemli hale gelmekte ve kurum yöneticileri tarafından da desteklenmektedir. Ancak bu durumun hasta ve hasta yakınının doktorun alanına müdahale etmesine, her türlü isteklerinin yerine getirilmesi beklentisine, doktora duyulan güvenin azalmasına ve sürekli bir şikayet sisteminin işlemesine neden olduğu düşünülmektedir. Sembolik gücün, hasta ve hasta yakını şikayet etme yetkisi vererek, hasta memnuniyeti kavramını merkeze alarak doktorlara sembolik bir şiddet uyguladığı değerlendirilmektedir. Sembolik güç, BİMER (Başbakanlık Bilgi Edinme Merkezi), CİMER (Cumhurbaşkanlığı Bilgi Edinme Merkezi), SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi), Hasta Hakları Birimi, Ankara İl Sağlık Hasta Hakları Şikayet Birimi gibi kanallar aracılığıyla hasta ve hasta yakınlarının sosyal sermayelerini güçlendirmektedir. Sağlık kurumlarında afiş, broşür ve hastane televizyonu aracılığıyla şikayet başvuru kanalları, sürekli hasta ve hasta yakınına tanıtılarak; hasta ve hasta yakını, şikayetçi olması gerekiyormuş gibi yönlendirilmektedir. Sağlık sistemindeki şikayet kanallarının doktorun üzerinde sembolik bir şiddet ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Şikayet edilme kaygısı sağlık çalışanlarının üzerinde bir baskı yaratmakta; bu nedenle bir robot gibi sistemin gereklerini yerine getirerek, hizmet vermesine neden olmaktadır. Bu şekilde sembolik güç, sağlık çalışanını kendi görüşleri doğrultusunda yönlendirmektedir. Görüşme yapılan doktorların da belirttiği gibi, randevusuz poliklinik muayenesine gelen **hasta sayılarının ve merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) başvurularının yoğunluğu** da şikayet sürecini tetiklemektedir.

D2: MHRS sistemi randevu dakikaları insanı strese sokan bir şey, iki randevu arasında 10 dakika var ancak randevusuz gelen araya

giren hastalarla beş dakikada bir hasta bakıyoruz, bu sistemsal bir sıkıntı. İnsanlar iki üç dakikada hasta bakmaya çalışıyor, hastayı iyi sorgulayamıyor, tedaviler doğru verilemiyor, performans kaygıları nedeniyle doktor hatalarını bizzat gördüm.

D3: Hekime şiddetin doğma sebebi hastanın ilgi görmemesi; doktorluğa saygının azalması hastaya daha az zaman ayırma neticesinde hastanın yeterince ilgi görmediğine inanması. BİMER CİMER her türlü kanaldan şikâyet gidiyor, böyle bir sektör görmedim, bir hâkimi şikâyet edebilir misiniz? Üstelik benim hakkımdaki şikâyetlerin hepsi yalan yanlış, mesela bana fizik tedavi vermedi diyor. Sistem mesleği iyice kıymetsiz hale getirdi. Doktor bu kadar para alıyor, üstelik bizimle ilgilenmiyor, döveceksin bunları diyor. Herkes senden ilgi, güler yüz bekliyor, sırada beklemek istemiyor, bize herkesi alacaksın diyorlar, insanları acile teşvik ettiler, Bakan kişi acile gidip benim durumum acil dediyse acildir diye açıklama yapıyor. Adam acil derse derdini dinlersin ama buna hekim karar verir.

D11: Mesleğin en önemli sorunlarından birisi poliklinik sayısı, bunun hizmeti kalitesizleştirdiğini, bir kısır döngüye soktuğunu ve gitgide poliklinik sayısının arttığını düşünüyorum. Sayı arttıkça hizmet kalitesizleşiyor, bunun sonucunda hastalar daha çok tekrar tekrar polikliniğe gitme ihtiyacı duyuyor. Poliklinik derken bir günde bakılan hasta sayısını kastediyorum. Hasta sayısını kısıtlayıcı bir kota yok, sistem her müracaat edeni gün içinde bakılacak şekilde düzenleme yapıyor. Bu yönetsel olarak da böyle uygulanıyor.



Şekil 12: Performans Sisteminin Etkileri

D14: Her hastaya bakman gerekiyor ama sana öğretilen gibi normal bir muayene yapmıyorsun. Hastayla konuşman lazım, psikolojik durumunu görmen lazım, şimdi hiç konuşmadan tetkik iste yolla, muayene etmiş sayıl; hasta da bunu talep etmiyor işte o kötü, eğitim seviyesi düşük, her hasta doktor zannediyor kendini. Doktor yüzüme gülmedi diye şikâyet ediyor, haklı ama bizden kaynaklanmıyor sistemden kaynaklı bir durum, bir an önce bu hasta çıksın da ötekine bakayım diyorsun, kapıda yığınlar var, insan gibi muamele yapamıyoruz. Hasta sayısının çok olması kalitesiz muayene demek, iş bitsin bir an önce, şikâyet gelmesin; ama bu hem hastayı tatmin etmiyor hem de bizi etmiyor, böyle bir mutsuzluk döngüsü içinde mesleğimizi tamamlıyoruz.

D15: Hasta sayısı çok fazla, hastalara yeteri kadar süre ayıramıyorlar. 15 dakikada bir hasta alıyorsun planlı olarak ama gelen hastayı da geri çeviremiyorsun, MHRS'den 22 hasta alıyorum ama bana günde randevu dışında 20-30 ekstra hasta geliyor. Kanunlarla ilgili olarak; hastayı şikâyetle teşvik eden, hekimi şikâyetle yönlendiren görseller, medya çalışmaları, buna

zemin hazırlayan “böyle bir hakkın var” sloganı, sıkıntı bu. Hasta geldi mi iki şeye bakıyor, ya muayene olacak ya da şikâyet edecek.

D26: Muayene sıraları çok kısa ve MHRS hasta sayısı çok fazla aynı zamanda randevusuzda hasta bakmanız gerekiyor. Kaliteli çalışmak yerine baktığın hasta sayısı ile ilgilenilmesi kaliteyi düşürüyor. Hastayı görmeden yüzeysel bir şekilde bak geç, bütün bunlar mesleğinizi yapmaya engel oluyor.

Görüşme yapılan doktorlara göre sembolik sistemdeki, MHRS, hasta yoğunluğu, kalite, performans sistemi, sağlık çalışanına şiddet gibi birçok süreç birbirine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Görüşmelerde belirtilen tüm süreçler büyük bir sistemin çarkı gibi düşünülebilmektedir. Sembolik güç tarafından kanunlarla sunulan hasta merkezli uygulamaları, yani tüm sağlık kurumlarında istediğin hekimden istediğin zamanda kesintisiz sağlık hizmeti, hasta sayısını artırmakta, poliklinikte artan hasta yoğunluğunu düzenlemek için MHRS sistemi üzerinden de hasta kabul edilmektedir. Ancak MHRS randevuları mevcut sayının daha da artmasına neden olmaktadır. Hasta sayısının artması, birim zamanda yapılan teşhis ve tedavi süresini azaltmaktadır. Kaliteli hizmet alamayan hasta yeniden sağlık sunucusuna başvurmaktadır. Her gelen hasta kuruma ve sağlık çalışanına performans puanı yani döner sermayeden ek ücret kazandırmaktadır. Kaliteli hizmet alamayanlar yine sembolik sistemin parçası olarak sunulan hasta merkezli uygulamaların içinde yer alan şikâyet araçlarını kullanmaktadır. Şikâyet almak istemeyen ve performans puanını yükseltmek isteyen sağlık çalışanları bütün hastaların teşhis ve tedavi süreçlerini mümkün olan en kısa zamanda tamamlamaya çalışmaktadır. Bununla birlikte MHRS hastalarının randevu saatlerinde muayene işlemlerine alınmamaları ayrıca bir şikâyet alanı oluşturmaktadır. Randevulu hastaların zamanında alınması kaygısı doktorlar üzerinde baskı yaratmakta, sağlık hizmeti alıcının hizmet süresini azaltmaktadır. Randevulu hastalar, hastaların her

konuda kendilerine sunulan şikayet mercilerini kullanması ve performans kaygıları sembolik gücün doktorlar üzerinde kullandığı bir diğer sembolik şiddet uygulamalarıdır.

Görüşme yapılan doktorlar tarafından, birbirine bağlı bir şekilde işleyen mevcut sembolik sistemin, hizmet sunumundaki kaliteyi düşürdüğü ve sağlık çalışanlarının mesleklerini tam olarak icra etmelerine engel olduğu belirtilmektedir. Ancak sembolik güç, Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli hedeflerinden birini verimlilik ve kalite uygulamaları olarak sunmaktadır. Buna göre, 2003 yılından itibaren performans sistemi uygulanmaya başlamış; 2005 yılından itibaren de sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutu Sağlıkta Dönüşüm Programına eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sisteminin hayata geçirildiği Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporunda belirtilmiştir (SDP Değerlendirme Raporu, 2003-2011). Değerlendirme raporuna göre (2003-2011), Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması kalite kriterleri oluşturmaktadır. Hizmet Kalite Standartları adı altında toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set kalite kriterlerini oluşturmaktadır. Hizmet Kalite standartlarına göre, tüm kamu, özel ve üniversite hastanelerinde kalite ölçüm ve değerlendirmeleri yapılmaktadır. Ayrıca, raporda (2003-2011) vurgulanan bir diğer konu ise verimliliktir. Buna göre, kaynakların uygun bir şekilde kullanılarak sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi, altyapı yatırımları ve insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık işletmeciliği ile koruyucu hekimlik uygulamaları esnasında kaliteden taviz vermeksizin verimlilik esaslarının gözetilmesi en önemli faktörlerdir.

Doktorlar, **kalite çalışmalarının** sağlık çalışanları için çok fazla prosedür işlemi yarattığını, bürokrasinin çok fazla zaman aldığını ve tüm bunların kaliteyi artırmayıp

aksine hastaya ayırmaları gereken zamanı prosedür işlemlerine ayırdıkları için, sağlık hizmeti alıcısına kaliteli hizmet veremediklerini ileri sürmektedirler.

D2: Geldiğim yerde performans kaygısı yüzünden iyi bir doktor ilişkisi yoktu. Herkes birbirinden daha fazla performans yapmaya çalışıyor ve bu kaliteyi çok düşürüyor, insanlar iki üç dakikada hasta bakmaya çalışıyor, hastayı iyi sorgulayamıyor, tedaviler doğru verilemiyor, performans kaygıları nedeniyle doktor hatalarını bizzat gördüm. Performans kaygısı yüzünden doktorlar birbirine rakip oluyor ve diğerinin kuyusunu kazmaya çalışıyor.

D8: Aşırı kâğıt/evrak işi yaptığımızı düşünüyorum. Her yerde kâğıtlar var, hastalar olmalı aslında, sadece hastayla uğraşmalıyız bence ama işimizin çoğu kâğıt oldu, sürekli bilgisayar başındayız. Bazen öyle oluyor ki gün boyu hasta muayene etmemişim ama sadece onun evrak işlerini yapmışım, kalkamamışım. Eskiden nasıldı bilmiyorum ama bu durum beni gerçekten üzmeye başladı. Mesleki açıdan tatminsizliğe sebep oluyor, ben bu işi bunun için seçmemiştim, kendimi sekreter gibi hissediyorum sürekli. Biraz daha çalışma yapmak istiyorum, akademik bir şeyler yapmak istiyorum, hasta görmek istiyorum, muhtemelen diğer hastanelerde de böyle ama bu sistemin bu hale gelmesi beni rahatsız ediyor. Bu kadar bürokrasi gerekli değil, eskiden bunlar olmadan işler yürüyordu, e imza çıktı mesela işimiz kolaylaştırmaya çalışılıyor, tek bir tuşla bence her şey hallolmalı kolayca ki böylece biz hastaya daha fazla zaman ayırabilelim. Eskiden reçeteyi hemen yazıyordum üç dk.da; e imza çıktı şifreyi gir, yine gir, onayla vs. kolaylaştıracağına daha kötü oldu. Performans sisteminin az önce

söylediğim kâğıt işlerinden bir farkı yok, doktoru tamamen bilgisayar başına hapseden; belki de gerçekte yapmadığı işleri bile yaptı diye göstermesini gerektiren, buna mecbur bırakılan bir sistem, çok da gerekli olmayan bir sistem.

D14: Eski sisteme dönmeli çünkü her şey kâğıt üzerinde, kalite de öyle, gördüğüm diğer hastanelerde de kalite uygulamaları uygulanmıyor. Kağıt üzerinde herkes %99 memnun, her şey güllük gülistanlık ama primer uygulamaya gelince hiç de öyle değil kandırmacadan ibaret. Hürriyet'teki son yazıyı okudun mu, altı hastane acilini dolaşmışlar, tıbbi atık kutusundan çıkan kediler doğumhanelerde dolaşıyorlar. Bu hastanede kalite %99 öteki hastanede kalite yerlerde, standardizasyon yok, öteki de yüksek alıyorsa bu kâğıt üzerinde olan bir şey, uygulamada kalite yok, bütün hastalar şikâyetçi, hastayla doktorun iletişimi nasıl bakan yok, iş görülsün, prosedür görülsün.

D20: Orderların günlük girilmesi diye bir şey çıktı, inanılmaz bir gaflet. Asistan arkadaşın hastaya en verimli, en faydalı olması gereken dönemde oturuyor her gün iki saat order giriyor. Eskiden hasta yattığında bir kere girilir, sonraki günler sistem otomatik eczaneye gönderirdi, şimdi her gün tek tek girmek zorunda, bir gün önceden giremezsin, sabah iki saat uğraşıyor ilaç gecikiyor, kaliteyi inanılmaz düşürdü, asistanlar vizite hazırlanamıyor, hastayla ilgilenemiyor. İnanılmaz zorlaştırdılar, hiçbir amaca hizmet etmiyor, hastanemizin kalitesini azalttı.

Sembolik gücün performans sistemiyle birlikte sunduğu kalite ve verimlilik, doktorlara göre yalnızca kâğıt üzerinde ve prosedürden ibarettir. Gerçek anlamda

kalitenin uygulanmasına performans sisteminin engel olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte artan bürokrasi ve prosedür işlemlerinin, doktorların mesleklerini icra etmelerine, hastaya yeterince zaman ayırmalarına engel teşkil ettiği vurgulanmaktadır. Özellikle akademik anlamda sürekli çalışma yapmaları gereken asistan doktorlar neredeyse günlerinin büyük bir bölümünü kalite prosedürlerine ayırdıklarını, bu durumun meslekten uzaklaşmalarına neden olduğunu belirtmektedirler. Sembolik gücün belirlediği kalite standartları ölçümleri, sürekli prosedür ve ölçekler üzerinden hazırlandığı için, doktorların sekreteryaya işlemleri artmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-2011 Yılı Değerlendirme Raporuna göre, performans sistemi ve kalite birbirinden bağımsız düşünülemezler ve her ikisi de sembolik sistemin bir parçasıdır. Bu kapsamda, performans sistemi fazla sayıda hasta bakmayı gerektiren, mesai sürelerini uzatan, muayene sürelerini kısaltan ve kalite uygulamalarına göre sağlık hizmetinde her işlemin girdisinin gösterilmesi gereken bir sistemken; kalite uygulamaları da, verilen sağlık hizmetinden (*performans*), ilaç sistemine, hijyenden enfeksiyona, hasta memnuniyetinden otelcilik hizmetine kadar, alt yapı sistemleri dahil bütün sağlık sunucularının kalite standartlarına göre kağıt üzerinde ölçümlerinin yapılmasıdır. Dolayısıyla performans sistemi ve kalite standartları ölçümleri gereğini yerine getirmek için çok fazla zaman harcanması gerekmektedir. Yapılmadığı takdirde sembolik güç tarafında, kurum ve sağlık hizmeti sunanlar puan kaybetmektedir. Performansla birlikte kalite standartları uygulamaları, doktorlar için sembolik bir şiddete neden olmaktadır. Sembolik güç, sağlık kurumları yöneticileri aracılığıyla tüm kurumlarda uygulamaya çalışılmaktadır. Doktorlar, gerçek kalite hizmetinin, hastalara yeterli zamanı ayırarak, teşhis ve tedavi süreçlerinin tam olarak yapılmasıyla gerçekleştirilebileceğini düşünmektedirler.

Görüşmelerden doktorların sistemle ilgili yaşadıkları en önemli zorluğun performans sistemi olduğu anlaşılmaktadır. Bunun dışında doktorların mesleğin kendisinden kaynaklı sorunlarına baktığımızda **insan hayatı sorumluluğu** ilk sırada gelmektedir.

D1: Herkes bunu düşünmüyor ama insan hayatıyla uğraşıyorsun, önceliğiniz her zaman insan hayatının sorumluluğu oluyor. Sorumluluğu almak istemeyen kesim çok. Önceliğin insan hayatı olduğunu karşı taraftan pek görmüyorum. Ben önce hasta bazlı düşünüyorum ama çoğu insan sorumluluğu istemeyerek düşünüyor. Karar verme adına zorluk var, Bir de insan hayatıyla uğraşmak zor bir şey. Her zaman beynin açık olacak, üzöldüm alttan alayım diye bir şeyin yok.

D9: Benim için en zor şey vicdanımla baş etmek, birçok meslekte vardır ama tıp mesleğinde bu daha fazladır, bizim çalışma alanımızı kanunlarla sınırlayamazsınız. Ben yanlış işler yapabilirim ve bunları kanuna uydurabilirim ama vicdanımla baş edemem. Bu çok önemli bir şey, her yaptığım işi vicdanımla yaparım.

D17: İnsanla uğraşmak, hastalıkla uğraşmak, endişe ve kaygı taşıyan bir grupla uğraşmak mesleğin en büyük zorluğu. Siyasal yapı, hastane içyapısı diğer faktörler. Temel zorluk hastanın hastalığını anlaması ve bunu öğretmek, yürüyemeyeceğini bir şekilde söylemek mesleğin en zor kısmı.

D23: En büyük zorluk zaman zaman çaresizlik hissetmeniz, hiç kimseye faydanız olmuyor. İkincisi insan sağlığıyla uğraşmak, bir şeyi düzeltmeye çalışırken bozabilme riski de var. Bu sorumluluk dışında pek zorluğu yok. Her mesleğin zorlukları var ama tıpla uğraşan sağlıkçıların zorluğu bu. Bununla ilgili koruyucu önlem

olarak altı yıl önce başlatılan tüm hekimlere zorunlu meslek sigortası var. Her sene branşa göre bir kısmını devlet, bir kısmını biz öderiz. Benim poliçem 750 bin, kadın doğumcunun 1,5 trilyon gibi. Mesleki koruma, güvence böyle var. Ama bir şey olduğunda Bakanlık doktora rücu ediyor, eninde sonunda beni buluyor. Maddi yönden böyle, manevi yönden benim dışımda kimse sorumlu değil. Hastanın şikâyetine, serzenişine, veryansınına sen maruz kalıyorsun, sen de çare bulmaya çalışıyorsun. Her gün olmasa da zorlu vakalarda kendimizi baskı altında hissedebiliyoruz, karar vermede zorluklar, benim branşımın getirdiği zorluklar oluyor. Kendini geliştirmenin ötesinde başka bir şey yok, mezun olduğun gibi kalmayacaksın, son çıkan ilaçlar, hastalık tanı yöntemleri vb. benim branşımda çoğu şey oturmamış vaziyette. Böyle olunca risk artıyor, bilmen gereken şey çok oluyor.

Doktorların, meslekten kaynaklı olarak belirttikleri en önemli problem, insan hayatının sorumluluğunu almaktır. Söz konusu bütüncül anlamda insan hayatı olduğu için herhangi bir nedenle yanlış teşhis ve tedavinin uygulanması ya da verilen yanlış bir karar, telafisi mümkün olmayan şekillerde sonuçlanabilir. Bu durum mesleki açıdan doktorları sürekli bir risk durumu ile karşı karşıya kalmak zorunda bırakmaktadır. Doktorların mesleğini icra ederken, biyopsikososyal yönden hazır bulunuşluk düzeyinin en üst seviyede olmasının gerektiği düşünülmektedir. Görüşme yapılan doktorlar, mesleki risk sigortasının olmasına rağmen, her zaman hastayla karşı karşıya kalanın kendilerinin olduğunu vurgulamaktadırlar.

Görüşme yapılan doktorların meslekten kaynaklı olarak belirttikleri bir diğer zorluk ise sembolik güç tarafından **akademik çalışmaların desteklenmemesidir**.

D2: Motivasyon olarak para önemli bir etken olabilir, her şey para değil ama sonuçta motive edebilir. Akademik çalışma anlamında doktorlar motive edilebilir.

D8: Performans sistemi mesleki açıdan tatminsizliğe sebep oluyor, ben bu işi bunun için seçmemiştim, kendimi sekreter gibi hissediyorum sürekli. Biraz daha çalışma yapmak istiyorum, akademik bir şeyler yapmak istiyorum, hasta görmek istiyorum, muhtemelen diğer hastanelerde de böyle ama bu sistemin bu hale gelmesi beni rahatsız ediyor. Bu kadar bürokrasi gerekli değil, eskiden bunlar olmadan işler yürüyordu

D20: Orderların günlük girilmesi diye bir şey çıktı, inanılmaz bir gaflet. Asistan arkadaşın hastaya en verimli, en faydalı olması gereken dönemde oturuyor her gün iki saat order giriyor. Eskiden hasta yattığında bir kere girilir, sonraki günler sistem otomatik eczaneye gönderirdi, şimdi her gün tek tek girmek zorunda, bir gün önceden giremezsin, sabah iki saat uğraşıyor ilaç gecikiyor, kaliteyi inanılmaz düşürdü, asistanlar vizite hazırlanamıyor, hastayla ilgilenemiyor. İnanılmaz zorlaştırdılar, hiçbir amaca hizmet etmiyor,

D21: Doktor oldum, nörolog oldum, ilgimi çeken yan dalı seçtim ama yapamıyorum, burada nöroloji uzmanı gibi çalışıyorum, sevmediğim birçok hastalıkla muhatap olmak zorundayım, ilgimi çekmiyor ama bakmak zorundayım. Dolayısıyla bilime de saygı yok ülkede; bilimsel olarak bir şey yapmaya zamanın enerjin kalmıyor.

Asistan ya da uzman fark etmeksizin mesleği icra ederken akademik çalışmaların yapılamamasından ya da desteklenmemesinden rahatsız olduklarını belirtmektedir. Özellikle asistan doktorların kendisini geliştirmesi için fazla sayıda vaka görmesi ve akademik çalışmalara katılması gerekmektedir. Ancak özellikle performans sistemi ve kalite standartları nedeniyle vakitlerinin büyük bir bölümünü prosedür işleriyle uğraşarak geçirmektedirler. Performans sistemini doktorlara motivasyon kaynağı olarak da belirten sembolik gücün, doktorlar tarafından motivasyon kaynağı olarak belirtilen akademik çalışmalara yeterince özen göstermediği değerlendirilmektedir.

Görüşme yapılan doktorlar, meslekten kaynaklı zorluklarda son olarak, **mesleğin getirdiği psikolojik ve fiziksel yorgunluğunu** belirtmektedirler.

D14: Bu hem iş yoğunluğu olarak hem de psikolojik yorgunluk olarak etkiliyor bizi. Onları yatıramamak, uzun süre tedaviye alamamak, ekonomik durumlarının kötü olması, bu imkânlarla ulaşamaması vs. bunlar beni yoruyor yani. Duygusal olarak etkiliyor, makine gibi düşünemiyorum.

D15: Gerçekten iş stresli, ameliyat takipleri çok stresli, sorumluluk çok fazla. Kar zarar hesabına vurursanız başa baş gidiyor çok karlı bir iş yapmıyoruz. Sadece manevi tatmin ve yaptığımızın sonucunu görme, o bizi çok tatmin ediyor. Ama cerrahi stresli bir iş, aklın hastada, gece arıyorlar, gündüz kontrole gidiyorsun, işin hem ameliyat öncesi zorlukları var, ameliyatta zaten ortam gergin, ameliyat sonrası acaba bir terslik olacak mı diye büyük cerrahilerden sonra dört haftaya kadar biraz gerginiz. Sürekli, çok hasta olunca her gün geriliyoruz, iyileşene kadar stresi oluyor, ama ona da alıştık artık, o stresle yaşamayı öğrendik.

D16: Fiziken beni yoruyor, özellikle poliklinik günü. Hasta sayısı çok olmasa da her hastayı detaylı muayene ediyoruz, bazı cildiye doktorları hiç bakmadan hastayı oturduğu yerden muayene ederken, bizim branş için detaylı tetkik gerekiyor. Ağır hastalar, bakım hastaları geliyor, onlardan enfeksiyon alabiliyorsun, böyle de bir zorluk var.

Çalışma, ağırlıklı olarak FTR alanında hizmet veren bir yan dal hastanesinde yapılmıştır. Hastanenin bu özelliğinden dolayı sağlık hizmeti alanların büyük bir bölümünü engelli ve ampute olmuş hastalar oluşturmaktadır. Bu nedenle muayene işlemleri diğer branşlardan farklı olarak uzun sürmekte ve hastaya pozisyon aldirmek için fiziksel güce gereksinim duyulmaktadır. Sembolik sistemin neden olduğu yüksek hasta sayısı doktorların fiziksel olarak yorulmasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşunun özelliğinden dolayı birçok hasta yatarak tedavi görmek istemektedir. Hastaların engelli olması, sosyoekonomik durumlarının kötü olması, tedavi talepleri ve iyileşme beklentileri doktorlarda psikolojik yıpranmaya sebep olmaktadır.

Sistemden ve meslekten kaynaklanan sorunların dışında doktorlar, hastalardan kaynaklanan bir takım zorluklar yaşadıklarını belirtmektedirler. Bunlardan en önemlisi doktorlarda psikolojik yıpranmaya da neden olan, **hastaların yüksek beklentilere sahip olmasıdır.**

D3: Hasta beklentileri yüksek olunca meslek zorlaşıyor. Bu branş biraz daha rahat ama poliklinik ortamında hasta şikayetleri hiç bitmiyor, ama cerrah ameliyatı yapıp çıkıyor, oldu bitti. Bizde ise hastanın sürekliliği var, sürekli aynı dertleri dinliyorsun, seni içten içe şişiriyor, son hastaya doğru patlama noktasına doğru gidiyorsun.

D4: Hastalardan kaynaklanan zorluklar var; sorumluluk var, hastalar beklenti ile geliyor, herkesin belli amacı var, bazen çatışma olabiliyor. Tıbbi tedavi yaptığımız için dikkatli olmamız gerekiyor, kişinin hayatıyla, fonksiyonelliğiyle, bedeniyle ilgili olduğu için sorumluluk fazla. Gereken şeyleri yapmak gerekiyor vicdani olarak, hastayla ters düşebilirsin bazen ama tedaviye ihtiyacı olduğu için bunu unutup işini yapıyorsun.

D14: Hasta yoğunluğu, herkesin çok aceleci olması, bir an önce işlerinin bitmesini istemesi ama sistemin de buna müsaade etmemesi, prosedürlerin yoğun olması, işleymekte aksaklıklar çıkması bunlar yorucu. Kendi branşıyla ilgili sorun; bu hastane çok popüler bir hastane, ama her hastaya yetemiyoruz maalesef. Çok talep var, her yerde bu tarz hastaneler olsa bize bu kadar talep olmayacaktır, yoğunluk da azalacaktır.

D16: İnsanlarla iletişim kurmak kolay değil, beklentileri farklı olabiliyor, bazılarının çok yüksek, onu karşılayamayabilirsiniz. Bir de içinde bulundukları (*özellikle bizim hasta grubumuz için*) zor durum var, açıkçası kötü kadere sahipler ve o kötü kaderin sorumlusu olarak hayatın kendisini değil de bazen sizi görüyorlar. Kafasında beni iyileştiremedin düşüncesi olabiliyor, ama bu bize özgü bir şey tabii. En büyük zorluk bu herhalde, bir de mesleki yoğunluk var.

Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşu 18 Ağustos 2016 tarihinden önce Türk Silahlı Kuvvetlerine (TSK) bünyesinde öncelikli olarak gazilere ve gazi yakınlarına, şehit yakınlarına, iç güvenlik yaralılarına ve askeri personele ve belirli bir kapasitede de sivil vatandaşlara hizmet veren bir kuruluştur. Yaklaşık iki yıldır, öncelik sıralamasında bir

değişiklik yapılmadan Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet vermektedir. Bu nedenle görüşme yapılan doktorlar tarafından “**özel bir hastane**” olarak ifade edilmektedir. Sağlık kuruluşunun özelliğinden dolayı hasta grubunun sürekliliği bulunmaktadır. Bu nedenle beklentileri de süreklilik göstermekte; aynı zamanda da yaralanma nedenlerinden dolayı da psikolojik olarak da sivil hastalara göre farklılıklar göstermektedir. Hastalığında iyileşme olmadığı zaman, dönem dönem doktorları sorumlu tutabilmektedirler. Ancak bu durumla diğer sağlık kuruluşlarında da karşılaşılabileceği düşünülmektedir. Sağlık kuruluşunun özel amaçlı bir kuruluş olmasına rağmen, sivil hasta sayısı oldukça yüksektir ve hastalar genellikle kendi durumu için öncelik talep etmektedir.

Doktorların neredeyse tamamı hastalardan kaynaklı zorluklarda özellikle **sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ve doktora saygı duyulmaması** konularına değinmektedir.

D3: Hekime şiddetin doğma sebebi hastanın ilgi görmemesi; doktorluğa saygının azalması hastaya daha az zaman ayırma neticesinde hastanın yeterince ilgi görmediğine inanması. Sistem mesleği iyice kıymetsiz hale getirdi. Doktor bu kadar para alıyor, üstelik bizimle ilgilenmiyor, döveceksin bunları diyor. Herkes senden ilgi, güler yüz bekliyor, sırada beklemek istemiyor. Bize de herkesi alacaksın diyorlar. İnsanları acil servislere teşvik ettiler, Bakan kişi acile gidip benim durumum acil dediyse acildir diye açıklama yapıyor. Adam acil derse derdini dinlersin ama buna hekim karar verir.

D7: Sağlıkta şiddet gerçekten büyük bir problem ve hekime uygulanan şiddet her gün daha da artıyor. Bunun için yeterli önlem alınmıyor. Mesela sadece psikiyatri kliniğine silahla girmek yasak,

onun dışında hastanelerin bütün birimlerine silahla girebilirsiniz.

Bunun sonuçlarını da her gün basından görüyoruz.

D11: Zorluk olarak, bazen hastalardan tehdit olabilmekte, tıbbi kararları kendi kendine alan hasta bu kararları senin de uygulamayı beklemekte, uygulamadığın takdirde sana şiddet uyguluyor. Bugüne kadar fiziki şiddete maruz kalmadım ama sözlü şiddeti gördüm. Genel olarak güven problemi var, tıbbi davalar ya da şikâyet mercileri hiçbir süzgeçten geçmeden direkt bize ulaşmakta, ben bundan da rahatsızım. Sonuçta her hasta şikâyetine savunma yazılmamalı diye düşünüyorum.

D22: Hastalar açısından düşününce eskiden hekime sağlık çalışanına saygı vardı, ama şimdi o yok. Karşımıza geldiğinde, sen benim verdiğim vergilerle maaş alıyorsun diyorlar, sen bana bakmak zorundasın, önüne reçeteyi atıyor bana şu ilacı yaz diyor. Olay büyüdüğünde şiddete yöneliyorlar, hekim veya sağlık çalışanı kendisini savunamıyor, arkasında duran yok. Bu davranış şekli yönetim kaynaklı olabilir, hastalara tanınan haklar bize tanınan haklardan çok daha fazla. Bizden ziyade onların şikâyeti daha çok dikkate alınıyor. Yeni mezun doktor olarak küçük bir ilçede çalışırken başkasının reçetesini yazmamı isteyen birine yazmam dedim, bana demediğini bırakmadı, beni sürdüreceğini söyledi. Bugün olsa üstüne bir de tehdit eder herhalde, dışarıda takip edebilir, sıkıştırabilir diye korkuyorsun.

Evre'ye göre (2015) tarihsel, kültürel ve toplumsal hiçbir bağlama yer vermeyen neoliberal paradigmada bireycilik, rekabetçi serbest piyasa sistemi ve minimal devlet anlayışını savunmaktadır. Neoliberal sistemde, bireysel özgürlükler ön planda iken

birey toplumsal bağlamından koparılmaktadır. Ayrıca birey, rekabetçi serbest piyasada bireysel çıkarlarına göre hareket ederken; aynı zamanda kamu çıkarlarına da hizmet etmektedir. Bu kapsamda devlet ise bireylerin özgürlüğünü ve serbest piyasayı yasalarla güvence altına almaktadır. Yani bireyin ve rekabet piyasasının güvencesi devleti sınırlayarak sağlanmaktadır. Devlet piyasaya sadece kriz durumlarında müdahalede bulunmaktadır. Bunun da en tehlikeli yanı toplumsal ve kültürel sorunları hesaba katmamasıdır.

Bourdieu'ye göre (2006) neoliberalizm sosyal devleti bitirmekte ve devletin kendisinden beklenen ve sorumluluğunu üzerine aldığı, devlet okulu, devlet televizyonu, devlet tiyatroları, devlet hastaneleri gibi kurumlardan çekilmesi toplumda insanları mutsuzluğa sürüklemektedir. Çünkü bu kurumlar herkese açık, herkese sunulan, herkese eşit hizmet dağıtan kamu kurumları olarak düşünülmektedir. Kamu söyleminde özel sektörün göklere çıkarılması ve kamu hizmetinin azalması, devlete ve kamu malına karşı bir güven krizinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum yönetenler açısından yolsuzluk ve devlet işine saygının yok olması, yönetilenler tarafında ise aşırı dincilik ve umutsuzlukla sonuçlanmaktadır. Neoliberal paradigmanın toplumsal ve kültürel dışarıda bırakmasının sağlık alanındaki neden olduğu toplumsal sorunlardan birinin de, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet olduğu değerlendirilmektedir. Bireye, rekabete, serbest piyasaya özen gösterirken, toplumsal olarak doğabilecek sorunları göz ardı etmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olan performans sistemi ile birlikte, sağlık kurumları, rekabete dayalı, bireylerin serbest hareket etmelerini sağlayan, kamu sağlık kaynaklarını azaltarak kamu-özel ortaklığına dayalı bir işletme mantığı ile çalışmaya başlamıştır. Neoliberal politikaların izleri sağlık alanında da görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedefleri arasında olan herkese istediği hekimle, istediği zamanda kesintisiz sağlık hizmeti, hastanın doktora kolaylıkla ulaşması, hasta sayısının

artmasına neden olmaktadır. Yüksek hasta sayıları bir taraftan rekabete dayalı performans sistemini beslerken, diğer taraftan doktorların hastalara yeterince zaman ayırmasına engel olmakta, hatta performans kaygısı tıbbi hataların yapılmasıyla da sonuçlanabilmektedir. Kısa sürede teşhis ve tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi sağlık hizmeti alanlarda güvensizliğe neden olmakta; rekabet ortamında birçok farklı seçeneği bulunduğu için tıbbi rahatsızlığını başka bir doktorun ya da doktorların kararıyla doğrulamaktadır. Kendine yeterince özen gösterilmediğini ve ilgilenilmediğini düşünen ya da başka bir doktora gittiğinde farklı bir teşhis ve tedavi ile karşılaşan sağlık hizmeti alıcıları hukuki yollarla haklarını aramak yerine sözel veya fiziksel şiddete yönelebilmektedirler.

Sağlıkta dönüşüm programının bir diğer hedefi ise verilen sağlık hizmetinin kalitesinin ölçüm araçlarından birisi olan hasta memnuniyetini artırmak, hasta hakları konusunda tüm sağlık hizmeti alıcılarını bilgilendirmektir. Bu nedenle tüm sağlık kuruluşlarında ve basında hastaların haklarını aramalarına yönelik bilgilendirmeler yapılmaktadır. Sembolik güç, performans sisteminin sağlıkta kaliteli hizmeti azaltması sonucu, sağlık hizmeti alıcılarını Hasta Haklarına Birimine şikayete yönlendirmektedir. Görüşme yapılan doktorlar, bu şikayetlerin hizmet alıcıları tarafından doktor olmadıkları halde yalnızca kendi doğrularına dayanarak yapılan şikayetler olduğunu belirtmektedirler. Yalnızca iddiadan ibaret olan bu şikayetlere doktorlar yanıt vermekte, hizmet alan ikna olmazsa hukuki süreç ya da fiziksel veya sözel şiddet devreye girmektedir. Sembolik güç, Hasta Hakları Yönergesi ve Yönetmeliği ile kendisini aradan çıkararak, doktorla hastayı karşı karşıya getirmekte; sağlık hizmeti alıcıları bütün sorumluluğu doktora yüklemektedirler. Performans sisteminin hizmette kaliteyi düşürmesi, rekabeti artırması, doktorları çok kazanıyor ya da tek kaygıları paraymış gibi göstermesi, kalitesiz hizmeti artırması ve hasta sayısını artırırken, teşhis tedavi zamanını azaltması nedeniyle, aslında sağlık sistemine ve sembolik güce kızgın olan sağlık

hizmeti alıcıları; doktorlara olan saygısını yitirmekte ve öfkesini doktorlara yöneltmektedir.

D2: Doktorlara karşı yanlış bir algı oluşmaya başladı, Sosyal medyada, basında ve televizyonda haberlerde doktorun sürekli kötülenmesinin çok etkisi var. Doktorların hatalarının gösterilmesi gibi veya doktorların zamanında muayenehaneleri varmış fazla gelirleri varmış gibi, sürekli bunların gündeme getirilmesi itibarını azalttı.

D3: Saygın bir meslek ama eskiye nazaran saygınlığını yitiriyor. Değer kaybına uğramasının sebebi ise bakanlık politikası, hasta memnuniyetini artırmaya odaklandı her şey, güzel şeyler yaptılar ama dengeyi tutturamadılar bence.

D8: Eskiden biraz daha sevildiğimizi, biraz daha fazla saygı gördüğümüzü düşünüyorum. Şimdi pek öyle hissetmiyorum. İnsanlar bizim aldığımız eğitimi hiçe sayıp mesela google'dan veya başka yerlerden öğrendikleri bilgilerle sanki bizden çok daha iyi biliyorlarmış gibi davranışlara giriyorlar. Çok eskiden böyle şeylerin olmadığını duyuyorum. Teknolojinin etkisi de var ama toplum olarak biraz yozlaşmaya doğru gidiyoruz yeni nesilde.

D11: Şu an için toplum hekimlik mesleğine çok iyi bakmıyor. Bunun sebebinin birazcık siyasal politikalar olduğunu düşünüyorum, genel olarak eğitimiye karşı olmak, eğitimiye eğitime ezdirmek durumu olduğunu düşünüyorum

D14: Şu anda doktorluğun hiçbir saygınlığının olduğunu düşünmüyorum. Hastanın her daim haklı olmasından; bilimin ya da eğitimin öneminin olmamasından kaynaklanıyor. Eğitim seviyesi

düştükçe, onlara bir takım haklar verildikçe, her şeyin üstünde görüyor insanlar kendilerini.

D15: Kanunlarla ilgili olarak; hastayı şikâyetle teşvik eden, hekimi şikâyetle yönlendiren görseller, medya çalışmaları, buna zemin hazırlayan “böyle bir hakkın var” sloganı, sıkıntı bu. Hasta geldi mi iki şeye bakıyor, ya muayene olacak ya da şikâyet edecek.

D21: Artık doktora çok kolay ulaşıyorlar, en üsttekinde bile çok kolay ulaşıyorlar, hiyerarşik bir şey yok, aile hekimi pratisyene saygı yok, güvenmedikleri için gitmiyorlar. Hep profesör arayışı içindeler, hangi ülkede profesöre böyle direkt ulaşma imkânı var? Çok şımardılar, bizi yıprattılar, yönetenlerin saygısı olmayınca halk ta peşinden gidiyor herhalde. İnsanlık dışı bir tempo ile çalıştığımızın farkında herkes aslında.

Bourdieu’ye göre (2000), küresel siyasal mücadelelerin hedeflerinden birisi de, ajanların toplumsal uzamı, yaratılan ayrımlarla (*erkek-kadın, yabancı-Türk, yaşlı-geç, sağ-sol gibi*) görmelerini sağlayarak tahakküm özelliğini sürdürmektir. Bu ayrımları ajanlara dayatırken, bu ayrımların var olduklarına ikna etmeyi, baskı yapmayı ve avantajlar sağlamayı elde eden gruplar yaratmaktadır. Bunu yaparken televizyon oldukça önemli bir role sahiptir. Televizyon, toplumsal uzamda ajanların düşüncelerinin oluşmasında bir tür fiili tekele sahiptir. Aynı zamanda da televizyonu tek bilgi kaynağı olarak gören ajanlar için, görüntünün ‘gerçek etkisi’ olarak adlandırılan durumu yaratması ve buna inandırabilme özelliğine sahip olması açısından, televizyon siyasi tehlikelere sahiptir. Televizyon kanallarının yayınına devam edebilmek için hem siyasal hem ekonomik tahakkümün altında kalma durumu göz ardı edilmemelidir. Sağlık alanında sembolik gücün doktor-hasta, eğitimli-eğitimsiz gibi ayrımlar yaratarak ve televizyon ve basın aracılığıyla bu ayrımların gerçek olduğuna ikna ederek baskı yapan

ve avantajlar elde edebilen gruplar yaratmaktadır. Buna göre hasta grubu doktorlar üzerinde baskı kurmakta ya da sözel veya fiziksel şiddete başvurumaktadırlar. Bilgi kaynağı televizyon olan ajanlar için sansasyon ve şiddet içeren haberler daha fazla dikkat çekmektedir. Televizyonda şiddet haberlerinin tekrar tekrar verilmesi, şiddetin kaynağının doktormuş gibi gösterilmesi, sağlık hizmeti alıcılarının uyguladığı şiddeti meşruymuş gibi göstermekte ve şiddet davranışını pekiştirmektedir. Bu kapsamda görüşme yapılan doktorlar sağlık çalışanına uygulanan fiziksel/psikolojik şiddetin basın, televizyon ve sosyal medyada verilen haberlerden de kaynaklandığını; doktorlarla ilgili olumsuz haberlerin doktora duyulan saygıyı azalttığını vurgulamaktadırlar.

Basın ve televizyon kadar internet teknolojileri de bilgiye erişimde kaynak olarak kullanılmaktadır. Ancak bilginin kaynağı net olarak bilinemediğinden, sağlık çalışanlarının yanlış ya da eksik bilgi sahibi olmasına neden olabilmektedir.

D7: Birincisi toplumun biraz genel olarak değişmesi, herkesin her konu hakkında ben bilirim yorumları yapabiliyor olması, bu sağlık alanına da yansıyor aynı şekilde. Cahil bilmişliği sadece sağlıkta değil, mesela öğretmenlerin de işine çok fazla karışılıyor. Ve insanların birbirine saygısının azaldığını düşünüyorum.

D9: Vatandaş eğitimsiz, cahilce doktora baskı yaparsam ona istediğimi yaptırırım diyor, bu zavallılık, istemeyen insandan hiçbir hizmet alamazsınız. Doktor o noktaya nasıl geliyor düşünen yok.

Görüşülen doktorlar sağlıkta şiddet ve doktora duyulan saygının azalmasında, bilgi kaynaklarının yanlış, yanlış ve eksik olmasının yanında toplumun genel yapısının da değiştiğini vurgulamaktadırlar. Bu değişimin **hasta profiline** de yansıdığı belirtilmektedir.

D3: Her kültür ve her eğitim düzeyinden insanlarla muhatap oluyoruz. Eğitimden ziyade kültürel seviye, o insanın ahlak düzeyi,

saygı göstermesi veya göstermemesi; yani her türlü insanla uğraşmak zorundasın. Herkes hasta yanındaki de onun yükünü almış, o da rahatsız, karşımızda normal insanlar yok.

D8: Başka bir sorun, hasta profilinin çok bilmişlik, saygısızlık boyutuna gelmiş olması, muhtemelen diğerleri de söylemiştir, daha önce Ankara Tıp'ta çalıştım hasta profili belli bir bölgedendi ve acilde çok fazla şiddet olayları oluyordu, ama burada daha nadir oluyor, hasta grubunun popülasyonuna göre değişiyor, kültürel yapıdan, sosyoekonomik yapıdan kaynaklanıyor.

D9: Japonya'dan çok etkilendim, tamamen gelenekleriyle yaşayan bir toplum, geleneklerini çocuklarına öğreten, çocukları ben diye değil sen diye yetiştiriyorlar. Ben sana nasıl yardımcı olabilirim, senin için neler yapabilirim; bilirim ki karşımdaki de benim için aynı şeyi düşünüyor. Bizde uyanık ol, o sana vurmadan sen ona vur diyoruz. Son derece birbirine saygılı bir toplum, gelenekleriyle birlikte gelişiyor, toplumda din diye bir şey yok, iyi insan olmak var. Toplumlar din olmadan da adam olabilir. Bu kalıplarla kalırsanız ilerleyemezsiniz, ne mutlu Türküm diyene diyerek, ne mutlu Müslüman'ım diyerek olmaz. İyi adam olmak önemli, ahlaklı, faziletli, paylaşımcı, hoşgörülü insan ne dinden olursa olsun hiçbir önemi yoktur.

D26: Toplumun bakış açısı eskiden daha iyiydi. Şu anda hastalar bizden çok şey bildiklerini iddia ediyor. Çünkü bilgiye kolay ulaşıyorlar ve doktorun bilip bilmediğini tartmaya çalışıyorlar.

D23: Toplumun değer yargıları değişti. İnsanlar doktor çok para kazanıyor diyor, kızın olsa doktora verir misin, verir; araba almaya

kalktı mı doktordan alır. Çıkarına göre değişiyor, hasta olduğunda farklı davranıyor, kızını vereceğinde farklı davranıyor.

D20: Sınıflandırmak istemem ama Mamak, Altındağ civarında hekime saldırı daha çok olur, buraya gelenler daha okumuş, saygılı, kültürlü, ona dikkat eden insanlar olabilir. Diğer hastanelerde çalışan FTR'ci meslektaşlarımdan olumsuz şeyler duyuyorum.

Doktorların yaşadıkları zorluklardan birisi de sağlıkta şiddetin de gerekçeleri arasında gösterilen değişen hasta profilidir. Doktorlar hasta profilinin değişme sebebini, eğitim düzeyinin düşmesi, gerçek bilgi kaynağının televizyon ve internet gibi iletişim araçlarının olduğunun düşünülmesi, performans sisteminden dolayı doktorluk mesleğine duyulan güvenin azalması ve sosyoekonomik ve sosyokültürel yapı olarak ifade etmektedirler. **Referanslı hasta profili** de doktorların mesleklerini icra ederken zorluk yaratan hasta grubu olarak tanımlanmaktadır.

D17: Ülkemizde sağlık sistemi basamakları uygulanmıyor, her yerde torpil dönüyor, hastalar, hastaneye yatmak için yüksek mevkide bir yakın arıyor, bulamazsa tedavisiz kalıyor, hekimin vicdanına kalmış. Basamaklaşma, sağlık sistemiyle değil de bizim kendimizi değiştirmemizle olacak bir şey. Kabileciliği bırakmamız lazım, gerçekten hastalığı tedavi etmemiz lazım, hastaya sosyal ekonomik durumuna göre yön veriyoruz, tedaviye ihtiyacı olan ama derdini anlatamayan bu hizmeti alamıyor. Bu sıkıntıların tepeden aşağıya doğru çözülmesi lazım.

D20: Hastalar torpil bularak müracaat etmekten vazgeçmeyeceğine göre, torpil olan insanlar bakan, müsteşar, bürokrat vs. bu huylarından vazgeçmelidir. Eskiden arayan bakan da olsa kibarca reddedebiliyorduk, ama 15 Temmuz'dan sonra, arkamızdaki asker

kimliğini kaybettikten sonra gelen ağam giden paşam, kim istiyorsa hastaneye yatırıyor, maalesef yapacak bir şey yok. İnşallah vicdanlı insanlar memleketi yönetir de şu torpil işi kalkar.

D21: Yönetimden biri torpilli bir hasta için arıyor, o hastaya daha cins davranasım geliyor, hâlbuki kapıdan normal gelse öyle olmayacak, böyle araya giren beni negatif etkiliyor, çok rahatsız ediyor. O insanlara güler yüz gösteremiyorum.

Doktorlar, referanslı hastaların TSK'ya bağlı olan sağlık kuruluşunun Sağlık Bakanlığına bağlandıktan sonra daha çok arttığını ve bu anlamda üzerilerindeki baskının da arttığını belirtmektedirler. Doktorlar, sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde gerçekleştirilmesi için hastaların sosyoekonomik düzeyine göre sınıflandırılmadan hizmet verilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar.

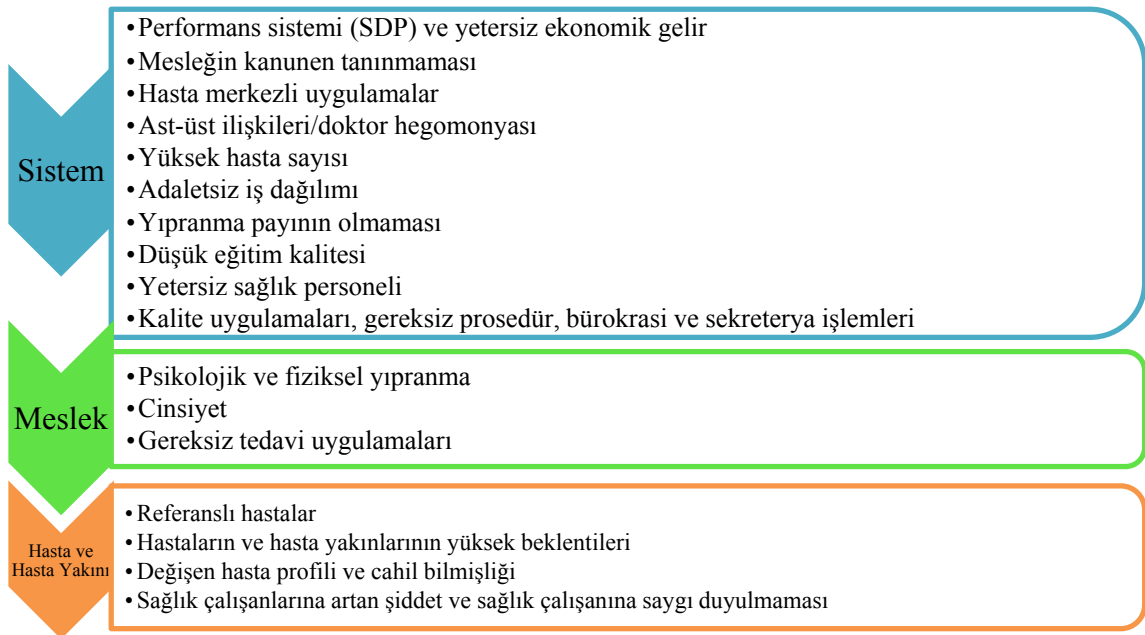
Doktorlar, mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorlukların başında performans sisteminin geldiğini vurgulamaktadırlar. Performans sisteminin doktorların kendi içinde ve diğer meslek grupları arasındaki barışı bozduğu, adaletsizliğe ve çatışmaların yaşanmasına neden olduğu belirtilmektedir. Sistemden kaynaklanan birçok sorun da performans sistemi ile ilişkilendirilebilmektedir. Çünkü ekonomik sermayenin artması için çalışma süreleri uzamakta, hasta sayıları artmaktadır. Görüşme yapılan tüm meslek grupları, sağlık çalışanlarının daha fazla performans puanı alabilmek için gereksiz tıbbi uygulamaların yapıldığını ileri sürmektedirler. Gereksiz tıbbi uygulamalar ise sağlık alanındaki kaliteyi düşürmekte ve hastaların tıbbi ve sağlık uygulayıcılarına güvenlerinin azalmasına sebep olmaktadır. Hastayla doktoru karşı karşıya getiren bu sistemin, sağlıkta şiddetin artmasının da temel nedenleri arasında olduğu düşünülmektedir.

Performans sisteminin yasal dayanağının hazırlanarak doğrudan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sunulması ve uygulanmaya konulması sembolik şiddetin ortaya

çıkmasına neden olmaktadır. Çünkü sağlık çalışanları, Sağlıkta Dönüşüm Programını sembolik güçle aynı algı kategorisinde değerlendirmekte; başta ekonomik sermayeyi artırmayı kendilerine sunan bu sistemi tanımakta ve uygulayıcı haline gelmektedirler. Performans sistemi doktorlar arasında bir rekabet ortamı yaratmakta; hem aynı branşlar arasında hem de farklı branşlar arasında çatışmaların yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca performans puanı düşük olan doktorun damgalanmasına ve kurumsal performansı etkilediği için dışlanmasına neden olabilmektedir. Doğrudan doktorların tıbbi uygulamaları üzerinden tanımlanan performans sistemi, diğer sağlık çalışanları için dolaylı tanımlandığından, doktorlar ile diğer meslek gruplarının arasında bir çatışmaya yol açmaktadır. Diğer sağlık çalışanlarının (*hemşire, fizyoterapist*) performans katsayılarının doktorların performans katsayısından düşük olması da çatışmaya sebep olan bir başka nedendir.

2.1.4.2. Fizyoterapistlerin Mesleki Zorlukları ve Sembolik Şiddet

Fizyoterapistlerin mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorlukların açık kodlaması yapılırken, sistemden, meslekten ve hasta/hasta yakınından kaynaklı olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır.



Şekil 13: Fizyoterapistlerin Karşılaştığı Zorluklar

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin sistemden kaynaklanan zorluklarının en başında, doktorların da neredeyse tamamının belirttiği **performans sistemi** gelmektedir. Performans sistemi en basit anlamda, sağlık alanında sağlık çalışanlarının icra ettikleri her işin sembolik gücün belirlediği performans puanına göre sağlık kuruluşlarının döner sermayesinden ücretlendirilmesi olarak tanımlanabilir.

F2: Bence maddi olarak fizyoterapistlere verilen maaş yeterli değil çünkü yapılan iş çok büyük. Performans almıyoruz bence fizyoterapistlerin de alması lazım, doktorlardan sonra en çok biz hizmet veriyoruz bu hastanede, burası fizik tedavi hastanesi olduğu için doktorların verdiği tedaviyi uygulayan bizler döner sermayeden maddi kazanç sağlayamıyoruz. Fizyoterapi teknikerlerimiz ve hemşirelerimiz de aynı şekilde katkı sağlıyorlar. Bence sağlık ekibi olarak döner sermayenin belirli oranlarda, yapılan işe göre veya belirli statüye göre dağıtılması gerek.

F3: Performans sistemi gördüğüm kadarıyla doktoru zengin eden bir sistem, bu sistemin güvenilirliğini sorguluyorum. Mesela nörolojik salonda ben 7 hasta alıyorum, el salonundaki 20 hasta alıyor, grup çalışan 50 hasta alıyor, sistem bunu nasıl ayarlayacak? Sisteme göre az hasta alıyorum ama en ağır hastalar bende ve en yoğun işi ben yapıyorum. Grupla çalışan en fazla parayı alıyorsa sistem çuvallamış demektir. Bizi çetele tutmaya, sayısal verilere zorlayan sistem hem mesleğin ruhuna aykırıdır hem de kaliteyi bozar. Doktor hastanın ihtiyacı olmamasına rağmen tetkikleri artırıyor, devlet zarara uğruyor. Fizyoterapist hastaya yürüme germe yaptırıyor, ama bakınca sayfa döşenmiş, tikler atılmış, bunun hepsini yapamam, zaman yetmez. Hepsinin üzerinden

ücretlendirme olması doğru değil, sistem her şeyi maddiyata yönlendirmiş durumda.

F15: Kamu ya da özel fark etmez bakıldığında hastaneler bir ticarethane, bir şekilde buranın da dönüyor olması lazım. Bu sistemde ne kadar çok hasta alırsan o kadar çok faturalandırma yapılacak, bu yüzden işveren size daha çok hasta vermek istiyor. Kanunda günde beş hasta denilse, işveren işini nasıl yürütecek, maliyeti nasıl karşılayacak sorunu çıkıyor. Kalite düşüyor, hastaları tedavi etmiyoruz. Fizik tedavi sektöründe hastayı iyileştirmeyelim ki tekrar gelsin diye bir durum var. Günde 25-50 hasta alınıyorsa hasta tedavi edilmiyor demektir. İşveren, her şeyi ideal yapsan günde üç beş hasta alırsın ben bu kurumu nasıl çevireceğim diyor. Dolayısıyla hastalar gerçek anlamda hiçbir zaman tedavi olmuyorlar. Kamu ya da özelde yönetici bizi korumuyor. Kamuda da hastane işletme olarak görüldüğü için sistem böyle yürütülüyor. Devlet hastanesinde üç dk.da muayene varsa adın nedir derken süresi biter zaten. Bu şartlarda iyi muayene olmaz, hastalar iyileşmez, yapmamız gereken şey hasta olmamak için uğraşmak.

F21: Şu anki sistem ne kadar çok hasta o kadar çok para, o kadar çok performans. Performans sistemi çok büyük saçmalık, zaten orada fizyoterapistin esamisi geçmiyor. Performans olduğu için hastanelerde kuyruk oluyor, hastaların çoğu boşuna tedavi oluyor, boşuna ameliyat oluyor. Arada biz telef oluyoruz ama hastanın suçu yok, ne kadar çok salona giderse gitsin bir alanda para alınıyor, performansla bu iş olmaz.

Sağlık Bakanlığının (2006) sağıkta performans sistemine göre, performans ücretleri sağık kuruluşunun hastane gelirlerinden (*döner sermaye*) dağıtılmaktadır. Hastane gelirlerinin (*döner sermaye*) %20'si hazine, SHÇEK payı ve Bakanlık merkez payıdır, %40'ı personele dağıtılacak ödemenin üst oranı ve %40'ı kurum ihtiyaçlarına ayrılmaktadır. Personele ayrılan %40 pay ise hizmet puan ortalamasına göre hesaplanmaktadır. Sağık kuruluşunda görev yapan tüm personelin çalıştıkları günler dikkate alınarak; performans puanlarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem performans puan ortalaması tespit edilmektedir. Sağık kuruluşu yöneticilerinin, laboratuvar branşı hekimlerin ve diğer sağık personelinin unvanları, görevleri, çalışma şartları ve süreleri ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak tespit edilen katsayıları, kurum performans puan ortalaması ile çarpılarak bireysel performans puanları tespit edilmektedir. (*Örneğin, Başhekim katsayı: 5,00 – Biyokimya: 2,00 – Müdür: 1,00 – Doktor:1,00 - Serbest çalışan doktor: 0,30 – Fizyoterapist: 0,40 - Hemşire: 0,40 – Memur: 0,25*).

Sağık Bakanlığa göre (2006), performans sisteminde poliklinik hizmetleri, hastane kalite kriterleri, fiziki mekan ve süreçlerin denetimi ile hasta ve hasta yakını memnuniyet anketlerine göre belirlenen kurum performans katsayısının “1” olduğu takdirde döner sermayeden gelir dağıtılabilir. Yalnızca doktorların verdikleri tıbbi hizmetler (*5300 tıbbi işlem puanlandırılmış ancak doktor sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamıştır.*) nicelik açısından ölçülebilir hale getirilmekte; hizmeti puanlandırılmayan diğer sağık görevlileri, klinik dışında görevli doktorlar ve yöneticiler kurumun ortalama puanına oranla derecelendirilmektedirler. Böylece klinik doktorlarının doğrudan, yöneticiler ve diğer sağık personelinin dolaylı olarak performansları ölçülmektedir. Belirlenen performans puanları, serbest meslek katsayısı, aktif çalışma gün katsayısı, kadro unvan katsayısı gibi göstergelerle çarpılarak bulunan puana ihale ve satın alma komisyonu gibi

farklı görevleri yaptıkları zaman aldıkları ek puanların da ilave edilmesi ile net performans puanları bulunmaktadır. Her sağlık kuruluşunda bulunan döner sermaye komisyonunca dağıtılmasına karar verilen tutarın, bütün personelin net performans puanlarının toplamına bölünmesi ile “dönem ek ödeme katsayısı” bulunmaktadır. Verilen hizmetin nicelik ve nitelik parametrelerini elde etmek için her şey, hastane bilgi sisteminde kayıt altına alınmaktadır.

Görüşme yapılan fizyoterapistler de doktorlar gibi performans sistemini onaylamamaktadırlar. Performans sisteminin tamamen maddi kazanç üzerinden işleyen bir sistem olduğu, sistemin hastanelerde hasta sayısını artırmaya ve birçok tıbbi işlemin gereksiz yapılmasına neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca fizyoterapistler de doktorlar gibi tıbbi hizmet vermesine rağmen, hiçbir zaman performans ücretinden yararlanamadıklarını belirtmektedirler. 6225 sayılı (06.04.2011) Kanuna göre;

“Fizyoterapist, hastalık durumları dışında, kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırmak için mesleğiyle ilgili ölçüm ve testleri yaparak kanıta dayalı koruyucu ve geliştirici protokolleri belirler, planlar ve uygular. Hastalık durumlarında ise fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tabibin veya uzmanlık eğitimleri sırasında fiziksel tıp ve rehabilitasyon rotasyonu yapmış veya uzmanlık sonrasında ilgili dalın rotasyon süresi kadar fiziksel tıp ve rehabilitasyon eğitimi almış uzman tabiplerin kendi uzmanlık alanları ile ilgili teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapar. Hastaların tedavisi yönünden rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içinde çalışır ve tedavinin gidişi hakkında ilgili uzman tabibe bilgi verir.”

Fizyoterapistler, aldıkları eğitim ve yaptıkları iş gereği kendilerinden oldukça farklı **performans ücreti** alan doktorlarla bir kıyaslama yapmakta ve bu kıyaslamayı doğal bulmaktadırlar.

F6: Performans sistemi çok acı bir şey, ben hastayı her gün kaç defa, bazen aylarca görüyorum, doktorun böyle bir şeyi yok yani, hatta hastayla ilgili iletişim kurmamız gerekirken doktora bile ulaşamıyoruz, ama performans onlarda. Bu durum ülkemizde FTR doktoru olmasından kaynaklanıyor.

F9: Hasta sayısı hala çok fazla, yeni mezun asistan doktorlar salona gelip neden daha çok hasta almıyorsunuz diyorlarmış, çünkü aldığımız her hasta ona para olarak dönüyor. Performans sistemi bizim için çok büyük motivasyon kaybı, diğer yerlerde para alınırken bizim almamamız çok yıkıcı oluyor. Arkadaşım İskenderun'a gitti, toplum sağlık merkezi daha işleyişe geçmemiş, 600 tl döner sermayeden ücret alıyormuş, burada canımız çıkıyor bir şey almıyoruz. Sistemi kim düzenliyor da bize döner sermayeden pay düşmüyor? Ne kadar para gelirse kendi aralarında bölüşüyorlar.

F10: Döner sermaye belirlenmiş rakama ulaşmadan doktor harici personel döner alamıyor. O rakama ulaşıncaya doktor 20 bin alıyor, o zaman da senin aldığın 200-300 lirada kimsenin gözü olmuyor. Zaten kandırıyorlar, o eşiği o rakamı geçemezsin.

F18: Yaptığımız işe göre maaşımız az. Performans pastasının büyük kısmını doktor alıyor, bize 10-20 tl kalıyor. SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) 'da bunu kısıtlayan bir şey yok, doktorun aldığı hasta sayısı tek fizyoterapist üzerinden faturalandırabiliyor. Burası fizik tedavi hastanesi, hekimlere saygı duyuyorum, altı sene okul üstüne beş sene uzmanlık okumuş, kararı veren onlar ama bu sistem adaletsiz, bu kadar fark olmamalı. Açıkçası rencide edici bir

durumdur. Doktor benden düşük alsa ben rahatsız olurum, elbette yüksek alacak ama bu kadar değil.

Fizyoterapistlerin tıbbi hizmetleri **performans sistemi** içinde puanlanmamaktadır yani performans katsayıları dolaylı olarak hesaplanmaktadır. Her aylık dönem içinde kurumsal performans katsayısı “1” olduğunda, tüm personele döner sermaye bütçesinden performans ek ücretleri dağıtılmaktadır. Ancak bu ücretler performans katsayısına göre dağıtıldığı için, doktorlar ve yöneticilere göre diğer sağlık çalışanlarının (*fizyoterapist, hemşire, sosyal çalışmacı gibi*) payı oldukça düşüktür. Kurumsal performans payı “0 ile 1” arasında ise doktorlar ve yöneticilerin dışında kalan sağlık çalışanları döner sermayeden hiç pay alamamaktadırlar.

Fizyoterapistler, performans sisteminin **mesleki olarak adaletsizliği artırdığına** ve fizyoterapistlerin **motivasyonlarının düşmesine** neden olduğunu vurgulamaktadırlar. Performans ücreti aldıklarında dahi, katsayıları doktorlara göre oldukça düşük olduğu için doktorlarla aralarında performans farkının yüksek olduğu belirtilmektedir. Öyle ki iki farklı şehirde aynı mesleği icra eden fizyoterapistlerin maaşlarında bile gözle görülür farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Normal süreçte de maaşlarının az ve doktorlara göre çok düşük olduğunu belirten fizyoterapistler, performans sisteminin bu farkı daha da derinleştirdiğini düşünmektedirler. Sembolik güç, yürüttüğü sembolik sistem ile eşitsizlikleri besleyerek egemenliğini sürdürmektedir. Fizyoterapistler performans sistemine itirazları olduğu halde sembolik sistemi tanımakta ve gereklerini yerine getirmektedir. Bu şekilde sembolik güç, farkında olmayarak sağlık çalışanlarına –Sağlık çalışanlarının da farkında olmadığı– sembolik bir şiddet uygulamaktadır.

Sembolik gücün yetki erkini kullanarak fizyoterapistlere sembolik şiddet uyguladığı bir diğer konu ise doktorların uzmanlık alanları ile ilgili teşhisi ve buna bağlı tedaviyi fizyoterapistlere uygulaması olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda fizyoterapistlere göre sistemden kaynaklanan bir diğer zorluk ise sembolik güç, kanunlarla FTR uzman

doktorlarını, **fizyoterapistlerin doktorun uzmanlık alanları ile ilgili teşhis ve tedavi için gerekli uygulamaları yapması** ve tedavinin gidişatı ile ilgili doktora bilgi vermesi konularında yetkilendirmektedir.

F1: Normalde bizim ortopedist, nörolog, kardiologla çalışabilmemiz gerekir ancak biz sadece FTR uzmanı ile çalışabiliyoruz. Bu da onların altında çalışıyormuşuz gibi bir izlenim yaratmaktadır. Doktorun yazdığı tedavinin dışına da çok çıkamıyorsunuz. O planın dışına çıkamayınca da senin yaptığının fazlası insanların gözüne batabiliyor ve bundan sorumlu tutulabiliyorsunuz. Bu da aslında meşru bir baskı biçimidir. Planlananın dışına çıkmayı engelleniyor. Belki daha iyisini yapabileceğiz ama yapamıyoruz. Mesela hastanın klinik muayenesi bize de danışılarak yapılabilir, ancak bu yapılmıyor. Bir tek doktor karar veriyor ve biz uyguluyoruz. Normalde bizim tedaviyi planlayıp uygulamamız gerekirken; doktor planlıyor, programlıyor sana veriyor ve bunun dışına çıkma diyor. Ama bizim mesleğimizi tanıyan doktorlar hastanın tanısını belirtir, fizik tedavisini yazar, sen planlar ve uygularsın. Bu müdahalelere sistem izin veriyor. Normalde doktorlar bizim beraber çalıştığımız mesai arkadaşlarımız ancak amirimiz gibi davranıyorlar. Sağlık sistemi doktora dayalı bir biçimde ilerliyor. Yetki birçok durumda onlara veriliyor, ancak bu hem iyi hem kötü, çünkü sorumluluk da onlara veriliyor. Sorumluluk ve yapması gereken iş de artıyor. Daha fazla yoruluyorlar onların da performansı düşüyor.

F9: Doktorun altında çalışıyoruz, kendi inisiyatifimizle bir şey yapamıyoruz, doktorun dediğini yapmak zorundayız ama bu da

doktorun her zaman haklı olduğu anlamına gelmez. Doktor amir durumunda, doktor beni order etmeden ben bir şey yapamam, benim meslek tanımımnda öyle yazıyor, doktorun tanı ve teşhis koyduğu hastaları iyileştiren diye geçiyor. Bundan gocunmuyorum tabii o teşhis koyacak, ben bunun eğitimini almadım. Ama çoğu doktorun görmediğini biz görüyoruz, çünkü o bir kere görüyor biz hastayla sürekli beraberiz. İlaç yazamam ama hastalık konusunda çok bilgim var. Bazı hastaların doktor diyor siz yapıyorsunuz demeleri, sadece uygulayıcı olarak görmeleri çok rahatsız ediyor. Sağ olsun doktorumuz bizi iyileştirdi diyor, doktor sana ne yaptı, burada ben seni tedaviye aldım.

F17: Burada fizyoterapist ekibin içinde değıl, katmıyorlar, katmak da istemiyorlar. Bir tedavi hakkında doktorla konuşunca, ben onu yazdım yapacaksın diyorlar. Bunu değıştirebilme gücümüz yok, Doktorun verdiğı tedaviyi uygun görmesem yönetime de itiraz edemem, çünkü yönetim de doktorun yanında.

F20: Yapman gerekenler sana direktif olarak veriliyor, takibi yapılmıyor ama sen yapmana rağmen doktor yapmış gibi yansıtılıyor. Hastanın bez kokusunu, ter kokusunu sen çekiyorsun, bunlar kolay şeyler değıl, reddetme şansın yok. Doktorlar tarafından nörolojik hastalara ne oranda gelişme sağlanacağı söylenmiyor, sonunda fizyoterapist suçlu oluyor. Gerçekten özverili çalışıyoruz ama bu durum bizi yıpratıyor. Bu belki doktorun da suçu değıl, tıbbın kilitlendiğı noktada kimse bir şey yapamıyor.

Fizyoterapistlerin %50'si doktorların belirttikleri tedavi ve uygulamanın dışına çıkmadıkları ve tedavi planlama sürecine katılamadıkları için zorluk yaşadıklarını belirtmektedirler. Bu durumun nedenini sembolik gücün, **doktor merkezli bir sistem** yürütmesinden kaynaklı olduğu ileri sürülmektedir. Fizyoterapistlere göre doktorlar fizyoterapistlerin amirleri değildirler. Ancak hastaların tedavilerinde fizyoterapistleri yönlendirmeleri her iki meslek grubu için de doktorların amir gibi düşünülmesine sebep olduğu belirtilmektedir. Süreçte olması gereken ise doktorların teşhisi koyduktan sonra planlama ve uygulama aşamasında fizyoterapistlerin de söz sahibi olması ve doktorla birlikte süreci yönetmeleri olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu duruma sembolik gücün neden olduğu düşünülmektedir. Sembolik güç, eşitsizlikleri sürdürerek ve güçlendirerek, yarattığı ayırım gruplarını gerçek kılarak ve sağlık çalışanları buna inandırarak sembolik bir şiddet uygulamakta ve egemenliğini sürdürebilmektedir. Doktor, hemşire fizyoterapist ayırımında kullanılan tıbbi söylem, sağlık çalışanlarının kültürel sermayelerinden biri olan eğitim sürecinin içinde başlamaktadır. Tıp söyleminin içinde doktor ve diğerleri ayırımı (*Bununla birlikte doktorların da kendi içinde cerrah ve diğerleri ayırımı yapılmaktadır.*), okul, aile, medya, akademisyenler, sağlık kuruluşları hatta sağlık sistemi aracılığıyla da pekiştirilmektedir. Hatta diğer meslek gruplarına göre daha fazla sembolik güce sahip olmaları, doktorların 'güç seçkinleri' olarak tanımlanmasına neden olmaktadır.

Fizyoterapistlerin amirlerinin doktorlar olarak kabul edilmesinde ve fizyoterapistlerin ifadesi ile sürece katılamamalarındaki nedenlerden ilki sistemin doktor merkezli kurulması ve yürütülmesi iken; bir diğer önemli neden de **mesleğin kanunen tanınmaması ve korunmamasıdır.**

F5: Mesela egzersiz reçetesini bizim yapmamız lazım ama mesleğin yasal dayanağı yok. Ancak doktor order verecek biz detaylandıracağız. Ama doktor orderı gönderirken yapacağım işin

detayını yazıyor, okuyunca sinir oluyorum, benim ona şu ilacı şu kadar yaz demem gibi bir şey. Doktor buna karar vermemeli, bana neyin olduğunu söylemeli, ben ona göre egzersiz reçetesi yapmalıyım.

F8: Mesleğimizin yasada karşılığını bulamaması bizi arada bir meslek grubu yapıyor. Biz gerçekten çok ağır bir eğitim alıyoruz, mesela bir yıl boyunca kadavra üzerinden anatomi eğitimi alıyoruz. Çok donanımlı mezun oluyoruz. Ya bize bu kadar eğitim verilmesin ya da karşılığı bu olmasın. En büyük sorunumuz bence, meslek tanımımızın yeterli olmaması, yaptığımız iş bu meslek tanımı ile alakalı değil çünkü biz sadece doktorun söylediğini yapsak hiçbir şekilde verim alamayız. Doktor tedaviyi genel olarak söyler, detaylarını biz belirleriz. Bu konu halledilse birçok şey çözüme kavuşur.

F14: Bütüncül bakmak lazım, baştan sona kadar her yerde aksaklık oluyor. Ara eleman olduğun için ne yukarıdakine derdini anlatabiliyorsun ne aşağıdakine. Türkiye’de meslek olarak görülmiyoruz, dış ülkelerde böyle değil. Orada fizyoterapistin bütüncül olarak tedavide konuşma hakkı vardır, fizyoterapist her şeyi kendisi belirler.

F15: Hepimiz yardımcı sağlık sınıfı diye geçiyoruz. Gördüğüm eğitimin karşılığını aldığımı düşünmüyorum. Derneğimizle içli dışlıyım, orada sıkıntı yok ama yardımcı sınıf sağlıkçılar doktorlara göre daha az sayıda ve tanınırlılığı daha az olduğu için, mecliste yasa çıkacağı zaman doktorlar daha baskın çıkıyor ve sizin ilerlemenizi çoğunlukla engelliyorlar. Yasa olmadığı sürece sizin

özlük haklarını elinden alanlar çoğunlukla doktorlar oluyor. Kanun çıkacaksa doktorlar branşlarını bırakarak birleşiyorlar ve kanunu doktorların işine gelecek şekilde çıkarttığı zaman bizler ezilen sınıf oluyoruz.

F16: Fizyoterapistleri koruyucu bir kanun yok, bu durum fizyoterapistliğin tanımının bakanlık nezdinde çok net olmamasından kaynaklanıyor. Bununla ilgili derneğimiz çok çalıştı ama doğru dürüst bir yasa hala çıkmadı, yardımcı sağlık sınıfı statüsünden çıkması gerekiyor.

F17: Fizyoterapistler yardımcı sınıf olarak tanımlanıyor, psikologlar, psikiyatristler, diyetisyenler öyle değil. Doktora germeye devam edersem parmak kopacak diyorum, dediğimi yap diyor, kopsa suçlu fizyoterapist olacak, beni dava edecek. Doktor tedaviyi telefonda değiştiriyor, sisteme gir veya yazılı gönder değiştireyim, beni koruyacak başka bir şey yok.

Görüşme yapılan fizyoterapistlere göre, fizyoterapistlerin tedavi **aşamasında karar verici sürece dahil edilmemesi ve doktorların fizyoterapistlerin amirleri konumunda olmasının** temel nedeni, fizyoterapistlerin kanununda mesleğin iş tanımının tam olarak yapılmamasıdır. Tanımlamanın eksik olmasının yanında meslek, yardımcı meslek sınıfı içinde yer almaktadır. Bu durum da fizyoterapistlerin doktorların altında çalışan, amirlerinin belirlediği tedaviyi uygulayan ara bir meslek grubu haline getirmektedir. Kanunda mesleğin özerkliği olmadığı gibi fizyoterapistleri tedavi uygulamalarıyla ilgili olarak koruyan bir hüküm de bulunmamaktadır. Fizyoterapistlere göre, doktorun istediği tedaviyi uygularken, katılmadıkları uygulamaları yaparken doğacak hatalardan da koruyucu bir kanunları olmadığı için fizyoterapistler sorumlu tutulmaktadır. Kanunda değişiklik için başta Fizyoterapistler Derneği olmak üzere

uğraşılsa da şimdiye kadar bir değişiklik yapılamamıştır. Fizyoterapistler bunun en önemli nedeni olarak gerekli siyasi bağlantılara sahip olamamaları, yani sosyal sermayelerinin az olması ve doktorların ekonomik, sosyal ve kültürel sermayelerinin daha güçlü olması nedeni ile kanunun doktorların lehine sonuçlandığını ileri sürmektedir.

F1: Bizim ülkemizde doktorların, bazı yerlerde siz meslek tanımınızın dışına çıkarsanız, çok fazla maddi olarak yükselirseniz, doktorların üstünde bir konuma geliriz falan diye korkuları var diye düşünüyorum. Daha öncesinde öyle bir durum vardı, fizyoterapistler daha çok kazanıyorlar diye rahatsız oluyorlardı. 5-6 yıl öncesine kadar fizyoterapistler 7-8 bin lira kazanabiliyordu. Doktorların web sitelerinde bu durumdan çok rahatsız olan ve fizyoterapistlerin arkasından atıp tutan doktorları gördüm. Doktorların yüksek meblağlar kazanması gözümde değil. Sonuçta onlarda bu işin hakkını verip yapıyorsa; gayet kazanmaları lazım zaten. Ama onların bizim kazandığımız paraları çok görmesi; hatta kendi hocalarımızdan bile bizim şu andaki konumumuzu fazla görmesi rahatsız edici bir durumdur. Yeni mezunlarımızın 2 bin liradan fazlaya çalışmaması gerekir diye düşünen hocalarımız var ve bunlar üniversitelerde derslere giriyorlar.

F5: Mesleğimiz net olarak bilinmiyor, bir fizyoterapist ne yapar, hastaya nasıl yaklaşımda bulunur sağlık kurumlarında çalışanlar bile bilmiyor, hatta biraz ileri gideyim doktorların bile bu ayrımı yapabildiklerini düşünmüyorum. Bizimle birebir çalışması gereken çoğu ortopedist hastayı bize göndermiyor, egzersizi kendi tarif ediyor, sonra bize çok geç kalınmış vakalar olarak geliyor.

Doktorlar bizim branşımızın artılarının eksilerinin ne olduğunu bilmiyorlar. Doktorlar bizi parayla aralarında engel olarak görüyor, çatışmamızın nedeni bu. Fizik tedavi uzmanı hastadan muayene ücreti alıyor, hastayı fizyoterapistle gönderse seans başına ücret nedeniyle doktordan daha çok ücret kazanacak, niye göndereyim ben ondan kat kat biliyorum diyor. Ben ilaç detaylarını bilmiyorum, o egzersiz detaylarını bilmiyor; maddi çıkarlar olduğu sürece doktorlar bize ön yargılı olabiliyorlar, psikiyatri ile psikolog gibi.

Görüşme yapılan doktorlar fizyoterapistlere yönelik herhangi bir görüş belirtmemesine rağmen; fizyoterapistlere göre mesleğin arada kalmasına ve koruyucu kanunlarının olmamasına ekonomik, sosyal ve kültürel sermaye açısından daha zengin olan doktorlar sebep olmaktadır. Çünkü fizyoterapistler, mesleklerinin tanınmasını ve korunmasını sağlayan yasalar çıktığında, doktorların sahip olduğu ekonomik sermayeye kendilerinin de sahip olmaya başlayacağını, doktorların da bu durumdan memnun olmadıklarını düşünmektedirler. Doktorların sosyal, kültürel ve ekonomik sermayeleri daha fazla olduğundan fizyoterapistlerin ihtiyaç duyduğu kanunların çıkarılmasına engel oldukları ileri sürülmektedir. Bu nedenle de mesleğin yasal olarak ihtiyaç duyduğu düzenlemeler yapılamamaktadır.

Yine sistemden kaynaklı sorunların içinde ifade edilen **ve meslek kanununda eksikliğin** bir sebebi olarak işaret edilen bir başka zorluk ise, fizyoterapistlerin eğitim kalitesinin yani kültürel sermayesinin geçmişe kıyasla daha düşük düzeyde olmasıdır.

F1: Biz fizyoterapistlerin gerekli eğitimi de çok iyi aldığını düşünmüyorum. Okulda eğitim aldıktan sonra dışarıda kurslar almaya devam ediyoruz. Dışarıda eğitim aldıktan sonra okulda alınan eğitimin yetersiz olduğunu anlıyorsunuz. Okulda sadece

egzersiz açısından bir şeyler öğretilirken, dışarıdaki kurslarda bantlama, manual terapi dediğimiz bir çok teknik öğreniyoruz. Eğitimimiz zaten çok iyi değil kendimizi çok iyi de görmüyoruz. Kurslarla falan kendinizi tamamlarsanız kendi başınıza bir şeyler yapabilmeniz mümkün görünüyor. Devletin bizim mesleğimizi daha fazla tanıtmayı daha çok değer verip daha az mezun vermesi gerekiyor. Çok fazla mezun veriliyor ve kalitesiz eleman çok yetiştiriliyor. Pazardan elma alır gibi fakültelere fizyoterapist alınıyor. İnsanların belirli niteliklere sahip olarak fakültelere alınmaları gerekmektedir. Çünkü sağlık alanında hizmet verilecektir.

F16: Eskiden az bulunan kıymetli bir meslekti, şimdi puanlar düştü eskisi gibi tercih edilmiyor. Ben girdiğimde 9 üniversitede bu bölüm vardı, şimdi 70 ten fazla üniversitede var. Eskiden bakanlık fizyoterapisti devlete çekemiyordu, özelde kıymetliydik iyi para veriliyordu, 9 yıl önce mezun olduğumda Urfa'da özelde çalışırken şu anki maaşımın neredeyse iki katını alıyordum. Özele devletin verdiği ödenek desteği azaldı, batan yerler oldu, özeldeki iş imkânları azaldı, sonra devlet kadroları doldu. Bütün bunlar yüzünden meslekte işsizlik arttı ve sürekli mezun geliyor, işin ilginç tarafı o kadar okula yetecek hoca da yok, çoğu fakültede tek hoca bütün derslere giriyor neredeyse, eğitim kalitesi düştü. Eğitim kalitesi düşüyor, sağlık hizmeti kalitesi düşüyor, maaş düşüyor, fizyoterapistin memnuniyeti düşüyor, sonra verimi düşüyor, hepsi birbirini tetikliyor.

F18: Dünyada fizyoterapistler tek başına çalışıyor, teşhis ve tedavi yapıyor, bizde öyle değil, devlet fizyoterapiste yetersiz eğitim veriyorsa bu benim problemim değil, lise açar gibi üniversite açıyor, yeni gelen çocuklara bakınca eğitim kalitesinin iyice düştüğünü görüyorum. On yıl önce bir laf çıkmış fizyoterapistler çok para kazanıyor diye, ondan sonra sayısını artırmışlar.

F21: Bizi koruyan kanun yok, fizyoterapistleri tanımlayan bir kanun yok, dernek çalışma yapıyor ama kimsenin umursadığı yok, okullarda fizyoterapistlere verilen eğitim yetersiz olduğu için o zaten başlı başına problem.

Ülkemizde 1961 yılında ilk olarak Hacettepe Üniversitesinde FTR Yüksekokulu kurulmuş; 2000’li yılların başına kadar da toplamda 7 üniversitede FTR bölümü bulunurken; günümüzde toplam 52 üniversitede FTR bölümü bulunmaktadır (Can, 2016). Fizyoterapistlere göre FTR bölümü önceden daha kaliteli eğitim vermekte iken, üniversitelerde FTR bölümlerinin artması nedeniyle verilen eğitimin kalitesinin düşmekte, çok fazla mezun verdiği için fizyoterapist işsizliği artmaktadır. Bu durum fizyoterapistlerin 90’lı yıllarda sahip oldukları ekonomik ve kültürel sermayelerinin azaldığına işaret etmektedir. Bununla birlikte, son yıllarda fizyoterapistlere yardımcı meslek grubu olan ve üniversitelerin iki yıllık FTR bölümlerinden mezun olan fizyoterapi teknikeri de sağlık kuruluşlarında fizyoterapistlerle aynı statüde hizmet vermektedir. Fizyoterapi teknikerlerinin, fizyoterapistlerin sahip olduğu kültürel ve sosyal sermayeyi azalttığı düşünülmektedir.

Fizyoterapistler ve fizyoterapi teknikerlerinin mezun sayılarının artmasına rağmen atama sisteminin zorluğundan dolayı devlet kadrolarına yerleşmenin oldukça güç olduğu düşünülmektedir. Bu durumu, görüşme yapan fizyoterapistler personel

yetersizliđi ve bir fizyoterapistte dūřen **hasta sayısının yūksekliliđini** sistemden kaynaklanan zorluk olarak ifade etmektedirler.

F2: Personel eksikliđi olduđuunda hastaları almak zor hale geliyor, çünkü birden fazla hasta alıyorsunuz, hasta memnuniyeti azalıyor, hasta Őikāyeti artıyor, sizin yorgunluđunuz artıyor. O yūzden personel eksikliđi bizde en būyūk problemlerin baŐında geliyor. Őu dōnemde iyiyiz, MSB'nin gōnderdiđi asteđmenler yūkūmūzū azaltıyor, ama çok kōtū durumda olduđumuz dōnemler var.

F7: Her seansta ūçer hastayla çalıŐıyoruz, gūnde 15-16 hastayı rahat buluyor. Normalde verimli bir tedavi için her seansta bir hasta alırsın, hasta çok olduğu için hepsine yetiŐmek durumundasın. Hastanın ihtiyaçı neyse onu yapıyorum ama çok koŐturuyorum, kendimden veriyorum. Yıllardır dinlenme arası için uđraŐıyoruz ama yōnetim bununla ilgilenmiyor, ne kadar çok hasta alırsam buraya ne kadar çok para kazandırırısam o kadar iyi diye bakıyor.

Fizyoterapistlere gōre kamuda fizyoterapist kadroları dolu gōrūnmesine rađmen, çalıŐtıkları sađlık kuruluŐunda personel eksikliđi vardır. Őnceden askeri bir sađlık kuruluŐu olan Gaziler FTR Eđitim AraŐtırma Hastanesi, Milli Savunma Bakanlıđı (MSB) ile imzalanan protokolle fizik tedavi ūnitelerinde asteđmen fizyoterapistleri gōrevlendirmektedir. Buna rađmen fizyoterapistler bir gūnde her seansta aldıkları hasta sayısının yūksekliliđine dikkat çekmektedirler. **Hasta sayısının yūksekliliđinin** yalnızca personel eksikliđi ile deđil performans sisteminden de kaynaklandıđı ileri sūrūlmektedir.

F5: Genel olarak hasta sayısı çok olduđu için hastalara gereken zamanı ayıramadıđımızı dūŐūnuyorum. Bazen salona baskın yapılıp niye bu kadar az hasta var deniyor, tutanak dūzenleniyor. Hasta sayısı çok olunca kalite dūŐuyor, sen oradan oraya koŐturuyorsun

hastalar görüyor ama yine de seni şikâyet ediyor. Bakanlığa geçtikten sonra özellikle sivil hastalar o kadar pohpohlandı ki hasta neredeyse beni evimde tedavi edin diyecek, kimseyi geri çevirmiyoruz bu sefer salon yoğun diye şikâyet ediyor.

F7: Her seansta üçer hastayla çalışıyoruz, günde 15-16 hastayı rahat buluyor. Normalde verimli bir tedavi için her seansta bir hasta alırsın, hasta çok olduğu için hepsine yetişmek durumundasın. Hastanın ihtiyacı neyse onu yapıyorum ama çok koşturuyorum, kendimden veriyorum. Yıllardır dinlenme arası için uğraşıyoruz ama yönetim bununla ilgilenmiyor, ne kadar çok hasta alırsam buraya ne kadar çok para kazandırırsam o kadar iyi diye bakıyor.

F9: Hasta sayısı hala çok fazla, yeni mezun asistanlar salona gelip neden daha çok hasta almıyorsunuz diyorlarmış, çünkü aldığımız her hasta ona para olarak dönüyor. Performans sistemi bizim için çok büyük motivasyon kaybı, diğer yerlerde para alınırken bizim almamamız çok yıkıcı oluyor. Performans sistemi kaldırılmalı, doktor her gelen hastaya ihtiyacı olsun olmasın ekstra para için tedavi yazıyor. Hastayı çok kalitesiz değerlendirdiklerini düşünüyorum, yarım saat yerine beş dk. ayırıyor, yalan yanlış teşhislerle hasta geliyor. Ayakta hasta hiç bitmiyor, tedaviyi bitirip gönderiyorsun pazartesi günü yine geliyor, biz konuştuk uzattık diyor. Madem ekip arkadaşınız, ara sor tedavide gelişme var mı? Bizi hiç kale almıyorlar, fikrimizi almıyorlar.

F15: Hasta sayısı çok, bizi koruyan bir kanun yok, sağlık sektöründe tüm hastaneler ticarethane gibi, bize hiç verilmeyen döner sermaye doktorlara gidiyor. Doktorlar için hiç zor bir şey

değil, şuna git şunu yapsınlar diyor, tik atıyor. Günde beş hastadan fazlasına bakamazsın ibaresinin kanunda olmayışı bizi zorlayan taraf oluyor. Kanun olsa sorun çözülür.

F21: Şu anki sistem ne kadar çok hasta o kadar çok para, o kadar çok performans. Performans sistemi çok büyük saçmalık, Performans olduğu için hastanelerde kuyruk oluyor, hastaların çoğu boşuna tedavi oluyor, boşuna ameliyat oluyor. Arada biz telef oluyoruz ama hastanın suçu yok, ne kadar çok salona giderse gitsin bir alanda para alınıyor, performansla bu iş olmaz.

Performans sistemi doktorlarda olduğu gibi fizyoterapistler içinde hasta sayılarının artmasında temel nedenlerden birisidir. Doktorlar muayene, teşhis ve tedavi sürelerinin kısalığından, yüksek hasta sayısının sebep olduğu kalitesiz hizmetten şikayetçi olurken; fizyoterapistler aynı anda birden fazla hastaya hizmet vermenin olanaksızlığından şikayetçi olmaktadır. Her iki meslek grubu da hasta artışının sebebini artışını performans sistemine bağlamakta; ancak fizyoterapistlerin belirttiği gibi doktorlar performans almaktan memnun olmayıp, görüşme yapılan tüm doktorlar performans sisteminin kaldırılmasını istemektedirler. Çünkü sembolik gücün, yasalarla yürüttüğü bu sistem sağlık hizmeti veren ve sağlık hizmeti alan gruplar için hizmette kaliteyi düşürmekte, yarattığı rekabet ortamı ile sağlık çalışanlarının ilişkilerinde çatışmalara neden olduğu değerlendirilmektedir.

Performans sistemi hasta sayısını artırmakla birlikte kalite standartları nedeni ile **hasta memnuniyeti** kavramlarını kurumsal performansın değerlendirme ölçütü yapması, fizyoterapistler için sistemden kaynaklanan bir diğer zorluktur.

F5: Ayaktan hasta alırken aynı anda hem nörolojik hasta hem ortopedik hasta alıyorum, hasta sayım çok. Şöyle bir çatışma oluyor, şikâyeti göze alıp ihtiyacı olan hastayla daha çok mu

ilgileneyim, yoksa her hastaya eşit zaman mı ayırayım? Şikâyet artınca yukarıdan baskı artıyor. Kimseyi geri çevirmiyoruz bu sefer salon yoğun diye şikâyet ediyor. BİMER'in önünü açmaları çok kötü oldu, karşına gelen hasta, doktordan fizyoterapistten daha iyi biliyor, istediği doğrultuda çalışmazsan hemen şikâyet ediyor. Toplumun genel yapısı böyle, herkes doktordur, herkes avukattır, herkes öğretmendir. Şikâyet sonrasında senin anlatımların, çalışma koşulların dinlenmiyor, neden böyle bir cevap verdiğin göz önüne alınmıyor, hep hasta haklı, en kötü tarafı da bu. Hasta müşteri değil hastadır, illa ki haklı olacak diye bir şey yok, sonuçta ben seninle ilgilenen, senin durumunu bilen kişiysem, buna ben karar vereceğim, sen uygulayacaksın. Hastalığını ve tedavisini biliyorsan niye geliyorsun?

F7: Doktor hastayı ilk muayenede görüyor, ben 60 gün hastayla uğraşıyorum, performans oraya gidiyor. Suratinızda ufak bir asıklık görülse anında şikâyet ya da cezalandırmaya gidiliyor. Şikâyetle her şey biliniyor ama ödüllendirmede yok.

F9: Bizim şikâyetlerimizi ileteceğimiz bir merci yok. Baş fizyoterapistimiz yönetimin söylediklerini bize getirmek yerine sorunlarımızı çözmeye çalışmalı. Yönetime itiraz etmiyor, çünkü çıkar ilişkileri var. Bizi savunduğuna inanmıyorum bana dokunmayan yılan bin yaşasın. Askeri dönemde de baş fizyoterapistle sen de hasta alacaksın dediler ve sonra her dediklerini yaptı, onun hastalarını da biz aldık. O her şeyi doğru şekilde iletse bile çözüm olacağını sanmıyorum. Onu atlayıp bir üst makama da çıkamıyoruz, böyle bir şey yapsam dünyam cehenneme

çevrilir, ne izin verir, ne takviye asteğmen fizyoterapist gönderirler.

Bak seni nörolojik salona yollarım diye tehdit eder. Küçük olayları çözüyor belki ama bizi herkese ezdiriyor. Geçenlerde hasta fizyoterapistlerle atışmış, Caner'e şikâyet gidiyor, o hastayı alın diye telefon ediyor. Bunu salonda duyan bir daha bize saygı duyar mı? Şikâyet işi askeri dönemde yoktu, bakanlık döneminde çok var. Askeri dönemde hastalar bizi almaz diye korkuyorlardı ve saygı duyuyorlardı.

F21: Fizyoterapist, gaziler veya diğer hastalar tarafından şikâyet ediliyor, hasta hakları diye bir şey çıktı, çalışanın hiçbir hakkı yok, hasta şikâyet ediyor, tepeden niye böyle diye soruluyor. Hasta, buradaki insanlar kölesi imiş gibi ben doktorla görüştüm şunu yap diyor, bunlar hep sıkıntı.

Performans sistemi ve kalite çalışmalarının en önemli parametrelerinden biri de hasta memnuniyetidir ve sağlık kuruluşlarında memnuniyeti sağlamak ve artırmak için hasta hakları birimleri kurulmuştur. Hasta hakları birimleri, hastaların birimlere doğrudan yaptığı şikayetleri, BİMER, CİMER, SABİM ve HBBS (Hasta Başvuru Bildirim Sistemi) aracılığıyla birimlere ulaşan şikayetleri prosedüre göre işleme koymaktadır. Fizyoterapistlere göre hasta memnuniyetine bağlı olarak ortaya çıkan şikayet birimleri sağlık çalışanı ile sağlık hizmeti alanları karşı karşıya getirmektedir. Hasta memnuniyeti yani kurumsal performansın yüksek olması gerektiği için hasta şikayetlerinin çalışanın aleyhine sonuçlandığı düşünülmektedir. Bu durum sağlık çalışanının motivasyonunun düşmesine ve hastaya daha kaliteli bir hizmet verememesine neden olabilmektedir. Ayrıca sembolik gücün kurumsal performansı artırmak için ikili ayrımlar yaratması (*hasta-doktor, hasta-fizyoterapist*), sağlık çalışanları üzerinde sembolik şiddet uyguladığı değerlendirilmektedir.

Performans sistemi ve kalite uygulamalarının hasta memnuniyetinden başka bir diğer göstergesi ise kalite standartları uygulamalarıdır. **Kalite standartları** için hazırlanan göstergeler, sağlık kuruluşunun her biriminde uygulandığı gibi fizyoterapistler için de uygulanmaktadır.

F6: Görev tanımında olmayan evrak işlerini yapmamız bekleniyor.

Bence gerekli değil, hem sisteme giriyorsun hem de kâğıda yazıyorsun, yapmayınca tutanağın tutuluyor. Kalite için yapılıyormuş, peki hastanın kalitesi ne olacak. Bir de diyorlar ki bunu 15 dk. arada yapacaksın, dinlenmeden çalış yani.

F7: Prosedür işleri çok fazla, o kadar çok kayıt benim işim değil, sekreteryanın işi; cihazlarla uğraşmak benim işim değil ama bozulduğunda tamir ettiriyorum, sekreter olmayınca verileri giriyorum, bu işleri hasta aralarında yapmaya çalışıyorum. Hasta gurubumuz gaziler olduğu için her şeyi her zaman yaptırıyorsunuz, senin istirahat aranı dinlemiyor yani.

F12: Kullandığımız bilgisayar programı yavaş ve çok hata veriyor. Grup için aldığımız günlük 120 hastayı bir sekreter oturarak en az altı saatte girdilerini tamamlayabilirken bunun fizyoterapistten beklenmesi çok yanlış. Sekreter yetişemiyor ben de yardım ediyorum, imza için hasta peşinde koşuyorum. Bu çok mu gerekli, bence basit çözümleri var, yönetime de ilettik. Hastanın seansa gelip gelmediği bilgisayar üzerinden takip ediliyor, kâğıtları ayrıca imzalaması anlamlı değil. Hastaya ayıracağım zamandan çalışıyorsunuz.

F13: Sistemle ilgili en büyük sıkıntım kâğıtlar, bunu takip etmek için vaktim olmuyor, hastanın vaktinden çalışıyorum. Bunun için bize zaman verilse ya da personel verilse daha doğru olur.

Sağlık kuruluşunda kalite standartlarına uyulduğunu göstermek amacıyla gösterge kartları hazırlanmaktadır. Sağlık hizmeti alanların sistem kayıtları yapıldığı halde kalite birimine iletilmek üzere sistem prosedürü kağıt üzerinde de uygulanmaktadır. Fizyoterapistlere göre bu durum oldukça zaman almaktadır ve hastayla ilgilenmeleri ya da istirahat etmeleri gereken zamanın önemli bir bölümünü bu işlere ayırmaktadırlar. Kalite standartlarını oluşturmak için uygulanan prosedürün aslında kaliteyi düşürdüğü belirtilmektedir.

Görüşme yapılan fizyoterapistlerin ve diğer sağlık çalışanlarının da önemle üzerinde durduğu sorunlardan birisi de yıpranma hakkının olmayışıdır. Fizyoterapistler birebir hastalarla, bütün gün fiziksel bir güç harcayarak hastalara sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu nedenle kendileri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının **yıpranma hakkı** almaları gerektiğini belirtmektedirler.

F2: Hasta sayısı arttıkça ve yaşımız ilerledikçe ister istemez vücut yorgunluğu oluyor, yıpranma oluyor. Devlet bize yıpranma vermiyor, bunu çok iyi bilmiyor bence. 60 yaşındaki bir fizyoterapistin 70 veya 50 yaşındaki bir felçliyi tutup ayağa kaldırması için gereken güç biraz farklı. Hastanemizde rotasyon olmuyor, problem olursa zorunlu değişiklik oluyor. Bence maddi olarak fizyoterapistlere verilen maaş yeterli değil çünkü yapılan iş büyük, performans almıyoruz bence alınması lazım, doktorlardan sonra en çok biz hizmet veriyoruz bu hastanede, burası fizik tedavi hastanesi olduğu için doktorların verdiği tedaviyi uygulayan bizler maddi kazanç sağlayamıyoruz döner sermayeden.

F12: Mesleğin fiziksel ve psikolojik yıpranması çok yüksek, bununla ilgili pek çok yasal problem var, yıpranma verilmemesi gibi. Bugün pek çok fizyoterapistin boyun, bilek, dirsek veya bel problemi var, çünkü 90 kg.lık felçli hastanın 10-15 kg.lık bacağını sürekli pasif hareket ettiriyorsunuz. Yıpranma ile ilgili yasal problemlerin olması beni üzüyor. Nasıl radyoloji çalışanlarının yıpranma ve izinleri varsa, bizim meslekte de fiziksel ve psikolojik yıpranması var.

F15: . Yurt dışında sağlık çalışanına daha fazla tatil veriliyor, bir aydan daha uzun süre. Yıpranma payları var, etkinlikler için zamanı var, fırsatı var. Mesela ben şimdi rahatsızlandığım zaman ilk soru hastalar ne olacak? Önce geçmiş olsun deyin, o zaman sen de diyorsun ki ben robot değilim. Hasta sayısı çok, bizi koruyan bir kanun yok.

Fizyoterapistlerin çalıştığı hasta gruplarının %80'i engelli gruplardan oluşmaktadır. Özellikle nörolojik tedavi ünitesinin neredeyse tamamı engelli hastalardan oluşmaktadır. Fizyoterapistler tedavi uygulayıcıları olarak fiziksel olarak yoğun güç harcamakta, hizmet verdikleri hasta grubu içinde psikolojik olarak da çok yıprandıklarını belirtmektedirler. Ancak sağlık alanında yalnızca radyoaktif ve doğal ve yapay radyoaktif, radyoiyonizan maddeler ile çalışanların yıpranma hakkı vardır. Fizyoterapistlere göre bu hakka tüm sağlık çalışanları sahip olmalı ve dönem dönem çalışılan birimler arasında **rotasyon** yapılmalıdır.

F18: Bu hastanedeki başka bir problem iş yükünün eşit şekilde dağılmaması, maalesef uzun süredir devam eden böyle bir düzen var, yıkılması gereken bir düzen. Çocuk ve nörolojide ağırlık var, ortopedi salonuna gitseniz çok rahatlar, düzen değişmesin diye hep

şikâyet pozisyonunda oluyorlar. Neden değişiklikte ısrarcı değiliz, vicdani sorumluluğumuz diğer arkadaşlardan daha gelişmiş diyebiliriz.

Gaziler FTR EAH’de tıbbi, sportif ve mesleki olmak üzere üç temel tedavi birimi bulunmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon ünitesinin 19 alt tedavi birimi bulunmakta, bu birimlerde fizyoterapistler görev yapmaktadır. Örneğin nörolojik tedavi ünitesinde sağlık hizmeti alanların çoğunluğu beyin hasarı ve omurilik hasarı hastalarının tedavi olduğu birimdir. Bu birimde çalışan fizyoterapistler diğer birimlere göre daha fazla fiziksel güç harcamakta, hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha fazla yıpranmaktadırlar. Fizyoterapistlere göre tedavi ünitelerinde rotasyonun sağlanması fizyoterapistin daha uzun süre sağlık hizmeti vermesine yardımcı olacaktır. Hem devletten yıpranma hakkını almasının hem de birimler arasındaki rotasyonun sağlanmasının, fizyoterapistlik mesleğinin sürdürülebilirliği açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

Fizyoterapistlerin meslekten kaynaklanan zorluklarının en başında, sistemden kaynaklı zorluk olarak tanımlanan yıpranma hakkı talebine sebep olan **fiziksel ve psikolojik yıpranma** gelmektedir.

F6: Çok zor bir meslek çalıştığımız kurum hasta profili açısından, maneviyatı pik yapmış bir mesleğe sahibiz. Gazilerle çalışıyoruz, psikolojileri çok farklı, bundan dolayı farklı olduğumuzun hissettirilmesini istiyoruz, manevi doyumun yüksek olması bize güzel yansıyor, sabırla yapmamız gereken bir şey, hatta kendi evladımıza göstermediğimiz sabrı burada gösterip onlarla ilgileniyoruz. İncelense belki normal değiliz, insanla uğraşmak zaten zor, hele hastayla uğraşmak daha zor,

F7: Beden gücüyle çalışmamız, fiziksel olarak çok efor sarf etmemiz, mesela hepimizde bel, boyun, el bileği rahatsızlığı vardır. Her seansta üçer hastayla çalışıyoruz, günde 15-16 hastayı rahat buluyor. Normalde verimli bir tedavi için her seansta bir hasta alırsın, hasta çok olduğu için hepsine yetişmek durumundasın. Hastanın ihtiyacı neyse onu yapıyorum ama çok koşturuyorum, kendimden veriyorum.

F11: En büyük zorluğu fiziksel de yaşıyoruz, bilişsel de yaşıyoruz, ben ona gönül yorgunluğu diyorum. Gördüğümüz hastalar, insanın hayata bakış açısını, felsefesini bile değiştirebilen, yeri geliyor evimize enerjisiz gitmemize sebep olan travmatik hastalar. Yaptığınız iş tamamen fiziksel, manipülasyona dayalı bir iş, kasınız eklemınız yoruluyor ve bunu yıllarca yapıyorsunuz, boynunuz, dirseğiniz, beliniz, el bileğiniz etkileniyor, yavaş yavaş organlarınız alarm vermeye başlıyor. Fiziksel yorgunluk gönül yorgunluğu ile birleştğinde had safhaya yükseliyor. Bütün bu olumsuzlukların üstüne sistemle ilgili sıkıntı karşınıza çıktığında tükenmişlik denen şey ortaya çıkıyor. Biz de yaşıyoruz, her zaman her şey iyi gitmiyor, geçmiş acemiliklerin vücudunuza bıraktığı sakatlıklar devam ediyor.

F12: Belki de ömür boyu engelli kalacak bireyle çalışıyorsunuz ve o bunun farkında değil. Zaman geçtikçe iyileşemeyeceğini anlıyor ve travma/depresyon/kabullenememe süreçlerini bizimle yaşıyor. Ömür boyu yatağa veya sandalyeye mahkûm bir insanla çalışmak ya da ömür boyu bacağını geri kazanamayacak bir insanla berabersiniz. Hastanın acılı ve üzüntülü olduğunu bizimle

paylaşması benim için çok ağır bir şey. Ağır hastaların fiziksel ve psikolojik yükü var bizim üzerimizde.

F15: Birincisi fiziksel olarak çalıştığımız için hepimiz sakatlanıyoruz, hasta kolunu bacağını kaldıramıyor, kiloluysa zorlanıyoruz. Yatak boyunu kendimize göre ayarlama şansımız yok, eğildiğimizde bel dirsek sakatlanmaları oluyor, meslek hastalıklarımız çok fazla ve gün boyu çalışıyorsun, hasta sayısı çok fazla, hem fiziksel olarak yıpranıyoruz, hem psikolojik olarak. Her gelene nasılsın deriz, hiç iyiyim diyen olmaz, ağrım var, dün gece uyuyamadım vs. meslek olarak biz de tükenmişlik sendromuna çok açığız. Çünkü hiç iyi şeyler duymuyoruz, sürekli olumsuz cümleler, olumsuz düşünceler.

DSÖ'nün tanımına göre “fizyoterapistler, insanlardaki motor fonksiyonları restore etmek veya geliştirmek, hareket kabiliyetini artırmak, ağrılı durumların tedavisini gerçekleştirmek ve yaralanma, hastalık veya diğer bozukluk durumlarının getirebileceği fiziksel problemleri tedavi etmek veya önlemek için değerlendirme yapan, rehabilitasyon programlarını planlayan ve uygulayan kişilerdir” (Gürses, Alemdaroğlu, Tanrıverdi, 2014: 17). Fizyoterapistler mesleki tanımlarından da anlaşılacağı üzere, mesleklerini icra ederken sürekli fiziksel güce ihtiyaç duymaktadırlar. Mesleklerini emeklilik sürecine kadar uyguladıkları düşünüldüğünde; fiziksel olarak ciddi tahribatların oluşması da kaçınılmaz bir süreçtir. Özellikle görüşme yapılan fizyoterapistlerin belirttiği gibi mesleği icra süreci kurallara uygun yapılmadığı takdirde, fiziksel tahribatların ortaya çıkış sürecinin daha da kısılacağı düşünülmektedir. Fizyoterapistlere göre, mesleklerini icra sürecinde yalnızca fiziksel değil psikolojik olarak da yıpranmaya maruz kalınmaktadır. Çünkü hizmet verdikleri hasta grupları hem sağlık kuruluşunun özellikli olmasından kaynaklanan gaziler ve iç güvenlik yaralıları

olması, hem de sivil hasta grubunun travmatik beyin ve omurilik hasarı ve felçli hasta grubu olmaları nedeniyle, psikolojik yıpranmayı yoğun olarak yaşamaktadırlar. Fizyoterapistler, tedavi süresi boyunca hastayla özellikle gaziler ve iç güvenlik yaralıları ile uzun süre geçirdikleri için bütün travma süreçlerini de paylaşmaktadırlar. Bununla birlikte fizyoterapistlerin yıpranma hakkının olmaması, günlük olarak kapasitelerinin üzerinde hasta almaları ve istirahat saatlerinin düzenlenmemesinin, meslekleri dolayısıyla yaşadıkları psikolojik ve fiziksel yıpranmayı artıracığı değerlendirilmektedir.

Fizyoterapistlere göre mesleğin getirdiği **psikolojik ve fiziksel yıpranma cinsiyetle ve toplumsal cinsiyetle birlikte düşünüldüğünde** kadınları özellikle fiziksel açıdan daha fazla zorlamaktadır.

F4: Kadın olarak zorluklar yaşıyorum. Sebebi ise bazen erkek hastaların açılması zor olan eklemlerinin açılmasında zorluklar yaşıyorum, güç uygulaması açısından. Cinsiyet olarak bazı erkekler belki kolunu bacağını rahat açamayabilir bizim yanımızda, belki dokunmadan bile rahatsız olabilir.

F13: Fiziksel olarak yük altındayız, en rahat çalıştığımız bölümde en kıdemli olsak da bu yük var. Kadın olarak örneğin regl döneminde hastayı ayağa kaldırmak çok zor, hamilelik dönemi keza öyle. Enfeksiyon riski var, bugün midem bulanıyor çalışmayayım diyemezsin. Hamileyken engelli çocuğu görüp psikolojiniz bozuluyor, bu da dezavantaj. Çocuğum olduktan sonra çocuk hastalara yaklaşımında avantajını gördüm. Kadın olarak maruz kaldığımız bu ağır yük en büyük sorunumuz, bunun karşılanması için yapılan bir şey yok. Almanya'da psikolog

kuzenim altı seans hasta aldıktan sonra bir saat başka bir psikolog mecburi onu görüyormuş, bizi böyle alttan besleyen bir sistem yok.

Fizyoterapistlere göre kadın olmak da mesleğin zorluklarının artmasında önemli rol oynamaktadır. Hem fiziksel güç gerektirmesi, fizyolojik olarak daha yorgun ve psikolojik olarak daha fazla etkileneceği süreçlere sahip olması (*hamilelik, annelik ve menstrüasyon dönemi*), dönem dönem mesleği icra ederken zorlukları pekiştirmektedir. Ayrıca bazı hastalar tarafından toplumsal cinsiyet ayrımına da maruz kaldıkları belirtilmektedir. Bu durumu da hastaların tutum ve davranışları ile kendilerine yansıttıkları belirtilmektedir.

Fizyoterapistlere göre meslekten kaynaklanan bir diğer zorluk ise bazı meslektaşlarının yaptığı **gereksiz uygulamalardır**.

F4: Hastalarda seanslarım 15 gün sürüyor ve aynı hastayla gün içerisinde sürekli karşılaşıyoruz ve aynı çalışmalarını yaptığımız için hastalar farklı tedavi yöntemleri bekliyor bunu da karşılayamadığımız için hastalar da artık negatif bir yaklaşım oluyor benimle ilgilenilmiyor duygusuna giriyorlar ve bizde bu tür zorluklarla karşılaşıyoruz. Bazı arkadaşlarımdan yaptığı aşırı ve gereksiz uygulamalar sizin yaptıklarınızın yetersiz veya yanlış görülmesini sağlayabiliyor. Büyük bir salonda birkaç fizyoterapist bir arada çalışınca, hastalar herkesi gözetliyor, o daha çok ilgileniyor veya o daha tatlı dilli vs. diye gereksiz fikir oluşturuyor. Tedavisi biten hasta uzatılırsa 15 gün daha geliyor, bazen gereksiz yere uzatma oluyor. Bu şekildeki senin hastaya katkının minimum olduğu durumlarda artık bıkiyorsun, yeterli ihtimamı yine gösteriyorsun ama yan tarafta sana ihtiyaç duyan hastaya yardım edecek takatin kalmıyor, sabrın daralıyor. Doktorun beş dakika

dayanamayıp tedaviyi uzatarak def ettiği hasta bana 15 gün boyunca her gün 45 dk. geliyor.

F5: Sadece bir doktor burada hasta takibi yapıyor, diğerleri gelen hastaya şirin gözükmek için tamam uzatalım diyor, boşuna zaman ve emek kaybı. Gerçekten ihtiyacı olan ve sırada bekleyen daha verimli olabileceğin, daha anlamlı çalışabileceğin, hayatına bir şeyler katabileceğin bir insan var; ama artık umudunu kestiğin, bundan sonrasında yapabileceğin bir şey olmadığını gördüğün hastaya zaman ayırınca çalışmak da istemiyorsun, motivasyon kaybı oluyor. O zaman şöyle düşünüyorum, hasta hastadır, devlet bundan para kazanıyor, yapabileceğimin en iyisini yapıyorum, bundan ötesine Allah yardımcısı olsun diyorum.

F9: Buraya 15 yıllık hasta getiriyorlar, hiçbir hedefi yok, boşuna yer kaplıyor, emek yatak yemek hepsi boşuna. Böyle hastaları ev bakımı, evde terapi olmalı Avrupa'daki gibi, yeni kurulan toplum sağlık merkezleri çalışmıyor. Her hastayı hastaneye yatırma değil de gerçekten ihtiyacı olanın seçilmesini istiyorum. 90 yaşındaki adamla 15 yaşındaki çocuk benim için bir değil. Hasta konusunda seçici olsunlar. Hastalar bilinçlendirilsin, parmağı ağrıyana tedavi yazılıyor, gerçekten ihtiyacı olan bekletiliyor. Her sene burada buluşan yaşlı teyzeler var.

Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşunda 20'nin üzerinde tedavi ünitesi bulunmaktadır. Tedavi ünitelerinin birçoğunda ise birden fazla hasta aynı anda tedavi görmektedir. Doğal olarak hastalar tedavi sürecinde diğer hastaları ve fizyoterapistleri gözlemleyebilmektedir. Bu durumda hastaların sürekli karşılaştırma yapmasına ve hatta kendine yönelik olarak beklenti içine girmesine hatta aynı tedavi şeklini talep etmesine

neden olabilmektedir. Bazen de şikayetle dahi sonuçlanabilmektedir. Ayrıca fizyoterapistlere göre sağlık kuruluşunda gereksiz tedavi uygulamalarına yer verilmektedir. Durumu stabil hale gelmiş ve en iyi düzeyde rehabilite olan hastalar, yaş grubu yüksek durumunda değişiklik yaratılamayacak hastalar, ihtiyacı olmadığı halde tedavisi uzatılmış hastalar fizyoterapistlerin hem motivasyonunu düşürmekte hem de ihtiyacı olan hastaların çok fazla sıra beklemesine neden olmaktadır.

Fizyoterapistler gereksiz tedavi verilen hasta gruplarının özellikle **referanslı hasta grupları** olduğunu düşünmekte ve hastadan kaynaklanan zorluklar arasında belirtilmektedir.

F4: Torpilli hastalar hem bizim enerjimizi bitiriyor hem diğer hastaların zamanını çalıyor, doktora söylesek de başarılı olamıyoruz.

F5: Hasta dediğimi yapıyorsa, frekansımız tutuyorsa yapmam gerekenden daha fazlasını yapıyorum; frekans tutmayınca sadece yapmam gerekeni yapıyorum. Saldırgan, şiddete meyilli hastanın salona alınmaması lazım, buna karar verecek olan doktor, milletvekilinin buna karışmaması lazım. Eskiden bana paşa anne diyebilirsiniz diyen vardı; şimdi şu milletvekilinin yakınıym diyenler var. Benim için herkes hasta ama iç güvenlik yaralı apayrı, akan sular duruyor, galiba buranın özelliğiyle, kültürüyle yetiştiğimiz için. Bir dönem Tatlıses hastaneyi birbirine kattı.

F9: . Sağlıkta torpil olmaz, bunu öğrensinler, başkasının hakkını yiyorlar.

F18: Torpilli hastalara, ayrıcalık olması beni üzüyor. Hekimlerimiz için daha üzücü, 11 sene okumuşsun adamın biri arıyor, o hasta kalacak diyor, zaten bir yıla yakın burada kalmış, bana kalsa bir ay

sonra evde yapılacak şeyleri göstererek yollarım, arada kontrole gelsin, 4-5 ayda bir tedaviye alalım ama bir tanıdığı var diye bir yıldır burada, insaf yani, gazinin hakkını yemiş oluyorsun. Referanslı hasta kavramı toplum yapımızdan kaynaklanıyor, sadece burayla alakalı değil bence. Adam geliyor, ben filan yerin vergi müdürüyüm diye başlıyor, insan kalitesizliğini ortaya koyuyor, karakter eksikliğini makamını ortaya çıkararak gidermeye çalışıyor. Torpili tamamen ortadan kaldıramayız ama azalsa çok iyi olur.

Sembolik sistemde kültürel, ekonomik ve sosyal sermayeden herhangi birine ya da hepsine birden sahip olanlar, bu ayrıcalığı kullanarak kendilerine ayrıcalık tanınmasını beklemekte veya ayrıcalık yapılması konusunda ısrar etmektedir. Sağlık alanında da sembolik güç taraftarı ya da sahip olduğu sermayenin gücüne dayanarak ayrıcalık beklemektedir. Fizyoterapistlere göre askeri sistemde de referanslı hastalar bulunmaktaydı, ancak Sağlık Bakanlığı döneminde referanslı hastaların sayısının arttığını belirtmektedirler. Bu durum çalışanların motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü tedaviye ihtiyacı olan hastaların haklarını ihlal etmekte, çalışana davranış şekli farklı olmakta ve hizmette kaliteyi düşürmektedirler. Ancak sembolik gücün bu tutumu engellemek için herhangi bir girişiminin bulunmadığı düşünülmektedir. Çünkü egemenliğini sürdürebilmek için imtiyaz sahibi bireylerin ya da grupların desteğine ihtiyaç duymaktadır.

Gaziler için tesis edilmiş bu kuruluşun Bakanlığa bağlanmasının ardından **hasta profilinin değişmesi** fizyoterapistlerin hastadan kaynaklanan zorluklar arasında belirttiği bir diğer zorluktur.

F5: Askeri dönemde de sivillere bakıyorduk, ama çoğunlukla gazilere ve askeri personele bakıyorduk, kültür seviyesi yüksek olan, bizimle anlaşabilen, yaptığımız şeyi anlayabilen hasta profili

vardı. Küçümsemiyorum ama şimdi her türlü insan geliyor buraya. Sonuçta bu hastanenin ne olduğunu bilmeden gelen insanlara nesen, ne yapacaksın, neyi ne kadar yapabilirsin onu öğretmen gerekiyor, fazladan emek, zaman kaybı. Kendini ifade etmen gerekiyor, seni anlayamıyor, askerken böyle yapıyordunuz şimdi böyle yapıyorsunuz diyorlar. Aslında hiç olmayan şeyleri varmış gibi gösterip öyle değerlendirenler var.

F6: Mesela diyorlar ki 45 dk.da üç hasta aynı anda alacaksın, bazen 4-5 oluyor. Onun zorluğunu kimse görmüyor, anlamıyor. Normalde bir bölge için hasta almam gerekirken (*gaziler dışında*) bazen iki bazen üç bölge için hasta alıyorum. Bu yasak, hastayı bel için yatırırın, onun tedavisinden sonra boyun için alırsın, ama biz hiç öyle çalışmadık, hastalar geliyorlar bütün isteklerini yaptırıyorlar ve gidiyorlar.

F9: Hasta profili de biraz düştü, eskiden paşa torpil bulmak zordu, şimdi bir şekilde tanıdıklar devreye giriyor. Ayaklarım buraya gelmiyor, Pazar gecesinden bir şey üzerime çöküyor, işi sevmediğimden değil. Bu sıkıntıları hastaya yansıtsak burayı başımıza yıkarlar.

Fizyoterapistlere göre önceden TSK'ya bağlı olan sağlık kuruluşunun, Sağlık Bakanlığına bağlanmasıyla birlikte hasta profili de değişmiştir. Önceki sistemde sivil hasta kotası uygulanmakta iken şu anda gaziler, yakınları, şehit yakınları ve iç güvenlik yaralıları öncelikli olmak üzere tüm sivil hastalara da hizmet vermektedir. Sembolik sistemin en önemli kavramlarından biri olan hasta memnuniyetinin getirdiği kesintisiz sağlık hizmeti ile birlikte hasta sayısında gözle görülür bir artış görülmektedir. Fizyoterapistler yeni hasta profilinde tedavi ettikleri hasta sayısının yüksekliğini

vurgularken; hastaların her istediğini yaptırmaya çalıştıklarını ve verilen hizmette iletişim güçlüğü çektiklerini belirtmektedirler.

Fizyoterapistler, hastadan kaynaklanan bir başka zorluğu ise **hastaların ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması** olarak ifade etmektedirler.

F1: Hastaların bizden beklentileri üzerimizde çok baskı yaratıyor. Mesela yürüyemeyecek insan koşabilecekmiş gibi bir beklenti içinde oluyor ve sizden bunu bekliyor. Siz bunu yapamayınca da bu sizde de bir baskı yaratıyor. Bunun dışında hastane yönetimi ve doktorlar sizden bir beklenti içinde oluyorlar, beklentileri düzeyinde bir iyileşme yaratmanızı istiyorlar. Onu yapamazsanız bu kötü bir fizyoterapist diye düşünmeye başlıyorlar. İster istemez bu baskıyı hissediyorsunuz. Bazen sözlü olarak da bildirilenler oluyor. Biz bunu yapmanızı beklerken neden yapmadınız?” gibi tedavinize karşılabiliyor.

F4: . Hastalarda seanslarım 15 gün sürüyor ve aynı hastayla gün içerisinde sürekli karşılaşıyoruz ve aynı çalışmalarını yaptığımız için hastalar farklı tedavi yöntemleri bekliyor bunu da karşılayamadığımız için hastalar da artık negatif bir yaklaşım oluyor benimle ilgilenilmiyor duygusuna giriyorlar ve bizde bu tür zorluklarla karşılaşıyoruz.

F16: O yüzden hastanın psikolojik durumu da bizi etkiliyor, hastada yüksek beklenti olması ve bunun uzun bir süreç olduğunu anlatmak için en zor kısmı. Doktordan daha fazla biz hastayla yüz göz oluyoruz, hasta doktorla ilk muayenede beş dakika görüşüyor, ama bizle sürekli bir arada oluyor.

F18: Hastalarımızın çoğu iyileşmeme potansiyeli olan hastalar; bunun getirdiği ağır durumu çoğu aile kaldıramıyor. Bunun yansıması hem kendilerine hem de bize yönelik oluyor, bizden beklentileri artıyor. Çocuğun tamamen iyileşme durumu olmayınca bu beklentileri karşılayamıyoruz.

F19: Çoğu zaman iyileşemeyecek veya ancak belli bir düzeye kadar gelebilecek hasta grubuyla uğraştığımız için onun psikolojik yükü oluyor. Hastanın kendisine veya hasta yakınına sürekli aynı şeyi söylemek, beklentinin çok ama sonucun az olabileceği bir meslek grubu; fiziksel olarak yorucu bir meslek grubu, gerçekten inanılmaz fiziksel efor istiyor, her hastada olmasa da çoğu hastada istiyor.

F21: Hastaya ve hasta yakınına bir şey anlatmak çok zor, kayıpları çok yüksek, 20 yaşında çocuk askere gidiyor kafasının yarısı olmadan buraya geliyor. Beklentisi iyi fizik gör iyileşirsin, nasıl iyileşecek bu, ondan sonra fizyoterapistin üzerinde uğraş dur.

Özellikle sağlık alanında sağlık hizmeti alıcıları hastalık gibi kötü bir durumun ortadan kalkmasını istedikleri için, beklentilerinin her zaman çok yüksek olacağı düşünülmektedir. Ancak bu durumun sağlık çalışanları üzerinde ciddi bir baskı yaratacağı değerlendirilmektedir. Fizyoterapistler için durum biraz daha farklıdır. Çünkü hasta grupları gereği, çoğunlukla hastaların bir bölümü bir daha hareket edemeyecek ya da kaybettiği uzvu yeniden yaratılamayacaktır. Fizyoterapistlere göre tedavi süresince sürekli hastalarla yüz yüze oldukları için hasta beklentisini, sorularının cevaplarını, uzun tedavi sürecini hastaya anlatmakta zorluk çekmekte ve baskı altında kalmaktadırlar.

Fizyoterapistlerin baskı altında hissettiği ve bütün sağlık çalışanları içinde hastadan kaynaklı önemli bir başka zorluk ise **sağlık çalışanına saygı duyulmaması ve şiddet uygulanmasıdır.**

F1: İnsanların size bakış açısı çok önemlidir. Doktora gösterilen saygı size gösterilmiyor. İnsan bir eğitim almadıysa, cahilse herkese saldırabiliyor ancak doktorlara bu şiddet daha az oluyor. Şiddet doktora olduğu zaman en azından haberlere çıkabiliyor. Ancak bizim meslek grubunda birçok sözlü taciz, fiziksel şiddete maruz kalıyoruz fakat duyulmuyoruz, çünkü biz fizyoterapistiz. Bir başka zorluğu da fiziksel şiddet ve kısa bir süre önce fiziksel ve sözlü şiddete maruz kaldım. Ancak bu konuda çok bir şey olmadı ancak yardımcı olmaya çalışan arkadaşlarım oldu.

F5: Saldırgan, şiddete meyilli hastanın salona alınmaması lazım, buna karar verecek olan doktor, milletvekilinin buna karışmaması lazım.

F10: Hastaları her gün bir saat gördüğümüz için bize olan saygıyı ve mesafeyi yitiriyorlar, siz izin verirsiniz yüz göz olabiliyorlar. Mesafeyi korumak çok önemli, mümkün olduğunca herkesle sizli bizli konuşmak lazım, 18 yıllık fizyoterapistim bir hastaya amca teyze demedim. Yaptığın işi sevmesen de hakkıyla yapmak lazım

F12: Hiç iyileşemeyeceğini düşünen bu insanların sinirli olması, sağlık çalışanına her an öfke patlaması ve şiddet göstermesini doğal bulsam da risk altında kalıyoruz ve bizi yıpratıyor. Onun o hale gelme sebebi siz değilsiniz, bir gün tedavisi biten hastayı grup aşamasından dışarı çıkaramadım, çok uğraştık, ah ederek senin de çocuğun var göreceksin dedi. Onun engelli olmasına sebep olan

kişi ben değilim ki. Bu tür davranışlar çok ciddi yaralayıcı ve benim için travmatik durum oluyor.

F15: . Saygı duyma konusunda da sıkıntı var, doktora resmi bize arkadaş gibi komşusu gibi davranıyor. Fizyoterapistliği tanıyor ama bizi tanımıyor, daha önce sizi kim fiziğe almıştı deyince isim bilmiyor, tarif yapıyor. Hastayla günlerce ilgileniyorsunuz, yürütüyorsunuz, hayata bağlıyorsunuz ama adınızı bilmiyor.

F21: Beyaz kod kimsenin umurunda değil, verilse ne olacak, her gelen hasta birinin tanıdığı örtbas oluyor, davalarda sonuç yok, yumruk atan gazi yine burada. Geçenlerde beyaz kod verilen hasta bir ay daha hastanede yattı. Beyaz koda maruz kalan kişinin mağduriyetini kim giderecek? Adam ceza alsa ne olur almasa ne olur, o hastanın taburcu olması ya da hasta yakınının gelip özür dilemesi gibi bir yaklaşım bile yok. Hasta bir ay daha tedavi edildi, illa tecavüz m  etmesi veya dövmesi mi lazım? Akli dengesi yerinde değil denince sonuç yok.

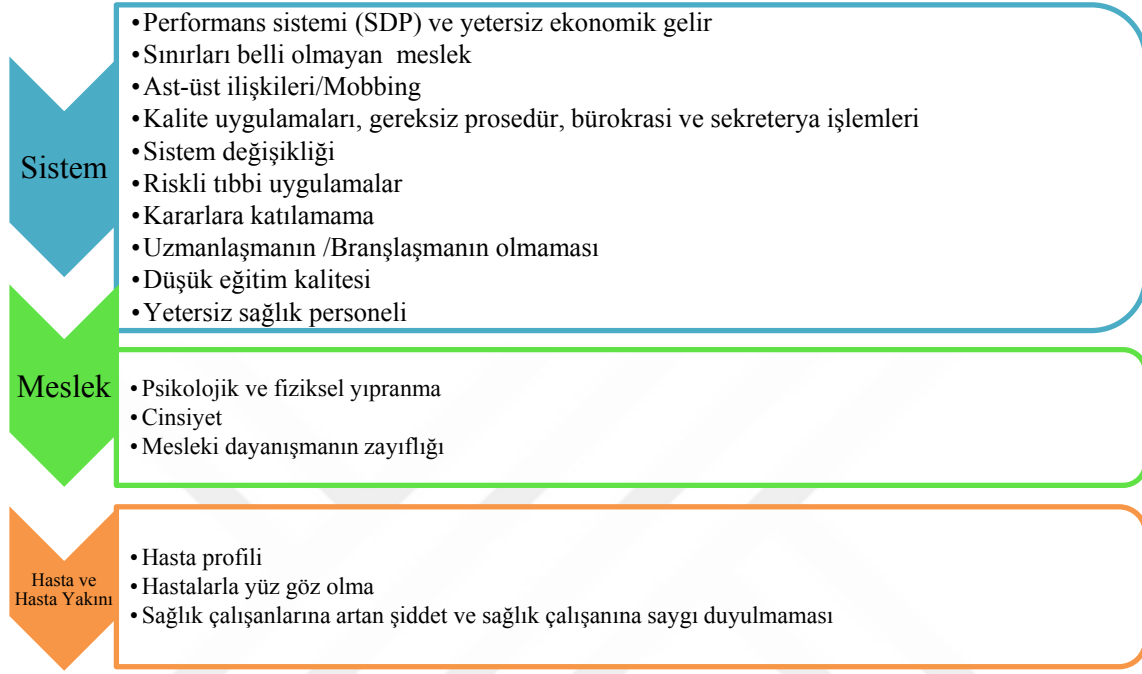
Fizyoterapistler için **kendilerine saygı duyulmaması ve hasta, hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma**, diğer sağlık  alışanlarında olduğu gibi önemli bir zorluktur. Ancak fizyoterapistler sağlıkta şiddet konusunda doktorlarla kendilerini karşılaştırmakta ve doktorların kendilerine göre daha az şiddete maruz kaldığını; hasta /hasta yakınları tarafından doktorlara daha fazla saygı duyulduğunu ileri sürmektedirler. Doktorların konuyla ilgili bulguları incelendiğinde ise fizyoterapistlerin aksine kendilerinin daha fazla şiddete maruz kaldığı ve hastalar tarafından özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte kendilerine de saygının azaldığını belirtmektedirler. Fizyoterapistlerin sağlıkta şiddet, tedavi uygulaması ve süreci gibi konularda doktorlarla bir kıyaslama içinde olduğu dikkati çekmektedir. Bourdieu'ya göre (2015) tahakküm

ilişkilerinde hükmedilenler, sembolik gücün bakış açısıyla oluşturulmuş kategorilerle bakmaktadırlar. Bu durum hükmedilenlerin kendi kendilerini değersizleştirmesine neden olabilmektedir. Yani kendini anlamada ya da hükmedeni anlamada başvurduğu şemalar/ayrımalar (*doktor/fizyoterapist, hasta/doktor, hasta fizyoterapist*) kendi varlığının somut bir durumuymuş gibi görünmektedir. Sembolik güç, egemenliğini sürdürmesini sağlayan kesimin katkısı olmadan ortaya çıkamaz. Bunu da ancak hükmedilenlerin sahip olduğu yatkınlıklarla işbirliğine girerek tanıma pratiğini oluşturmakta ve bu şekilde sembolik şiddet uygulamaktadır.

Fizyoterapistler de doktorlar gibi mesleklerini icra ederken karşılaştıkları en önemli zorluğun performans sistemi olduğunu belirtmektedirler. Ancak fizyoterapistler doktorların kendi meslek gruplarına göre oldukça yüksek performans ücreti aldıklarını ve bu durumun adaletsizliğe neden olduğunu ileri sürmektedirler. Bununla birlikte fizyoterapistlerin önemle vurguladıkları bir başka zorluk ise, mesleklerinin yeterince tanınmaması ve tıbbi uygulamada doktorların amirleri konumunda olması nedeniyle teşhis ve tedavi süreçlerine etkin katılım sağlayamamalarıdır. Fizyoterapistler, mesleklerinin yeterince tanınmamasının gerekçesini hukuki düzenlemelerin yoksunluğu ve sahip oldukları sermayelerin doktorlara göre daha az olmasına bağlamaktadırlar. Doktorlar tarafından planlanan fiziksel tıp ve rehabilitasyon tedavisinin uygulayıcı olan fizyoterapistler, hastalarla doktorlardan daha fazla zaman geçirmelerine rağmen ve iyileştirici tedavinin uygulayıcısı olmalarına rağmen, mesleklerinin tanınmamasından dolayı hastaların kendilerine, doktorlara gösterdikleri saygıyı göstermediklerini belirtmektedirler. Fizyolojik ve psikolojik olarak birçok sağlık alanındaki meslek kategorisine göre daha fazla yıprandıklarını vurgulayan fizyoterapistler, sağlıkta yıpranma payının olmamasını da, mesleğin en önemli zorlukları arasında olduğunu belirtmektedir.

2.1.4.3. Hemşirelerin Mesleki Zorlukları ve Sembolik Şiddet

Hemşirelerin de mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorlukların açık kodlaması yapılırken; doktorlar ve fizyoterapistlerde olduğu gibi sistemden, meslekten ve hasta/hasta yakınından kaynaklı olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır.



Şekil 14: Hemşirelerin Karşılaştıkları Zorluklar

Hemşirelerin mesleklerini icra ederken karşılaştıkları sistemden kaynaklanan zorluklardan bazıları doktorlar ve fizyoterapistlerle görülen zorlukların aynısıdır. İlk olarak **performans sistemi hemşireler için de sağlık alanında istenmeyen bir sistemdir.**

H5: Performans sistemine geçebilmek için benim performansımı ölçecek kriterler alması lazım. Mesela benimkini ölçemezler, ben pansuman yapıyorum, enjeksiyon yapıyorum, serum takıyorum doktorun adını giriyorum, benim yaptığım iş nereye gidiyor, benim performansım sıfır oluyor, işin maddi tarafı bir yana hep doktorun yaptığı gözüküyor. Performans sistemi olacaksa benim yaptığım iş benim adıma girmeli, bilgisayara girince hemşire hiçbir şey

yapmamış gibi görünüyor ama hemşirenin yaptığı o kadar çok şey var ki.

H18: Tek bir hastaya bakmıyorum ve sonuçta hastanın her şeyini fiziksel, psikolojik olarak takip ediyoruz. Ancak bir şey olduğunda karşılığını alamıyoruz, maddi olarak da motive olamıyorum, bir EKG çekiyorum, bacak çevresi ölçüyorum, pansuman yapıyorum, hastanın sürekli takibini yapıyorum, doktorla ve herkesle iletişim halindeyim, ama bütün her şey sisteme girince hemşire yaptığı görülüyor, doktorun yaptığı görülüyor, doktor performansı bunu yaptığımda ben kendimi enayi gibi hissediyorum. Çalışıyorum, bu kadar yoruluyorum ve eve gidiyorum, çocuğumla, eşimle ilgilenmek zorundayım. Sabah erkenden buraya geliyorum, niye, servisim yok. Fizyoterapistler 4'ten sonra bir saat boştalar, benim bir saat öyle boşluğum yok, doktor desen performans alıyor, ekstra para alıyor, motive oluyor, vizit yapıyor, ben de vizite katılıyorum, ben de ayakta duruyorum ama yaptığım iş görülüyor.

H21: Doktorla benim aramda çok fark var, Sağlık Bakanlığı olayı Doktor Bakanlığı olarak gördüğü için, performans değerlendirmesinde, benim yaptığım işin performansı bile doktorda görünüyor ve bana iş yapmıyor gözüyle bakılıyor. Sağlık Bakanlığına göre benim emeğimin bir para ederi yok. Çünkü ticarethane mantığıyla çalışıyor, şu işlemi yaparsan şu kadar para alırsın, sağlıkta böyle bir sektör doğru kavram değil, sosyalliğe, sosyal devlet ilkesine göre sen hastaya para gözüyle bakamazsın, hastaların ne grubu olduğu, parası beni ilgilendirmiyor ama doktor sınıfında bunu böyle değerlendirmiyorlar ne yazık ki, onlar

ceplerine girecek paraya bakıyorlar. Biz bu seviyeden daha çok alttayız. Bu yüzden ekonomik uçurum artarak devam ediyor. Performans sistemi herkes için kalkması gerekiyor, zaten anayasanın sosyal devlet ilkesine aykırıdır.

H29: Performans zaten almıyorum, hastanın sondasını ben takıyorum, her şeyini ben yapıyorum ama bunun performansı doktorun üzerine yansıyor. Uygulayan kişi doktor görünüyor ama uygulayan kişi benim. Benim yaptığım üzerinden başkasının para alması açıkçası beni üzüyor, motivasyonumu düşürüyor.

H37: Aile hekimlerine daha fazla ücret ödenmeye başlandı ancak hizmet iyi değil. Hizmet vatandaşa ulaşmıyor. Maaşlar tam alınsın diye performansa giren işler yapılıyor. Diğer tıbbi hizmetler yani performansa girmeyen işlemler daha az yapılıyor. Örneğin, aile ziyaretleri gerçekleştirilmiyor. Performans yalnızca doktorlara veriliyor. Hemşirelere verilmiyor. SDP tamamıyla hasta ve para odaklı bir sistemdir. Tabii ki bunlar meşru zeminde sunulduğu için yapılması gerekiyorsa yapıyorum. Değiştiremeyeceğimiz şeyleri kabul ediyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulanmaya başlayan performans sistemi, hemşireler içinde son derece adaletsiz bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Bu sisteme göre hemşirelerin de fizyoterapistler gibi performansları dolaylı olarak ölçülmektedir. Bu durum, hemşireleri doğrudan performansı ölçülen doktorlarla bir kıyaslama yapmaya yönlendirmektedir. Çünkü hemşirelere göre, onlar da doktorlar gibi sağlık hizmeti vermekte, ancak yaptıkları her işlem sorumlu doktor üzerinden gösterilmektedir. Görüşme yapılan hemşirelere göre performans sisteminde her tıbbi işlem ücretlendirildiği için, sağlık alanının ticarileşmesine neden olmaktadır. Buna bağlı

olarak sağlık çalışanlarını performans sisteminde yüksek ücrete tekabül eden işlemleri yapmaya yönelteceği belirtilmektedir. Her ne kadar hemşireler tarafından sisteme karşı ıkılsa da, sembolik gücün oluşturduğu sembolik sistem, tanınmakta ve gereği yerine getirilmektedir. Hkmedenlerin sistemi tanımayı yatkınlıklar ve yarattığı sembolik ayrımlar yoluyla yaptığı düşünülmektedir. Sistem neyi gerektirirse gerektirsin, hemşireler hastayı mağdur etmemek yatkınlığı ile sağlık hizmetini vermeye devam etmektedir. Doktor-hemşire, fizyoterapist-hemşire ayırım şemalarının varlığına ikna ederek sembolik g egemenliğini sürdürmektedir.

Hemşirelerin performans sistemine karşı çıkmalarının en önemli nedenlerinden biriside dolaylı olarak performans sitemine dahil olduklarından, **yetersiz ekonomik sermayeye sahip olmalarıdır**. Aynı zamanda ekonomik sermayelerinin az olmasını sistemden kaynaklanan bir sorun olarak ifade etmektedirler.

H6: Maddi getirisi az, tabii doktorların daha iyi olacaktır ama yaptığımız iş biraz daha dllendirilmeli. Biz hastanın birebir hep yanındayız ama doktor merkezde hemşireler onun uygulayıcısı olarak görülüyor. TSK dönemi bakanlık dönemine göre daha iyiydi. Daha değerli olduğumuzu düşünüyorum o dönemde. 15 yıldır bu işi yapıyorum, ilk defa iki ay önce istifayı düşündüm, aldığım maaş çocukların bakımı ve araba parasına gidiyor, üstüne iki kat yoruluyorum. Bunu askeriyedeyken hiç düşünmedim, şimdi tükenmişlik sendromuna girdim.

H12: Ekonomik olarak, sistem değişmeden önce daha iyiydik, eskiden doktorlarla bu kadar fark yoktu. Asker doktorlarımızın performans, döner sermayesi yoktu. Onlar bir şekilde doyuruldu, burada kalınması sağlandı, bize artı bir şey olmadığı gibi eksiye gittik, MSB’de kalan arkadaşlarımızla aramızda uçurum oldu.

Benim devrem 900 t1 fazla alıyor benden, ben hala eski maaşıma kavuşamadım, memura şu kadar zam diyorlar biz memur değil miyiz acaba?

H20: Ekonomik açıdan doktor ile hemşire arasında uçurum gibi fark var, biz herhalde üçte birini alıyoruz sanırım. Doktorun ücretinin fazla olmasını anlayabiliyorum, teorik anlamda hastanın üzerinde onun riski daha fazla, onların yaptığı bir tanının üzerindeki tedaviyi biz uygulayıcı kısmıyız. Biz de risk alıyoruz ama onların yaptığı iş bambaşka, o yüzden onların aldığı parayı doğru buluyorum, ama onun üçte biri kadarını hemşirenin almasını çok yanlış buluyorum. Maddiyat çok büyük bir doyum, onu da alamadığın zaman tükenmişlik başlıyor. Sosyal anlamda harcayabilecek bir parası yoksa, bu durum hemşirede motivasyon düşüklüğü yaratacak ve hastasına yeterli bakımı da sağlayamayacak. Doktor tanıyı koyuyor, tedavisini planlıyor ve gidiyor. Klinikte 24 saat boyunca hastayla baş başa olan kişi benim, takip eden benim, haber veren benim, o zaman eşit olduğumuzu düşünmüyorum, bu ücretlendirmede haksızlık olduğunu düşünüyorum.

H31: Biz hak ettiğimiz maaşı alamıyoruz, gerek nöbet creti olarak, gerekse bizden az çalışıp aynı maaşı alan diğer devlet memurlarıyla kıyaslarsak. Öğretmen bir saat nöbet tutuyor, 120-200 lira alıyor, biz 16 saat nöbetten 150 lira bile alamıyoruz.

Bourdieu'ye göre (2005) sembolik g, g sosyal olarak onaylanmış bir otoritedir ve hukukun gn de elinde tutmaktadır. Kişi ya da gruplar arası çatışmalarda onlarla ilgili olması gereken hükmü, kamuya yasalar aracılığıyla (*Sağlıkta Dönüşüm Programı*

ve performans sistemi) ilan ederek bir ‘adlandırma ve yasa oluşturma’ eylemi gerçekleştirmektedir. Hüküm tüm ajanlara hitap eden kamusal söylemin en kusursuz biçimidir ve kendini evrensel olarak kabul ettirme gücüne sahiptir. Bourdieu’nün büyülu yasalar olarak ifade ettiğı bu hükümler, devletin sahip olduğı düzenin görünümünü kutsamaktadır. Bu hükümler aracılığıyla ajanlarına statü, yetkiler ve kimlikler vermektedir. Yani hukuk aracılığıyla aktörlere ya da kurumlara farklı sermayeler dağıtarak sembolik bir güç atfetmektedir. Sembolik güç kanunların yetkisi ile yarattığı sembolik sistemi devam ettirirken; oluşturduğu ‘doktor ve diğerleri’ şemasının varlığını pekiştiren unsurlardan birisi de, diğer sağık çalışanlarının ekonomik sermayesinin daha düşük düzeyde olmasıdır. Hemşirelere göre çalışmanın yapıldığı sağık kuruluşu TSK’ya bağılı iken, doktor ile hemşire ve fizyoterapistler arasında ekonomik sermaye açısından makul bir fark varken; sağık kuruluşunun Bakanlığa devri ile birlikte ekonomik sermaye farkı oldukça artmış, hatta hemşirelerin ekonomik sermayeleri mevcut halinden daha da azalmıştır. Performans sistemi ile doktorların mevcut gelirinde artışlar görölmeye başlanınca, doktor ve diğerleri şeması daha da pekişmekte ve hemşireler de fizyoterapistler gibi kendilerini yaptıkları iş açısından bir kıyaslamanın içinde bulmaktadırlar. Ekonomik sermaye açısından doktorlarla aralarında önemli bir farkın olması hemşirelerin motivasyonlarını azaltmaktadır.

Hemşirelerin mesleklerini icra ederken sistemden kaynaklı olarak ifade ettikleri bir diğer zorluk ise **mesleklerinin görev sınırlarının belli olmamasıdır**. 5634 sayılı Hemşirelik Kanununa göre (2007) “Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağılıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağık personelidir. Ayrıca aile hekimliğı uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu

Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar.” Hemşirelik Kanununda hemşirelerin görev tanımları açıkça belirtildiği halde, uygulamada hemşireler görev tanımında olmayan işleri de yaptıklarını belirtmektedirler. Görüşme yapılan hemşirelerin %80’i bu durumdan şikayetçi olduğunu belirtmektedir.

H7: Üniversite eğitimi alırken ayrı bir meslek grubu olarak yetiştirildik, ama çalışma ortamında gördüm ki doktor amirim konumunda, bana emir veren durumunda. Doktorun yardımcısı olarak algılanıyoruz, bütün iş bize yüklenilmeye çalışılıyor, iş yükü çok fazla, buna sistem sebebiyet veriyor diye düşünüyorum.

H8: Bunun dışında bizim üstümüze farz olmayan çok şey yapıyoruz. Her zaman herkesin muhatabı biziz, merkezde hep biz varız, hekimle ilgili konularda da eczane ile bağlantı kuran kişi biziz orderı yazmamamıza rağmen. Prosedürler o kadar çok hemşireye yönelik ki sürekli bizden gidiyor.

H11: Her işe bakmamız ve görev tanımımızın olmaması en büyük zorluk. Yeri gelince odacılığı da yapıyorsun, hastanın yatağının niye yapılmadığı, tuvaletinin niye pis olduğu sana soruluyor, yeri geldiğinde hastanın psikologu veya refakatçisi oluyorsun. Doktor ameliyatını yapıp gidiyor, gerisi sana kalıyor. Sadece ben değil bütün hemşireler bunu yapıyor, görevimiz olmayan şeyler görevimiz haline gelmiş, kabullenmişlik var, doktor sadece kendi işini yapıyor, ortada bir iş kalıyorsa bilin ki onu hemşire yapmak zorunda.

H12: En büyük sıkıntı görev belirsizliği, doktorun işini de yapıyoruz, her şeyi yapıyoruz, birçok durumda risk alıyoruz. Hastaya acil bir müdahale gerekiyor, doktora ulaşamıyorsun, sen

karar verip yapmak zorundasın, yapsan bir türlü, yapmasan bir türlü. Yapsan hasta ne tepki verecek sen yetkili değilsin, yapmasan geç kalınmış olacak.

H15: Kendi işimiz dışında şeylerle uğraşmak zorunda kalmak, bizim dışımızdaki işlerin eksikliğini de bizim tamamlıyor olmamız.

Hastanın tedavisi için, senin sorumluluğun değil ama iş yürüsün diye yeri geldiğinde bu boşluğu sen dolduruyorsun. Hemşireye her şeyi halledebileceği gözüyle bakıldığı için, daha verici olan, hastanın direkt muhatabı olan kişi olarak biraz da zorunlu bırakılıyor. İlacı yazılmayan, salon isteği yapılmayan hiçbir zaman doktora gitmiyor, yine seni buluyor. Bu senin işin değil, ama hastayla önce sen muhatap olduğun için ya da önce sana ulaştığı için ve sen de o hastanın işini görmek ve onunla sorun yaşamamak için illa ki bir şeyler yapmak zorundasın, kayıtsız kalamıyorsun. Bu durum kendi işini yapmana engel oluyor. Pek çok kişinin yapamadığı işlerde tampon görevi yapıyor.

H36: En büyük zorluk görev tanımı yok. Diğer meslekler o açıdan çok güzel. Biz her şeyi yapıyoruz, doktorun işini de, kayıt elemanının işini de, en büyük zorluk budur. Doktorun işini yapmasın mesela, ama doktora ben bu işi yapmıyorum diyemiyoruz, biz yapıyoruz sonuçta. Sistem buna izin vermiyor, bize yaptırım uygulanıyor, ayrıca hastanın işi olmuyor, hasta önce seni buluyor, sen onu yapmak zorundasın başka çaren yok.

Birincil görevi hastanın bakım hizmeti ve doktorun yazılı olarak verdiği tedavileri uygulamak olan hemşireler; doktorla, fizyoterapistle, eczaneyle, diyetisyen, psikolog ve daha birçok sağlık çalışanı ile hasta arasında tampon görevini görmektedir. Hemşirelere

göre hastanın bütün taleplerini hemşirelere iletmesinin ve diğer sağlık çalışanları ile iletişime geçmelerinin nedeni, hastanın tedavisi süresince hemşireyle bire bir bakım etkileşimine geçmesinden ve diğer sağlık çalışanlarının bu görevleri hemşirenin göreviymiş gibi kabul etmelerinden kaynaklanmaktadır. Hemşireler görev sınırları ile ilgili yaşadıkları sıkıntıları ifade etseler de, hiçbir şeyin değişmediğini, hatta böyle bir durumda yaptırım ile karşılaştıklarını da belirtmektedirler. Hastanın tedavisi süresinde doktorların kendilerinin amirleri olmadığını belirten hemşireler, bunun aksi yönünde hareket edemediklerini ve kendilerinden beklenilen görevleriymiş gibi yerine getirdiklerini belirtmektedirler. Kendilerinden beklenen görevleri yaptıkları sürece de hemşirelerin amirleri olmadıkları halde, doktorlar amirleri konumunda çalışmaya devam etmektedirler.

Türk Hemşirelik Derneği Başkanı Saadet Ülker'e göre (Kasapoğlu ve Akbal, 2017), geleneksel hemşirelik müfredat programları tıp ve doktor ataerkilliğini desteklemektedir. Böylece, mesleki eğitimlerinde hemşireler kendi kendini sömürmek için sosyalleştirilirler. Başka bir deyişle, hemşirelik profesyonel kültürü kendi kendine sömürüdür ve patriyarka ve kapitalizm ile işbirliği yapar. Ülker'e göre, Türkiye'deki hemşireler hem örgütlenme hem de ekonomi açısından fakirdir: maaşları yoksulluk sınırı altındadır ve karar verme süreçlerinde aktif değildirler.

Bu sömürü, kültürel sermayenin en önemli aracı eğitim aracılığı ile nesilden nesile aktarılmaktadır. Bourdieu'ye göre (Bourdieu ve Passeron, 1990) kültürel sermaye, geçmişteki eşitsizliklerin farklı akademik ödüllere dönüşmesini sağlayan ve eşit olmayan sosyal ve ekonomik ödüllere neden olan, dolayısıyla süreci meşrulaştıran ve devam etmesini sağlayan bir araçtır. Bu dönüşümü eğitim ve aile aracılığıyla gerçekleştirmektedir. Hemşirelik müfredat programı ile toplumun yüksek statülü kültürünü yansıtan mesleklerden doktorluğun egemenliğini pekiştirmektedir. Bir toplumun yüksek statü kültüründe yetkinlik olarak tanımlanan kültürel sermaye,

davranışı, alışkanlıkları ve tutumları, eğitim ve sosyal hiyerarşilerin çoğaltılmasında sıklıkla önemli bir mekanizma olarak görülür (Katsillis ve Robinson, 1990).

Hemşireler, görevleri olmayan işleri icra etmeleri ve amirleri olmadığı halde sürekli kendilerinden görev beklentisi içinde olunmasını yöneticilere ilettiklerinde ise sistemden kaynaklanan bir başka problem **mobbing** karşı karşıya kalmaktadırlar.

H10: Mesleğimiz hak ettiği yerde değil, karşılığını aldığımızı düşünmüyorum, fiziki yorgunluğun yanında psikolojik olarak yoruluyoruz, baskıya maruz kalıyoruz. Kafanızı sürekli meşgul eden bir şey var, hep bir planlama programlama, takip süreci, yapılmazsa siz sorumlu oluyorsunuz.

H12: Biz eski yönetimde çok kıymetliymişiz, ben o zaman hakkımızı arayamıyoruz derdim, asker dediğim dedik diyorduk. Ben mesela hastanenin en çok başkaldıran hemşiresiydim, başhemşireyi seni mahkemeye vereceğim şeklinde tehdit boyutuna geldi, dediğimi yaptırdım çünkü kanunen bana verilmiş bir hak vardı ortada, ben onu alana kadar uğraştım. Ama şu anda uğraşamıyorsun, bir şekilde sana yaptırımı oluyor, geri dönüşü oluyor, burayı beğenmiyorsan seni şuraya gönderelim deniyor maalesef, o yüzden biraz sıkıntılıyız.

H21: Askeriyeden geçtiğimiz için emir komuta zinciri var, şu anda da baskı var, biri gitti öbürü geldi değişen bir şey yok. Hakkınızı savunmak için bir şey yapamıyorsunuz. Mesela yönetim müdürü, bana, “ben istedim buraya gideceksin yapacaksın” diyor. Ben de diyorum ki bana görevlendirme yapmadan, ben bunu imzalamadan buraya gidemem. Hayır ben emrediyorum gideceksin diyor. Diğer sistemde de beni karşılayacaksın diyordu, her akşam altıda ben

adamı karşıliyordum. Mecbursun yapacak bir şey yok. Bayramda nöbetçiyim tüm gün bana kapıda bakan beklettiler. Benimle bir ilgisi alakası yok, ben niye kapıda karşılamak zorunda kalıyorum birini, ben bunu çözemiyorum, benimle tokalaşmadan geçiyor zaten bana saygısı yok ki, asıl işimizin dışında birçok gereksiz şey yükleniyor.

H35: Mesela reçete yazmak bizim görevimiz değil, klinikte bütün arkadaşlarıma yazmayalım dedim, çoğu evet dedi, sonra birileri yazdı diğerleri devam etti, ben tek çıkıntı olara kaldım, doktorlar üzerime geldi, sorduğum sorulara cevap vermediler, ben onların peşlerinden koştum beni bayağı zorladılar. Çok net bir şekilde mobbing uygulandı. Şu an yaptığım işte yönetimle çok iç içeyim. Yönetim, hemşire olduğum için her işi benim yapmamı istiyor. Bu benim işim değil, diyorsun, bunun yönetmelikte yazmadığını söylüyorsun, direkt üste çıkıp sana bağırabiliyor. Bunu sen yapacaksın dediğimi duymuyor musun şeklinde. Ben bunu yapmak zorunda kalıyorum. Bir yıl süren bu mobbing sonrası doktorumla konuştum, onun yönetimle konuşması sonucunda biraz yumuşatılmış halini yaşıyorum şimdi.

Hemşireler, mesleklerini icra ederken çoğunlukla hemşire yöneticisi, dönem dönem de bazı doktorlar tarafından baskıya maruz kaldıklarını ileri sürmektedirler. Baskının sebebi ise genellikle görevleri olamayan işi yapmak ve kanunda yazılı olmadığı halde farklı bir yerde görevlendirilmektir. Hemşireler bu baskı altında görevlerini icra ettiklerini, girişimlerinin sonuç vermediğini belirtmektedirler. Ancak baskı altında kendilerine ait olmayan görevleri de icra ederken, bir taraftan da hastanın bakım

hizmetini yerine getirmektedirler. Bu durumda zaten **tıbbi uygulamalar riskli bir alan** iken, baskı altında tıbbi uygulamalarda hata riski de artacağı düşünülmektedir.

H12: En büyük sıkıntı görev belirsizliği, doktorun işini de yapıyoruz, her şeyi yapıyoruz, birçok durumda risk alıyoruz. Hastaya acil bir müdahale gerekiyor, doktora ulaşamıyorsun, sen karar verip yapmak zorundasın, yapsan bir türlü, yapmasan bir türlü. Yapsan hasta ne tepki verecek, sen yetkili değilsin, yapmasan geç kalınmış olacak. Mesela gece nöbette hastaya bir ilaç yapıyorsun alerjik reaksiyon geliyor, buna karşılık ne yapacağını biliyorsun ama yapman için doktor order olması lazım, ben ilacı kafaya göre veremem, doktoru bulacaksın, doktor gelecek, hastaya müdahale edecek, o zamana kadar yaparsan bu da büyük bir sorun.

H30: Hastalarla ilgili olarak riskli ilaç uygulamak, riskli işlem yapmak da başlı başına faktör. Daha önce yeni doğanda çalıştım, bebeğe verdiğin 1 cc.lik ilaç bile onun için hayati önem taşır. Doktor dalgınlıkla yanlış order vermiş olsa, yapacağın işlem bir sorumluluk taşıyor. Riskli uygulamalarda, riskli müdahalelerde ben strese giriyorum, çok zor bir durum.

H37: Çalışma koşullarımızda çok fazla sorumluluk alırsın, çok fazla insanla karşılaşırsın. Hastanın her hatasından siz sorumlu sayılırsınız. Kontrol mekanizması daha sıkı, hasta- hemşire ilişkisinde ne kadar haklı olursanız olun, siz haksız sayılıyorsunuz, çalışma koşulları çok ağır.

Hemşireler görevi olmayan işleri yapmanın yanında, bakım hizmetinin de oldukça riskli olduğunu, vereceği yanlış kararın ya da uygulayacağı yanlış bir ilacın hastanın hayatına sebep olabileceğini belirtmektedirler. Hemşirelerin esas görevi olan bakım

hizmetleri, zamana yayılan ve riskli tıbbi uygulamaları bir görev iken, kendilerine ait olmayan görevleri de yapmaları, hemşirelerin motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyeceği değerlendirilmektedir. Hemşirelerin motivasyonunu olumsuz yönde etkileyen bir süreç de **kararlara katılımıdır**.

H2: Sağlık sisteminin değişmesiyle, çalışma hayatında demoralize olduk. Hemşireler arasında ayrım yapılıyor. Hemşirelerden sorumlu birçok yönetici var. Hemşirelerden sorumlu müdürün mesleği hemşire değil, fizyoterapist. Yöneticiler kendileri ile ilgili olmayan, hemşirelerle ilgili olmayan her alana müdahale ediyorlar ve herkese karışıyorlar. Bizi, bizimle ilgili kararlara dahil etmiyorlar. Karar alıp uyguluyorlar. Bu durum bizim işlerimizi yapmamıza engel oluyor.

H25: Buraya mı ait, diğer yerlerde de böyle mi bilmiyorum; yönetim sorumlu hemşirelerimizin de katıldığı toplantılar düzenliyor, kararlar alınıyor uygulanması üzere bize geliyor. Sorumlu hemşirelikle uygulamayı yapan hemşirelik arasında çok büyük farklılıklar var, sorumlu hemşireler arasında gerçekten hemşirelik yapmamış, meslek hayatının çoğunu sorumlu hemşire olarak geçirenler var. Toplantıda evet dedikleri şeylerin aslında işleyişte çok da doğru olmayan, yapılması ile yapılmaması arasında çok büyük değişiklikler olmayan kararlar alınıyor. Yani o kararlar alınırken bize de sorulmalı belki pratikteki insanlar da o toplantıda olmalı, böylece baş edebiliriz. Biz de katılalım, bizden de biri olsun diye söylüyoruz ama bununla ilgili bir dönüş olmadı her zamanki gibi.

H28: Sorunlarımızın sorulmaması, dinlenilmiyor olması sıkıntı yaratıyor. Sıkıntılarımızın neler olduğunu içeren hemşire toplantısı yapıldığını hatırlamıyorum, belki sorumlularımız bizim adımıza görüşüyordur ama bize sıkıntınız var mı diye soran yok.

Hemşireler, her serviste ilk olarak bir sorumlu hemşireye, daha sonra Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğüne bağlıdırlar. Hemşirelerle ve bakım hizmetleri ile ilgili kararlar, müdürlüğün sorumlu hemşireleri ile yaptıkları haftalık toplantılarda görüşülmektedir. Hemşirelere göre, bu toplantılara uygulayıcı olarak serviste görev yapan hemşirelerden de bir temsilcinin katılması gerekmektedir. Çünkü alınan bazı kararların bakım hizmetleri ve hemşirelikle doğduran ilgisi olmayan kararlar olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hemşireler, yönetimde çok başlılığın olmasının da kendilerine, görevlerini icra ederken birçok zorluk yarattığını belirtmektedir.

Görüşme yapılan hemşireler, bakım hizmetinin riskli tıbbi uygulamalarının yanında, sistemden kaynaklanan bir diğer zorluğu da **nöbet** olarak belirtmektedirler. Hemşirelik mesleği, tercih edilirken nöbetli bir meslek olduğu bilinmektedir.

H8: Ailenize ayırdığınız zaman kısıtlanabiliyor yoğun nöbetler nedeniyle. Yorgun olarak eve gitmek mutlaka bir şeyleri kısıtlıyor.

H14: Nöbet sistemlerinin değiştirilmeye çalışılması bir sorun, mesela bir ay gündüzcü bir ay gececi olacaksın dediler. Bu aile hayatımızda düzensizliğe sebep olur. Gece nöbetlerinde sabaha kadar uykusuz kalmak yaşam kalitenizi de etkiliyor, dikkat eksikliği oluşmasına neden oluyor, sonuçta hastanın ilaçlarını veriyorsunuz dikkat etmeniz gerekiyor, uyku sorunu yaşanıyor.

H16: En belirgin zorluk nöbet, gece çalışmak bir bayan için zor, belki zamanı üçe bölerek vardiya sistemi ile çözülebilir, gerçi bunun için de personel sayısının üçe çıkması gerek.

H17: Gece nöbetleri, 7/24 saat hizmet sunması. Gece nöbetleri aile ortamımızı etkiliyor, yorgunluk, uykusuzlukla birlikte sağlık koşullarını bozuyor, bütün düzenin alt üst oluyor. Diğer bakanlıklar servis veriyor, sağlık bakanlığında ulaşım sıkıntısı yaşıyoruz.

H22: Öyle bir düzensizlik ve adaletsizlik var ki 20-25 yılını bitirmiş personele bol nöbet yazarken, yeni mezun torpilleri kayırıyorlar, torpilin varsa rahat yerdesin, gündüz çalışabileceğin kaliteye oturtuyor mesela ya da nöbeti olmaya polikliniğe veriyor, torpilin yoksa her işi yapıyorsun nöbet tutuyorsun, zannedersen son 10 yıl içinde böyle oldu, daha gençlerin daha aktif görevlerde olması gerekirken uygulama pek öyle değil.

H25: Gece nöbetleri, evli çocuklu biri için gece nöbeti çok zor, 16 saat yerine 8 saat vardiya olsa keşke. Ama 8 saatlik vardiyada ulaşım imkânının karşılanması gerekir, bunun bireye bırakılmaması gerekir.

H30: Nöbet tutmak en büyük zorluklardan biri. Bayansanız ve çocuğunuz varsa nöbet büyük zorluk. Sağlık alanında erkek personel nöbetten daha az etkilenir, çünkü bayanın evdeki rolü çok farklı.

Hemşireliğin nöbetli meslek oluşu, hemşirelerin hayatlarını da farklı şekillerde etkilemektedir. Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşunda nöbetler 24 saattir. Hemşire sayısı düşük olduğundan da nöbetin aynı kişiye gelme sıklığı artmaktadır. Gece nöbetleri nedeniyle hemşireler aile düzenlerinin bozulduğunu, çocuklarının nöbet sistemi dolayısıyla etkilendiğini belirtmektedirler. 24 saatlik nöbetin, vardiyalı sistemde tutulması gerektiğini öneren hemşireler; bu durumun kendileri içinde daha uygun olacağını vurgulamaktadırlar. Hemşirelere göre, 24 saatlik nöbetler, hemşirelerin hazır

bulunuşluk düzeyini düşürürken, bakım uygulamasında hata riskini artırmaktadır. Ayrıca nöbetli meslekte toplumsal cinsiyete dayalı sorunlarda yaşandığı ileri sürülmektedir. Hemşireler, evlerinde de kendilerinden, anne, eş rol beklentilerinin olduğunu, nöbetlerin yorgunluğu artırdığı için, aile hayatında ihmallere neden olduğu, nöbetlerin çoğunlukla erkek hemşireler tarafından tutulması gerektiğini belirtmektedirler. Nöbetlerle ilgili bir diğer sorun ise, nöbet planlamalarında ayrımcılığın yapılmasıdır. Özellikle mesleğe uzun zamanını vermiş hemşirelerin nöbet dağılımında daha geri planda durması ve gençlerin daha aktif olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Hemşireler bakım hizmetleri, kendilerine ait olmayan görevler ve nöbetlerden başka Sağlıkta Dönüşüm Programının parametreleri olan **kalite standartları uygulamalarını** sistemden kaynaklanan bir diğer sorun olarak ifade etmektedirler.

H15: Sorumlu olduğum toplantılarda çok fazla kalite evrakı olduğunu, bir kısmının gereksiz olduğunu, hemşirenin yapması gereken işlerin yerine bütün gün dosya tanzimi ile uğraştığını, hastayı gün içinde bir iki kez görebildiğini, hastayla geçirmesi gereken zamanı dosya veya bilgisayar başında geçirdiğini iletiyoruz. Onlar da kalitenin bunları istediğini, bunların da yapılması gerektiğini söylüyorlar.

H18: Kalite diyorlar, hastaya verdiğin kaliteyi genelde evraklarda görmek istiyorlar, gelsinler takip etsinler, hastaya yönelik ne yapıyorum, hastanın memnuniyeti nasıl, öncelikle ona baksınlar. Evrak önemli, kayıt edilmesi gerekiyor, ama benim bunlarla boğuşmamam gerekiyor. Ben niye kayıt işlemleriyle uğraşıyorum ki? Ben hastanın reçetelerini veriyor muyum, ilaçlarını hazırlayıp hastaya zamanında vaktinde doğru şekilde sunabiliyor muyum,

tedavi ünitelerine randevularını alıp yönlendiriyor muyum, benim için önemli olan bu. Geri kalanı yeterince kargaşa...

H21: Bizde çok büyük karmaşa var, dosyalarda bile öyle büyük karmaşa var, neye göre yapıyoruz bunu yapmak zorunda değilim diyorum, hayır burada böyle diyor, anlamsız şekilde bana formlar doldurturuluyor. Bunları imzala diyor, itiraz edince Sağlık Bakanlığında standardımız böyle diyor. Kalite standardı böyle ama bana bununla ilgili eğitim vermedin. Öncelikle bana öğretmek zorundasın. Korkunç ötesi bir şey, adı kaliteymiş bunun. Tepeme yağmur akıyor, bir senedir tansiyon aleti talep ediyorum, hastaya yara bakım ürünü istiyorum, kalite var ama hala alamıyoruz. Hasta yakınına söyle alsın, diyor. Askeriyedeyken bunlara ihtiyaç var denirdi, ara ödenekle alınırdı.

H25: Kalite hemşiresi gerçekten işleyişi ne kadar bilen hemşireden seçiliyor? Kalite evraklarını düzenlerken acaba hastanemize, kliniğimize ne kadar uygun bunlar? Sağlık bakanlığının sayfasından kalite evrakını indirip bunları biz uygulayalım deyince oluyor mu? Hasta, hastalıktan çok beni prosedürler yoruyor. Hasta gitmiş, kalite denetlemesi adı altında, geriye dönük bunları tamamlayın diye önümüze dosyalar konuyor, direttiğimiz zaman da sivriliyoruz, kötü kişi oluyoruz.

H35: Evrak işlerinin yoğunluğu hastaya ayırdığın zamandan çalışıyoruz. Çünkü o saat diliminde hastaya hizmet vermek varken evrak boyutuna giriyorsun, Tek bir kayıt yapılması gerekirken, hem sistemden hem kâğıt üzerinden üç dört yere aynı kayıtların yapılması iş yükü olarak dönüyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli göstergesi olan kalite standartları uygulamaları, doktorlar ve fizyoterapistlerde olduğu gibi hemşireler içinde sistemden kaynaklanan zorluklar arasında tanımlanmaktadır. Ancak kalite standartlarının çoğu prosedür uygulaması hemşireler üzerinden yürütülmektedir. Çünkü hemşireler görüşmelerde de belirtildiği gibi, hastanın yatış sürecinden taburculuk sürecine kadar bütün işlemlerinden sorumlu olarak görülmektedir. Bu nedenle de hemşireler, bakım hizmeti verdiği sürece yaptığı her işlemi hem bilgisayar üzerinde hem de kalite standardı için hazırlan formlar üzerinde göstermektedir. Hastanın bütün tedavi sürecinde, ilk muayene, yatış kararı, uygulanan tedaviler, katılım göstergeleri, kullandığı ilaçlar, hasta hakları bilgilendirmesi, tansiyon ölçümüne kadar uygulanan tüm tıbbi ve tıbbi olmayan girişimlerle ilgili gösterge formları tutulmaktadır. Ancak hemşirelere göre kalite çalışmaları, hemşirelerin çok fazla vaktini almakta ve hastanın bakımına ayırması gereken zamanı da kalite formlarını doldurmakla geçirmektedir. Bu işlemi yapmadıkları takdirde geçmişe yönelik işlem zorluğu yaşandığı ifade edilmektedir. Kalite standartları çalışmalarında, hastanenin özelliği göz önüne alınmamakta, Bakanlığa bağlı tüm hastanelerde aynı ölçekler uygulanmaktadır. Bu durum da hemşireler için sorun teşkil etmekte ancak yöneticilere, bazı standartların hastanenin yapısına uymadığı söylene dahi hiçbir tedbirin alınmadığı belirtilmektedir. Hemşireler, gerçek kalite ölçümünün hastaya verilen hizmetle ölçülmesi gerektiğini ve gerçekten yapılması gerekenlerin (*tıbbi cihaz ve ilaç eksikliği, sağlık kuruluşunun yapısal sorunları vb.*) ihmal edildiğini belirtmektedir. Sembolik güç, yetkisini kullanarak, sistemindeki uyumsuzlukları değiştirmek yerine uygulayıcıları aracılığıyla gerçekleştirmektedir. Hemşireler dönem dönem direnç göstermekte, ancak kalite standart uygulamalarının kanunlara göre yapılması gerektiği belirtildiğinde sistemi tanımakta ve gereğini yapmaktadırlar. Sembolik gücün kalite standartları uygulamaları

aracılığıyla sistemin devamını sağlamak için, diğer sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşireler üzerinde sembolik bir şiddet uyguladığı düşünülmektedir.

Kalite standartları uygulamaları askeri sağlık sisteminde daha farklı uygulandığı için hemşireler yeni sisteme uyum sağlamakta güçlük çektiklerini ve sürekli yeni ölçeklerin eklendiğini belirtmektedirler. **Askeri sağlık sisteminin yerine, farklı bir sağlık sistemine geçmek**, hemşirelerin zorluk yaşadıkları alanlardan birisidir.

H2: Şu anki yönetim sadece doktora değer veriyor, diğer çalışanlarına değer vermiyor. TSK'dayken saygı görüyorduk.

H4: Askeri kurumda manevi olarak çalıştığının hakkını aldığımı düşünüyorum. Sadece komutanlarla dönem dönem sıkıntı oldu, onlar doktor değildi, onlar sağlık personeli olmadığı için başka şeylere takılıyorlardı. Sağlık bakanlığında bazı yaşadığım problemler ise; önceki sistem belli, birden şunları şöyle dolduracaksın diyorlar, bilmediğimiz şeyleri yapmamızı itiyorlar. Askeri kurumdayken acil durumlarda yapmaman gereken şeyi yapıyorsun ama doktorun o riski alıyor ve sen sorun yaşamıyorsun. Sağlık bakanlığında daha çok çelişki yaşadım, çünkü görev tanımımız o zaman daha netti. Oturmuş kurallar, prosedürler vardı, ona uyuyorsun, doğruluğunu yanlışlığını fazla irdelemiyorsun, Askeriyede komutan baskısı varken, sağlık bakanlığında prosedür baskısı var, acaba tüm bunlar hemşirenin görevi mi?

H6: Hasta için çok özverili çalışıyoruz, belki askeri hastaneden gelen disiplin alışkanlığı bilmiyorum, elimizden gelen her şeyi yapıyoruz. TSK dönemi bakanlık dönemine göre daha iyiydi. Daha değerli olduğumuzu düşünüyorum o dönemde. 15 yıldır bu işi yapıyorum, ilk defa iki ay önce istifayı düşündüm, aldığım maaş

çocukların bakımı ve araba parasına gidiyor, üstüne iki kat yoruluyorum. Bunu askeriyedeyken hiç düşünmedim, şimdi tükenmişlik sendromuna girdim.

H12: Ekonomik olarak, sistem değişmeden önce daha iyiydik, eskiden doktorlarla bu kadar fark yoktu. Bize artı bir şey olmadığı gibi eksiye gittik, MSB’de kalan arkadaşlarımızla aramızda uçurum oldu. Benim devrem 900 tl fazla alıyor benden, ben hala eski maaşıma kavuşamadım, memura şu kadar zam diyorlar biz memur değil miyiz acaba?

H14: Her iki sistemde de olumsuzlular var ama Sağlık Bakanlığına geçince zannettik ki her şey daha rahat olacak, izin konuları özellikle, çok büyük sorun teşkil ediyor, personele bir saat bile izin verilemiyor, mazeret izni kullanma hakkımız hiç yok, yol hakkı iznimiz gitti. Ama askeriyede yıllık iznin varken bile mazeret izni alabiliyorken şimdi bu hakkımız hiç yok. Ben yarım gün izin alabilmek için öğle araları nöbet tutmak zorunda kalıyorum ya da diyorlar ki senin yıllık izninden keseceğim. Sağlık Bakanlığına geçince rahatlamak yerine daha çok üstümüze gelindi, askeri geçişli olduğumuz için üzerimizde daha büyük baskı var. Bunun nedenini anlayamıyorum.

Hemşireler sistem değişikliği konusunda yaşadığı sorunların en başında ekonomik sermayelerindeki azalma üzerinde durmaktadırlar. Askeri sistemden Sağlık Bakanlığı sistemine geçildiğinde, özlük haklarında kayıplar yaşanmaması kanunla koruma altına alınmasına rağmen, sivil memurların gelirlerinde kesintiler yaşanmış, servis hizmeti kaldırılmış ve her sene tüm memurların faydalandığı maaş katı zammından sivil memurlar faydalanamamışlardır. Bu durum hemşirelerin geçim sıkıntısı yaşamasına

neden olmaktadır. Kalite standartları uygulamaları da yeni sistemin getirdiği bir başka bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca izin alma konusu da hemşirelerin yaşadığı bir diğer problemdir. Hemşireler askeri sistemde iken, hem maddi hem de manevi olarak daha fazla doyum sağladıklarını belirtmektedirler. Yalnızca dönem dönem askeri prosedürde sıkıntı yaşadıklarını; sağlık uygulamalarında ekip olarak sorun yaşamadıklarını vurgulamaktadır. Bununla birlikte askeri sağlık sisteminde hemşireler Gülhane Tıp Akademisi hemşirelik bölümünden mezun olarak göreve başlamaktaydı. Sağlık Bakanlığında ise sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümünden mezun olanlarda kamuya atanarak hemşirelik yapmaktadırlar.

H21: Üniversite mezunu hemşire çok az, ucuz iş gücünden kaynaklı, küçük yaşta liseden mezun olanları hala almaya devam ediyorlar. Bir dönem kapamışlardı, herkes üniversite mezunu olunca çok başarılı olmuştu. Kalite artmıştı, hastaya bakış açımız değişmişti. Bize bakış açısı da değiştirilmişti, doktor emreder yaparsınız kısmını geçmiştik, kendi başımıza yapabileceğimiz pek çok işlem çıkmıştı, Yine kaldırdılar bunu ve eski döneme geri dönüldü, “emret yapılısın” statüsüne geri dönüldü. Eğitim seviyesi yükseltilirse mesleğe olan olumsuz bakış açısı da değişecek.

H33: Hemşireler üniversite eğitimi alındığı zaman daha bilinçli olduğu için meslek de daha ilerde olabilir. En azından sağlık meslek liseleri kapatılabilir, ön lisanslar kapatılabilir sırf lisans düzeyinde olabilir.

Hemşirelere göre, hemşireliğin lise düzeyinde olması, toplumun, doktorların hatta hemşirelerin bile mesleğe bakış açısını olumsuz olarak etkilemektedir. Lisans düzeyinde mesleğe geçiş hemşirelerin hem hastalara bakış açısını hem de kendilerine daha bilinçli yaklaşımlarını sağlamaktadır. Hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde olmasının,

hemşireler tarafından başka bir zorluk olarak tanımlanan aynı zamanda meslekte **uzmanlaşmayı** ve **branşlaşmayı** da beraberinde getireceği düşünülmektedir.

H3: En büyük sıkıntı branşlaşmanın olmaması. Ben cerrahide ameliyat hemşiresi olarak başlamıştım, sonra farklı tayin yerlerinde farklı görevlerde çalıştım, branşlaşmanın olmaması bizim için çok büyük eksi. Hemşire sayısının az olması, kalifiye eleman sayısının da az olmasına yol açıyor, herkes her şeyi bilmek ve yapmak zorunda kalıyor. Branşlaşma uzmanlığı getirecek, yığılmayı önlemek için yakın branşlar gruplanabilir, biz subay astsubay eşleri olduğumuz için çok farklı yerlerde görev yapıyoruz.

H6: Branşlaşma olabilir. Gerçi burada biraz daha farklı, diğer hastaneleri gördükten sonra bizim burada daha değerli olduğumuzu anladım. Başka bir yerde çalışmayı kesinlikle düşünmem. Normal hemşirelikten daha üstün çalışıyoruz burada. Branşlaşma olursa belki daha iyi olur. Herkesin tercihi belli alanlara yönelir ve yığılma olursa; sınav olabilir, sertifika olabilir.

H8: Birçok yerde çalıştım, daha önce Avrupa'da çalışmış hemşire arkadaşlarımla çalışma imkânı buldum. Anlattıklarını özenerek dinledim, o kadar profesyonel çalışılıyor ki keşke biz de onlar gibi olabilsek, keşke hepimiz mesleğimizde branşlaşabilsek, en iyi bildiğimiz işi yapsak, hepimiz bir alanda sertifikalı olsak, hastane değişikliklerinde o özelliklere göre değerlendirilsek ve o birimlerde çalışabilsek, bu kesinlikle çalışan motivasyonunu artıran bir konu, basamaklar olsa bizde aynı şekilde, çalışma saatlerimiz daha uygun olsa, maddi olarak daha iyi koşullarda çalışabilsek inanırım o zaman motivasyonumuz daha yüksek olacaktır.

H29: Profesyonelleşme, uzmanlaşma olmadığı için, hemşire sadece enjeksiyon yapan, pansuman yapan, basit işler yapan biri olarak dışarıdan görülüyor. Ameliyatı doktor yapar diye düşünülüyor, hemşirenin ameliyatta saatlerce ayakta kalıp hastaya yardımcı olduğu düşünülüyor. Bütüncül bakmıyor çevre ve dışarıdakiler.

Lisans düzeyi hemşirelik eğitiminde, hemşirelik esasları başta olmak üzere iç hastalıkları, cerrahi hastalıkları, onkoloji, doğum ve kadın hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri, halk sağlığı hemşireliği ve hemşirelik öğretimi gibi tüm branşların eğitimi verilmektedir (<http://ghy.sbu.edu.tr>). Ancak mezun olduktan sonra branşlaşma olmadan her birimde görev yapılabilmektedir. Lisans üstü eğitim hemşirelerde branşlaşmayı sağlamamaktadır. Ancak özellikli yan dal hastanelerinde hizmet içi eğitimle görevlerine başlamaktadırlar. Hemşirelere göre mesleğin toplumun gözünde değerinin düşük olmasının ve arada/yardımcı bir meslek gibi düşünülmesinin sebebi, meslekte branşlaşmanın olmamasıdır. Hemşireler de doktorlar gibi tek bir hemşirelik alanında uzmanlaşıp, uzmanlaştığı branşta hizmet vermek istemektedirler. Bu şekilde motivasyonlarının artacağı ve mesleki görev tanımının dışında yaptıkları görevlerin ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Hemşirelere göre lisans eğitiminden sonra branşlaşma olmamasının bir nedeni, hemşire sayısının düşük olmasıdır. Sağlık kurumlarında hemşire sayısı artarsa, hemşirelerin de uzmanlaşmaya yöneleceği ve kalifiye personelin daha da artacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin mesleklerini icra ederken karşılaştıkları, **mesleğin kendisinden kaynaklanan zorlukların** başında, doktorlar ve fizyoterapistlerde olduğu gibi fiziksel ve psikolojik yıpranma gelmektedir.

H10: Fiziki zorlukları var, sürekli ayaktasınız, hep efor sarf ediyorsunuz, eğer oturmayı seviyorsanız, hareket etmekten

hoşlanmıyorsanız bu meslek size göre değil. Hastanın, hasta yakınının beni anlaması, yaptığım işe değer vermesi, onaylaması, en önemlisi güvenmesi çok önemli. Fiziksel zorluğunun dışında güven duygusunun oluşturulamaması mesleğin en büyük zorluğu. Bu durum sürekli sorgulanma ve bunun beraberinde hataların gelmesine sebep oluyor. Mesleğimiz hak ettiği yerde değil, karşılığını aldığımızı düşünmüyorum, fiziki yorgunluğun yanında psikolojik olarak yoruluyoruz, baskıya maruz kalıyoruz. Kafanızı sürekli meşgul eden bir şey var, hep bir planlama programlama, takip süreci, yapılmazsa siz sorumlu oluyorsunuz.

H12: Buraya geliyorsun hastaları dinliyorsun, psikolojin alt üst oluyor, zaten onların işini yapmak için bedenlen yoruluyorsun. Her akşam her türlü kas ve ayak ağrıları ile eve gidiyorum, karşılığında hiçbir şey görmüyoruz. Maddi olarak görmediğimiz gibi manevi olarak bir teşekkür de görmüyoruz, kimse seni takdir etmiyor, ya ne iş yapıyorsunuz ki diyen bile çıkıyor, ondan sonra insan çileden çıkabiliyor. Yıllar içinde hem psikolojik hem fizyolojik hasarlar olarak ortaya çıkıyor. Kendinizi hastaların yerine koyuyorsunuz. Bu benim çocuğumun başına gelseydi ne olurdu ben diyorum, kendinizden ödün veriyorsunuz, psikolojiniz alt üst oluyor.

H28: Burada tüm meslek grupları canla başla 7/24 esasına göre çalışıyoruz. Hasta bakımında fiziksel, zihinsel ve psikolojik olarak çok yıpranıyoruz. Maaşımız az ama öncelik insan hayatı olduğu için canla başla çalışıyoruz. Fiziksel, zihinsel ve psikolojik olarak çok yıprandığımızı düşünüyorum. Burada farklı hasta grupları söz konusu olduğu için, onlara hizmet verirken üzülüyoruz,

önceliğimiz bir an önce onların sağlığına kavuşmaları. Bayan olarak bazı fiziksel işler bize ağır geliyor, nöbette 80 kg.lık bir insanı tek başına çevirmeye çalışıyoruz. Sorunlarımızın sorulmaması, dinlenilmiyor olması sıkıntı yaratıyor.

Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşu ağırlıklı olarak öncelikli olarak gazilere, şehit yakınlarına, iç güvenlik yaralılarına, engelli hastalara hizmet verdiğinden dolayı, hastaların bakımı için fiziksel güce ihtiyaç vardır. Yatarak tedavi gören engelli hastaların yatak yaralarının oluşmaması için, düzenli olarak pozisyon değiştirmeleri gerekmektedir. Bunun için de hemşireler gün içerisinde bazen refakatçilere yardımcı olmakta, bazen de tek başlarına hastanın pozisyonunu değiştirmektedirler. Ayrıca sorumlu oldukları hastalara sabahdan akşama kadar bakım hizmeti verilmekte ve hasta takip edilmektedir. Bu durum hemşirelerin fiziksel olarak yorgunluklarının artmasına, zamanla fiziksel kalıcı hasarların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Hemşireler, sağlık hizmeti verdikleri kesimin, kendilerinde psikolojik olarak da yıpranmalara neden olduğunu belirtmektedirler. Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşunun önceden askeri hastane olması nedeniyle hemşirelerin çoğunluğu da askeri hemşiredir ve primer hemşirelik hizmeti *(eğitim düzeyi yüksek, uzmanlaşmış çok sayıda hemşirenin, diğer çalışanlarla koordinasyon kurarak ve hasta merkezli çalışarak; karar verebilme sorumluluğuna sahip bir şekilde bakım hizmeti vermesi)* verilmektedir. Buradaki sağlık hizmeti yalnızca fiziksel bakım değil, psikolojik ve sosyal rehabilitasyonu da kapsamaktadır. Bu nedenle özellikle gaziler, iç güvenlik yaralıları ve şehit yakınları ile bakım etkileşimi sırasında kurdukları bağ, hasta-hemşire ilişkisinden daha güçlü ve uzun süreli bir bağdır. Gaziler, şehit yakınları ve iç güvenlik yaralıları ile kurdukları bağın, hemşirelerin psikolojik olarak daha çok etkilenmelerine neden olduğu düşünülmektedir. Hemşireler, hastaların tedavi süreci başladığında her hastanın anamnezini almaktadırlar. Hastaların çoğu engelli olduğundan dolayı, hikayelerinden

etkilenmekte, çoğu zamanda empati kurduklarını belirtmektedirler. Bu durum hemşirelerin psikolojik olarak yıpranmalarına neden olmaktadır. Ayrıca mesailerinin bitip, sağlık kuruluşundan ayrıldıktan sonra, hastalarıyla ilgili planlamalara devam edildiği, ihmal sürecinin yaşanıp yaşanmadığı ve bakım hizmetine yönelik düşüncelerin gündelik hayatlarında da etkili olduğu ileri sürülmektedir. Ancak, fiziksel ve psikolojik olarak yıpranmalarına rağmen, yaptıkları işin maddi ve manevi olarak karşılığını alamadıklarını vurgulamaktadırlar.

Fiziksel ve psikolojik olarak yıpranmanın arkasında **toplumsal cinsiyet** faktörünün de etkili olduğu ve meslekten kaynaklanan bir başka zorluk olduğu hemşireler tarafından belirtilmektedir.

H5: Bekâr olursan mesleğin bir zorluğu yok. Ancak evli olursan sürekli çocuklarını düşünüyorsun. Özellikle birde küçük çocuğun varsa nöbetler ciddi sıkıntı oluyor.

H14: Artık erkek hemşireler de var, ilk başta tepki alsa da aslında bizim için çok gerekli, hasta bazında düşündüğümüzde erkek hemşirelere de ihtiyacımız var, bu işi yaptığımız sürece meslek hastalıklarımız ortaya çıkıyor, o yüzden erkek hemşirelere de ihtiyaç var. Artık günümüzde hemşireliğin sadece kadın mesleği olmadığı anlaşıldı. Bayan olduğunuz için birçok şeye dikkat etmek zorundasınız, hastayla yakın temasta bulunuyorsunuz sonuçta, özel durumlar oluyor, hastanın sondasını takıyorsunuz, farklı şeyle karşılaşabiliyorsunuz, böyle durumlarda bayan olduğunuz için dezavantajlı bir durum oluyor. Nöbet sistemlerinin değiştirilmesi biz kadınlar için ayrıca bir sorun. Mesela bir ay gündüzcü bir ay gececi olacaksın dediler. Bu durum da aile hayatımızda düzensizliğe sebep olur.

H16: En belirgin zorluk nöbet, gece çalışmak bir bayan için zor.

Belki zamanı üçe bölerek vardiya sistemi ile çözülebilir, gerçi bunun için de personel sayısının üçe çıkması gerek.

H28: Ağır işlerin olduğu yerlerde erkek hemşirelerin devreye girmesi iyi olur, ama bunun için daha çok personel alınması lazım.

H30: Nöbet tutmak en büyük zorluklardan biri. Bayansanız ve çocuğunuz varsa nöbet büyük zorluk. Sağlık alanında erkek personel nöbetten daha az etkilenir, çünkü bayanın evdeki rolü çok farklı.

H32: Mesleğin en zor yanı kadın olmak sanırım. Kadın evinde mutludur, burada olmuyor, saatler zaman hiçbir şey yetmiyor, her şey olumsuz, mutsuzuz. Sistem her geçen gün daha da kötüye gidiyor.

H36: Biraz bayan mesleği olması ile ilgili, cinsiyet ayrımı var, bir saygınlığı yok sanki onların gözünde, bir değer olarak görmüyorlar, yapmak zorunda gibi görüyorlar,

Hemşirelere göre, mesleklerini icra ederken özellikle nöbet ve bakım konusunda kadın olduklarından dolayı zorluk yaşamaktadırlar. Toplumsal cinsiyet açısından ele alındığında, kadınlar çalışma yaşamının dışında, herhangi bir karşılık beklemeden çocuk bakımı, ev işleri, yemek pişirme gibi sorumlulukları da yerine getirmektedirler. Ataerkilliğin belirgin olduğu toplumlarda, kadından beklenen roller daha belirgin bir hal almakta ve bu roller kadının asli görevi gibi düşünülmekte, hatta meslek seçiminde bile etkili olmaktadır. Kadın hangi mesleği icra ederse etsin; ataerkil toplumlarda kadının mesleği ikincil konumdadır. Hemşirelik mesleği, toplumda uzun yıllardır kadın mesleği olarak düşünülmektedir. Hemşireler mesleğin yeterince değer görmemesinin nedenlerinden biri olarak, kadın mesleği olmasını işaret etmektedir. Bununla birlikte son

zamanlarda erkek hemşire sayısında da artış başlamıştır. Erkek hemşireliğin artmasına rağmen, hemşireler çocuk, aile konusundaki rol beklentilerini yerine getirirken karşı karşıya kaldıkları zorlukları belirtmektedirler. Bunlardan en önemlisi nöbettir. Çünkü nöbet, hemşirenin/kadının 24 saat evinden uzakta kalmasına ve aile, çocuk ile ilgili rol beklentilerini yerine getirmesine engel olmaktadır. Bu nedenle görüşülen hemşirelerin neredeyse tamamı, nöbet sisteminden şikayetçi olmaktadır. Bu sistem onları mutsuz etmektedir.

Hemşireler mesleği icra ederken toplumsal cinsiyet farklılığı ile ilgili yaşadıkları bir diğer zorluğu, erkek hastalara tıbbi müdahalede bulunurken karşılaştığı dezavantajlı durumlardır. Özellikle erkek hastaya sonda ve T.A.K (*Temiz Aralıklı Kateter Kullanımı*) uygulaması sırasında cinsiyet farklılığından dolayı gerilimler yaşanabilmektedir.

Cinsiyet farklılığı ise en çok fiziksel güç gereksiniminde zorluk yaratmaktadır. Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşu hasta profili açısından fiziksel gücün oldukça gerekli olduğu bir kuruluş olmakla birlikte hiç erkek hemşire görev yapmamaktadır. Hemşireler meslekten kaynaklanan bir diğer zorluğu ise enfeksiyon riski olarak ifade etmektedirler.

H7: Enfeksiyon tehlikesi altındayız, hastaya yakın olduğumuz için enfeksiyona maruz kalma riskimiz fazladır.

H14: Enfeksiyona maruz kalma olasılığımız çok fazla, acaba bana da bulaşmış olabilir mi diye endişe duyuyorsun, evine gidiyorsun ev ortamına bulaştırıyorsun, çevrende arkadaşlarına akrabalarına bulaştırabiliyorsun.

H36: Riskli bir mesleğimiz var, elimize iğne batabiliyor vs. bu şekilde enfeksiyon alabiliyoruz.

Hemşireler tıbbi tedavilerini uygularken, gerekli bütün tedbirler alınmasına rağmen, **enfeksiyon** bazen kaçınılmaz bir hal almaktadır. Hastanın enfeksiyonu tespit edildiği

anda karantina altına alınmakta, ancak bakım hizmeti yine bir hemşire tarafından verilmektedir. Bu nedenle hemşireler, dönem dönem kaçınılmaz bir şekilde enfeksiyona maruz kalmakta, hatta aile bireylerine de bulaştırma riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler.

H29: Yapmadığınız zaman ve diğer meslektaşınız yaptığı zaman, yapan iyi hemşire, yapmayan kötü hemşire, çalışmak istemeyen hemşire boyutunda algılanıyordu. Bu durum meslek grubu baskısı aslında kendi içimizde. Topluca hareket edemeyen bir meslek grubundayız. O yüzden yapmak zorunda oldum, yapmaya da devam ediyorum.

H30: Meslek olarak birbirimizi tutmuyoruz, beni doktor da, personel de savunmuyor ama arkadaşım da savunmuyor. Hemşirelik alanında birlik beraberlik yok. Nedenini bilmiyorum, mesleğimizin stresinden olabilir. Kimse sorumluluk almak istemez, maddi olarak da iyi durumda değiliz, insanlar ben bu olaya karışırsam, belki benim meslekten atılmama yol açar, memuriyetime zarar verebilir diye düşündükleri için insanlar böyle bir çekingenlik yaşayabilir.

H35: Hemşireler olarak iş birliği içinde değiliz. Mesela reçete yazmak bizim görevimiz değil, klinikte bütün arkadaşlarıma yazmayalım dedim, çoğu evet dedi, sonra birileri yazdı diğerleri devam etti, ben tek çıkıntı olara kaldım. Doktorlar üzerime geldi, sorduğum sorulara cevap vermediler, ben onların peşlerinden koştum beni bayağı zorladılar. Çok net bir şekilde mobing uygulandı. Hemşireler arasında bir bütünlük oluşturulamadığına inanıyorum. Aynı zamanda hemşireliğin siyasi ayağını da

oluşturamıyorlar. Hemşirelik derneklerine üye olup çoğunluğu oluşturmamız gerekiyor, ama bu konuda da çok çabamız yok, herkes herhalde ekmeğinin peşinde, karnını doyurma peşinde gerisini araştırmıyor ama siyasi boyutunun oluşturulması gerekiyor. Şu an yaptığım işte yönetimle çok iç içeyim. Yönetim hemşire olduğum için her işi benim yapmamı istiyor. Bu benim işim değil, diyorsun, bunun yönetmelikte yazmadığını söylüyorsun, direkt üste çıkıp sana bağırabiliyor, bunu sen yapacaksın dediğimi duymuyor musun şeklinde. Ben bunu yapmak zorunda kalıyorum. Bir yıl süren bu mobing sonrası doktorumla konuştum, onun yönetimle konuşması sonucunda biraz yumuşatılmış halini yaşıyorum şimdi.

Hemşireler meslekten kaynaklanan son zorluğu, hemşireler arasında birlik ve beraberliğin olmaması olarak ifade etmektedirler. Birlikte hareket edememenin, hemşirelerin görev dışı olarak belirttikleri birçok işi yapmak zorunda kalmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Birliğin zayıf olmasının nedeni ise, hemşirelerin işsiz kalma korkusu, iş yerinde çatışma yaşama korkusu ve gerçekten uzak durmak istemeleri olarak ifade edilmektedir. Ayrıca hemşirelere göre, Türk Hemşireler Derneğinin çalışmalarına aktif katılmaması, bu duruma bağlı olarak hemşireliğin siyasi kanadını oluşturamama, hemşirelerin sistemden ve meslekten kaynaklı birçok zorluk yaşamasına neden olmaktadır. Direnç gösterilen durumlarda ise hemşireler mobbinge maruz kaldıklarını belirtmektedirler.

Son olarak hemşirelerin hastadan kaynaklı yaşadıkları zorlukların başında **hasta profili** gelmektedir.

H9: Hasta ve hasta yakınıyla uğraşıyoruz. İnsan hasta olunca duygusal oluyor, morali bozuk geliyor. Böyle olunca işler daha zorlaşıyor. Hastanın beklentileri daha yüksek oluyor ve normal

sağlıklı zamanlarından daha farklı oluyor. Babam ameliyat olduğunda keşke meslektaşım böyle davranmasa dediğim oldu, bir bilgiyi bile edinemiyorsunuz.

H27: İlk basamakta biz olduğumuz için hastanın gerginliğini önce biz göğüslüyoruz ilk darbe çok yıpratıcı oluyor. Hastayla olan ilk iletişimi biz yaptığımız için var olan sıkıntıları bizi de üzüyor, yıpratıyor, özellikle bizim hasta profili düşünülürse ben çok üzülüyorum. Daha önce böyle bir yerde çalışmadım. Önceden hasta sirkülasyonunun çok hızlı olduğu yerlerde bunun farkına varamıyorduk, primer hemşirelik nedeniyle burada hastayı tanıyabiliyoruz. Uzun süre vakit geçiriyoruz, onların yaşadığı her türlü sosyal ekonomik zorlukları görebiliyoruz, kısaca en belirgin zorluğumuz ilk basamakta olmak.

H28: Fiziksel, zihinsel ve psikolojik olarak çok yıprandığımızı düşünüyorum. Burada farklı hasta grupları söz konusu olduğu için, onlara hizmet verirken üzülüyoruz, önceliğimiz bir an önce onların sağlığına kavuşmaları.

Hemşireler çalıştıkları sağlık kuruluşunun hasta profilinin büyük bir bölümünü gaziler, şehit yakınları ve iç güvenlik yaralıları ve engelli hastalar oluşturduğu için, sağlık hizmeti verirken hastaların durumlarından oldukça etkilendiklerini belirtmektedirler. Hastaya sundukları hizmet primer hemşirelik temelli olduğundan, hastayla uzun süreli vakit geçirmekte ve güçlü bağlar kurmaktadır. Ayrıca primer hemşirelikten dolayı, hasta sağlığına yönelik bütün süreçleri hemşiresi ile birlikte karşılamakta ve kabul etmektedir. Hemşirelere göre, hasta hastalığını kabul etme sürecinde ise karşılaştığı psikolojik, sosyal ve fizyolojik çöküntüleri kendilerine yansıtmakta ve tedavi sürecinde zorluklar yaratabilmektedir. Bununla birlikte

hemşireler primer hemşireliğin getirdiği zorluklardan birini de, **hastayla yüz göz olmaları** olarak ifade etmektedirler.

H1: Hastayla yüz yüze birebir ilgilenen hemşire oluyor ve bu yüzden hemşireyi hastaya biraz daha yakın görüyorum. Bencillik mi yoksa sorumluluk mu anlayamıyorum bunu ama sanki hemşire hastanın yanındaymış da diğerleri onun etrafındaymış gibi hissediyorum. Böyle bir meslek grubunun, hastanın merkezinde olan bir meslek grubunun daha kıymetli olması gerektiğini düşünüyorum. Ancak hem bu kıymet verilmiyor hem ekonomik açıdan hem de sosyokültürel açıdan hemşirelik mesleği daha arka planda tutuluyor.

H7: Bize kendini daha yakın hissediyor, bize dertlerini daha güzel anlatıyor aslında ama doktora iletemediği şeyleri, dert yakınmak anlamında şikâyetlerini aktarmak anlamında bize yakınlar ben de çözemedim. Bize kızdıkları, yakındıkları şeyleri doktor gelince söyleyemiyorlar, sizin maaşınızı biz veriyoruz diye hakaretler, küçümsemeler o itilmişlik kakılmışlık bizi etkiliyor.

H14: Az önce bir hasta geldi, öğrenci hemşirelere sanki kendi arkadaşymış gibi davrandı, biz onu uyarmak zorunda kaldık. Kendi seviyelerinde mi görüyorlar, arkadaşları gibi mi görüyorlar bilmiyorum, böyle şeylere de maruz kalıyoruz.

H18: Hastayı güler yüzle karşılıyorsun, o güler yüzünü suistimal etmeye çalışanlar oluyor, yani istediğini söyleme hakkını buluyor. Sen zaten yapman gereken görevini yapıyorsun, sonuçta insansın.

H36: Hasta önce seni buluyor, sen onu yapmak zorundasın başka çaren yok. Hasta isteğimin yapılması gerekiyor diyor. Biz bir

şekilde doktora ulaşp mutlaka yaptırıyoruz, çünkü hasta yanımızdan ayrılmıyor. Her konuda hastayla yüz yüze gelen biziz, mesela ara öğünde kendisine yoğurt gelmeyen hasta direkt gelip beni buluyor. Biz o diyetisyene ulaşmak zorundayız başka çaremiz yok.

Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşunda toplam beş klinik ve 200 yatak bulunmaktadır. Kliniklerdeki toplam hasta sayısı hemşire sayısına bölünerek hastaların sorumlu hemşiresi belirlenir. Bir hemşire ortalama beş hastanın bakımını üstlenmektedir. Hastalar yatış yaptığı andan itibaren, hastanın günlük ilaçları, tedavi planları, tedavi ünitelerinin randevuları, diyetisyen ve konsültan hekim randevuları hemşireler tarafından ayarlanmakta ve takip edilmektedir. Hasta tedavisi süresince karşılaştığı her sorunda hemşiresine ulaşmaktadır. Hemşirelere göre hastaları ile kurulan bu yoğun ilişki, hastaların hemşirelerle arasındaki mesafenin azalmasına, hatta karşılaştıkları bütün zorluklar için hemşireleri sorumlu tutmalarına yol açmaktadır. Hastalar diğer sağlık çalışanlarına ulaşamadığı ya da zor ulaştığı için her türlü problemde hemşiresi ile iletişime geçmekte, şikayet aracısı olarak hemşiresini görmektedir. Çünkü klinikte hemşiresine kolaylıkla ulaşabilmektedir. Hemşireler tarafından zorluk olarak tanımlanan, ‘hastayla yüz göz olma’, hemşirelerin sistemden kaynaklanan ‘hemşireliğin ‘arada /yardımcı meslek’ olarak tanımlanmasına neden olduğu düşünülmektedir. Hemşireler, görev tanımlarının içinde olmasa da, hasta için her ihtiyaç duyulduğunda ulaşılması gereken sağlık çalışanına ulaşmaktadır. Hasta taleplerini gerçekleştirmeyi, hem hastayı mağdur etmemek adına, hem aralarında kurulan yakın ilişki sonucu sürekli yüz yüze geldikleri, hem de hasta talebi gerçekleşinceye kadar hemşire üzerinde baskı yarattığı için yaptıkları düşünülmektedir. Bu yakın mesafe ilişkileri bir süre sonra hemşirelerin hastadan kaynaklanan zorluklar

arasında tanımladığı kendilerine saygı duyulmaması ve şiddet olarak ortaya çıkabilmektedir.

Görüşme yapılan tüm sağlık çalışanlarının belirttiği gibi hemşirelere göre de, hastadan kaynaklanan en önemli zorluklardan biride, sağlık çalışanına **saygı duyulmaması ve şiddet** uygulanmasıdır.

H9: Bize rahatça söyleyebildiklerini hakaret de dahil, diğerlerine rahatlıkla söyleyebildiklerini düşünmüyorum. Doktora sinirleniyor ama karşısına gelince söylemiyor, ama bize rahatça söylüyorlar, bizi tehdit ediyorlar.

H16: Hastalarla zaman zaman mobbing yaşadığımız oluyor, özellikle başka hastanelerde hastalar, hemşireleri sadece ilaç veren, tansiyon ölçen, bir şey bilmeyen ya da bildiğini aktarmayan olarak düşünüyorlar. Çünkü oralarda daha fazla hastaya bakıyor, daha çok yoruluyoruz. Daha önce ameliyathanede çalıştım, hasta uyanınca ağrım var diye ortalığı yıkar, doktoru çağırınca doktor bey birazcık ağrım var diyor. Hemşireye daha çok nazi geçiyor, öfkesini ona yansıttıyor.

H19: Sadece bir kere hasta yakını ağzına geleni söyledi bana, duyan başka bir hasta yakını bunu duymaya alışmışsın dedi. Hayır, hiç alışkın değilim, çünkü sürekli gazilerle çalışıyorum, hiç böyle şey yaşamıyoruz dedim. Son zamanlarda hastalar biraz daha öfkeli, dinlemek istemiyorlar, en küçük eleştiriyi hakaret gibi algılıyorlar. Meslek ve hayat tecrübesiyle çok şey bilir hale geldik ama hasta çok güzel anlattın ama ben yine de doktoru göreyim diyor.

H21: Bu hastanedeki hastalar farklı, yaşlılarla biraz zor anlaşıyoruz ama gençlerle anlaşıyoruz. Diğer hastanelerde hastayla anlaşabilmeniz mümkün değil, insanlara saldırıyorlar. O kadar korkunç ötesi şeyler ki, onlarda hakaretin tanımı yok. Sağlık sektöründeki herkese karşı saygısızlar, doktora biraz daha saygılılar. Bana hakaret ediyor, geç doktora söyle diyorum, tık yok, önünü ilikleyip giriyor, ama doktora söyleyeceği şeyi bana söylüyor, bunu hak görüyor. Bunu hemşire olduğum için yapıyor, bana burada hemşire olduğum için bir mobbing uygulama var.

H22: Hastalar eskisi gibi değil, anlayışsızlar, sana değer vermiyorlar, senin yaptığın hiçbir işin onlar için anlamı yok, teşekkür etmiyorlar, saygı göstermiyorlar, eskiden önlerini iliklerdi, şimdi saldırı şeklinde geliyorlar, acilde trafik kazası gelmiş bize saldırıyorlar, ben mi yaptım kazayı, bütün öfkesini çalışandan çıkarıyorlar.

H30: Sözel, fiziki şiddete maruz kalabiliyoruz. Emek veriyorsun, düşünüyorsun, empati kuruyorsun ama yapılan işlemdeki ufak bir hata sana sözel olarak çok kötü bir şekilde dönebiliyor. O hasta yakını sizi başarısız bile ilan edebiliyor. Sözel olarak kimse koruyamaz, işini dört dörtlük yapsan da hasta yakınının yaptığı ufak hakaret bile artık olmuştur, geri dönüşü yok. O insan özür dilese de demek ki öyle hissettirmişim diyorsun doğru olmasa bile.

Sağlıkta sözel ve fiziksel şiddete yönelik olarak hemşireler de görüşme yapılan doktorlar ve fizyoterapistler gibi, kendilerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla sözel ve fiziksel şiddete uğradıklarını ya da uğrama ihtimali olduğunu belirtmektedir. Görüşmelerde aynı bulguya doktorlar ve fizyoterapistlerde de rastlanmaktadır. Bu

bağlam sağlıkta şiddetin tđm sağlık şalışanları işin karşılaşma sıklıklarının arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Hemşirelere gđre sağlıkta sđzlđ ve fiziksel şiddetin temel nedenleri arasında, sağlık kuruluşlarının çok kalabalık olması, hasta sayısının çok fazla olması ve hastayla yeterince ilgilenilememesi olarak belirtilmektedir. Bir diğer nedeni ise hastaların hemşirelik mesleğine diğer sağlık şalışanlarına gđsterdikleri saygıyı gđstermedikleri, hemşireleri kendileri gibi dđřđnđp, istediklerini sđyleme hakkını kendilerinde buldukları ve diğer şalışanlara ya da sisteme olan đfkelerini hemşirelere yansıtmaları olarak belirtilmektedir. řđnkđ hemşirelere gđre, sağlık kuruluşunun tampon gđrevini đstlendiklerinden hastayla en çok hemşireler karşı karşıya gelmektedir.

Collins'e gđre (2012) şiddeti incelerken yalnızca bireysel faktđrler değer ortam ve ortamdaki etkileşimde gđz đnđnde bulundurulmalıdır. Sembolik sistem tarafından tanımlanan kalite standartları nedeniyle hemşirelerin iş yđkđnđn fazla olması, sınırsız bir gđrev tanımları olması nedeniyle birden çok yđneticiyle şalışmaları ve işlerine çok fazla kişinin mđdahale etmesi, tıbbi hata yapma olasılığının da şiddeti tetiklediği dđřđnđlmektedir.

Collins'e gđre (2008) şiddet şaresizliğin, tđkenmiřliđin ve acizliğin de bir gđstergesidir. Sağlık kuruluşlarında tedavileri işin beklentileri karşılanmayan, sorularına cevap bulamayan hastaların şiddete başvurduğu dđřđnđlmektedir. Beklentileri karşılanmayan hastalar farklı tercihlere yđnelmekte ya da sağlık şalışanları tarafından yđnlendirilmektedir. řđnkđ performans sistemi farklı seşenekleri hastalara sağlamaktadır. Performans sistemi ile hastalardan alınan katkı payını đdemek istemeyen hastaların tercihi ise, şoğunlukla acil servisler olmaktadır. Bu durum acillerde hasta sayısının artmasına, hizmette kalitenin dđřmesine, hastayla yeterince ilgilenilememesine neden olmaktadır. Sonuç olarak beklentilerine yanıt alamayan hastaların sağlık şalışanlarına ve sağlık kurumlarına gđvenleri sarsılmaktadır. Luhmann' a gđre (1979)

güvenin olmadığı ortamlarda risk ve tehlikeler ortaya çıkmaya başlamaktadır. Şiddet de bu risklerin en tehlikelilerinden birisidir. TBMM'nin 2013 yılında hazırladığı “*Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*” na göre sağlıkta şiddet 2000’li yıllardan itibaren artmaya başlamış ve bu alandaki çalışmalarda sıklıkla görülmeye başlamıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Müsteşarı’nın Meclis Komisyonuna yaptığı sunumda, 2011 yılında 384 hastanenin %79’u hastanelerinde şiddet olaylarının görüldüğünü, şiddetin %56 sözlü ve fiziksel, %15 fiziksel, %29 yalnızca sözlü olduğu belirtilmiştir. Yani Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlıkta şiddet olayları daha fazla yaşanmaya başlamıştır. Bu nedenle şiddetin nedenleri yalnızca bireysel nedenler ve ortamla değil, sosyal, ekonomik, kültürel ve politik faktörlerle de ilişkilendirilmelidir.

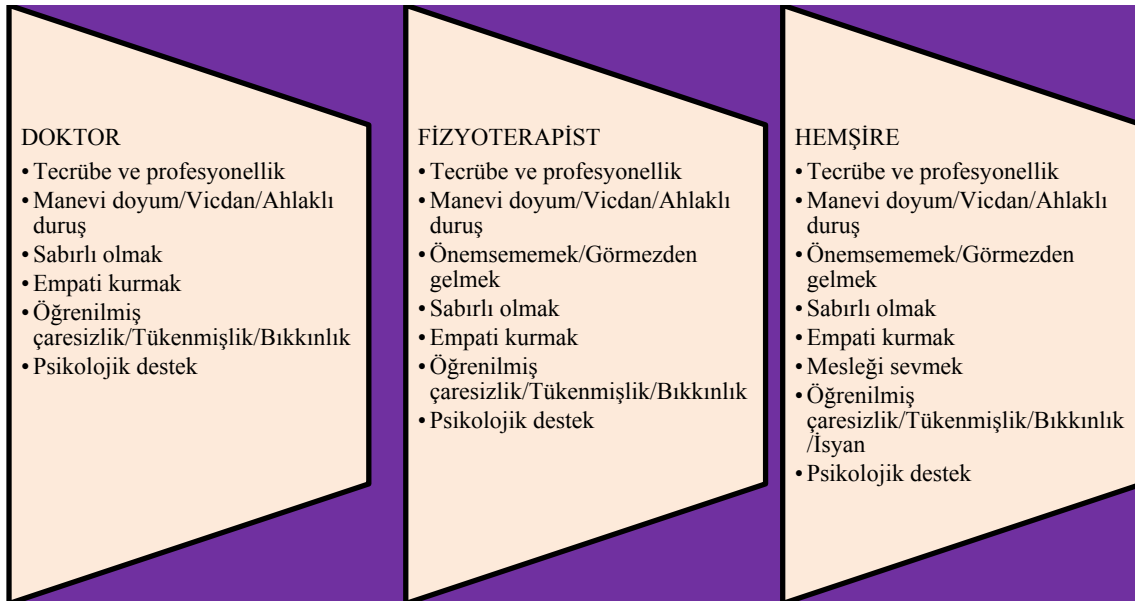
Hemşireler de doktorlar ve fizyoterapistler gibi mesleklerini icra ederken karlılaştıkları en önemli zorluğu performans sistemi olarak tanımlamaktadırlar. Doktorlar kadar performans ücreti alamayan hemşireler, ekonomik sermayelerinin düşük olmasının, birçok zorluğu da beraberinde getirdiği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte hemşirelik mesleğinin arada/yardımcı bir meslek olarak tanımlanması, tıbbi sürece etkin katılımlarında sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Hemşireler, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan kalite standartları konusunda doktorlara ve fizyoterapistlere göre daha fazla zorluk yaşadıklarını vurgulamaktadırlar. Sistemin bir getirisi olarak uygulamak zorunda oldukları kalite standartları prosedürü, hemşirelerin hastalara ayırdıkları zamanın azalmasına ve çok fazla prosedür işlemi yapmalarına neden olmaktadır. Ayrıca amiri konumunda olmamasına rağmen, gündelik pratiklerinde doktorların orderlarını yerine getiren hemşireler, bu işlemler sonunda doğrudan performans ücretinin doktorlara yatmasının (*Hemşirelere ise doktorun performansı üzerinden yani dolaylı olarak performans ücreti yatırılmaktadır.*)

adaletsizlik olduğunu belirtmektedirler. Performans sisteminden kaynaklanan bu durum iki meslek grubu arasında çatışmaya yol açabilmektedir.

Her üç kategorideki meslek grupları için, sembolik şiddetin ortaya çıkmasında ve bunun sonucu olarak çatışmaların yaşanmasına neden olan zorluklar benzerlik göstermektedir. Ancak doktorlar zorlukları yalnızca kendi meslek grupları içinde değerlendirirken; fizyoterapist ve hemşireler doktorlarla bir karşılaştırma içine girmekte ve ast-üst ilişkilerinde çatışmaların olduğunu işaret etmektedirler. Çatışmanın en önemli sebebi olarak, performans sisteminden kaynaklanan ekonomik sermayenin dağılımındaki eşitsizlik ve doktorların hegemonik uygulamaları belirtilmektedir. Her üç meslek grubunun hem fikir olduğu zorluk ise kalite standartları uygulamaları ve sağlık çalışanına şiddetin artması konularıdır.

2.1.5. Mesleki İlkeleri Dengeleme

Çalışmada görüşme yapılan doktorlar, fizyoterapistler ve hemşireler mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorluklarla ve dolaylı olarak sembolik şiddetle baş etme yollarında benzer eğilimler göstermektedirler. Bununla birlikte her üç sağlık çalışanı da zorluklarla baş edemediğinde tükenmişlik ve bıkkınlık yaşadığını belirtmektedir.



Şekil 15: Mesleklere Göre Mesleki İlkeleri Dengeleme Yolları

2.1.5.1. Doktorların Mesleki İlkeleri Dengeleme Yolları

Mesleklerini icra ederken birçok zorluklarla karşı karşıya kalan ve farkında olmadan sembolik gücün sembolik şiddetine maruz kalan doktorlar, karşılaştıkları zorluklarla mesleki ilkeleri arasındaki dengeyi kurmak için bir takım yollara başvurumaktadırlar. Doktorlar, zorlukların karşında mesleki ilkelerini dengelemek için çoğunlukla **tecrübelerini kullandıklarını, profesyonel davranmaya** gayret gösterdiklerini ve çok çalıştıklarını belirtmektedirler.

D1: Her yere, her işe atlıyorum, hastaya bakmaktan gocunmuyorum açıkçası. Her şeye koşuyorum, Çok çalışıyorum çünkü ben geçimimi doktorluktan kazanıyorum.

D16: Mesleki ilkelerimle karşılaştığım zorluklar arasındaki dengeyi fazla efor harcayarak sağlıyorum. Bir de zorluklar karşısında sakın olmayı öğreniyorsunuz. Karşınıza gelen her hasta farklı bir psikolojik durum içerisinde, siz onunla iletişime geçen kişi olarak o psikolojiye hazır olmanız lazım. Sizin kendi psikolojiniz o anda geçerli değil, hastaninki geçerli. Çünkü siz sabitsiniz, karşınızdaki sürekli değişiyor, o yüzden kendinizi ayarlamayı öğreniyorsunuz, bu tabii zamanla ve tecrübeyle edinilen bir şey. Hekimliğin ilk yıllarında daha fazla yıpranılır. Empati kurmayı biraz da kendini korumak için yapıyorsun, sadece hastayı düşünerek değil, aynı zamanda daha efektif olmak için. Tecrübe çok önemli.

D23: Yaptığın işin ciddiyetinin farkında olunca bunun ötesinde kendini geliştirmek için bir şey yapıyorsun, yeniden okuyorsun araştırıyorsun. Yaptığımız iş kolay bir şey değil, televizyonda yemek tarifi veren aşçı gibi ezbere bir şey yapmıyorsun. Hastaya göre farklı davranıyorsun, zorlukların farkında olsan kendini

geliştirmek için açığı kapatmak için yapıyorsun, çalışıyorsun.

Kendini geliştirmenin ötesinde başka bir şey yok, mezun olduğun gibi kalmayacaksın, son çıkan ilaçlar, hastalık tanı yöntemleri vb.

benim branşımda çoğu şey oturmamış vaziyette. Öğretim bitmiyor.

Görüşme yapılan doktorlar mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorluklarla mücadele etmek ve mesleki ilkelerine ters düşmemek için çok çalıştıklarını belirtmektedirler. Ancak burada tecrübenin de önemli olduğunu, mesleklerinin başında çok profesyonel olmadıklarını vurgulamaktadırlar. Tecrübe ve profesyonelliği çözüm olarak kullanan doktorlar, işlerindeki zorlukları ve çatışmaları kabul etmekte, ancak hayatlarına yansıtamadıklarını düşünmektedirler.

Zorluklar karşısında doktorların mücadele etmek ve mesleki ilkelerini zorluklar karşısında dengelemek için başvurdukları bir diğerk çözüm yolu ise **manevi doyum ve vicdanlarının** rahat etmesidir.

D6: Hayatımda birçok şeyden mahrum kalarak bu baskının üstesinden geliyorum. Onun dışında en başta işimi seviyorum, değiştiremeyeceğim şeyler için kabullenme safhası geliyor. Bazı hastalar bizi zorluyor, cehalet ve algı yönetimi olunca bazı hastalar ahkâm kesme hakkı olduğunu düşünüyor, onlara kızmıyorum. Sinirlenince o sizin enerjinizi de alıyor, kalan zamanda diğerk hastalara enerjiniz kalmıyor. Susunca o an için sinir bozucu ama daha sonrasında kendimi iyi hissediyorum. Ben de onun yerinde olabilirdim diyorum. Bazıları hak etmiyor ama o vicdan duygusu ile baş edemiyorum, onun yükü daha ağır.

D12: İşinizi iyi yaptığınıza inanıyorsanız ve onun verdiği manevi tatmin sizi rahatlatıyor, mutlu ediyorsa, sonuçta her işte artılar eksiler var, bu işte de böyle. Sıkıntılar yönetimle paylaşıyor, ama

onları da aşan bazı konular oluyor. Biz kendi aramızda sonuçta ekip çalışması içinde birbirimize destek olarak aşmaya çalışıyoruz. Sonuçta burası bir aile ortamı. Hastanemizin özelliğinin de buna olumlu katkısı var.

D15: Yönetim, idari sorumlular beni ilgilendirmiyor. Ben kendi bildiğim işi, kendi bildiğim şekilde yapıyorum, hiç kimse umurumda değil. Yaptığım işten vicdanım rahat, çok bunalıyorum ama eve gittiğim zaman rahatsız olmuyorum. Bunalımın üstesinden gelmenin yolu, sabır. Sabretmek çok önemli, dirayetli olmak çok önemli, bazen insanlar bu sabrı gösteremeyebilir, onu da anlamak lazım ama ben gösteriyorum. Benim vicdanım rahat, yatak vermiyorlar, ameliyat günlerimi kısıtlıyorlar, ameliyat gereçleri almıyorlar, bazı şeyleri açık açık söylüyorlar, burada bunu yapmayacaksın diyorlar, ben buradaysam istediğimi yaparım şeklinde keyfi yaklaşımlar şeklinde taş koyuyorlar. Ama benim yaptığım iş ortada, hastalardan aldığım geri bildirimler de öyle, demek ki doğru bir şeyler yapıyoruz diye düşünüyorum. Bir disiplin içerisinden geldik, orada sabırlı olmayı öğrendik, bu bizim hayatımıza da yansıdı, hastalara yaklaşımımıza da yansıdı.

D26: Nasıl baş ediyorum? Bir gün polikliniğim var. Kendime sık dişini diyerek sabrediyorum. Daha uzun dönem olduğunda sabretmeye çalışıyorsun. Böyle olmak zorunda diyorum. Bu hastaların danışabilecekleri kimse yok. Bir gün kapıdan giren hasta ben de olabilirim diyorum ve empati kuruyorum. Akşamları işten çıkıp evime giderken vicdanım rahat mı o önemli, bütün hastalara

baktım mı, sorularına cevap verdim mi, hepsi memnun ayrıldı mı,
bunları soruyorum ve bunlara cevap vermek çok önemli benim için.

Durkheim'a göre (1994) bireyler, toplumda gündelik hayatta yerine getirilen kardeş, yurttaş gibi görevlerinin dışında yani kendinin ve eylemlerinin dışında hukuk, gelenek ve göreneklerle de belirlenmiş olan görevleri yerine getirmektedir. Bu görevler bireyin dışında kalmayıp, emredici ve zorlayıcı gücü ile kendisini bireye empoze eder. Hukuk kuralları, ahlak kuralları, gelenekler ve göreneklerin hepsi, bireye küçük yaşta verilmeye başlar ve zamanla birey tarafından içselleştirilmektedir. Toplum tarafından bu toplumsal olguların kendisine ve gereksinimlere cevap vermesine değer atfedilmesi sonucu, toplumsal değerler ortaya çıkmaktadır.

Fichter'a göre (1996) topluma ve kültüre anlam veren değerlerin özellikleri; paylaşılr olmaları, üzerinde uzlaşılr, bireysel yargıya bağılı değildirler, ciddiye alınırlar, ortak refahı sağılar ve toplumun gereksinimlerine cevap vermektedir, değerler için özveride bulunulabilir. Bu özellikleri ile de toplumda sosyal kontrolü sağılayan bir olgudur. Toplum tarafından kabul gördüğü için bireyin iyi-kötü, doğru-yanlış gibi değer yargılarına ulaşmasını sağılamaktadır. Ahlak ve vicdanla ilgili davranış örüntüleri de toplumsal değerlerle oluşmuştur. Doktorlar, karlaştıkları zorluk ve baskı durumlarında etik ilkelerini bağdaştırmak için vicdan ve manevi doyum gibi toplumsal değerleri ölçüt olarak kullanmaktadırlar. Aynı zamanda hastaların geri bildirimleri de onlar için birer değer ölçütü olarak kabul edilmekte ve bu şekilde çatışma durumunu ortadan kaldırmaktadırlar.

Görüşme yapılan doktorların yaklaşık yarısı ise karlaştıkları zorlukların mesleki ilkeleri ile bağdaşmadığını, bu nedenle mesleklerini icra ederken **tükenmişlik**, **bıkkınlık**, **stres** ve **depresyon** gibi olumsuz süreçlerle karşı karşıya kaldığını belirtmektedir.

D2: Bütün bunlar baskı yaratıyor, vücudumun dengesi değişiyor, çok negatif bir insan değilim, her şeyin kötü yönünü düşünen bir insan değilim. Nöbetler vs. performansı düşürüyor ama kabullenme durumu var biraz, o yüzden sisteme karşı çıkamıyoruz.

D7: Kusursuz olamıyoruz çoğu zaman, performans vs. ekonomik olarak çok mutlu olmasak da hayatımızı bu meslekle kazanıyoruz deyip aldığımız parayı hak edebilmek için işimizi iyi yapmak zorunda hissediyoruz. Bu yoğunluk üzerimizde baskı yaratıyor. Sistemin getirdiği hekimlik dışında yapmak zorunda olduğumuz çok fazla şeyler var.

D14: Bence gelemiyoruz, gerginlik, stres, depresyon, yorgunluk, bunlar bizi etkiliyor, mutlu değiliz yani, genel olarak bütün hekimler mutsuz bence. Her hastaya bakman gerekiyor. Hastayla konuşman lazım ama hiç konuşmadan tetkik iste gönder. Hasta da bunu talep etmiyor işte o kötü. Eğitim seviyesi düşük, her hasta doktor zannediyor kendini. Doktor yüzüme gülmedi diye şikâyet ediyor, haklı ama bizden kaynaklanmıyor sistemden kaynaklı bir durum, bir an önce bu hasta çıksın da ötekine bakayım diyorsun, kapıda yığınlar var, insan gibi muamele yapamıyoruz.

D18: Bütün bunlar çok yıpratıcı oluyor, mesela 14 yıldır migren hastasıyım; nedeni bu karanlık ortamlar, sürekli ekrana bakma, yoğun stres altında çalışma. Bazı şeyleri sıkıntı yaşamamak için alttan alarak çözmeye çalışıyorsunuz. İki seçenek söz konusu; ya tepki göstereceksiniz ya da sabır, boş ver, olayı fazla büyütme, içine at. Bu sefer de bunun acısı evde çocuğunuzdan çıkıyor ya da

trafikte çıkıyor. Stres dönemlerimde yataktan kalktığım gibi işe geldiğim oluyor, hayat kaliteniz düşüyor.

D22: Bastırılmış ve alışmışsınız artık, bu durum özel hayata yansıyor, eve gittiğinde bitmiş oluyorum, çocuklara çok fazla zaman ayıramıyorum, zihnin yoruluyor, başın ağrıyor. Tüm bu durumlar ara ara beni depresyona sokuyor, ruhen çöktüğümü hissediyorum.

Maslach ve Jackson'a göre (1981) tükenmişlik, sürekli insanlarla yüz yüze çalışan ve yoğun duygusal taleplere maruz kalan kişilerde ortaya çıkan fiziksel yorgunluk, çaresizlik hissi, olumsuz duygu ve düşüncelerdir. Özellikle sağlık alanı, tükenmişlik sendromunun ortaya çıkması için bütün koşullara sahiptir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olmayan hastalar ve hasta yakınları, sağlıklarına kavuşmak için doktorlar başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarından beklenti içindedir ve sürekli taleplerde bulunmaktadır. Performans sistemi ile birlikte hasta sayısının artması, doktorların sürekli duygusal beklenti içinde olan hastalarla yüz yüze olması ve sembolik sistemin özellikle hasta haklarının önemini artırırken, çalışan haklarının önemini kaybetmesi, doktorların mesleki ilkeleriyle bağdaşmayan uygulamaların içinde olması tükenmişliğin ortaya çıkış sürecini hızlandırmaktadır. Doktorların ifade ettiği bütün belirtiler, tükenmişlik sendromu ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik sağlık çalışanının hayatını psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir.

Doktorluk mesleğinin özelliği, hasta ve hasta yakınının yoğun beklentileri ve sembolik sistemin uygulamalarından (*sembolik şiddet*) dolayı ortaya çıkan tükenmişlikle baş edemeyen doktorların bir bölümü ise **psikolojik destek** olarak mesleğini icra etmeye devam ettiklerini belirtmektedirler.

D10: Ben antidepresan kullanıyorum, çünkü oğluma tahammülüm azalıyor. Meslek örgütü bir şey yapmıyor, onlar başka şeyler peşinde. Önümde zorunlu hizmet engeli var, onu bitirince böyle

devam ederse istifa edip kendime başka yola arayacağım, böyle bir yaşam olmaz çünkü. Bu biraz da kişilikle ilgili, çabuk mutsuz olan, çabuk yorulan bir insansanız çok zor, umursamaz olamıyorum.

D20: Bundan sonra sistem böyle olacak diyorlar, öyle oluyor. Kızdığım şeylerin üstesinden gelebilmek için ben de bir alttakine kızıyorum, benim baş etme yöntemim budur. Yöneticilerin bazı kararları işleri zorlaştırabiliyor, dilimin döndüğünce ifade ediyorum, kabul eder veya etmez, etmeyince mecburen uyguluyoruz. Günlük hayatta her yerde sinirlenebiliyoruz, lustralin (*antidepresan ilaç türü*) çözemediği problem yok.

Sistemden, meslekten ve hastadan kaynaklanan zorluklar ve bu zorlukların doktorların mesleki ilkeleriyle bağdaşmaması ile baş edemeyen doktorlar psikolojik destek aldıklarını, bu şekilde süreci kabul ederek mesleklerini icra etmeye devam ettiklerini belirtmektedirler. Zorluklar ile mesleki ilkelerin dengesi sürecinde baş etme yöntemi ne olursa olsun, sembolik sistem doktorlar tarafından kabul edilmekte, rıza gösterilmekte yani sembolik güç, yasalarla, yetkilerle ve sahip olduğu sermayeler aracılığıyla sembolik şiddeti uygulamaktadır.

2.1.5.2. Fizyoterapistlerin Mesleki İlkeleri Dengeleme Yolları

Fizyoterapistler de zorluklarla ve sembolik şiddetle baş etmede ve mesleki ilkelerini dengelemede, doktorların uyguladıkları çözüm yollarına benzer yöntemler izlemektedirler. Doktorların zorluklar ve bu zorluklarla mesleki ilkelerini dengelemede çoğunlukla tecrübe, profesyonellik ve çok çalışmaya başvururken; fizyoterapistler ahlaki duruş, manevi doyum ve vicdan gibi **sosyal değerlere** daha fazla başvurmaktadır.

F4: Biraz vicdanla ilgili bir durum. Aklı selim biriyseniz kendinizi bir şekilde koruyorsunuz. Sabrederek ve hasta ile empati kurarak ve yılların vermiş olduğu tecrübe ile üstesinden gelmeye

Çalışıyorum. Hastalara hiç kızmıyorum, evde bazen çocuklara kızmıyorum. Yapılan değişikliklere itiraz etmiyorum uyum gösteriyorum.

F9: Ne verilen paraya, ne gelen baskılara, hiçbir şeye bakmıyoruz vicdanla çalışıyoruz. Sorunlar büyük ve motivasyonumuzu düşürüyor, ama hastaya karşı elimizden gelenin en iyisini yapmaya çalışıyoruz, bir yandan da kendi iimizi yiyoruz.

F11: Beni destekleyen hiçbir şey yok, tamamen i dinamiklerimle hallediyorum. Eğer bu hastayla karşılaştıysam hiçbir şey tesadüf değildir diyorum, kendi kendime oluşturduğum bir şey bu. Beni tek destekleyen şey onlardan gelen güzel dua ve dileklerdir. Bu profesyonellik değil, enteresan maneviyatı olan bir meslek olunca hep bizden gidiyor.

F12: Bence burada inanç ve telkin var. Ben bu mesleği seçmişim, vatana hizmet ederken bir bedel alıyorum. İşimi en mükemmel şekilde yapıp bu parayı hak etmeliyim. Helal para kazanmak, vicdan, inanç, telkin bana bu mesleği yaptırıyor. Kesinlikle duyarsızlık değil ama zamanla nasırlaşma oluyor. Biraz tecrübe ve deneyim ile üstesinden geliyoruz.

F16: Hasta sayısı yüksek olursa orada kusursuz hizmet olmaz. Bu baskılar bizi yıpratıyor, biraz karakterle alakalı, vicdanlı birisi bunu yapabilir, vicdanı takmayan biri hastayı bisiklete bağlar üstünkörü ilgilenir, bunu kişinin ahlak ls dengeler. Vicdan n plana gelince sen yıpranıyorsun, hem fiziksel olarak hem stres oluyorsun,

F18: Bu kadar sıkıntı varken benim için işin manevi boyutu yeterli geliyor. Önceden çok şikâyetçi oluyordum, sistemin getirdiği haksızlıklar başka bir şey, benim kendi iç muhasebem başka bir şey.

F20: Profesyonel yaklaşım veya vicdan devreye giriyor, fizyoterapistlikte vicdan daha baskın durumda. Doktor bağırsak ameliyatı yapar profesyonellik ön plandadır, biz amatör ruhla çalışırız, vicdani yetilerimiz ön plana çıkar. Fizyoterapistin doğasında vicdan var, insanları idare edeyim, her konuda tartışmaya girmeyeyim, sonunda haklı çıksam da kimse için kazanç sağlanmayacak düşüncesi hâkimdir. Dini konulardaki hassasiyet de etkili.

Fizyoterapistlerin neredeyse yarısı karşılaşılan zorluklarla mücadelede ve zorluklar karşısında mesleki ilkelerini dengeleme konusunda, sosyal değerlere sıkı sıkıya bağlı hareket etmektedirler. Birçok sorunla baş etmede, ahlaki değer yargıları, inanç ve hastaların geri bildirimleri fizyoterapistler için ölçüt olmaktadır. Kendilerini bu noktada doktorlardan ayırt etmekte ve doktorların profesyonel kendilerinin ise değerlere bağlı bir şekilde hareket ettiğini ileri sürmektedirler. Sembolik sistem aracılığıyla kendilerine sunulan sistemi kabul etmekte ve rıza göstermektedirler. Sembolik gücün uyguladığı sembolik şiddetle sosyal değerler yoluyla baş etmektedirler.

Sosyal değerlerin dışında başka bir mücadele aracı ise **tecrübe ve profesyonel davranmadır**.

F13: Burada daha önce çalışmış psikolog asteğmenden “bu önlüğü buraya asıyorsak işi de burada bırakıyoruz, eve ya da gittiğimiz yere taşımamaya çalışıyoruz.” düsturunu öğrendim. Benim öğrendiğim bir şey de şu, sistem sıkıntılı olabilir ben çok yoğun

olabilirim, ama hastanın bir suçu yok, bunun faturasını hastaya çıkarmamak lazım. Olayın psikolojik yüküyle, duygusal travmalarla tecrübe sayesinde baş edebiliyoruz, üzülmeyen ona bir faydası yok çünkü. Bu kadar emeğin karşılığını alamamak bizi öfkeliyor, öğle arası terapist arkadaşlarla dertleşiyoruz. Bu sistemde herkes kendine göre dertli.

F15: Sonuçta biz profesyoneliz, etik açıdan sorun yaşadığımızı düşünmüyorum. Çok iyi eğitim aldık ama sistemle ilgili sıkıntılar var. Herkesin baş etme stratejisi farklı. Memur olan hastayı almamaya başlıyor, çünkü alsa da almasa da aynı parayı alıyor. Zorlanıyoruz ama bu da işimizin bir parçası, profesyonel olmak zorundasınız, herkesin bir baş etme stratejisi oluyor, Mesleki hazzı yaşayabilmek için mesleğini icra ediyor olman lazım. Bunu bilsek de yapabildiğimiz en iyisini yapmaya çalışıyoruz. Mesleki olarak çok vicdanlı insanlarız, bu hasta benim annem olabilir diye düşünüyoruz.

F19: Sorumluluklarım dâhilinde elimden geldiğince en iyisini yapmaya çalışıyorum, bu da kişinin kendisiyle ilgili durum, yoksa sorunla karşılaşıyor ve lanet olsun diyorsun ama çalıştığım hasta grubunun benim yardımına ihtiyacı var diyorum. Buradan çıktıktan sonra hasta ile ilgili sorunları bırakıyorum. Buradayken o süreyi en verimli şekilde hastaya ayırmaya çalışıyorum. Elimizden geldiğince profesyonelce hizmet vermeye çalışıyoruz, sonuçta tedaviye gerçekten ihtiyacı olan bir hasta grubuyla çalışıyoruz.

Sistemle ilgili sorunların olduğunu belirten fizyoterapistler, hastayı bunun dışında tutarak tedavi sürecini gerçekleştirmektedirler. Fizyoterapistler sistemle ilgili

yaşadıkları zorlukları, kendi içlerinde konuşarak tartıştıklarını belirtmektedirler. Tecrübe ve profesyonellik ile zorlukların üstesinden geldiklerini ve mesleki ilkelerini dengelediklerini vurgulasalar da, sosyal değerlerin de onlar için önemli olduğu düşünülmektedir.

Fizyoterapistlerin sosyal değerler ve profesyonellik dışında başvurdukları bir diğer çözüm yolu da **empati kurmaktır**.

F3: Empati yeteneği ile hastayı hissedebiliyorum. O kişi benimde annem, babam veya kardeşim olabilir, o hissiyatı hissedebiliyorum.

Çok uzak yerlerden gelen hastalar oluyor onların ne umutlarla geldiğini hissedebiliyorum. Bunlar beni çalışmaya sevk eden şeyler. Sistemin, hastanenin, yöneticinin takdir etmesini orada bir kenara bırakıyorum, hastanın taburcu olurken Allah razı olsun demesi, gönlünden kopup bir şeker ya da çikolata ikram etmesi, kısacası memnuniyetiyle yetiniyoruz. Ama maddiyatın az oluşu, şikâyetlerle uğraşma, yönetim tepeden baskılasın, hasta sayısını artırılсын, böyle düşününce bir taraftan isyan etmek istiyorum. Sabretmeye çalışıyorum ama sonuçta biz de insanız. Sistemin bizi biraz daha rahatlatıcı adımlar atması iyi olur diye düşünüyorum. Bu sıkıntılı durumları gidermek adına bizim özel çalışmamız yok.

F4: Sabrederek ve hasta ile empati kurarak ve yılların vermiş olduğu tecrübe ile üstesinden gelmeye çalışıyorum.

F20: Empati devreye giriyor, kendim için empati kuruyorum diye düşünürken kızımın hastalığı döneminde bunu yeterince olmadığını gördüm. Benzer durumu yaşadığında daha güçlü empati kuruyorsun.

Keen'e göre (2007) empati, bir başkasının duygusal durumunun etkisinin doğal bir şekilde paylaşılması, yani bir başkasının ne hissettiğini hissetmek anlamına gelmektedir. Fizyoterapistler de karşılaştıkları zorlukların mesleki ilkelerini olumsuz yönde etkilememesi için empati kurduklarını belirtmektedirler. Hastaları tedavi ederken sistemden kaynaklanan zorluklar ve baskıların farkında olduklarını, ancak bunun sorumlusunun hasta olmadığına bilincinde olduklarını vurgulamaktadırlar. Ancak empati kurmasına rağmen bu zorluklar ve baskılarla baş edemediğini belirten fizyoterapistler, mesleğini ilkelerine uygun bir şekilde icra etmek için **psikolojik destek** aldıklarını ya da **tükenmişlik sendromu** yaşadıklarını ileri sürmektedirler.

F14: Üstesinden gelemiyorum, şu an ben psikolojik destek alıyorum, katlanamıyorum artık ilaç kullanıyorum. Empati yapmadan mesleği götüremiyorsun. Empati yapınca hastalık hastası oluyorsun. Hayatı sorguluyorsun, iş yoğunluğu ve stresi üstüne biniyor, kendi açımdan bunu iyi yönetemediğimi düşünüyorum. Beni mutlu eden şeyi bulamıyorum artık, mesleğimi çok seviyorum ama bıkkınlık var, enteresan olan bu. Mesleği icra ederken rahat değilim. Belirli kalıplar içerisinde yapmak zorundayım, her şeye dikkat etmek zorundayım. Özellikle konuşmalarına. Çünkü sen hastalığın ne olduğunu açıklayamazsın diyor sistem, onu doktorun açıklar, sen sadece egzersizini yaptır. Sorunları yönetime iletiyoruz ama hiçbir çözüm yok. Biz insanız, psikolojik destek kesinlikle almamız lazım, ama psikolojik destek aldığımı duyarlarsa aleyhime kullanırlar mı diye korkuyorum. Ben kendimi dibe vurmuş hissediyorum.

F6: Bu yoğunluk çocuklarımızı etkiliyor, bazen evinize yansıtıyorsunuz, isyan ediyorsunuz, ama işimiz hayatımız gibi

oluyor. Manik depresif durumumuz var biraz, iyi değiliz gerçekten ben bunu hissediyorum. Ama ilahi güç mü desem, sabrediyoruz, bu mesleği seçmişiz, bazen başka pencereden bakmak zorundasınız, Empati hep tek taraflı oluyor, biz hastalara empati yapıyoruz ama yöneticiler bize yapmıyor. Çok konuşuyoruz, derdimizi aktarıyoruz, geri dönüşü kat be kat iş olarak yükle oluyor, Manevi ve maddi motivasyonumuz yok. Yasalar doktorlar için düzenlenmiş. Bütün bunlar kendimizi aşırı baskı altında hissetmemize sebep oluyor

F7: Hepimiz depresyondayız, bir psikolojik destek yok, sadece aileden destek oluyor. Kendimizden ödün veriyoruz, hastadan veremezsin, çocuğundan veremezsin. Sosyal etkinlik yerine dinlenmeyi tercih ediyorsun. Bu sorunları dile getirdiğin zaman çözüm getirecek mercii yok. Mesela yasal olarak nörolojik hasta günde altı, ortopedik hasta günde on iki alabilirsin, ama bunu dinleyen yok, uygulanmıyor. Sağlık bakanlığı bir eklem yazabilirsin diyor, ikinci için artı para ödemek zorundasın, ama bizde birkaç eklem grubu yazılabilir, mesela 30 seans omuz bitince dirsek yazıyor ama biz omuza devam ediyoruz.

F15: Herkesin bir baş etme stratejisi oluyor, evliysen çocuğun varsa aklın çocuğuna gidiyor; zaman içinde bu durum tükenmişliğe doğru gidiyor, size mesleki doygunluğu vermiyor. Mesleki hazzı yaşayabilmek için mesleğini icra ediyor olman lazım. Aldığım eğitim çerçevesinde hastayı tedavi edebileceğime emin olsam da edemiyorum, çünkü süre izin vermiyor, şartlar izin vermiyor.

Fizyoterapistler sistemin getirdiği baskı ve zorluklarla mücadele edemediği için ve sembolik şiddet nedeniyle mesleki ilkeleri ile bağdaşmayan uygulamaları yerine getirmek istemediği için mesleklerini sevmelerine rağmen tükenmişlik, bıkkınlık hissine sahip olduklarını belirtmektedirler. Çünkü tedavi süreçleri sistemde tanımlandığı gibi uygulanmamakta; fizyoterapistin kapasitesinin üstüne çıkılması istenmektedir. Yoğun iş kapasitesi mesleki ilkelerle bağdaşmamakta, fizyoterapistler uygulaması gereken tedaviyi ya zaman olmadığı için ya da bedensel güçleri kalmadığı için veya psikolojik olarak tükenmeleri nedeniyle uygulayamamaktadır. Fizyoterapistlere göre bu mesleği icra eden sağlık çalışanlarının psikolojik destek almaya ihtiyaçları vardır. Psikolojik destekten farklı olarak, fizyoterapistlerin bir bölümü de zorlukları önemsemeyerek ya da görmezden gelerek mesleki ilkelerini uygulamaya çalışmaktadırlar.

2.1.5.3. Hemşirelerin Mesleki İlkeleri Dengeleme Yolları

Hemşireler mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorluklar ve sembolik gücün uyguladığı sembolik şiddet ile mesleki ilkelerinin bağdaşmaması sonucu, doktorlar ve fizyoterapistler gibi bir takım baş etme stratejisi geliştirmişlerdir. Hemşirelerin mesleki ilkelerini dengelemede uyguladıkları stratejilerin başında, fizyoterapistlerde olduğu gibi **manevi doyum, vicdan ve ahlak gibi sosyal değerler** gelmektedir.

H5: Aslında verilen bizim işimiz olmayan işleri yapmamamız gerekiyor bunun bilincindeyiz ama hasta ilaçsız kalıyor, hastayı düşündüğümüz için vicdanımız elvermiyor. Çok çalışarak bu mesleki ilkelerimizi dengeliyoruz. Yönetim kendisi açısından gerekli bularak bazı dayatmaları yapıyor. İlk başta zorlanılıyor ama sonra bir şekilde ayak uyduruyorsun. Sağlık bakanlığına geçiş sürecinde zorlandık, yeni bir sistem, tanımadığımız insanlar, hala tam olarak adapte olamadık. Moral ve motivasyon olarak da etkiledi. Ama birimimizi çok sevdiğim için işe isteksiz

gelmiyorum. Klinik ortamımız çok iyi. Hastalarımız takdir diyor, teşekkür ediyor, Allah sizden razı olsun dualarıyla döndükleri için o size yeterli oluyor.

H10: Kızıyorsunuz, öfkeleniyorsunuz, bağırıp çağırıyorsunuz ama hastayı görünce her şey bitiyor. Öfkenizi paylaşacak arkadaşlarınızdan başka kimse yok, ben hangi arada hastaya bakacağım? Vicdan öyle yerleşmiş ki içimize hastaya bunu yansıtamıyoruz. Bunun sebebinin kim olduğunun bir önemi yok, vicdani sorumluluk o kadar ağır basıyor ki hata yapmamaya çalışıyorsunuz.

H22: Bu durumlarla baş edemiyoruz, sabrı öğrendim, belki ilerleyen yaşın verdiği bir şey, eskiden daha çok itiraz ederdim. Vicdanlı olduğumuz için, ben bunu yapmıyorum, hastaya bakmıyorum diyemiyoruz. Nöbet tutarken bile işim hep aklımda oturup kendime bakayım, bir kahve içeyim kafamı dinleyeyim diye bir şey yok, o hastaya bunu yapmalıyım, bu hastaya bunu yapmalıyım diye işim hep aklımda; o yüzden 25 yıl sonra tükenmişlik başladı. Bizi takdir eden doktorlarımız, idarecilerimiz de vardı, aslında ihtiyaç duyduğumuz tek şey takdir edilmek, motive edilmek.

H33: Hastalardan aldığım dua ile. Doyum, maneviyat çok önemli. Diğerlerini strese girersiniz, geçersiniz ama maneviyattan kazandığınız şeyler sizi düze çıkarır.

Hemşireler, mesleklerindeki en önemli zorlukları, görevleri dışındaki işleri yaptığı için arada bir meslek olması ve performans sistemi ile kalite standartları uygulamaları olduğunu belirtmektedirler. Her iki zorluk da, hemşirelerin temel mesleki ilkesi ve

görevi olan bakım hizmetini yeterine getirirken, hastaya ayrılan zamanın kısalmasına neden olmaktadır. Bu durumda hemşireler vicdani yönden baskı altında kaldıklarını ve hastanın mağdur olmaması için çok çalışarak manevi doyuma ulaştıklarını belirtmektedirler. Sosyal değerler fizyoterapistlerde olduğu gibi hemşireler için de oldukça önemli bir role sahiptir.

Bourdieu'ye göre (1984a,170) habitus; “İçselleştirilmiş ve yatkınlığa çevrilmiş zorunluluktur. [...] Zorunluluktan doğan bir erdemdir ve ürünü olduğu koşullara tekabül eden ‘tercihler’i yerleştirerek zorunluluğu durmaksızın erdeme dönüştürür” (Swartz,2011). Bu bağlamda sosyal değerler hemşireler ve fizyoterapistlerin, sosyal, kültürel ve ekonomik sermayelerinin eşitsizliğini meşrulaştırmakta ve tercihlerinin bir erdemmiş gibi görünmesini sağlamaktadır. Bu şekilde sembolik gücün tahakkümünü de koşulsuz kabul etmektedirler.

Hemşireler karşılaştıkları zorluklar ve sembolik şiddet karşısında mesleki ilkelerini dengelemek için hiçbir yatkınlığa (*sosyal değerler gibi*) başvurmada, sürecin hiçbir şekilde değişmeyeceğini kabul ederek (***itaat etme-rıza gösterme***) çalışmaya devam etmektedirler.

H16: Çok da üstesinden gelemiyoruz, söyleneni yapıyoruz açıkçası, sorumlu hemşiremize bundan bahsediyoruz, o yönetime bildiriyor, bazen yönetimden geliyorlar sıkıntı var mı diye soruyorlar, onlara da tek taraflı kayıt olsun dosya veya bilgisayar diye söylüyoruz, henüz kesin bir çözüm alamadık.

H25: Öncelikle insanın kendi mesleğini sevip, kendisiyle barışık olduğunda hepsinin üstesinden geleceğini düşünüyorum. Evrak konusunda sadece sinirlenip yapmaya devam ediyoruz, baş edemiyoruz. Çünkü yapmayacağım dediğin şey dönüp dolaşıp geliyor, yapacaksın diye diretiyorlar, bir süre sonra yılıyorsunuz.

En sonunda arkadaşlar bu böyle olacak, yönetim böyle istiyor deyip bitiriyorlar. Bana söylenen tarihten sonrakileri itirazsız yapıyorum, dayanacak gücüm kalmadı çünkü. Mecbur yapıyoruz, hastaya da bunu yansıtmıyoruz mesleğimizi çok sevdiğimiz için

H31: İşimiz bu, yapmak zorundayız diyoruz, elimizden geldiğince bunları ekarte etmeye çalışıyoruz, sıkıntıları düşünmeyip yokmuş gibi davranıyoruz.

H36: Sınırlarımızı o kadar genişletmişiz ki artık sorun olarak bakmıyorum buna, çünkü biliyorum ki bunu yapmam gerekiyor, böyle kabul ediyoruz. Bu bizi psikolojik olarak etkilese de alışkanlık olduğu için böyle devam ediyor.

Hemşireler, içinde bulundukları sembolik sisteme dönem dönem itiraz etmekte, sorunlarını üst mercilere iletmektedir. Ancak mesleğin kendisinden, hastalardan ve sistemden, sistemin getirdiği sembolik şiddetten kaynaklanan zorluklarla baş etmeye yönelik hiçbir değişiklik gerçekleşmeyince ve üst merciler tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programının gereklerini yapmaları dayatılınca, hemşireler itaat etme yolunu seçtiklerini belirtmektedirler.

Bourdieu'ye göre (2015), devlete inanma ve itaat etme, devletin en önemli özelliklerinden birisidir. Üstelik bunu sürekli emir vermeden, fiziksel şiddete başvurmada, sanki sihirli bir güçle yapmaktadır. Bu güç devletin elinde bulunan sembolik sermaye gücüdür. Devlet çoğunlukla kültürel sermayeyi kullanarak yani eğitim yoluyla ortak bilişsel yapıları topluma telkin etmekte ve sembolik düzenin üretilmesine ve yeniden üretilmesine katkıda bulunmaktadır. Hemşireler de birçok sağlık çalışanı gibi itaat etmekte, ortak bir bilişsel yapıya dahil olmaktadır. Bu süreç zor kullanarak gerçekleşmemekte, devletin kültürel, ekonomik ve sosyal sermayelerini kullanarak oluşturduğu sembolik düzenle gerçekleşmektedir.

Hemşirelerin önemli bir bölümü (%58) ise, mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorluklar ve sembolik şiddetle mesleki ilkelerini bağdaştıramadığını; bu nedenle mesleklerini icra ederken **tükenmişlik, bıkkınlık, yorgunluk, strese** maruz kaldıklarını belirtmektedirler.

H4: Kendimizi parçalıyoruz, yetiştirmeye çalışıyoruz ve üstesinden gelemiyoruz. Kalite düşüyor, yeni yatan hastalar için çok evrak var. Yıpranan çalışan oluyor, iş bir şekilde bitiyor. Hasta oluyorsun, bel boyun ağrısı, stres ağrısı gerginlik ağrısı, akşam eve gidince pert oluyorum.

H7: Kendimizden ödün veriyoruz, o dengeyi sağlamaya çalışıyoruz ve çok yoruluyoruz. Eve iş götürüyoruz, yorgun ve asabi oluyoruz, her şeyi kafaya takan birisi olarak uyarı almak istemediğim için, her şeyi mükemmel yapmaya çalışmaktan çok yoruluyorum.

H12: Dengeleyemiyoruz, sürekli içimize atıyoruz, bir yerde biz de patlıyoruz, hem psikolojik hem fizyolojik hasarlar olarak ortaya çıkıyor. Kendinizden ödün veriyorsunuz, psikolojiniz alt üst oluyor, bedensel olarak ayak ağrıları, bel ağrıları her türlü kas ağrısı ile akşam eve gidiyoruz.

H14: Çatışmalar içimizde büyüyor ve bize stres olarak geri dönüyor. Baş etmekte çok zorluk yaşıyoruz, çünkü bir şeyleri çok iyi yapmaya çalışırken yeni bir şeylerin üzerinize yüklenmesi bardağın taşması gibi oluyor. Artık hastaya verimli hizmet etme şansınız kalmıyor. Acaba hastaya bakım hizmetini mi vermeliyim yoksa birçok prosedürle, sırf kaliteden geçebilmek için birçok evrak işlemini mi yapmak zorundayım? Bakım hizmetini ikinci

plana atıyorum ve sadece kaliteden geçmek için çaba harcıyorum bu evrakları doldurarak.

H26: Bu çatışmayla mücadele edemiyoruz, çıldırıyoruz. O yüzden hemşirelerin % 98'i tükenmişlik sendromu yaşıyor sanırım. Geri dönüşü de yok artık.

H34: Hemşirelerde psikolojik sıkıntı çok fazla, istatistik yapılsa 10 hemşireden altı yedisi antidepresan kullanıyor. Baş etmek zor, insanlar dört gözle emekliliği bekliyor, kurtulmak istiyor. Bu kadar baskı olmasa, bu kadar kaçış olmayacak.

H35: Gelip burada ağladığımı ve çok üzüldüğümü biliyorum, eve gidince kendimi halsiz, yorgun, hiçbir şey yapmak istemeyen halde bulduğumu biliyorum, çok zorlandım. Son zamanlarda doktorumla konuştuğum ve o da benim yanımda olduğu için şu an mobbing baskı azalmış durumda, yer yer artıyor bazen azalıyor.

Sembolik gücün Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya başladığı performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları, hemşirelerin en çok sembolik şiddet yaşadığı konulardır. Özellikle kalite standartları uygulamaları nedeniyle, temel görevleri olan bakım hizmetlerini yerine getirememelerinden dolayı, mesleki etik ilkeleri ile sistemin gerekliliklerini yapma arasında çatışma yaşamaktadırlar. Çatışmanın çözülmemesi ise, hemşirelerin çalışma tükenmişlik, yorgunluk, strese maruz kalmalarına ve psikolojik destek almalarına sebep olmaktadır. Ancak hemşireler yaşadıkları tükenmişliğe rağmen, sembolik sistemin gereklerini rızaları ile yerine getirmektedirler.

Görüşme yapılan her üç meslek grubunda, zorluklar karşısında mesleki ilkelerini dengeleme yolları benzerlik göstermektedir. Ancak mesleğe göre öncelik farklılığı bulunmaktadır. Doktorlar mesleki ilkelerini dengelemede çoğunlukla tecrübeli ve

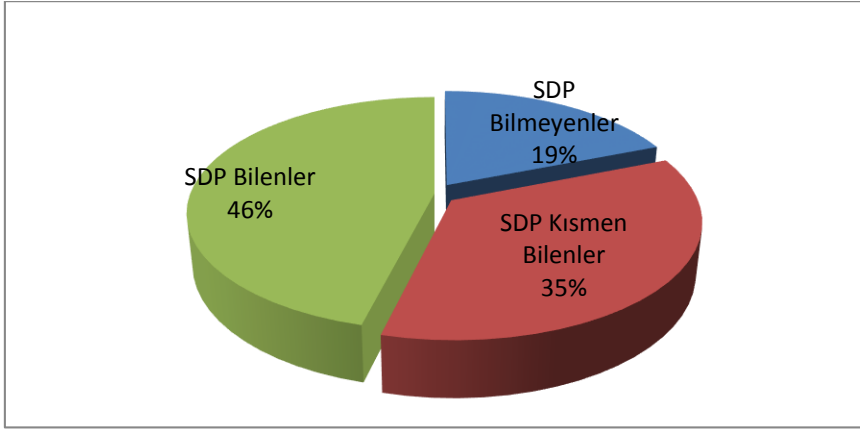
profesyonel davranmayı tercih ederken; fizyoterapist ve hemşireler çoğunlukla manevi doyum, vicdanlı davranma, ahlaklı olma gibi sosyal değerlere başvurumaktadırlar.

2.1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Farkındalık

Sembolik güç, 2000’li yılların başlarından itibaren yönetime geldiğinde sağlık sisteminde reforma gidileceğini ve tüm sağlık sisteminin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yeniden yapılandırılacağını belirtmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının temelini ise sevk sistemi, performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları ile hasta memnuniyeti oluşturmaktadır. 2000’li yılların başından günümüze tüm sağlık kurumlarında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaktadır. Son olarak 2016 yılının Ağustos ayında askeri hastaneler de Sağlık Bakanlığına devredilerek projeye dahil edilmiştir. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm kamu ve özel hastanelerde yaklaşık 15 yıldır uygulanmasına rağmen, sağlık çalışanlarının program hakkında detaylı bilgiye sahip olmadığı dikkati çekmektedir. Sağlık çalışanlarının önemli bir bölümü Sağlıkta Dönüşüm Programını, performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları olarak tanımlamaktadırlar.

2.1.6.1. Doktorların Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilgisi

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı 2000’li yılların başından günümüze tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarında uygulanmasına rağmen, doktorların neredeyse yarısına yakını (%46) Sağlıkta Dönüşüm Programını ya hiç duymamış ya da programı duymuş, ancak program hakkında bilgi sahibi değildir. Görüşme yapılan doktorların yarısının askeri doktor olmasının, programı bilmeyenlerin oranının bu kadar yüksek olmasının en önemli nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir. Ancak programı bilenler ve kısmen bilenler arasında askeri doktorlar da bulunmaktadır. Yani Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan, fakat programı bilmeyen ya da kısmen bilen doktorlar da bulunmaktadır. Genel olarak görüşme yapılan doktorların Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkındaki bilgi düzeyi yüksek değildir.



Şekil 16: Doktorların Sağlıkta Dönüşüm Programını Bilme Oranları

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında genel olarak bilgi sahibi olan doktorların oranı oldukça düşüktür (%19).

D3: Evet, aslında şimdiye kadar biraz anlattık. Aile hekimliği halen oturmamış durumda, sevk sistemi olacağı ve hastanelerin yoğunluğunun azalacağı söylendi fakat hiçbir değişiklik olmadı. Muayenahaneleri kapattı özel hastaneler türedi, yine hastalar para veriyor. Birinci basamak oturtulup koruyucu hekimlik ön plana çıkarılsaydı ve yaygınlaştıysaydı daha iyi olurdu. Sağlık ocaklarını kapatıp aile hekimliğini getirince ne değişti anlamış değilim. Aşırı kaçırınca para alamıyor, o biraz düzene girdi. Pratisyene iki haftalık kursla aile hekimi statüsünü verdiler, uzmanlardan çok kazanıyorlar, rapor yazma hekimi oldular, muayene yok. Sağlık sisteminin hiçbir aşamasında adalet yok. Doktorlar puanları yakalamak için gereksiz ameliyat yapıyorlar. Hekime şiddetin doğma sebebi hastanın ilgi görmemesi; doktorluğa saygının azalması hastaya daha az zaman ayırma neticesinde hastanın yeterince ilgi görmediğine inanması. BİMER, CİMER her türlü kanaldan şikâyet gidiyor, böyle bir sektör görmedim. Bir hâkimi şikâyet edebilir misiniz? Herkes senden ilgi, güler yüz bekliyor,

sırada beklemek istemiyor, bize herkesi alacaksın diyorlar. Muayene ücreti yüzünden insanları acile teşvik ettiler. Aciller doldu taşı.

D9: Evet. Çok kötü bir sistem, bu ülkede uygulanabilir olmadığını düşünen bir hekimim. Aynı kalitede yetişen hekimlerimiz yok denecek kadar az sayıda; birinci basamağın çalışmasına ne kadar güvenebiliriz? Bu sebepten dolayı sevk sistemine güvenemeyiz. Bu sefer hastalar mağdur olacak, bypass yapıp acilleri dolduracak. Birinci basamağın işlevinin artırılması koruyucu hekimliğin öne çıkarılması taraftarıyım. Şimdi olmayan bu şeylerle koruyucu hekimlik yapılır. Bu durum tedavi edecek hekimliği öne çıkarıyor. Bu da pahalı bir hizmet, koruyucu önleyici hekimlik ucuzdur ama halkın bilinçlendirilmesi lazım, ama bu istenmez. Sonuçları itibarıyla başarısız buluyorum.

D10: Evet. Duydum. Çok başarılı olduğunu düşünmüyorum. Tek yönlü ve popülist bir karar çerçevesinde adım atıldığını düşünüyorum. Tamam, sağlıkta iyileşen bazı şeyler var, her hastanın doktora ulaşabilmesi önemli ama bunun ipinin kaçtığı suyunun çıktığı aşamalardayız. Şehir hastaneleri orta ve yüksek gelir düzeyinden vatandaşın cebinden gidecek, tamamen israf ve taşeron firmayı kalkındıracak zeminde hazırlanan proje vergilerimle yapılacak. Özel sektör gibi, kişinin kendi işletmesiymiş gibi, başhekim doktoru karşısına alacak niye az hasta bakıyorsun diyecek. Denetleme olsun ama performans üzerinden olmasın; çünkü hastaneyi kalkındıralım hastayı gereksiz yere yatıralım gibi gereksiz cümleler. Bu kişileri çalıştırmanın bir yolu

ise yanlış bir yol gerçekten. Yapmadığı işleri yapmış gibi gösterme durumu da oluyor, devlete büyük zarar. Hoca dediğin inandığın insanların ağzından gerekli gereksiz yapılsın cümleleri çıkıyor.

D11: İyi yanları var kesinlikle. Mesela herkesin istediği hastaneye başvurma, daha doğrusu SSK, Bağkur hastanelerinin ayrılmaması bence iyi bir özellik. Var olan sevk zinciri iyi uygulanmadığı için, bu projede aile hekimlerinin efektif olarak kullanıldığını düşünmüyorum. Performans sistemi projenin olumsuz yanı. Şehir hastaneleri hakkında yorum yaparsam bilmeden konuşmuş olurum.

Sağlıkta Dönüşüm Programını bilenler, programı genel olarak başarısız olduğu şeklinde değerlendirmeler yapmaktadır. Özellikle performans sisteminin, programın en olumsuz yanı olduğu belirtilmektedir. Sevk sistemine yönelik olarak, kaliteli aile hekimleri ile uygulanabilseydi, projenin en iyi yanlarından biri olacağı düşünülmektedir. Koruyucu hekimlik hizmetleri de, programın doktorlar tarafından desteklenen bir başka özelliğidir ancak onun da sevk sistemi gibi uygulamada yetersiz düzeyde kaldığı belirtilmektedir. Projenin en önemli hedeflerinden biri olan hasta memnuniyetinin öneminin artırılarak çalışan memnuniyetinin arka planda kalmasının, sağlıkta şiddetin artmasına ve sağlık çalışanlarına duyulan saygının azalmasına neden olduğu ileri sürülmektedir. Doktorlara göre sağlık hizmetlerindeki kesintilerin artırılmasının, hastaları ücretsiz muayene olduğu için acil servislere yöneltmekte ve burada hizmetin kalitesinin düşmesine neden olduğu vurgulanmaktadır. Programın bir başka hedefi olan şehir hastanelerinin sağlık giderlerini artıracak ve taşeron firmaları zengin edeceği belirtilmektedir. Performansın hedefleri arasında tanımlanan muayenehanelerin kapatılarak doktorların hastanelere dönmesi kısmen başarılı ancak özel hastanelerin artışına engel olunamamıştır. Doktorlar, programı ana hatlarıyla bilmekte olup; bazı hedeflerinin uygulanabildiği takdirde başarılı olacağını, ancak

uygulanamadığını ve farklı amaçlara hizmet ederek sağlık sisteminin kalitesini düşürdüğünü ve ticari bir takım amaçlara hizmet ettiğini değerlendirmektedirler. Görüşülen doktorlar projenin olumlu yanları arasında, sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ve hastaların doktorlara kolayca ulaşılabilmesini vurgulamaktadır. Sembolik gücün 2000’li yılların başından itibaren yasalarla uygulamaya koyduğu, basın aracılığıyla sürekli bilgilendirmeler yaptığı, reform olarak tanımladığı Sağlıkta Dönüşüm Programının, sonuçları itibariyle sağlık çalışanlarının sembolik şiddete maruz kalmasının en önemli nedeni olduğu düşünülmektedir. Programla ilgili olarak doktorların bilgisinin diğer meslek gruplarına göre fazla olmasının bir nedeni de, performans sisteminin ölçütlerinin doktorların performansı üzerinden hesaplanmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programını kısmen bilenlerin oranı (%35), projeyi tamamen bilenlerden oldukça yüksektir.

D2: Bir şeyler okudum ama içeriği hakkında pek bilgi sahibi değilim. Performans sistemini kesinlikle onaylamıyorum, huzuru bozan, insanı strese sokan bir şey. Geldiğim yerde performans kaygısı yüzünden iyi bir doktor ilişkisi yoktu. Aile hekimlerinin biz uzmanlara göre bu kadar çok para kazanmaları canımı sıkan bir konu, acile de çıkmak istemiyorlar. MHRS sistemi randevu dakikaları insanı strese sokan bir şey. Her randevu arası 10 dakika iken; araya giren hastalarla beş dakikada hasta bakıyorduk.

D7: Kabaca bir fikrim var, 2010 larda başladı, o yıllarda bu projenin nasıl olacağı tartışmaları daha fazla vardı, hekim yürüyüşleri olmuştu, o dönemde başlayıp günümüze gelen bir proje. Performans sistemini adaletsiz bulduğumu söylemiştim, şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin hiç memnun olmadığını biliyorum, çok fazla sorunla karşı karşıya olduklarını duyuyorum.

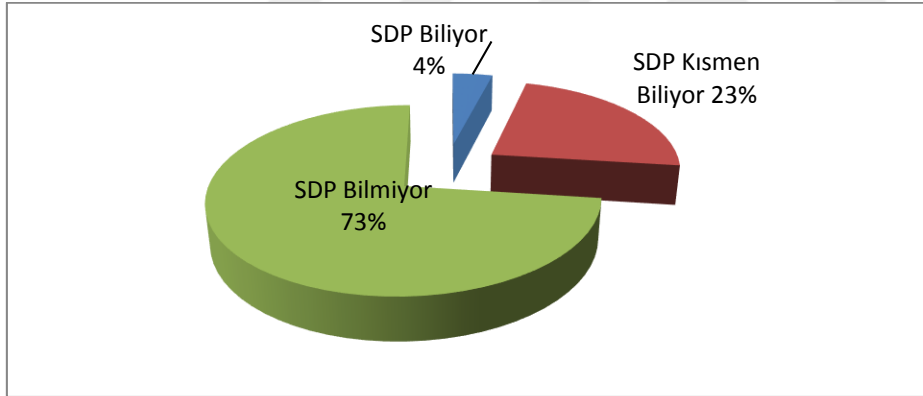
D15: Çok bilgim yok. Performans hekimin sırtına yüklenmiş bir yükür, hekimi dövmenin bir yoludur. Çok yakışksız bir şey performans; günde 70 hasta bakacaksın, ayda 40 ameliyat yapacaksın, biz sana beş bin lira vereceğiz diyor. Bu durum köleliğin uygarcası. Devlet devlete kazık atıyor, bunu nasıl önleyecekler bilemiyorum. Şehir hastanelerini bilmiyorum.

D18: Pek fikrim yok, şehir hastanelerini biliyorum. Koruyucu hekimlik çok önemli, ama ülkemizde uygulanmıyor, sağlık ocağı bile kirasını ödemek için ticarethane gibi çalışıyor. Ben hekimlik yapmalıyım, bunlarla uğraşırsak, ticarethanenin karını düşünürsem kalite düşer. Koruyucu hekimliğin amacı bebek ölüm hızını düşürmek, aşılama sistemini geliştirmek, insanların bir üst düzey sağlık kuruluşuna gitmesini engelleyerek o hastanelerin daha özel çalışmasını, gerçekten ihtiyacı olan hastalara zaman ayırmasını sağlamak, salgınlarda birinci basamak müdahale merkezi olmaktır. Ama ülkemizde eczanenin arka bahçesi gibi çalışıyor, burada koruyucu hekimlik fiyasko. Şehir hastanelerinin mantığını doğru bulmuyorum, bence üniversite hastaneleri geliştirilmeli.

Sağlıkta Dönüşüm Programını kısmen bilen doktorlar, performans sistemi, şehir hastaneleri, koruyucu hekimlik, aile hekimliği ve hasta memnuniyetine değinmektedirler. Bu bağlamda programın bildikleri özellikleri, sembolik şiddetin en yoğun olarak uygulandığı basamaklarıdır. Doktorlara göre program başarıya ulaşmamıştır, özellikle performans sistemi sağlık kuruluşlarını ticarethaneye dönüştürmüştür. Program hakkında kısmen bilgisi olan doktorlar, program hakkında bilgi sahibi olan doktorlar gibi, özellikle koruyucu hekimlik ve sevk sisteminin uygulanabildiği takdirde başarılı olabileceğini düşünmektedirler.

2.1.6.2. Fizyoterapistlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilgisi

Görüşme yapılan fizyoterapistlerin tamamı, askeri sistemde görevini icra eden sağlık çalışanlarıdır. 2016 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı fizyoterapistler olarak hizmet vermeye devam etmişlerdir. Fizyoterapistlerin büyük çoğunluğu (%73) Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi sahibi değildirler. Bu durumun temel nedeninin, fizyoterapistlerin 2016 yılı ağustos ayına kadar askeri sağlık sisteminde görev yapmaları olduğu düşünülmektedir. Ancak Türkiye’de programın 2000’li yılların başından günümüze uygulandığı ve sembolik gücün sürekli olarak medya aracılığıyla programı tanıttığı düşünüldüğünde, programın bilinmeme oranının yüksekliği dikkati çekmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programını bilmediğini belirten fizyoterapistlerin bir bölümü, görüşmelerde performans sisteminden bahsetmiş ancak performans sisteminin Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olduğunu belirtmemektedirler.



Şekil 17: Fizyoterapistlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilme Oranları

Sağlıkta Dönüşüm Programını bilen fizyoterapistlerin oranı oldukça azdır. Görüşmede Sağlıkta Dönüşüm Programını bildiğini belirten fizyoterapist; programın sağlık sistemine hiç uygun olmadığını ileri sürmekte ancak programın ayrıntıları hakkında bilgi sunmamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programını kısmen bilen fizyoterapistlerin oranı (%23) çok fazla olmamakla birlikte; kısmen bilenlerin yarısı da programı sadece duyduklarını ve yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmektedirler.

F3: Duydum. Ama içeriği hakkında pek fazla bilgin yok. Performans sistemi gördüğüm kadarıyla doktoru zengin eden bir sistem, bu sistemin güvenilirliğini sorguluyorum. Mesela nörolojik salonda ben 7 hasta alıyorum, el salonundaki 20 hasta alıyor, grup çalışan 50 hasta alıyor, sistem bunu nasıl ayarlayacak? Sisteme göre az hasta alıyorum ama en ağır hastalar bende ve en yoğun işi ben yapıyorum. Grupla çalışan en fazla parayı alıyorsa sistem çuvallamış demektir. Bizi çetele tutmaya, sayısal verilere zorlayan sistem hem mesleğin ruhuna aykırıdır hem de kaliteyi bozar. Doktor hastanın ihtiyacı olmamasına rağmen tetkikleri artırıyor, devlet zarara uğruyor. Fizyoterapist hastaya yürüme germe yaptırıyor, ama bakınca sayfa döşenmiş, tikler atılmış, bunun hepsini yapamam, zaman yetmez. Hepsinin üzerinden ücretlendirme olması doğru değil, sistem her şeyi maddiyata yönlendirmiş durumda.

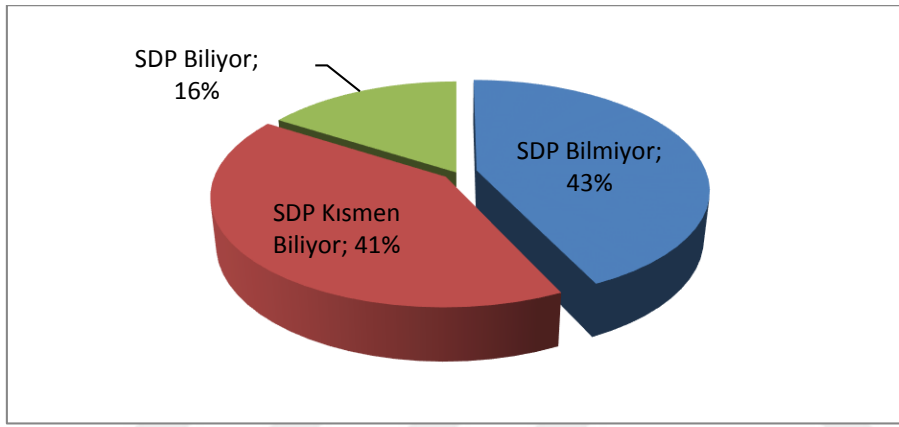
F6: Performans sistemi çok acı bir şey, ben hastayı her gün kaç defa, bazen aylarca görüyorum, doktorun böyle bir şeyi yok yani, hatta hastayla ilgili iletişim kurmamız gerekirken doktora bile ulaşamıyoruz, ama performans onlarda.

F15: Medyadan duyduğum kadarıyla şehir hastaneleri kurulacak vs. çok detaylı bilmiyorum.

Sağlıkta Dönüşüm Programını kısmen bildiğini belirten fizyoterapistler, yalnızca performans sistemi ve şehir hastaneleri hakkında bilgi vermektedir. Özellikle performans sistemii fizyoterapistlerin sembolik şiddete maruz kaldıkları uygulama olduğundan detaylarıyla bilinmektedir.

2.1.6.3. Hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilgisi

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaklaşık yarısı Sağlık Bakanlığına bağlı olarak görev yapmaktadır. Görüşme yapılan hemşirelerin önemli bir bölümü (%43) Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ilgili bilgi sahibi değildir. Programı bilmediğini belirten hemşirelerin bir bölümü performans sistemini bilmekte ancak performans sisteminin programın bir parçası olduğunu bilmemektedirler. Programı bilmediğini belirten katılımcıların arasında Sağlık Bakanlığına bağlı başka hastanelerde çalışmış olan hemşireler de bulunmaktadır.



Şekil 18: Hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Bilme Oranları

Hemşirelerin içinde programı ana hatlarıyla bilenlerin oranı doktorlarındaki ile paralellik göstermektedir. Bu durumun nedeninin ise hemşirelerin görevlerini icra ederken, doktorların performans değerlerini girmesi olarak açıklanabileceği düşünülmektedir. Hemşirelerin en önemli zorluklarının arasında yer alan doktorların görevlerini yapmaları, aynı zamanda doktorlara performans ücreti olarak yansımakta ve hemşireler bu durumun bilincinde olduklarını belirtmektedirler.

H17: Hastaneler birliğine geçiş, sosyal sigortaların tek çatı altında toplanması, ilaçların bulunmasında iyileştirme yapılması, performans sistemi bizim performansımızı sorumlu hemşirenin vereceğini, eğer performans düşüklüğü varsa ona göre maaşlarda bir takım değişiklikler olacağını duymuştum. Bu söylediklerim

içerisinde eczane ve ilaç olayı iyi oldu. Anılan performans sisteminde adaleti yakalamak zor, kişiye özel davranışlar olabilir, o yüzden olumsuz olarak değerlendiriyorum. SGK'nın tek çatı altında birleşmesi biraz karışık, emeklilik sisteminde sıkıntı var diye biliyorum. Ama devlet hastanelerinde üçüne birden bakılması iyi, özel hastanelerde muayene olabilmek güzel, isteyen, parası olan sıra beklemeden o rezilliği çekmeden muayenesini olsun, sonucunu kolayca alabilsin.

H21: Ticaret kısmından kurtarırlarsa dönüşelim, sosyal devlet ilkesine aykırı olmayan bir dönüşüm istiyorum. Herkes aynı haklardan yararlansın istiyorum. Birinin tanıdığı diye buraya yatan çıkan aynı insanlara hizmet vermek istemiyorum. İhtiyacı olan insanlara hizmet vermek taraftarıyım. Ticarethane mantığıyla hastaneyi yönetirsen, aynı hastayı yatırır çıkarırsan olmaz. İhtiyaca göre eğitim vermek konusunda çok başarısızız. Sürekli aynı standartta beni eğitiyor, ama bu kalite değil, benim hayatımı kalitesizleştiriyorsunuz. Dosyaları standarda bindirmişler, bu doğru değil. Aşağıdaki hastaya yapılan uygulama ile buradaki bir değil, bunu anlamak istemiyorlar. Bana anlamsız bir şekilde iş yükü yüklüyorsun. Tekdüze bakıyor. Bu hastanenin düzenini bilmeyen biri kaliteci olduğu için sıkıntı yaşıyoruz.

H37: Sağlıkta Dönüşüm Programını doğru bir politika olarak bulmuyorum. Mesela randevu sistemine geçildi ancak telefon kuyrukları var. Ödemeler arttı. Maaşlarımızdan kesilen paralar arttı. Sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezlerine yüklendi ancak buralarda sağlık hizmeti verilemiyor. Aile hekimlerine daha fazla

cret denmeye başlandı ancak hizmet iyi değil. Hizmet vatandaşa ulaşmıyor. Maaşlar tam alınsın diye performansa giren işler yapılıyor. Diğer tıbbi hizmetler yani performansa girmeyen işlemler daha az yapılıyor. Yine aile hekimlerine Sağlıkta Dönüşüm Programı ile verilen görevlerden aile ziyaretleri gerçekleştirilmiyor. Performans yalnızca doktorlara veriliyor. Hemşirelere verilmiyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı tamamıyla hasta ve para odaklı bir sistem. Tabii ki bunlar meşru zeminde sunulduğu için yapılması gerekiyorsa yapıyorum. Değiştirmeyeceğimiz şeyleri kabul ediyoruz. Hasta odaklı bir sistem var, oda önemli tabi ama önce çalışanın memnun olması lazım.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi sahibi olan hemşireler, programdan memnuniyetsizliklerini dile getirmektedirler. Özellikle sistemin en önemli uygulamalarından biri olan performans sistemi, diğer sağlık çalışanları gibi hemşireler tarafından da eleştirilmektedir. Ayrıca performans sisteminin sağlık sistemini ticarileştirdiği ileri sürülmektedir. Hemşireler, en çok sembolik şiddete maruz kaldıkları uygulama olan kalite standartları konusunda her sağlık kuruluşunun işleyişi farklı olduğundan, sağlık işleyişinde bir standart yaratılamayacağını belirtmektedirler. Sağlıkta Dönüşüm Programının olumlu yanları ise, Sosyal Güvenlik Kurumunun tek çatı altında toplanması ve özel sağlık kuruluşlarında tedavi olunabilmesi olarak ifade edilmektedir. Hemşireler içinde de doktorlar ve fizyoterapistler de olduğu gibi programı bütün ayrıntılarıyla bilen bulunmamaktadır.

Hemşireler arasında Sağlıkta Dönüşüm Programını bilenlerin oranı (%41) oldukça fazladır.

H1: Projede kalite olayının ön planda olduğunu düşünüyorum ve bu kalite olayı bazı noktalarda beni yoruyor. Kalite kelimesinden korkar oldum. Çünkü gerçekten kaliteli bir iş yapıyorsunuz ama bunu belgelemek zorundasınız.

H12: Çok şey söyleniyor ama. Şu anki sağlık hizmetleri dersek, biz de dışarıdaki devlet hastanelerine gitmeye başladık, randevu alıyor ve gidiyorsunuz, ama bunun için sizden para kesiyorlarmış. Sonra muayene ücreti, ilaç fark ücreti kesiliyor. Birçoğunun bundan haberi yok, bilgilendirmiyorlar, laf cambazlığıyla bu hastaları çekip çevirip kandırıyoruz gibi geliyor bana.

H13: Her hastaya aynı sürdürülebilir hizmetin verilmesi olduğunu biliyorum. Performans olarak düşünürsek biraz sinir bozucu çünkü hastaya benim yaptığım pansuman doktora performans olarak düşüyor. Hastaneleri yarıştırmasını ele alırsak aslında yarışın, reklamın her zaman iyi olduğunu düşünüyorum. Ama bunu doğru normlar içinde uygulamak daha etkilidir.

H14: Duydum, bunlar güzel şeyler. Eskiden hatırlıyorum insanlar muayene olmak için gecedan kuyruğa giriyordu, sabah muayene eden de asistan doktor, hoca muayenesi de değil. Kaliteli sağlık hizmeti alamıyordunuz. Bir de performans ücreti vardı. Doktorlar ne kadar çok hasta muayene ederse o kadar iyi para alıyordu. Şu anda da var ama en azından şimdi telefonla veya bilgisayarla randevu alabiliyoruz. Evet, para kesiliyor ama en azından bir hocaya muayene olabiliyorsun, istediğin doktora muayene olma şansın var, eskiye göre bu olumlu bir gelişme.

H15: İsim olarak duydum, her hastanın bir doktoru olsun, sağığı iyileştirme ve koruma yönünde, hastaneden ziyade hastaların sağıık durumlarını devam ettirmeye yönelik proje bildiğim kadarıyla, çok ayrıntısını bilmiyorum

H32: SGK birleşmesi çok güzel oldu, o noktada söylenecek bir şey yok. Sağııkta dönüşümü biraz da çalışan üzerinde yapmak çok mantıklı olur. Hastalar için çok güzel şeyler yapıldı. Performans sistemi kapitalist sistem, yapacak bir şey yok.

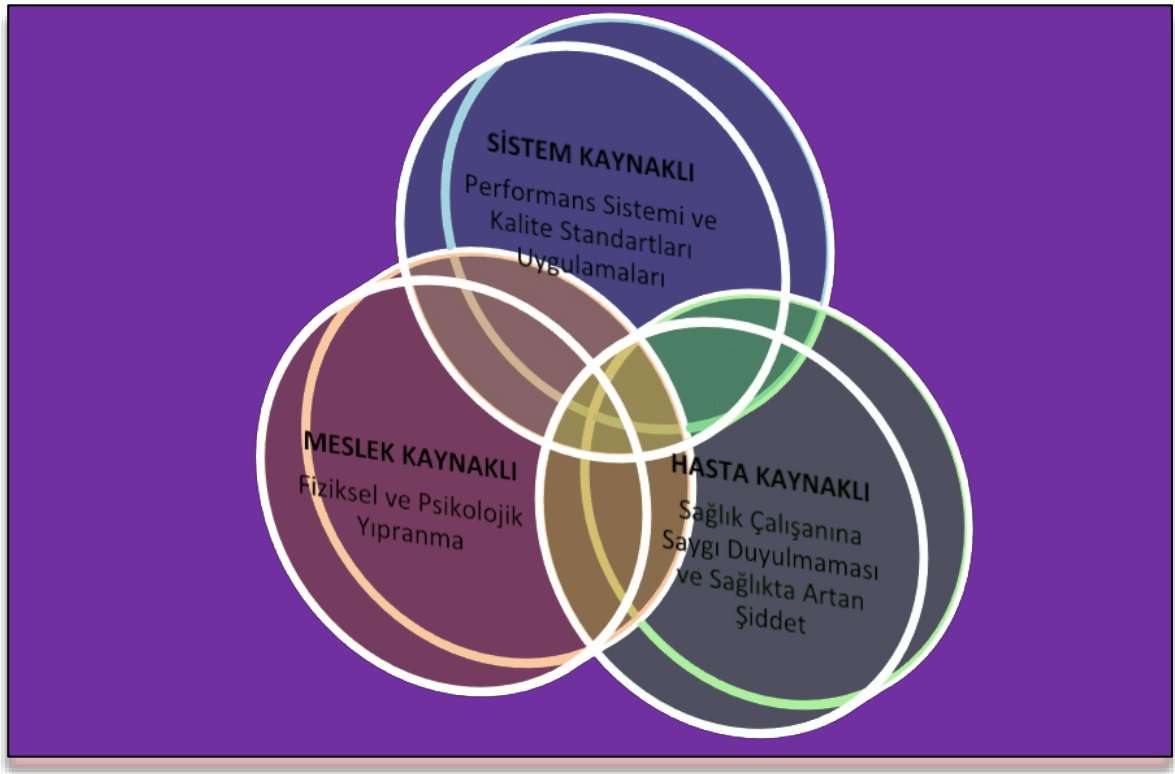
H35: En son söylenen bir baştabip, bir başhemşire olacak, eski sistemin aynısı gelecek dediler, fakat hala hiçbir şey değişmedi. Haberlerden duyduğum kadarıyla projenin çöktüğü, hiçbir işe yaramadığı, sağııktaki kalitenin artırılamadığı daha da kötüye gittiğı bu yüzden geriye dönüş olacağı söylendi.

Sağııkta Dönüşüm Programı hakkında kısmen bilgi sahibi olan hemşireler, genellikle programla ilgili olarak performans sistemi, kalite standartları uygulamaları, randevu sistemi ve Sosyal Güvenlik Kurumunun tek çatı altında toplanması hakkında bilgi vermektedirler. Hemşireler, özellikle kalite standartları uygulamalarını ana hatları ile bilmektedirler. Bunun nedeninin en fazla bu alanda sembolik şiddete maruz kalmaları olarak değerlendirilmektedir. Ancak genel olarak program hakkında olumsuz yargılara sahiptirler. Doktor tercih hakkı ve randevu sistemi ise olumlu gelişmeler olarak ifade edilmektedir.

Doktorların, fizyoterapistlerin ve hemşirelerin Sağııkta Dönüşüm Programı bilgisi açısından farklılıklar göze çarpmaktadır. Doktorların dönüşüm programı ile ilgili bilgileri, fizyoterapistler ve hemşirelere oranla çok daha fazladır. Bunun temel nedeni, dönüşüm programının temel aşamalarının doktorların tıbbi uygulamaları üzerinden yürütülmesi ve gerçekleştirilmesi olarak düşünülmektedir.

2.2. Eksenel Kodlama

Çalışmanın eksenel kodlama bölümünde, açık kodlama aşamasında elde edilen veri yeniden farklı bir biçimde analiz edilmektedir. Analiz aşamasında açık kodlamada elde edilen kategoriler, farklılıkları ve ortak yanları, bir üst kategoriler ve onların alt kategorileri oluşturularak yeni kategorilerle kodlanmaktadır. Eksenel kodlama oluşturulurken çalışmanın ana problemi olan sembolik şiddet bağlamında kategoriler değerlendirilmektedir.



Şekil 19: Üst Kategoriler

Üst kategoriye ve üst kategoriye bağlı yeni alt kategorileri oluşturmak için tüm kategorilerin ortak noktası alındığında; performans sistemi ve kalite standartları kategorisi üst kategori olarak belirlenmektedir.

Tablo 22: Sembolik Şiddet Kaynağı

Sembolik Şiddetin Kaynağı Meslekler	Sistem Kaynaklı	Meslek Kaynaklı	Hasta kaynaklı
Doktorlar	- Performans sistemi (SDP) - Yetersiz ekonomik gelir - Hasta merkezli uygulamalar - Uzun çalışma süreleri - MHRS ve yüksek hasta sayısı - Adaletsiz iş dağılımı - Motivasyon eksikliği - Kalite uygulamaları, gereksiz prosedür, bürokrasi ve sekretery işlemleri	- Yüksek riskli kararlar ve insan hayatı sorumluluğu - Desteklenmeyen akademi ve bir ömür öğrenme - Psikolojik ve fiziksel yıpranma	- Hastaların ve hasta yakınlarının yüksek beklentileri - Değişen hasta profili ve cahil bilmişliği - Sağlık çalışanlarına artan şiddet ve sağlık çalışanına saygı duyulmaması - Referanslı hastalar
Fizyoterapistler	- Performans sistemi (SDP) ve yetersiz ekonomik gelir - Mesleğin kanunen tanınmaması - Hasta merkezli uygulamalar - Ast-üst ilişkileri/Doktor hegemonyası - Yüksek hasta sayısı - Adaletsiz iş dağılımı - Yıpranma payının olmaması - Düşük eğitim kalitesi - Yetersiz sağlık personeli - Kalite uygulamaları, gereksiz prosedür, bürokrasi ve sekretery işlemleri	- Psikolojik ve fiziksel yıpranma - Toplumsal cinsiyet - Gereksiz tedavi uygulamaları	- Referanslı hastalar - Hastaların ve hasta yakınlarının yüksek beklentileri - Değişen hasta profili ve cahil bilmişliği - Sağlık çalışanlarına artan şiddet ve sağlık çalışanına saygı duyulmaması
Hemşireler	- Performans sistemi (SDP) ve yetersiz ekonomik gelir - Mesleğin sınırlarının olmaması (Arada/yardımcı meslek) - Mobbing / Ast-üst	- Psikolojik ve fiziksel yıpranma - Toplumsal cinsiyet - Enfeksiyon	- Hasta profili - Hastayla yüz göz olma - Sağlık çalışanlarına artan şiddet ve sağlık
	- ilişkileri/Doktor hegemonyası - Riskli tıbbi uygulamalar - Kararlara katılım sağlayamama - Nöbetler - Yeni sağlık sistemine geçiş - Uzmanlaşma/branşlaşmanın olmayışı - Kalite uygulamaları, gereksiz prosedür, bürokrasi ve sekretery işlemleri		çalışanına saygı duyulmaması

Katılımcıların görüşleri ve elde edilen veri doğrultusunda sembolik şiddetin sistemden, meslekten ve hastadan kaynaklı olmak üzere üç kategori üzerinden uygulandığı değerlendirilmektedir. Akbal'ın (2015) sağlık alanında temellendirilmiş kuramdan faydalanarak yaptığı 'Hemşireler ve Hastalar Açısından Bakım Etkileşimi ve Memnuniyeti' adlı çalışmada da, hemşirelerin memnuniyetsizlikleri sistemden, meslekten ve hastadan kaynaklı olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Bu bakımdan sağlık alanında problem kaynağı açısından benzerlik göstermektedir.

Görüşme yapılan tüm sağlık çalışanları için sistemden kaynaklı sembolik şiddetin temelinde performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları bulunmaktadır. Performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları Sağlıkta Dönüşüm Programının bir uygulaması olup, tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının işleyişi bu sistem üzerinden yürütülmektedir.

Uğurluoğlu ve Çelik'e göre (2005) bir sağlık sisteminin sağladığı tüm hizmetlerin, etkililiği, verimliliği ile bu sistemin müşteriler ve hastaların beklentilerini karşılamadaki başarıları performans ölçümü ile elde edilmektedir. Performans, sağlık çalışanının ve yöneticilerin sağlık hizmetinde kalite, etkililik ve verimliliği sağlamak için gösterdiği başarıdır. Sağlık Bakanlığı DSÖ ile birlikte hazırladığı raporda (2012), Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkede devam eden sağlık reformlarına yön vermek, sistemde üretilen/toplanan sağlık verilerinin etkili kullanımını sağlamak, sağlık sistemindeki tüm aktörler arasında bilgi birikimi ve kapasite oluşumunu artırarak ve daha yüksek hedeflere ulaşmak için sektörler arası işbirliğini destekleyerek teşvik etmek için 'Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesinin (SSPD)' etkili bir araç olduğu belirtilmektedir.

Görüşme yapılan sağlık çalışanları performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları ile ilgili olarak sembolik güçle aynı düşüncüyü paylaşmamaktadırlar. Çünkü sağlık sistemindeki birçok sorunun kaynağını, performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları olarak görmektedirler.

Bir sağlık kuruşunda görev yapan yöneticiler ve sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken gerçekleştirdikleri işlem üzerinden dolaylı ya da doğrudan, kuruluşun döner sermayesinden, yaptığı işlemin ücretlendirilmesi performans sistemi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kuruluşunun döner sermaye deneği, doktorların yaptığı işlem yani doktorların performansları üzerinden belirlenmektedir. Yani doktorlar doğrudan performans creti alırken, yöneticiler ve diğer sağlık çalışanları doktorların yaptığı performans ile döner sermayeden performans ücretlerini dolaylı olarak almaktadırlar. Bu bağlamda hemşire, fizyoterapist gibi sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken gösterdikleri performans hiçbir şekilde görünmemektedir. Çünkü sistemde doktorun hastaya uyguladığı ve hemşireler ile fizyoterapistlerin yapmalarını belirttiği işlemler puanlamaya tabi tutulmaktadır. Fizyoterapistler ve hemşirelerin performans sistemine yönelik en önemli eleştirileri, emeklerinin sistemde görünmemesi ve kendi yaptıkları işlemlerin sistemde doktorun performansı olarak puanlamaya girmesidir. Burada sembolik gücün performans sistemi ile “doktor ve diğerleri” ayrımını pekiştirdiği değerlendirilmektedir. İkilikleri yaratarak ve pekiştirerek hegemonyasını sürdürmektedir.

Performans cretleri döner sermaye komisyonları tarafından belirlenirken, yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının katsayı farklılıklarına göre ödeme yapılmaktadır. Yöneticilerin ve doktorların performans puanları, diğer sağlık çalışanlarına göre oldukça yüksektir. Bu nedenle hiçbir zaman fizyoterapistler ve hemşirelerin gelirlerinin doktorlara eşit ya da yakın olamayacağı aksine ekonomik sermayeleri arasındaki farklılıkların daha arttığı katılımcılar tarafından belirtilmektedir. Özellikle hemşireler ve fizyoterapistler ekonomik sermaye arasındaki bu eşitsizliğin çok fazla olduğunu ve gelir düzeylerinin düşük ve yetersiz olduğunu, bunun sebebinin de performans sistemi olduğunu vurgulamaktadırlar. Fizyoterapistler ve hemşireler farklı düşüncede olsa da, doktorlar da gelir düzeylerinin çok iyi durumda olmadığını, performans sisteminin

sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısına bağlı olduğundan, görev yaptıkları hastanede yeterli performans ücreti alamadıklarını belirtmektedirler. Sağlık kuruluşlarına başvuranın hasta sayısı farklı olduğundan, aynı branştaki iki doktor arasındaki performans ücreti arasında çok büyük eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Yani performans sistemi yalnızca doktor, fizyoterapist ve hemşire arasında değil, doktorların kendi aralarında da eşitsizliği pekiştirmektedir.

Sağlık kuruluşlarındaki doktorlar ekonomik sermayelerini artırabilmek için fazla sayıda hasta görmekte, fazla sayıda işlem yapmakta, tedavi planlamakta ve hasta sayısı fazla olduğu için hastaya ihtiyacı olan zamanı ayıramamaktadır. Bu durum gereksiz tıbbi uygulamaların ortaya çıkmasına, hastanın doktora ve diğer sağlık çalışanlarına güveninin azalmasına, güvene paralel olarak saygının azalmasına ve sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin artmasına sebep olmaktadır. Sembolik güç, performans sistemi ile doktorları ve diğer sağlık çalışanlarını daha fazla hasta görmeye ve tedavi programına almaya, çalışma sürelerinin uzamasına çalışanların rızası ile mecbur bırakarak, çalışanlara sembolik bir şiddete maruz kalmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, sembolik güç, performans sistemi ile sembolik şiddeti ve eşitsizliği sağlığın her aşamasında yeniden üretmektedir. Aynı zamanda sağlığın ticari işletme gibi gelir getiren uygulamalarının önem kazanmasına neden olabilmektedir. Performans sisteminin yarattığı rekabet ortamı, çalışanların motivasyonu artırmamakla birlikte bir yarış ortamı yaratarak sağlık hizmetinin yerine finansal ölçütlerin önem kazanmasına neden olabilmektedir.

Performans sistemi ile birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programının bir diğer uygulama alanı olan kalite standartları, sağlık çalışanlarının tüm işlemlerini doküman üzerinde deklare etmesini gerektirmektedir. Bu şekilde tüm sağlık kuruluşlarında kalite standartları belirlenerek, verimlilik ve etkililik ölçümleri yapılmaktadır. Verimlilik ve kalite ölçümlerinde en önemli ölçütün ‘hasta memnuniyeti’ olduğu belirtilmektedir.

Kalite standartları uygulamaları, doktorların, fizyoterapistlerin ve hemşirelerin sağlık hizmeti verirken bilgi sistemi üzerinden tanımlanan işlemlerin doküman üzerinde de gösterilmesini gerektirmektedir. Hazırlanan dokümanlar ile hastalarla yapılan görüşmelerin sonuçları, daha önce Bakanlık tarafından belirlenmiş olan kalite standartları ölçümlerine göre değerlendirmeye alınmaktadır. Tüm kalite uygulamaları doktorların, fizyoterapistlerin ve hemşirelerin sağlık hizmeti verirken zaman kaybetmelerine, hastaya ayırmaları gereken zamanı prosedür işlemlerine ayırmalarına neden olmaktadır. Ayrıca katılımcılara göre her sağlık kuruluşunun yapısının farklı olması nedeniyle, sağlık uygulamalarının bir standarda bağlanamayacağı düşünülmektedir. Özellikle fizyoterapistler ve hemşireler kalite standartları uygulamaları kararlarına katılmadıkları, sadece kendilerinden yapılması istenen uygulamaları yerine getirdiklerini belirtmektedirler.

Performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları ile en önemli kavramlardan biri haline gelen hasta memnuniyeti ve hasta hakları kavramı ile kesintisiz sağlık hizmeti sunumu hastaların beklentilerini artırmakta ve sağlık çalışanlarına duyulan saygının azalmasına neden olmaktadır.

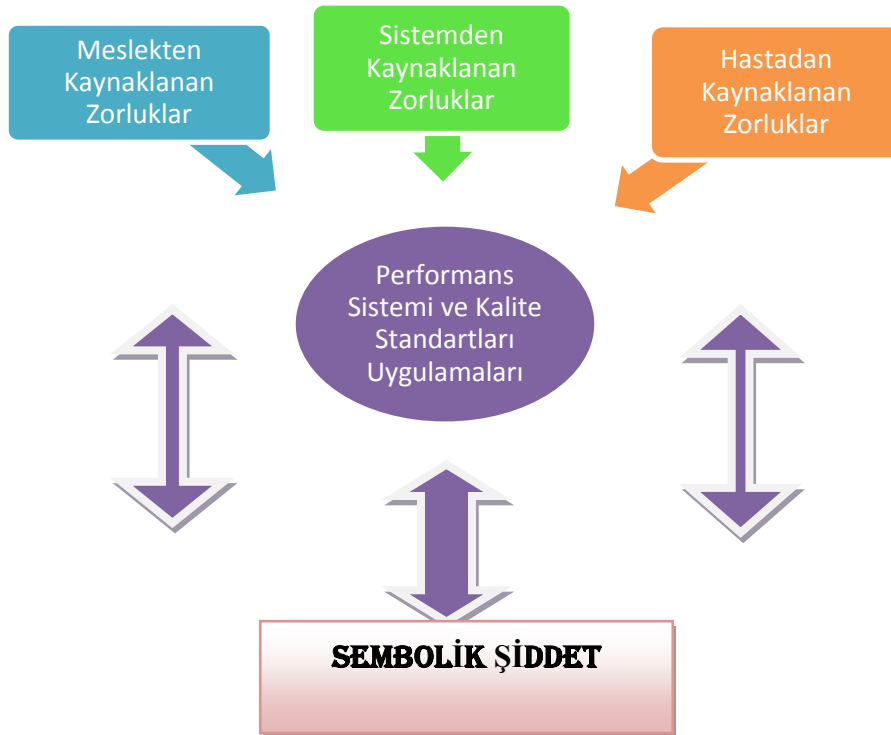
Performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları, hasta memnuniyeti, kesintisiz sağlık hizmeti gibi süreçlerle sağlık çalışanının sembolik şiddete maruz kalması, psikolojik ve fizyolojik yıpranmayı da beraberinde getirmektedir. Fizyolojik ve psikolojik olarak sağlık çalışanının yıpranmasına rağmen, sistemde herhangi bir motivasyon kaynağının bulunmadığı da katılımcılar tarafından belirtilmektedir. Sembolik güç ise tam aksi yönde görüş belirterek; performans sisteminin sağlık çalışanları için çok önemli bir motivasyon kaynağı olduğunu ileri sürmektedir.

Sonuç olarak, sembolik şiddetin kaynağı olarak görülen performans sistemi ve kalite standartları uygulamalarını sembolik gücün kanunlarla uygulamaya koyması nedeniyle, sağlık çalışanları sistemden memnun olmasa da rıza göstererek; kendilerinden

istenildiği gibi görevlerini icra etmektedirler. Doktorların, fizyoterapistlerin ve hemşirelerin, sistemden, mesleğin kendisinden ve hastadan kaynaklı olarak tanımladıkları birçok zorluğun temelinde, dolayısıyla çalışmanın ana problemi olan sağlık çalışanının maruz kaldığı sembolik şiddetin temelinde performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları bulunmaktadır.

2.3. Seçici Kodlama

Seçici kodlama temellendirilmiş kuramın son aşamasıdır. Creswell'e göre (1998) seçici kodlama yapılırken, eksenel kodlamadan elde edilen üst ve alt kategorileri birleştiren bir öykü inşa edilmektedir. Öyküleme yapılırken metaforlardan yararlanılabilmektedir. Ayrıca yine bu aşamada, eksenel kodlamada sunulan kategorileri kapsayacak temel bir kategori seçilerek çekirdek kavrama ulaşılmaya çalışılmaktadır. Çekirdek kavrama ulaşabilmek için eksenel kodlamadaki kod ve kategoriler şematik bir biçimde gösterilmektedir.



Şekil 20: Seçici Kodlama

Çalışmanın temel problemini oluşturan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sembolik şiddet, sağlık politikaları uygulayıcılarının sahip oldukları ekonomik, sosyal ve kültürel sermayelerini kullanarak; sağlık çalışanlarının rızalarını alacak şekilde onlarla aynı algı kategorilerini yaratarak sembolik bir biçime bürünmektedir. Bu bağlamda sembolik gücün sağlık reformu adı altında uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı da sembolik bir hal almaktadır. Çünkü sağlık çalışanları tarafından rıza gösterilerek uygulanmaktadır. Sembolik şiddetin, sağlık çalışanlarının yaşadıkları zorlukların sebebi olan, Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli aracı, performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları da aslında sembolik sistemin bir aracıdır ve sembolik bir sistemin parçası olduğundan performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları da semboliktir. Aynı zamanda kodlama yapılan tüm kategorilerin ortak kodudur. Tüm kategorilerin ortak kodu olan, herhangi bir başarıyı ya da elde edilen iyi sonucu işaret eden performans yani “sembolik başarı” ve mala değer verdiren özelliği işaret eden kalite yani “nitelik” çalışmanın çekirdek kavramlarını oluşturmaktadır.

Çalışmada yapılan görüşmelerde katılımcıların sağlık sisteminin ticarileşmesi söylemlerinden hareketle, sağlık sistemi “Alışveriş merkezi (AVM)” metaforu kullanılarak öykülendirilmiştir. AVM sahibi ve yönetimi egemenliği elinde bulunduran sembolik güçtür. AVM içinde bulunan mağazalar özel ve kamu hastanelerini temsil etmektedir. Toplumun yüksek gelirli kesiminin daha çok tercih ettiği lüks markalara sahip mağazalar özel hastaneleri, toplumun orta gelirli kesimine hitap eden markalara sahip mağazalar kamu hastaneleri gibi düşünülmekte, standlar ise daha çok düşük gelirli olan ya da sosyal güvencesi olmayan hastaların daha çok geldiği sağlık ocakları ve toplum merkezleri olarak değerlendirilmektedir. Lüks mağazaları ziyaret eden müşteriler yüksek kar getirmekte, özel hastanelerde sağlık hizmetine katkı payı olarak daha yüksek meblağlarda ücret ödenmektedir.

AVM sahibi ve yönetim kurulu, yani sembolik güç, ekonomik, kültürel ve sosyal sermayelerin büyük bölümünü elinde bulundurmaktadır. Amacı sahip olduğu sermayelerini artırmak ve otoritesini korumaktır. Bu nedenle, “Alışveriş Merkezleri Hakkında Yönetmelik” yoluyla meşruiyetini sağlamakta ve kurallarını koymaktadır. Sembolik güç, Sağlıkta Dönüşüm Programına hukuki yollarla meşruiyetini kazandırmakta ve uygulamaya uygulamaya koymaktadır. Program aracılığıyla sistemde gerekli gördüğü değişiklikleri yaparak kendi görüşünü egemen kılmaktadır. Mağaza sahipleri, AVM sahibi ile sözleşme imzalayarak çalışmaya başlamaktadır. En fazla kira gelirini lüks markaların mağaza sahiplerinden almaktadır ve bu mağazaların mekanının büyüklüğü, diğer mağazalara göre daha fazla ve konumu ise diğerlerine göre daha fazla göz önünde bulunmaktadır. Lüks mağazalara gelen müşterilerin kültürel, ekonomik ve sosyal sermayeleri oldukça fazladır. Bu nedenle sembolik gücün medya araçlarını kullanarak lüks mağazaların reklamını daha fazla yaptığı düşünülmektedir. Sağlık alanında da özel hastanelerin ekonomik sermayeleri kamu hastanelerine göre daha fazladır ve tercih eden hastaların sahip olduğu sermayeler kamu hastanelerine gelen hastalara göre daha fazladır. Sembolik gücün, ekonomik ve sosyal sermayesini daha fazla artırdığı düşünülen lüks markaların mağazalarının AVM’de daha fazla sayıda olmasını tercih ettiği düşünülmektedir.

AVM’lerde bulunan mağazaların sahipleri, hastane yöneticilerini/başhekimleri mağaza müdürleri, hastane müdürleri/başhekim yardımcılarını, şefler doktorları, reyon elemanları da fizyoterapist ve hemşireleri temsil etmektedir. Mağaza sahipleri, AVM sahiplerinden sonra en fazla sermayeyi elinde bulunduran gruptur. Mağaza sahiplerinin sahip oldukları mağazanın giderlerini karşılamak, çalışanların maaşlarını ödemek ve kar elde etmek için fazla sayıda müşteriye hizmet vermesi gerekmektedir. Bu amaçlarına ulaşmak için politikalar geliştirmektedir. Bu politikaları müşterilerine duyurmak için medya araçlarından faydalanmaktadır. Sağlık alanında kamu spotları (*hasta hakları ve*

memnuniyeti vb. konularda) en fazla kullanılan araçtır. Geliştirdiği politikaların başında ‘prim sistemi’ gelmektedir. Başta müdürleri ve şefleri olmak üzere ve onların aracılığıyla reyon çalışanlarına yaptıkları satış üzerinden prim verilmektedir. Şeflerin liderliğinde, reyon çalışanları yaptıkları satış üzerinden ekonomik sermaye kazanmakta, mağaza sahibi ve müdürler ise dolaylı olarak yapılan satışlar yoluyla ekonomik sermayelerini artırmaktadırlar.

Mağaza içinde prim sistemi, çalışanlar arasında rekabeti artırmakta ve güç mücadelelerinin yaşanmasına neden olmaktadır. Sermayelerini artıran mağaza sayısını artırdıkça diğer mağazaların sermayeleri azalmakta, bu nedenle diğer mağazalar arasında rekabet başlamaktadır. Bunun sonucunda orta düzeyde sermayeye sahip kesime hizmet veren mağazalar kalite (*nitelik*) yönünden, lüks mağazalara benzemeye çalışmaktadırlar.

AVM’lerdeki prim sistemi, sağlık alanında ‘performans sistemi’ne benzetilmektedir. Mağaza şefleri olarak düşünülen doktorlar, tedavi ettikleri hasta sayısı ve yaptıkları işlem üzerinden performans ücreti almaktadır. Doktor, tedavi işlemini yaparken hemşireler, fizyoterapistler, laboratuvar çalışanları ve sağlık memurları ile birlikte çalışmaktadır. Ancak performans doktorun verdiği sağlık hizmeti üzerinden hesaplanmakta ve hastane yöneticisi, müdürler, fizyoterapistler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları dolaylı olarak performans ücreti almaktadır. Mağazalarda da şefler, reyon çalışanları ile birlikte hizmet vermekte ancak reyon çalışanlarının prim katsayıları bağlı oldukları şeflerle birlikte hesaplanmakta ve dağıtılmaktadır. Performans sistemi doktoru, ekonomik sermayesini artırmak için daha kısa sürede daha fazla sayıda hasta görmeye yönlendirmektedir. Bu durum doktorlar arasında rekabete sebep olmakta ve alanda güç mücadelesini doğurmaktadır.

Sermayelerin farklı olması, mağaza çalışanlarının aralarındaki ilişkileri de etkilemekte ve gruplaşmaların yaşanmasına neden olmaktadır. Çünkü mağaza sahipleri

taleplerini şefler aracılığıyla iletmekte ve reyon çalışanlarını onlar yönettiği için prim sisteminde şeflerin talepleri dikkate alınmaktadır. Hastanelerde de performans doktorların verdiği hizmet üzerinden belirlendiği için, doktorların taleplerinin daha fazla önemsendiği düşünülmektedir.

Hastane yöneticisi/başhekim, müdürler ve başhekim yardımcıları ise performans sürecinde doktorlardan daha fazla sermayeye sahip oldukları için performans katsayıları daha yüksektir ve dolaylı olarak performans ücreti alırlar. Mağaza sahibi ve müdürleri de hastane yöneticileri gibi, yönetimde aktif olarak yer alırlar ve prim, çalışanların yaptıkları iş üzerinden hesaplanır.

AVM’de bulunan mağazaların hedef satış rakamları bulunmaktadır. Eğer ay/yıl sonunda bu rakamlara ulaşamazlarsa, çalışanların primleri kesintiye uğrayabilir, işten çıkarmalar yaşanabilir, mağaza küçülmeye gidebilir ya da niteliği artırıcı çalışmalarda bulunulabilir. Çalışanlar tüm bu süreçleri kabul ederek çalışmaktadırlar. Sembolik gücün sermayelerini kullanarak çalışanlarına koyduğu kurallar, iş sözleşmesi, çalışanlar tarafından kabul edildiği anda sembolik şiddet süreci de ortaya çıkmaktadır. Sağlık alanında da hastane gelirleri üzerinden performans dağıtılmakta, gelir kotayı aşmamışsa sağlık çalışanlarına performans dağıtılmamaktadır. Performans sistemi, kalite çalışmaları, hizmet alımı gibi süreçleri, sağlık çalışanlarının kabul ederek tanınması sembolik şiddetin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yani sağlık çalışanı asgari geçimini sağlamak için daha kötü koşullarda çalışmayı kabul etmektedir. Bu duruma rıza göstermesi ise sembolik şiddete maruz kalmasına neden olmaktadır. AVM metaforu sağlık alanının da metalaşarak, ticari bir sistem gibi hizmet vermeye başladığını işaret etmektedir.

BÖLÜM 3: SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumsal yaşamda yönetim gücüne sahip kesimler yani sembolik güç tarafından eğitim, hukuk, ekonomi, sağlık gibi birçok alanda var olan sistemlere yenilikler getirmek amacıyla, genellikle reform başlığı altında bir takım düzenlemeler yapılmaktadır. Sağlık alanında da 1990 yılında birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında ikinci Sağlık Projesi ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası'nın desteği ile uygulanmıştır (Yılmaztürk, 2013: 187). Projelerin en önemli ortak özelliği kamunun küçültülerek, kaynakların özel sektöre aktarılmasını öngörmesidir. Dünya Bankası (1993) "Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency" raporunda sosyal güvenlikle eşitsizliklerin olduğunu, sağlık harcamalarından dolayı bir kriz yaşandığını, bu krizin yönetimin merkezi güçlerden yerel güçlere bırakıldığı ve özelleştirmenin artırıldığı reform hareketleri ile giderilebileceği, ancak bu şekilde hakkaniyet ve memnuniyet ilkelerine ulaşılabileceği belirtilmektedir. 2003 yılında uygulanmaya başlanan, sembolik güç tarafından sağlık reformu olarak tanımlanan ve çalışmanın konusunu oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı da benzer ilkelerden oluşmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve diğer sağlık reformları ile uygulanan projeler neoliberalizm sürecine göre hazırlanmış ve uygulanmıştır.

Bourdieu'ye göre (2006) sosyal güvenlik sisteminin yapılandırılması, refah devletinin ve toplumsal koruma politikalarının yok olması anlamına gelmektedir. Çünkü refah devleti yatırımcıların güvenliğini yıkmakta ve bu yatırımcılar refah devletinin toplumsal koruma sistemi içinde var olamamaktadırlar. Neoliberal politikalar, refah devletini yani kamusal alanı ve kamunun varlığını sınırlamakta, bireyciliği öne çıkarmaktadır. Yani herkese açık, ayrıcalıksız hizmet veren kamu hizmetinin güvencesi yok olmaktadır. Bu güvensiz ortam ajanları umutsuzluğa sürüklemektedir. Özellikle medya, iş alanında politikalar geliştirerek refah devletinin kazanımlarını ortadan kaldırmak için özel sektörü göklere çıkarmakta, yöneticiler ve politikacılar bu durumda

iken sessizliğini korumaktadırlar. Ancak yine de yöneticiler, Bourdieu'nun 'sembolik alan' adını verdiği bir serbestlik alanına sahiptirler. Yöneticilerin sembolik alandaki manevraları –Bourdieu'nun yolsuzluk, kamuya ihanet (*özel alanda daha yüksek gelirle çalışma*), kamu hizmetinden elde edilen kazançların yandaş toplumada kullanılması olarak tanımladığı– yoksun durumda olan ajanları özveri geleneğine yönlendirmekte ve kamuya duyulan güveni azaltmaktadır.

Bourdieu'ye göre (Aktay, 2010), neoliberal duruş, yönetsel, politik sahnenin önünde kendini sürekli gösteren ve bu şekilde saydırmaya çalışanları koymakta; özellikle medyanın da etkisiyle sivil erdemın kaybolmasına, sürekli lüksün sergilenerek sembolik ayrıcalıkların kabul edilmesine neden olmaktadır. Yöneticiler, akılcı politikalar geliştirerek planlar yapmak yerine sürekli kendini gösterme çabası içerisinde bulunmakta ve bireyciliği ön plana çıkarmaktadırlar. Bourdieu'ye göre (2015), ekonomi, hukuk, politika ve sağlık gibi her alanı bireycileştiren ve bu alanlardaki etkinlikleri gizli/açık bir biçimde finansal verimlilikle bütünleştiren, yatırımcılar için finansal verimlilik ya da müşteri memnuniyeti gibi anlayışları öne çıkaran ekonomik politika (*neoliberal politika*) yeniden gözden geçirilmelidir. Çünkü bir toplumda devlet yani kamusalılık zayıflarsa yerini piyasa ya da bireyin ticari uygulamaları almaktadır. Bu durumda eşitsizliklerin artmasına ve alanda rekabetin hakim olmasına neden olmaktadır. Bourdieu'ye göre (2006), egemen söylem izlediği neoliberal düşüncelerle, IMF, OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*), Dünya Bankası gibi kuruluşlar benimsettiği şiddetli politikalar ile az gelişmiş ülkelere yaptırımlar getirmekte ve uygulatmaktadır. Bu şekilde ekonomik ve toplumsal yapıların koşullarını göz ardı etmekte, serbest piyasa koşulları adı altında, kuralsız bir finansal politika yaratmakta, kamu harcamalarını azaltarak ulusun hareket alanını kısıtlamakta, kariyerleri bireyselleştirerek çalışanı yalnız bırakmakta ve el emeğine ödenen bedeli düşürmektedir. Bireyselleşme, çalışanın maaş ilişkisine de yansıtılarak bireysel yetenek

ve değerler doğrultusunda çalışanlara prim verilmekte ve rekabet ortamı güçlendirilmektedir. Sonuç olarak, neoliberalizmin en önemli özelliklerinden birisi olan ‘geçicilik’ tehdidi yoluyla işsizlik kaygısı ile çalışanlar uysallaştırılmaktadırlar. Bireysel özgürlüklerin korunması adı altında yerleştirilen işten çıkarılma tehdidi ve ajanların karşı karşıya kaldığı korku, sembolik gücün uygulamış olduğu sembolik bir şiddettir.

Türkiye’de sağlık alanında da neoliberal politikaların etkisiyle 90’lı yılların başından günümüze bir takım reformlar uygulanmaktadır. 2002 yılında seçimle yönetime gelen sembolik güç, neoliberal söyleme uygun olarak, daha önceki yönetimlerin sağlık alanında yaptığı reformların başarılı olamadığını ve sıkıntıları giderebilecek ya da azaltabilecek gelişmeleri gösteremediğini belirtmiştir. Bu nedenle, insanların yaşam kalitesini yükseltmek, adaletli ve hakkaniyete uygun bir kalkınmayı gerçekleştirmek için kamunun bütün kurumlarını, dünya normlarına uygun olarak yeniden yapılandırmaya karar vermiştir. Kamuyu yeniden yapılandırma adımlarının en önemlilerinden birisi de ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır. Sembolik güç tarafından, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın gerekliliği sunulurken OECD ülkeleri arasında istatistiksel kıyaslama yapmakta ve daha önceki sağlık reformlarının yetersizliği ve sağlığın içinde bulunduğu krizler vurgulanmaktadır. Sonuç olarak 2003 yılında Dünya Bankasının da desteği ile Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlanmıştır. Dünya Bankası sembolik gücün sağlık sektörü reformlarını ve uygulama stratejilerini desteklediğini; 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı’na katkıda (120 milyon Avro tutarında bir finansmanı onaylamıştır) bulunduğunu deklare etmiştir (www.worldbank.org/tr/news/press-release/2015/09/21/world-bank-continues-to-support-health-sector-development-in-turkey). Yani siyasal süreçte neoliberal söylemin bütün özellikleri (*kuralsız finans pazarı, bireycilik, geçicilik, rekabet, esnek piyasa koşulları*) tanımlanmış ve program topluma sunulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Bourdieu'nün (1998) kavramsallaştırması ile toplumsal bir alanda 'sağlık alanı'nda gerçekleştirilmiştir. Alan, “kuralları konumundaki düzenliliklere göre oynanan ama kuralları ya da düzenlilikleri değiştirmek içinde oynayabileceğimiz bir oyundur” (Bourdieu, 2015:123). Sağlık alanının da kendine ait kuralları bulunmakta ve bu kuralların düzenliliklerine göre ajanlar rollerini gerçekleştirmektedir. Süreç içinde ortaya çıkan alanda, kurallar kati değil, değiştirilebilmektedir. Bu nedenle sağlık alanında da sürekli olarak reform ya da dönüşüm başlığı altında düzenlilikler değiştirilmektedir. Ayrıca alan ile oyun arasındaki en önemli farklılık oyunun kuralları alana göre daha katidir ve oyun bir kişi tarafından icat edilmiş olabilir. Ancak alan, daha uzun bir sürece yayılmakta, kuralları ve bu kuralların sağladığı düzenlilikler, ajanlar ya da egemen kesim tarafından değiştirilebilmektedir.

Bourdieu'ye göre (2015) bir alanın oluşumuna paralel olarak sembolik güç, bir teşkilatlanmaya sahiptir ve bu teşkilatlanma hiyerarşik bir şekilde düzenlenmektedir. Yine aynı alanın içinde yer alan çalışanların yetkileri ve sınırları alan içinde geçerli olan ve kurumsal olarak yetkileri teminat altına alınmış memurlar bulunmaktadır. Sağlık alanının teşkilat yapısını, Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığa bağlı birimler ve sağlık alanında faaliyet gösteren özerk sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. Bakanlık içinde teşkilatlanma hiyerarşik bir düzende oluşturulmuştur. Sağlık alanında yer alan çalışanların yetkileri Bakanlıkça tanımlanmakta ve sınırlandırılmakta; devlet tarafından teminat altına alınmaktadır. Bu teşkilat yapısı, sağlık alanında kanunların ve usullerin belirlenmesinde ve uygulanmasında aktif rol oynamaktadır.

Bourdieu ve Wacquant (1992) alanlarda çok farklı konumların bulunduğunu ve bu konumlar arasındaki nesnel ilişkiler ağının (*tahakküm, itaat gibi*) bireyler ve kurumlar arasındaki ilişkilerin içeriğini ve biçimini belirlediğini vurgulamaktadırlar. Bu konumlarda bireyler ve kurumlar sahip oldukları sermayeler ile yer almaktadırlar. Bu

alandanda bireyler veya kurumlar daha fazla sermayeye sahip olmak için, alanda sürekli mücadele ederler. Alanda en çok sermayeye sahip olan egemen konumdadır ve egemenliğini korumak için alanda bulunanlarla sürekli mücadele etme yatkınlığı (*habitus*) göstermektedirler.

Sağlık alanında en fazla sermayeye sahip olan Sağlık Bakanlığı ya da Bourdieu'nün ifadesi ile sermayelerine sembolik bir biçim kazandıran sembolik güç, hiyerarşik düzenin en üstünde bulunmaktadır ve devletin teminat altına aldığı yetkileri kullanarak Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamaya başlamıştır. Sembolik güç, sağlık alanında kuralları ve düzenlilikleri değiştirerek yeni bir oluşum sürecine girmiştir. Bu oluşum sürecinin en önemli nedeninin, Bourdieu'nün de belirttiği gibi alanda bulunduğu konumunu ve nesnel ilişkiler ağını yani egemenliğini yani sahip olduğu sermayelerini korumak olduğu düşünülmektedir. Egemenliğini korurken de, alan içinde diğer konumları işgal eden birey ve kurumlarla da sürekli mücadele etme yatkınlığı göstermektedir.

Sağlık alanı içerisinde farklı konumlarda bulunan birey ve kurumların sahip oldukları sermayeleri ise alan içerisinde farklı biçimlerde konumlanmaktadır. Alanda farklı sermayelere sahip olan bireyler ve kurumlar, bir taraftan sembolik gücün kendilerine dayattığı belirlenimler ile mücadele ederken; bir taraftan da diğer birey ve kurumlarla konumları korumak ve ast-üst ilişkisini belirlemek için mücadele etmektedirler. Bu mücadelede bir birey konumunu korumak ya da en uygun konumu elde etmek için, kurum içinde kalmak istediği alanın kurallarına ve bu kuralların getirdiği düzenliliklere uyum sağlamaktadır. Bu durumda da sembolik güç tarafından belirlenen alanın kurallarını kabul ederek/rıza göstererek veya itaat ederek sembolik bir şiddete maruz kalmaktadır.

Bourdieu'ye göre (1991, 2016) alanlardaki tüm pratikler neye yönelirse yönelsin 'çıkarıcı'dır. Çünkü alanda ajanlar maddi ya da sembolik karını artırmayı

amaçlamaktadırlar. Ancak pratiklerin çıkarıcı farkındalığının sahte bir farkındalık olduğunu belirten Bourdieu, sembolik pratiklerin, pratiklerin çıkara dayanan yönünü değiştirdiğini ve böylece ajanlar tarafından çıkarsız pratikler olarak gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Pratiklerin altında yatan çıkarılardan arındığı sürece, kaynakların sembolik güç ve meşruiyeti artmakta; sanki çıkarsız bir pratik gibi temsil edilerek sahte bir farkındalığa dönüşmektedir. Bu dönüşümü sağlayan bireyler ve gruplar sembolik sermayeye sahip olmuşlardır.

Bourdieu (1977) sembolik sermayeyi, sahip olunan gücün itaat, kabul etme, meşru istek şeklinde algılanan sermaye olarak tanımlamakta ve meşruiyeti elinde tutan birey ya da grubun ‘çıkarcı’ ilişkilerini sakladığını vurgulamaktadır. Sağlık alanında sembolik sermayeye sahip olan grup Sağlık Bakanlığıdır. Sahip olduğu sembolik güç ile alanda konumlanan bireylere, gruplara ve kurumlara, ekonomik ve maddi çıkarılardan arınmış bir proje gibi Sağlıkta Dönüşüm Programını kabul ettirmekte, meşru bir biçimde sunmaktadır.

Bourdieu’ya göre (1984) sembolik mücadelelerin en belirgin görüldüğü alan kuşkusuz egemen kesimdir. Egemen kesim, ekonomik, kültürel ve sosyal sermayeye sahip olan ve bunu sembolik etkinliğiyle yani kabul görmüş ortak bir görüş tarafından tayin edilmiş olmanın verdiği yetkiyle, alanda sürekli farklı fraksiyonlarla karşı karşıya gelmektedir.

Bourdieu (1990) sihirli bir güç olarak tanımladığı sembolik gücün, sözcüklerle şeyleri yapma gücü sahip olduğunu ve ajanlara sosyal dünyanın meşru bir formunu sunduğunu belirtmektedir. Ancak sembolik güç, istediği düzeni kurarken şiddete başvurmaktadır. Burada bahsedilen şiddet fiziksel ya da psikolojik değil, Bourdieu’nün hissedilmeden, yumuşakça sanki sihirli bir güç gibi bahsettiği sembolik şiddettir. Çalışmanın temel problemini oluşturan sembolik şiddeti Eagleton (1992), “şiddetin görünmez kibar bir formu” olarak tanımlarken; Jenkins (1992) “grupların ve sınıfların

meşru kabul ettikleri sembol ve anlamların dayatılış süreciyle ilintili olarak” tanımlamaktadırlar (Akt. Türk, 2010).

Bourdieu’ye göre (1998, 2006) sembolik şiddet, sembolik gücün tahakküm ve boyun eğme ilişkilerini yanlış tanıtarak, kendisini bir cazibeye ya da bir karizmaya dönüştürme sürecidir. Sihirli bir edim gibi toplumsal olarak oluşturulmuş ve toplumsal beklentilere, inançlara karşılık vermiş gibi, kendilerine bir söylemde yer alan buyrukları algılamalarını ve rıza göstererek kabul etmelerini sağlayan algı kategorilerine sahip ajanlar tarafından anlamlı hale gelir. Sembolik şiddet sürecinde egemen olan gücün kodları hakimdir ve farklı alanlar birlik içinde verilmektedir. Sembolik şiddeti uygulayan da, kendisine sembolik şiddet uygulanan da farkında değildir. Sembolik güç, kendi gerçeğini oluştururken meşru söylemini uygulamakta, bunu kabul eden rıza gösteren ajanlar da itaat ettiklerini fark etmeden, bu söylemi algılayıp kabul etmektedirler. Sembolik şiddet, sadece kendisini hissetmeye yatkın ajanlar üzerinde uygulanabilirken, diğerleri bunu görmezden gelmekte, ancak onlarda kabul ederek hizmet vermektedirler (Bourdieu, 1991, 2016).

Sembolik sermayeyi elinde bulunduran sembolik güç, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programını “insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, desantralizasyon, hizmette rekabet” gibi kendi hakim kodlarını kullanarak sağlık alanına sunmuş ve uygulamaya koymuştur. Programın başlangıç sürecinde medya araçları, kamuoyu yoklamaları ile topluma sunulmuş ve sağlık alanında var olan sıkıntılar bireylere, gruplara ve kurumlara anlatılırken, Sağlıkta Dönüşüm Programının bu sorunlara ve beklentilere çözüm olacağı vurgulanmıştır. Ancak bu süreçte sağlık alanında çalışanların ya da sağlık hizmeti alanların programla ilgili hiçbir düşüncesine yer verilmemektedir. Sağlık alanındaki çalışanlar ve sağlık hizmeti alanlar egemen kesimin hakim kodları ile sunulan programı kabul ederek sembolik bir şiddete maruz kalmaktadırlar.

Çalışmada sağlık alanında çalışanların gündelik hayatta maruz kaldığı sembolik şiddet süreci ortaya konulurken, tüm eleştirilere rağmen ilişkisel yaklaşımın önde gelen isimlerinden Bourdieu'nün "Pratiğin Kuramı"nın temel kavramlarından yararlanılmış ve temellendirilmiş kuram teknik olarak kullanılarak çekirdek kavrama ulaşılmaya çalışılmıştır. Sağlık alanı da diğer alanlar gibi kendi kurallarına, bu kuralların getirdiği düzenliliğe ve bir teşkilat yapısına sahiptir. Teşkilat yapısının en başında gücü elinde bulunduran Sağlık Bakanlığı yer almakta ve alanda egemenliğini korumak ve yeniden üretmek için mücadele etmektedir.

Sağlık alanında sembolik gücün dışında konumlanan diğer bireyler, gruplar ve kurumlar bulunmakta ve hiyerarşik bir şekilde konumlanmaktadır. Başta Sağlık Bakanlığı ve bağlı müdürlükler olmak üzere, özel, devlet ve üniversite hastaneleri, Toplum Sağlık Merkezleri, Aile Hekimlikleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, sağlık çalışanı yetiştirmek üzere eğitim veren üniversiteler, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Kızılay, Yeşilay, Vakıflar, Türk Tabipler Birliği, sivil toplum örgütleri, sağlık çalışanları (*doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, laborantlar, tıbbi sekreterler, sağlık memurları, teknik memurlar ve sözleşmeli personel*) sağlık alanında konumlanmaktadır.

Çalışmada sağlık alanında konuma sahip olan doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistler ile görüşülerek ve görüşme yapılan sağlık çalışanları arasında karşılaştırmalar yapılarak çalışmanın amaçlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Sağlık alanında hizmet veren sağlık çalışanları kültürel, sosyal ve ekonomik yönden farklı sermayelere sahip olduklarını belirtmektedirler. Doktorlara, fizyoterapistlere ve hemşirelere mesleklerini meşru olarak uygulama hakkı veren sermayeler; işin gerçekleştirilmesinin meşru etki alanında çatışmalar yaşamakta (Bourdieu, 1984) ve mevcut konumunu korumak ya da değişen düzen içinde kabul gören bir yer edinmek

için diğ er mesleklerle sürekli karşı karşıya gelmekte ve mücadele etmektedirler. Fizyoterapistler ve hemşireler alandaki fakhlılıkların ve çatışmaların kaynağına doktorların kendilerinden daha fazla ekonomik sermayeye sahip olması olarak açıklamaktadırlar.

Mesleğinin tercih edilme nedenlerine bakıldığında, doktorların sahip oldukları kültürel sermayenin (*aile etkisi ve eğitim gemişı*) etkisiyle mesleğı tercih ettiğı, hemşirelerin ve fizyoterapistlerin ise daha çok ekonomik sermayeye sahip olan tıp alanını tercih ettiklerini ancak yeterli eğitim sermayesine sahip olmadıklarından hemşire ya da fizyoterapist olduklarını belirtmektedirler. Toplumun mesleğe bakış açısı da sahip olunan sermayeler ile paralellik göstermektedir. Çalışanlara göre sağlık çalışanının sahip olduğu kültürel, sosyal ve ekonomik sermaye ne kadar fazla ise toplumun mesleğe atfettiğı değer de artmaktadır. Ancak sağlık çalışanları özellikle doktorlar, son dönemlerde uygulanan neoliberal politikalarından dolayı sağlık çalışanlarına eskiden olduğu kadar değer verilmediğini, sağlık çalışanlarına şiddetin giderek arttığını belirtmektedirler. Bourdieu (2006) neoliberal politikaların, bireyi  zg rleştirdiğı söylemini kullanırken aslında yalnızlaştırdığını ve bencilleştirdiğini, devletin kamu hizmetlerini özel sektöre vererek eşitsizliğı beslediğini ve fiziksel şiddetin tekelinin bireysel silahlanmanın fazla olması nedeniyle güvence altına alamadığını vurgulamaktadır. Neoliberal söylemin sağlık alanındaki yansıması, aşırı bireycilik nedeniyle insanların bencilleşmesi, şiddet tekelinin devlet kontrolünden çıkması,  zelleştirme ile eşitsizliğin artması sonucu sağlık çalışanlarına şiddet ve güvensizlik olarak ortaya çıkmaktadır.

Katılımcıların maruz kaldıkları sembolik şiddetin nasıl uygulandığını gösterebilmek için, sistemden, meslekten ve hastadan kaynaklanan zorluklardan yola çıkılmıştır. Doktorlar, fizyoterapistler ve hemşirelerin sistemden, meslekten ve hastadan kaynaklanan zorluklarının büyük ölçüde benzerlik g sterdiğı dikkati çekmektedir.

Katılımcıların sistemden kaynaklanan zorluklarının başında, Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli adımlarından biri olan ‘performans sistemi ve kalite standartları uygulamaları’ gelmektedir. Performans sistemi daha önce de bahsedildiği üzere sağlık çalışanların performansları üzerinden ücretlendirilmeleri, çalışanın performansına göre kurumunun performansının ölçümünün yapılması ve özel sektöre devredilen sağlık işletmelerinin finansal işlemlerinin bu performans ölçümlerine göre yürütülmesidir.

Performans sisteminin, sembolik gücün hakim dünya görüşü neoliberal söylemi, sağlık alanında uygulamak için kullandığı araçlardan biri olduğu düşünülmektedir. Çünkü sistem katılımcıların da belirttiği gibi, rekabeti artırmakta, hizmette kaliteyi düşürmekte, güvensizlik ortamı yaratmakta ve sağlık çalışanlarını makineleştirerek, koşullarını piyasanın belirlediği finansal pazar mantığı oluşturmaktadır. Sağlık çalışanın yaptığı iş, tekabül ettiği performans puanı olarak sisteme girilmekte, sabit ekonomik sermayeleri sınırlanan çalışanlar, ekonomik sermayelerini artırmak için daha fazla işlem yapmaya yönlendirilmektedirler. Bu durum bulgular bölümünde istatistiklere de yansıdığı gibi, gereksiz sağlık hizmetinin ya da eksik/yanlış sağlık hizmetinin artışına sebep olmaktadır. Fizyoterapistlerin ve hemşirelerin performansı, doktorun performansı üzerinden belirlendiği için sağlık çalışanları arasında ayrışmaların, rekabetin ve çatışmaların artmasına neden olmaktadır. Rekabetin artmasının aynı meslek sınıfına sahip olan iki çalışan arasında dahi çatışmaya neden olduğu, sağlık çalışanları arasında bireyciliği artırdığı ve çalışanları yalnızlaştırdığı, mutsuzlaştırdığı düşünülmektedir.

Sembolik gücün, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya koyduğu performans sisteminde kullandığı hakim kodların sistem sonuçlarının aksi yönünde olduğu görülmektedir. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık personeli nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon gibi kodlar kullanmaktadır. Bu kodların asıl amacının, kendi dünya görüşünü hakim kılmak ve egemenliğini sürdürmek olduğu

değerlendirilmektedir. Bunu yaparken sağlık çalışanına sembolik bir şiddet uygulamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programını gerçekleştirirken, kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü yerel uygulamalar ve Türkiye geneline yaygınlaştırma aşamalarını uygulayacağını belirten sembolik güç, yasalaşma aşamasında elindeki meşru gücü kullanarak Sağlıkta Dönüşüm Programını sağlık çalışanlarına dayatmakta ve kabul ettirmektedir. Sağlık çalışanları itaat ettiklerini fark etmeden sistemin getirilerini kabul etmekte ve buna göre mesleklerini icra etmektedirler. Katılımcılar uygulanan sağlık sistemine karşı çıksalar da; sembolik şiddet nedeni ile rıza göstermekte ya da görmezden gelmektedirler.

Katılımcıların meslekten kaynaklanan zorlukları arasında önemli yer tutan fiziksel ve bedensel yıpranmanın, performans sistemi ile daha fazla yaşanıldığı düşünülmektedir. Hastalardan kaynaklanan zorlukların başında ise hasta profilinin değişmesi ve sağlık çalışanına şiddet gelmektedir. Her iki durumun kaynağının da Sağlıkta Dönüşüm Programı olduğu değerlendirilmektedir. Programın temel amaçları arasında yer alan güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve kademeli sevk zinciri, yaygın erişimi kolay güler yüzlü sağlık hizmeti, hasta memnuniyeti, karar sürecinde etkili bilgiye erişim, sağlık bilgi sistemi gibi sembolik güç tarafından sunulan kodlar, sağlık hizmeti alan bireylerde beklentileri artırmaktadır. Başarılı bir sevk sistemi uygulamayan program sonucu, sağlık hizmetine erişim hakkıyla sağlık hizmeti alıcıları doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönelmektedirler. Performans sistemi nedeniyle, beklediği ilgiyi göremeyen, güvensizlik içindeki sağlık hizmeti alanlar, bireycileşmenin de etkisiyle şiddet uygulamayı kendine haklı kılmaktadır. Bu durumun en önemli göstergesi sağlık alanında verilen beyaz kod istatistikleridir. Ayrıca sağlık hizmeti alanların, program hakkında bilgi sahibi olması çoğunlukla medya aracılığıyla gerçekleşmektedir.

Bourdieu (2000) yapılanmış bir toplumsal uzam olarak tanımladığı alanın aynı zamanda bir mücadele alanı olduğunu ve bu alanda sürekli eşitsizlik ilişkilerinin yaşandığını, bunun en önemli sebebinin ise bu mücadele alanını dönüştürmek ya da yerini korumak olduğunu belirtmektedir. Bu mücadele alanında herkes sahip olduğu sermayeleri ve stratejileri devreye sokmaktadır. Sembolik güç, ajanlardan farklı olarak, en önemli sembolik güçlerden biri olan medyayı da elinde bulundurmaktadır. Medya aygıtlarının içinde sembolik güç için en önemli yere sahip olanın televizyon olduğu düşünülmektedir.

Bourdieu'ye göre (1998) nüfusun büyük bir bölümünün zihinsel süreçlerin oluşturulmasında fiili bir tekele sahip olan televizyon kanallarının üzerinde siyasal güç, siyasal müdahaleler, programların içerikleri hakkında dayatmalar ve ekonomik sansürler uygulanmaktadır. Birçok sansürün ve dayatmanın etkisinde kalan televizyonu bu kadar muhteşem kılan şey, bu sansürlerin ve dayatmaların kimliklerini gizleyebilmeleridir. Bu nedenledir ki sembolik şiddetin uygulanmasında televizyon çok önemli bir yere sahiptir. Maruz kalan ile uygulayanların şiddete maruz kaldıklarının bilincinde olmadıkları ölçüde uygulanan sembolik şiddet, en çok televizyon aracılığıyla gizlenebilmektedir. Sembolik güç, Sağlıkta Dönüşüm Programını kendine özgü kodlar kullanarak topluma anlatmaktadır. Sınırsız sağlık hizmetine erişim, istediğin doktora, istediğin hastanede muayene olma, hasta hakkı, hasta memnuniyeti gibi kavramlarla sağlık hizmeti alanların beklentisini artırırken, programın toplum için çok gerekli ve faydalı olacağı ve sağlık hizmeti alanların programdan çok memnun olduğu sürekli olarak televizyon aracılığıyla sunulmaktadır. Aynı zamanda sağlık çalışanı ve sağlık hizmeti alanlar arasındaki fiziksel şiddet olaylarını televizyon aracılığıyla vermekte; bu şekilde hem şiddeti pekiştirmekte, hem de Bourdieu'nün küresel ölçekteki siyasal mücadelelerin hedeflerinden biri olan 'toplumda bölünmeler' yaratarak (*doktor-hasta, doktor ve diğer sağlık çalışanları gibi*) kendi dünya görüşünü dayatma gücünü artırmaktadır. Bu

ayrımları dayatırken de baskıcı, avantajlı gruplar yaratmaktadır. Burada televizyon da belirleyici bir rol oynamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amaçlarından birisi de, sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri haline getirmektir. Katılımcılar, idari mali işletme mantığının sağlık gibi bir alanla bağdaşmayacağını, çünkü insan hayatının söz konusu olduğu yerde ekonomik kardan bahsedilemeyeceğini belirtmektedirler. Lakin program dahilinde katılımcılar, sağlık kuruluşlarının ticari işletme mantığı ile işletildiğini, bu durumun sağlık çalışanları arasında rekabet yarattığını, barışı yok ettiğini, özellikle eşitsizliği artırdığını ve çalışanların performans kaygısı nedeniyle kaliteli sağlık hizmeti veremediklerini belirtmektedirler. Özel muayenehanelerin kapatılmasını sağlayan performans sisteminin, özel sağlık kuruluşlarının sayısını artırdığını, yani gerçek anlamda çok değişiklik olmadığını vurgulamaktadırlar. Bununla birlikte katılımcılar, sağlık kuruluşlarının idari ve mali kısımlarının yöneticilerinin genellikle alan dışından sözleşmeli personel olarak atandıklarını, birçoğunun sağlık alanı ile bir ilgisi olmadığını daha çok iktisadi konularla bağlantılı olduklarını, bu nedenle hizmet ve mal alımında verimlilik sağlanamadığı ve sağlık hizmetinde kullanılan cihaz ve malzemelerin istenilen kalite seviyesinde olmadığını belirtmektedirler.

Performans sistemi ile birlikte uygulamaya konulan bir diğer sistem ise toplam kalite standartları uygulamalarıdır. Katılımcılar, kalite standartları uygulamalarının gereksiz prosedür işlemleri olduğunu düşünürken; sağlık hizmeti alanlara ayrımları gereken zamanı evrak işleri ile geçirdiklerini belirtmektedirler. Sağlık kuruluşlarının kendine has yapıları olduğundan standardize etmenin mümkün olmadığı ancak kağıt üzerinde bunun sağlanabileceği düşünülmektedir. Kendi kalite standartları göstergeleri ile birlikte doktorların da kalite gösterge girişlerini yaptıklarını belirten hemşireler, performans ücreti alamadıklarını, tüm performansın yalnızca doktorlara ödendiğini

vurgulamaktadırlar. Bu durum doktorlar ile hemşireler ve fizyoterapistler arasındaki eşitsizliği artırmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı nedeniyle, sağlık kuruluşlarının sağlık ve iktisadi hizmet kanadı ayrıldığından sağlık çalışanları ast-üst ilişkisinde birden fazla komut alma biriminin ortaya çıktığını, mesleklerine ast-üst ilişkisi olmadığı halde farklı birim amirleri tarafından müdahale edildiğini ileri sürmektedirler. Özellikle hemşireler ve fizyoterapistler, görev tanımı dışında işler yapmaları ve ast-üst ilişkisi olmadığı halde farklı birim amirlerinden komut almaları nedeniyle; mesleklerinin yardımcı/ara meslek gibi algılandığını ve mesleğin konumunu olumsuz etkilediğini vurgulamaktadırlar.

Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşu 31 Temmuz 2016 tarihinde Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Kuruluş amacı, iç güvenlik hareketında yaralanan veya uzvunu kaybeden gazilerin, gazi yakınlarının, iç güvenlik yaralılarının ve şehit yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal rehabilitasyonlarının yapılabilmesi; engelli duruma düşenlerin yaşam boyu devamlı bakımlarının sağlanabilmesi, fizik tedavi hizmeti sunabilmek amacıyla kurulmuştur. Rehabilitasyon merkezi statüsünde hizmet verirken, hastane statüsüne geçerek Sağlık Bakanlığına bağlanan sağlık kuruluşunun, performans sistemine uygun olarak hizmet vermeye başlamasının, çalışanlarda performans kaygısının artmasına neden olacağı ve merkezin amacı doğrultusunda hizmet vermesine engel olacağı düşünülmektedir. Katılımcılar, kurumun Sağlık Bakanlığına bağlanması sonucu özlük haklarını kaybettiklerini, performans sistemi ile birlikte performans alamadıklarını ve maaşlarında azalma yaşandığını, bu durumun kendilerini mutsuzluk ve umutsuzluğa sürüklediğini belirtmektedirler. Bununla birlikte hastane statüsüne geçmesiyle birlikte sivil hasta talebi artmış, referanslı hastaların sıra beklemeden tedavi talepleri sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmaktadır. Doktorların sivil hastaların sıra beklemeden tedavi

taleplerini reddetmesine rağmen, ısrarcı davranılmakta, bu durum doktor/fizyoterapist-hasta çatışmasının yaşanmasına neden olmaktadır.

15 yıldır sağlık sisteminde uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programının, katılımcılar tarafından bilinme düzeyi çok yüksek değildir. Bilenlerin önemli bir bölümü de detay bir bilgiye sahip olmadığını, yalnızca adını duyduklarını belirtmektedirler. Katılımcılar, Sağlıkta Dönüşüm Programının içeriği hakkında en fazla performans sistemi, kalite standartları uygulamaları, sosyal güvenlik kurumlarının birleşmesi, sevk sistemi ve şehir hastaneleri başlıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmektedirler. Bilgi sahibi oldukları alanların doğrudan kendi hayatlarını etkilediği dikkati çekmektedir. Programın geneli hakkında bilgi sahibi olanların oranının düşük olmasının nedeninin ise, sembolik gücün program hakkında toplumu yeterince bilgilendirirken, sağlık çalışanlarını sürece yeterince dahil etmemesi olduğu düşünülmektedir.

Bourdieu'cü söylemde sembolik güç tarafından kendi dünya görüşünü meşru kılmak için hazırlanan ve sağlık alanında sistem değişikliğine sebep olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve onun bileşenleri, sağlık çalışanlarını mesleki ilkeleriyle karşı karşıya getiren durumların yaşanmasına neden olmuştur. Katılımcıların önemli bir bölümü bu süreci istemediğini ancak meşru zeminde sunulduğundan kabul ettiklerini, ama mesleki ilkelerini uygulayamadıklarını belirtmektedirler. Bu durumda da tükenmişlik, bıkkınlık, depresyon gibi süreçlere maruz kaldıklarını ya da psikolojik destek alarak çatışmayla baş ettiklerini belirtmektedirler. Süreçle başarılı bir şekilde baş eden sağlık çalışanları ise dini inanç, vicdan, ahlak gibi sosyal değerlere tutunarak, mesleki ilkeleriyle sistemin zorluklarını dengelediklerini vurgulamaktadırlar. Burada özellikle dini sermayenin önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların mesleki ilkeleri ile çatışma yaşamasının altında yatan gerçeğin, maruz kaldıklarının bilincinde olmadıkları sembolik şiddet olduğu değerlendirilmektedir. Çalışanların bir bölümü programı kabul ederek rıza göstermekte, kabul etmeyenler ise programın meşruiyetinden dolayı kendilerine

dayatılan süreçleri görmezden gelmektedirler. Katılımcıların baş etme stratejileri hem alandaki konumlarını korumak hem de kendi konumunda dönüşümler sağlamaktır. Yani Bourdieu'nun (1984) habitus kavramı ile açıkladığı gibi sağlık çalışanları bulundukları ortama uyum sağlamakta ve olaylara uygun tepkiler vermektedirler. Katılımcıların mesleki ilkelerini dengelemede kullandıkları baş etme stratejilerinden hareket ederek, elde edilen bulgular ışığında, sağlık gibi önemli bir alanda sembolik şiddete maruz kalınmaması için katılımcılardan **doktorların** önerilerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkün olabilir:

a) Yönetsel (İşleyişe Yönelik) Öneriler

- Sağlık sistemi insan odaklı olmalı, sağlık hizmeti ticari kaygı ve kar etme kaygısı ile sunulmamalıdır. Sağlık alanının içinden “para” kavramının çıkarılması ve yeniden sosyal devlet anlayışı yerleşmelidir.
- Hastalık sayısını artıran özel hastaneler kapatılmalıdır.
- Randevu sistemi (MHRS) yeniden düzenlenmeli, 10 dakikada bir hasta randevusu planlamasının önüne geçilmelidir.
- Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli özelliklerinden biri olan kalite standartları yalnızca prosedür düzeyinde kalmamalı, her alanda uygulanabilirliği olmalıdır.
- İş gücü verimli bir şekilde dağıtılmalı, nitelikli sağlık çalışanları sağlık alanına alınmalı, hekimlerin sayıları artırılmalı ve alanıyla ilgili birimlerde görev almalıdır.
- Bilimsel ilerleme karşısında niteliğin artması, sağlık sektörü için oldukça önemli bir stratejidir. Sağlık çalışanlarının bilimsel girişimleri desteklenmelidir.
- Aile hekimliği sistemi revize edilmeli, aile hekimlerinin eğitim süreçleri artırılmalı ve sağlıkta basamak sistemi (*sevk sistemi*) tam olarak uygulanmalıdır.
- Şehir hastaneleri sağlık alanında oldukça masraflı ve hasta sayısının yüksek olmasını gerektiren bir sistem olduğundan sayısı azaltılmalı, şehir hastaneleri yerine koruyucu hekimlik ve aile hekimliği teşvik edilmelidir.

- Sağlığın her alanında sağlık çalışanı sayısı artırılmalı, hekimlerin sağlık dışı sekreteryaya gibi işlemlerle kaybettiği zamanın önüne geçilmelidir.

b) Sosyal Öneriler

- Meslek örgütleri ve sendikalar siyasi kaygılar içinde bulunarak mesleki ilkeleri gözetmemekte ve sağlık çalışanlarının haklarını savunamamaktadır, bu nedenle yeniden yapılandırma sağlanmalıdır.
- Sağlık alanında hasta sayısını azaltmaya yönelik planlamalar (eğitim, kamu spotu vb.) yapılmalıdır.
- Popülist bir yaklaşım olan ‘hasta memnuniyeti’ kavramından vazgeçilerek, nitelikli sağlık uygulamalarının ölçüt olarak kullanılması gerekmektedir. Sağlık sisteminde referans uygulamalarına (*hastasına öncelik talebi*) son verilmelidir.
- Sağlık sistemi hasta odaklı olduğu kadar, çalışan odaklı da olmalıdır. Hekime ve sağlık çalışanına şiddeti engelleyici yasalar ve şiddet karşısında uygulanan yaptırımlar artırılmalıdır.
- Özellikle ilaç kullanımı ile ilgili olarak hasta eğitimleri planlanmalı, acil servise başvurular kontrol altına alınmalıdır ve bu konuda özellikle koruyucu hekimliğin ön planda olduğu kamu spotları artırılmalıdır.

c) Ekonomik Öneriler

- Hekimler arasındaki barışın bozulmasına neden olan sağlıkta performans sistemi kaldırılmalı, performans branşlara göre ayarlanmalı (*cerrahi branşlar dahili branşlara göre daha fazla performans ücreti almalı*) ve uygulanmadığı halde yalnızca performans ücreti almak için yapılmış gibi gösterilen sistem girdilerinin önüne geçilmelidir.
- Sağlık alışanları arasındaki ekonomik gelir farkı arasındaki eşitsizlikler giderilmeli, ekonomik gelirin performansa göre artmasının ya da azalmasının önüne geçilmelidir.

Sağlık çalışanları arasındaki adaletsizliklerin önüne geçilmelidir. Doktorun gelir kaygısı olmaksızın sağlık hizmeti vermesi sağlanmalıdır.

Fizyoterapistlerin sağlık alanında sembolik şiddetin yaşanmaması için getirdikleri öneriler aşağıda sunulmuştur:

a) Yönetsel (İşleyişe Yönelik) Öneriler

- Sağlık sistemi doktor odaklı olmamalıdır.
- Doktorların fizyoterapistler üzerindeki otoritesi sona erdirilmeli, fizyoterapistler de doktorlar gibi tedavi uygulayıcısı olarak söz sahibi olmalı ve tedavi planında fizyoterapistin de fikrinin alınması gerekmektedir. Tıpkı doktorlarda olduğu gibi benzer randevu sistemi fizyoterapistler içinde oluşturulmalıdır.
- Sağlık çalışanının güvenliği sağlanmalıdır.
- Yönetim tüm sağlık çalışanlarının kararlarına destek olmalıdır.
- Mesleğin yeterince tanınması için gerekli yasalar çıkarılmalı ve kamuya daha fazla sayıda fizyoterapistin atanması sağlanmalıdır.
- Fizyoterapistlerin bilimsel faaliyetlere katılımı devlet eliyle desteklenmelidir.
- Sağlık sistemi ücretsiz olmalı, şehir hastaneleri yerine mevcut hastanelerimiz iyileştirilmeli ve sağlıkta sözleşmeli personel ve özel hastaneler kaldırılmalıdır.
- Fizyoterapistler, yardımcı hizmet sınıfında değil, sağlık hizmetleri sınıfında yer almalıdır.
- Fizyoterapistlerin görev yaptığı rehabilitasyon bölümleri arasında rotasyon yapılmalıdır.

b) Sosyal Öneriler

- Ayrıcalıklı hastalara hizmette öncelik tanınmamalıdır. İnsanlara koruyucu rehabilitasyon konusunda eğitimler verilmelidir. Rehabilitasyon merkezlerinin sayıları artırılmalı, hasta sayısı azaltılmalıdır.

- Fizyoterapistlerin sivil toplum kuruluşlarının faaliyetleri artırılmalı, siyasi engellerle karşılaşmamalıdır.
- Çalıştığı hasta grupları açısından düşünüldüğünde fizyoterapistlere, psikolojik destek verilmesi gerektiği ön plana çıkmaktadır.

c) Ekonomik Öneriler

- Sağlık çalışanları için yıpranma payı kanunu çıkarılmalıdır.
- Fizyoterapistlerin maaşlarında iyileştirmeye gidilmeli, fizyoterapistler de doktorlar gibi performans ücreti almalı ve motivasyonunu artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık alanında **hemşirelerin** sembolik şiddet yaşanmaması için getirdiği öneriler aşağıda sunulmuştur:

a) Yönetsel (İşleyişe Yönelik) Öneriler

- Sağlık yöneticilerinin sahalarda çalışan kişilerden seçilmesi gereklidir. Yöneticiler, iş yükü dağılımında adaletli davranmalıdır.
- Hemşirelerle ilgili karar süreçlerine, hemşireler de katılmalıdır. Hemşirelerin moral ve motivasyonunu artıran çalışmalar planlanmalıdır.
- Sağlık personeli sayısı artırılmalıdır. Çalışma saatleri nöbet sistemi esas alınarak yeniden planlanmalıdır.
- Hastaların hastanelere göre dağılımı eşit oranda olmalıdır.
- Hemşireliğin yardımcı meslek, ara meslek olarak tanınmasının önüne geçilmeli ve doktorluk gibi meslek sınıfı olarak tanımlanmalıdır. Mesleğe hak ettiği saygının gösterilmesi için yasal olarak gerekli önlemler alınmalıdır.
- Sağlık sistemini ticarileştiren performans sistemi kaldırılmalıdır.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı ile artan kalite çalışmaları prosedür işlemleri olmaktan çıkarılmalı, uygulamada kalite hizmetlerine dönüştürülmelidir. Evrak odaklı değil hasta odaklı bir hizmet planlanmalıdır.

- Hemşirelik mesleği arasında uzmanlaşmanın sağlanması için branşlaşma olmalıdır.

b) Sosyal Öneriler

- Sivil toplum kuruluşlarının aktif olarak çalışması ve kararlara hemşireleri de dahil etmesi gerekmektedir.
- Sağlık çalışanına şiddetin önüne geçilmeli, özellikle bu konuda topluma eğitim verilmeli, kamu spotları yoluyla şiddetin önüne geçici tanıtımlar düzenlenmelidir.

c) Ekonomik Öneriler

- Hemşirelerin performans puanları doğrudan hesaplanmalıdır. Hemşirelerin maaşlarında iyileştirmeye gidilmelidir.
- Hemşirelere yönelik yıpranma payı kanunla düzenlenmelidir.

Belirtilen bu öneriler, farklı sağlık çalışanlarının bir araya gelmesini gerektirmektedir. Sembolik şiddetin kaynağı, şiddet uygulama tekeli elinde bulunduran sembolik güç olduğundan, sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının sembolik güç ile yaratılan ayrımların, ikiliklerin üstesinden gelip sivil toplum örgütleri ile eşgüdüm içinde hareket etmeleri gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

Ağartan, T. (2007) “Sağlıkta Reform Salgını”, Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İstanbul: İletişim.

Akbal, A. (2015) Hemşireler ve Hastalar Açısından Bakım Etkileşimi ve Memnuniyeti, A. Kasapoğlu (Der.) *Özne Hayatı Konuşunca* içinde (s.261-320), Ankara: Ayrıntı.

Akdağ, R. (2011a) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu: 2003-2010, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839.

Akdağ, R. (2011b) Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 848.

Akdağ, R. (2010) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu: Eylül 2010, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 807.

Akdağ, R. (2008a) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.

Akdağ, R. (2008b) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770.

Akdur R. (1999) Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, *Türkiye Bilimler Akademisi*, (Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim "Bilanço 1923-1998' Ulusal Toplantısı Ayrı Basım), TÜBA: Ankara.

Akın, N.C. ve Diğerleri (2013) Hekime Yönelik Şiddet: Fenomenolojik Bir Değerlendirme, *Yurt ve Dünya Dergisi*, 6: 23-62.

Aktay, Y. (2007) Pierre Bourdieu ve Bir Maxwell Cini Olarak Okul, G. Çeğin, E.

Alper, Y. (2012) Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi Uygulaması, *Türk-İş Dergisi*, 2 (397), 56-60.

Alegria, M. P., Williams, S., Canino, G. (2011) Culture, Race, Ethnicity and Disparities: Fleshing Out The Socio-Cultural Framework For Health Services Desparities, B.

Pescosolido, J. Marin, J. McI.eod, A. Rogers (Ed.), *Handbook of The Sociology of Health, İllness and Healing: A Blueprint for the 21. st Century* içinde (s.363-382), New York: Springer.

Aydın, S, Demir, M. (2006) Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Serisi-2, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Back, L., Bennett, A., Edles, L. D., Gibson, M., Inglis, D., Jacobs, R., Woodward, I. (2012) *Cultural Sociology: An Introduction*, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Bal, H. (2016) Nitel Araştırma Yöntem ve Teknikleri (Uygulamalı-Örnekle), Bursa: Sentez.

Bauman, Z. (2017) Akışkan Modernite (Çev. S. O. Çavuş), İstanbul: Can.

Bauman, Z. (2017) Hermenötik ve Sosyal Bilimler: Anlamaya Dair Yaklaşımlar (Çev. H. Oruç), İstanbul: Ayrıntı.

Boratav, K. (1992) Türkiye Tarihi, cilt 4, Çağdaş Türkiye 1908-1980, İstanbul: Cem.

Boratav, K. (2012) Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009 Ankara: İmge.

Bostan, S., Çiftçi, F. (2016) Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastaneler Üzerindeki Değişim Etkisi: Hastane Yöneticilerinin Görüşleri, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt 7, Sayı 2: 1-8.

Bourdieu, P. (2016) Language, Symbolic Power (Çev. G. Raymond, M. Adamson), USA: Polity.

Bourdieu, P. (2015) Devlet Üzerine: College de France Dersleri (1989-1992), (Çev. A. Sümer), İstanbul: İletişim.

Bourdieu, P. (2015) Eril Tahakküm (Çev. B. Yılmaz), İstanbul: Bağlam.

Bourdieu, P. (2014) Sembolik Sermaye ve Toplumsal Sınıflar, G. Çeğin, E. Göker, N. Ökten (Ed.), *Cogito: Pierre Bourdieu İçinde (192-203)*, Sayı:76, İstanbul: YKY.

Bourdieu, P. (2014) On the State: Lectures at the Collège de France, 1989-1992, (Çev. D. Fernbach), Patrick Champagne ve diğ. (Ed.), Cambridge: Polity.

Bourdieu, P. (2013) Bilimin Toplumsal Kullanımları: Bilimsel Alanın Klinik Bir Sosyolojisi İçin (Çev. L. Ünsaldı), Ankara: Heretik.

Bourdieu, P. (2013) Seçilmiş Metinler (Çev. L. Ünsaldı), Ankara: Heretik.

Bourdieu, P. (2012) Bir Otoanaliz İçin Taslak (Çev. M. Erşen), İstanbul: Bağlam.

Bourdieu, P. (2011) Sanat Sevdası Avrupa Sanat Müzeleri ve Ziyaretçi Kitleleri (Çev. S. Canpolat), İstanbul: Metis.

Bourdieu, P. (2006) Karşı Ateşler (Çev. H. Yücel), İstanbul: YKY.

Bourdieu, P. (2006) Pratik Nedenler: Eylem Kuramı Üzerine (Çev. H. U. Tanrıöver), İstanbul: Hil.

Bourdieu, P. (2006) Sanatın Kuralları: Yazınsal Alanın Oluşumu ve Yapısı, İstanbul: YKY.

Bourdieu, P. (2005) Hukukun Gücü: Yasal Alanın Sosyolojisine Doğru (Çev. S. Demir), Ankara: Kalan.

Bourdieu, P. (2001) Masculine Domination, (Çev. R. Nice), U.S.A.: Stanford University.

Bourdieu, P. (2000) Pascalian Meditation, (Çev. R. Nice), California: Stanford University.

Bourdieu, P. (2000) Televizyon Üzerine (Çev. T. Ilgaz), İstanbul: YKY.

Bourdieu, P. (1999) On Television And Journalism (Çev. P. P. Ferguson), New York: New.

Bourdieu, P. (1998) Practical Reason: On The Theory of Action (Çev. R. Johnson), California: Stanford University.

Bourdieu, P. (1992) The Logic of Practice (Çev. R. Nice), Cambridge: Polity.

Bourdieu, P. (1991) Language and Symbolic Power, Cambridge: Polity.

Bourdieu, P. (1990) In Other Words: Essays Towards A Reflexive Sociology (Çev. M. Adamson), California: Stanford University.

Bourdieu, P. (1989) Social Space and Symbolic Power Pierre Bourdieu Sociological Theory, Vol. 7, No. 1: 14-25.

Bourdieu, P. (1987) What Makes a Social Class? On the Theoretical and Practical Existence of Groups. *Berkeley Journal of Sociology*, 32: 1-17.

Bourdieu, P. (1986) The Forms of Capital, J. G. Richardson (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* içinde (s.241-258), New York: Greenwood.

Bourdieu, P. (1985) Social Space and The Genesis of Groups, *Theory and Society*, 14 (6): 723-744.

Bourdieu, P. (1984) Distinction: A Social Critique Of The Judgement Of Taste (Çev. R. Nice), Cambridge: Harvard University.

Bourdieu, P. (1977) Outline of A Theory of Practice (Çev. R. Nice), UK: Cambridge University.

Bourdieu, P. (1968) Structuralism and Theory of Sociological Knowledge, *Social Research* 35 (4): 681-706.

Bourdieu, P., Passeron, J. (2014) Varisler, Öğrenciler ve Kültür (Çev. L. Ünsaldı, A. Sümer), Ankara: Heretik.

Bourdieu, P., Passeron, J. (1990) *Reproduction in Education Society and Culture* (Çev. R. Nice), New York: Routledge.

Bourdieu, P. et al. (1999) *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*, (Çev. P. P. Ferguson) California: Stanford University.

Bourdieu, P. ve Diğ. (2015) *Dünyanın Sefaleti* (Çev. L. Ünsaldı, A. Sümer, H. E. Mescioğlu, Ö. İlyas, L. Tutarlar, B. Öztürk, Z. Baykal, Ö. Akkaya), Ankara: Heretik.

Bourdieu, P., Wacquant, L. J. D. (2012) *Düşünümsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar* (Çev. N. Ökten), İstanbul: İletişim.

Bourdieu, P., Wacquant, L. J. D. (1992) *An Invitation to Reflexive Sociology*, Chicago: University of Chicago.

Bulut, A. (2007) Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi, Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar (Ed.), *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* içinde (s.111-125), İstanbul: İletişim.

Calnan, M. (1987) *Health and illness: The lay perspective*, London: Tavistock.

Charmaz, K., 1994. The grounded theory method: an explication and interpretation, Glaser, B.G. (Ed.), *More Grounded Theory Methodology: a Reader* içinde, (s. 95–115), California: Sociology

Cirhinlioğlu, Z. (2012) *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel.

Cirhinlioğlu, Z. (1999) *Az gelişmişliğin Toplumsal Boyutu*, Ankara: İmge.

Clifford, J., Marcus, G. E. (1986) *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, California: University of California.

Coburn, D. (2011) Health inequalities: a response to Scambler, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 34, No:1, (s.149-150). <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01423.x>.

- Coburn, D. (2009) Eşitsizlik ve Sağlık (Çev. U. Haskan), L. Panitch, C. Leys (Ed.) *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* içinde (s. 54-73), İstanbul: Yordam.
- Coffey, A., Atkinson, P. (1996) *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*, London: Sage.
- Collins, R. (2012). Entering and leaving the tunnel of violence: Micro-sociological Dynamics of emotional entrainment in violent interactions. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.850.4099&rep=rep1&type=pdf>.
- Collins, R. (2008) *Violence: A Micro-Sociological Theory*, USA: Princeton University.
- Corbin, J., Strauss, A. (1990) Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria, *Qualitative Sociology*, Vol. 13, No. 1: 3-21.
- Creswell, J. W. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Tradition*, London: Sage.
- Çeğin, G., Göker, E. (2012) Tözlere Elveda: İlişkisel Sosyolojinin Alameti Farikası, G. Çeğin, E. Göker (Ed.), *Tözcülüğün Tasfiyesi: İlişkisel Sosyolojide Temel Yaklaşımlar* içinde (s.11-22), Ankara: Notebene.
- Çelikay, F., Gümüş, E. (2011) Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt 66, No. 3: 55-92.
- Çiğdem, A. (2012) Bir İmkan Olarak Modernite: Weber ve Habermas, İstanbul: İletişim.
- Dilthey, W. (1999) *Hermeneutik ve Tin Bilimleri* (Çev. Doğan Özlem), İstanbul: Paradigma.
- Durkheim, E. (2011) *İntihar*, (Çev. Ö. Ozankaya), Ankara: Cem.

Durkheim, E. (2010) Dinsel Yaşamın İlkel Biçimleri (Çev. Ö. Ozankaya), Ankara: Cem.

Durkheim, E. (2006) Toplumsal İşbölümü (Çev. Ö. Ozankaya), Ankara: Cem.

Durkheim, E. (1994) Sosyolojik Metodun Kuralları (E. Aytekin), İstanbul: Sosyal.

Edles, L. D. (2006) Uygulamalı Kültürel Sosyoloji (Çev. C. ATAY), İstanbul: Babil.

Elias, N. (1978) What is Sociology?, New York: Columbia University.

Emirbayer, M. (1997) Manifesto for A Relational Sociology, *The American Journal of Sociology*, Vol.103, No.2: 281-317.

Engward, H. (2013) Understanding Grounded Theory, *Nursing Standart*, 28: 37-41.

Ergül, O. (2017) 1982 Anayasası, Ankara: Savaş.

Erkan, A. (2011) Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması, *Maliye Dergisi*, Sayı 160: 423-438.

Erol, H., Özdemir, A. (2012) Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Ocak 2014, Cilt 4, Sayı 1: 9-34.

Ertong, G. (2017) Türkiye’de Hekimlere Yönelik Şiddet: ir Temellendirilmiş Kuram Analizi, *Sosyoloji Dergisi*, 37(1): 157-178.

Evcı, D., Bilir, N. (1999) Dünya Sağlık Örgütü’nün “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” Kavramının İş Sağlığına Yansıması, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Yıl: 9, Sayı: 2, Nisan-Haziran.

Evre, B. (2015) Neo-Liberalizmin Teorik Açmazları ve Pratik Sonuçları: Bir Paradigma Krizi, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt:48, Sayı:4: 1-18.

Fichter, J. (1996) Sosyoloji Nedir? (Çev. N. Çelebi), Ankara: Atilla.

Gerth, H.H., Mills, C. W. (1998) Max Weber Sosyoloji Yazıları (Çev. T. Parla), İstanbul: İletişim.

Giddens, A. (2003) *Sosyolojik Yöntemin Yeni Kuralları; Yorumcu Sosyolojilerin Pozitif Eleştirisi*, (Çev. Ü. Tatlıcan ve B. Balkız), İstanbul: Paradigma.

Giddens, A. (1984) *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration* Berkeley and Los Angeles, University of California.
http://www.communicationcache.com/uploads/1/0/8/8/10887248/the_constitution_of_society.pdf.

Glaser, B., G. (2010) *The Future of Grounded Theory, The Grounded Theory Review, An international Journal*, vol.9, no.2, 1-15.

Glaser, B. G., Strauss, A.L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*, New York: Aldine de Gruyter.

Gökçe, O. (2006) *içerik Analizi Kuramsal ve Pratik Bilgiler*, Ankara: Siyasal.

Gökçe, B. (2004) *Toplumsal Bilimlerde Araştırma*, Ankara: Savaş.

Göker, A. Arlı, Ü. Tatlıcan (Ed.), *Ocak ve Zanaat: Pierre Bourdieu Derlemesi İçinde* (473-498), İstanbul: İletişim.

Görmüş, A. (2013) *Sağlık sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, Ankara: Siyasal.

Gürses, H. N. Alemdaroğlu, İ., Tanrıverdi, M. (2014) *Türkiye’de Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Fakülte Bölümü/ Yüksekokullarının İncelenmesi Ve Müfredat Analizi, Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 25(1): 16-27.

Hofstede, G. (1980) *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*, Thousand Oaks, CA: Sage.

Holden, C. (2005) *Privatization and Trade in Health Services: A Review of the Evidence, International Journal of Health Services* 35, No:4: 675-689.

Jacobs, M. D., Hanrahan, N. W. (2005) Difference and Cultural Systems: Dissonance in Three Parts, M. D Jacobs and N. W. Hanrahan (Ed.), *The Blackwell Companion to the Sociology of Culture* içinde (s. 48-62), U.K.: Blackwell.

Jenkins, R. (1992) Key Sociologist: Pierre Bourdieu, London: Routledge.

Kasapoğlu, M. A. (2016) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 25 (2): 131-174.

Kasapoğlu, M. A. (2016) Türkiye’de Uygulamalı İlişkisel Sosyoloji Yapacaklar İçin Bir Yolculuk Haritası, M. A. Kasapoğlu (Ed.), *Uygulamalı İlişkisel Sosyoloji* içinde (s.17-85), İstanbul: Yeni İnsan.

Kasapoğlu, M. A. (2015) Sosyolojide Temellendirilmiş Kuram Geliştirme, M. A. Kasapoğlu (Ed.), *Özne Hayatı Konuşunca* içinde (s.15-39), İstanbul: Ayrıntı.

Kasapoğlu, A. (1992) Tıp - Sosyoloji İlişkisi, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Türk Tabipleri Birliği Yayın Organı, Sayı 49: s.52.

Kasapoğlu, M. A., Akbal, A. (2017) The Gendered Profession: The Case Of Nursing In Turkey, *Advances in Social Sciences Research Journal*, 4(16), 23-45.

Kasper, D. (2013) Sosyolojiyi Dinamik İlişkilere Odaklanarak Geliştirmek (Çev. Ö. Akkaya), A. Esgin, G. Çeğin (Ed.), *İlişkisel Sosyoloji: Ontolojik ve Teorik Yönelimler* içinde (s. 111-140), Ankara: Phoenix.

Kelman, S. (1975) The Social Nature of the Definition Problem in Health, *International Journal of Health Services*, 5(4): 625-642.

Keen, S. (2007) Empathy and the Novel. New York, US: Oxford University.

Kol, E. (2015) Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, S135-364.

Lamont, M., Laurent, T. (2000) Rethinking comparative Cultural Sociology Repertoires of the Evaluation in France and the United States, U.K.: Cambridge University.

Luhman, N. (1979) Trust and Power (Çev. H. Davis, J. Raffan, K. Rooney), T. Burns, G. Poggi (Ed.), UK: John Wiley and Sons.

Marx, K. (2000) Kapital (Çev. A. Bilgi), Ankara: Sol.

Maslach, C., Jackson, S. E.(1981) The Measurement of Experienced Burnout, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 2: 99-113.

Mayr, A. (2008) Language and Power: An Introduction to Institutional Discourse, London and New York: Continuum.

Mills, W. (2007) Toplumbilimsel Düşün , (Çev. Ü. Oskay), İstanbul: Der.

Mohr, J., W. (2013) Bourdieu's Relatinal Method in Theory and Practice: From Fields and Capitals to Network and Institutions, F. Depelteau ve C. Powell (Ed), *Applying Relational Sociology: Relations, Networks and Society* içinde (s.101-135), New York: Palgrave.

Mukherjee, R.(1998), "Social Reality and Culture" in Current Sociology, 46: 39-50.

Murphy, J. W. (2000) Postmodern Sosyal Analiz ve Postmodern Eleştiri (Çev. H. Arslan), İstanbul: Paradigma.

Nettleton, S. (1995) The Sociology of Health and Illness, London: Polity.

Neuman, W. L. (2010) Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar (Çev. S. Özge), Cilt I-II, İstanbul: Yayınodası.

Olafsdottir, S., Beckfield, J. (2011) The Welfare State Matters: Integrating Welfare State Theories into Medical Sociology, B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod, ve A. Rogers (Ed.), *Handbook of Sociology of Health, Illness, and Healing* içinde (s.101-116), New York: Springer.

Oran, B. (2u.011) 1960-1980 Görelî Özerklik-3, B. Oran (Der.), *Türk Dış Politikası* içinde (s.655-680), İstanbul: İletişim.

Özalpman, D. (2010) Bir Temellendirilmiş Kuram Denemesi: Politik Amaçla Marka Seçen Tüketici Yönetimi, *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 39.

Özen, S. (2003) Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri, *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4: 73-87.

Parsons, T. (1991) *The Social System*, B. S. Turner (Ed.), London: Routledge, 05 Kasım,2016. <http://home.ku.edu.tr/~mbaker/CSHS503/TalcottParsonsSocialSystem.pdf>.

Popay, J., Williams, G. (1994) *Researching The People's Health*, London: Routledge.

Punch, K. F. (2011) *Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar* (Çev. D. Bayrak, H. B. Arslan, Z. Akyüz), Ankara: Siyasal.

Sağlık Bakanlığı (2008), "Sağlıkta Dönüşüm, Performans Toplantıları-2", Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2007) *Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2006), "Sağlıkta Performans Yönetimi", Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Simmel, G. (2013) *Modern Kültürde Çatışma* (Çev. T. Bora, N. Kalaycı, E. Gen), İstanbul: İletişim.

Sönmez, M. (2011) *Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*, İstanbul: Yordam.

Sözen, E. (1999) *Söylem; Belirsizlik, Mübadele, Bilgi/Güç ve Refleksivite*, İstanbul: Paradigma.

Spoelstra, O. (2014) *Ernst Cassirer and the Theories of Relativity*, <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/.../helescriptie.pdf>.

Stewart, S. (2013) Evaluating Culture: Sociology, Aesthetics and Policy, 03 Kasım 2016, <http://www.socresonline.org.uk/18/1/14.html>

Swartz, D. (2011) Kültür ve İktidar: Pierre Bourdieu'nün Sosyolojisi (Çev. E. Gen), İstanbul: İletişim.

Swartz, D. (1997) Culture and Power: The Sociology of Pierre Bourdieu, USA: The University of Chicago.

Taylor, C. (2017) Modernliğin Sıkıntıları (Çev. U. Canbilen), İstanbul: Ayrıntı.

Touraine, A. (2016) Modernliğin Eleştirisi (Çev. H. U. Tanrıöver), İstanbul: YKY.

Turner, B. S. (2011) Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi (Çev. Ü. Tatlıcan), Bursa: Sentez.

Türk, B. (2010) Bourdieu ve Söylem Tartışmaları, G. Çeğin, E. Göker, A. Arlı, Ü. Tatlıcan (Ed.), *Ocak ve Zanaat: Pierre Bourdieu Derlemesi* içinde (s. 605-626), İstanbul: İletişim.

Uğurluoğlu, Ö., Çelik, Y. (2005) Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt. 8 (1): 3-29.

Ulutaş, Ç. (2011) Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında: Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, Ankara: Nota Bene.

Van Dijk, T., A. (2015) Critical Discourse Analysis, D. Tannen, H. Hamilton, D. Schiffrin (Ed.), *Handbook of Discourse Analysis. Second Edition* içinde (s.466-485), Chichester: Wiley Blackwell.

Van Dijk, T.,A. (2005) Politics, ideology and discourse, Elsevier Encyclopedia of Language and Linguistics, R.Wodak (Ed), *Volume on Politics and Language*,s.728-740. <http://www.discourses.org/OldArticles/Politics,%20Ideology%20and%20Discourse.pdf>.

- Van Dijk, T., A. (1995) The mass media today., Discourses of domination or Diversity?, *Javnost/The Public (Ljubljana)*, 2(2): 27-45.
<http://www.discourses.org/OldArticles/The%20mass%20media%20today.pdf>
- Van Dijk, T., A. (1993) Principles of critical discourse analysis, *Discourse & Society*, 4(2): 249-283.
- Wallece, R. A., Wolf, A, (2004) Çağdaş Sosyoloji Kuramları, Klasik Geleneğin Geliştirilmesi (Çev. L. Elburuz ve M. R. Ayas), İzmir, Punto.
- Weber (2009) Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu (Çev. Z. Gürata), Ankara: Ayraç.
- Weber, M. (2011) Toplumsal ve Ekonomik Örgütlenme Kuramı (Çev. Ö. Ozankaya), İstanbul: Cem.
- Weininger, E. B. (2002) Class and Causation in Bourdieu, içinde *Current Perspectives in Social Theory*, vol. 21, 49- 114, J. Lehmann (Ed.), Amsterdam: JAI Press.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*, New York: Open University.
- Yılmaztürk, A. (2013) Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi, *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, Sayı:15, 176-188.

İnternet Kaynakları

- Dünya Bankası (1993) “Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency” raporu
- Hemşirelik Ders Programı (2017), <http://ghy.sbu.edu.tr>.
- <http://documents.worldbank.org/curated/en/919651468760505354/Turkey-Reforming-the-health-sector-for-improved-access-and-efficiency>
- <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf>

<http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>.

Kurumları İşletme Yönetmeliği, http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17927_1.pdf.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Talimatı (BUT), <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520-2.htm>.

Sağlıkta Performans Yönetimi' adlı bilgilendirme broşürü, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212155410_performans2.pdf.

Sağlıkta Performans Yönetimi ve Performansa Göre Ödeme Sistemi raporuna (2005) www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf.

13/01/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi

TÜİK (2016) Yaşam Memnuniyeti Araştırması, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24641>.

Türk Tabipler Birliği ve İstanbul Tabipler Odası (2009) “Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı”, <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/itocalistay.pdf>.

TBMM (2013) “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”

https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf.

Türkiye Ekonomi Politikaları Vakfı (2009) Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi, [http://www.tepav.org.tr/upload/files/1282135827-](http://www.tepav.org.tr/upload/files/1282135827-4.Saglik_Reformunun_Sonuclari_Itibariyle_Degerlendirilmesi.pdf)

[4.Saglik_Reformunun_Sonuclari_Itibariyle_Degerlendirilmesi.pdf](http://www.tepav.org.tr/upload/files/1282135827-4.Saglik_Reformunun_Sonuclari_Itibariyle_Degerlendirilmesi.pdf).

1954 tarihli 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, 2007 tarihli 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007.

5634 sayılı kanun, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm.

6225sayılı(06.04.2011) kanun, [ttp://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110426-1.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110426-1.htm).



EKLER

EK-1. Derinlemesine Görüşme Formu

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

Değerli katılımcı, “Türkiye’de Sağlık Alanında Dönüşüm: Sembolik Güç ve Sembolik Şiddet İlişkisi” adlı doktora tez çalışması kapsamında yapılan araştırma, sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken karşılaştıkları zorluklar ve bununla birlikte sembolik şiddete nasıl maruz kaldıklarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Çalışmanın bilimselliği ve verimliliği bakımından sorulara vereceğiniz içten cevaplar önem arz etmektedir. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Alev AKBAL

Ankara Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

1. Cinsiyetiniz?
2. Yaşınız?
3. Medeni Durumunuz nedir?
4. Çocuğunuz var mı? Varsa, kaç çocuğa sahipsiniz?
5. Mesleğiniz?
6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlıyorsunuz?
7. Kaç yıldır bu mesleği icra ediyorsunuz?
8. Neden bu mesleği tercih ettiniz? Ailenizde sağlık çalışanı var mı? Mesleği tercih etmeniz etkili oldu mu?
9. Toplumun mesleğinize bakış açısını nasıl değerlendiriyorsunuz?

10. Sağlık alanında bulunan diğer meslek grupları (*doktor, fizyoterapist, hemşire*) ile aranızda ekonomik, kültürel ve sosyal yönden farklılıklar var mıdır?
11. Sahip olduğunuzu düşündüğünüz kültürel, sosyal ve ekonomik sermayeleriniz nelerdir?
12. Sahip olduğunuz sermayeleri önem sırasına koyar mısınız?
13. Eksik olduğunu düşündüğünüz sermayeler nelerdir ve bu eksikliği gidermek için neler yapıyorsunuz?
14. Mesleğinizin en belirgin zorlukları (*icra ederken karşılaştığınız zorluklar*) nelerdir?
15. Bu zorlukların kaynakları nelerdir?
16. Mesleğinizi icra ederken meşru (*yasa, yönetmelik, tüzük vs.*)yollarla herhangi bir baskıya maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?
17. Sağlık uygulamalarına yönelik herhangi bir baskıya maruz kalıyor musunuz?
18. Meşru olarak size sunulan yaptırımları doğrudan kabul edip uyguluyor musunuz?
19. Meşru yollarla size sunulan uygulamaların gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?
20. Yönetim ya da meşru yollarla size dayatılan ya da yapmanızı istenilen uygulamalar ile meslek etiğinizin uyuşmadığı durumlarla nasıl baş ediyorsunuz? Meşru uygulamalar ile meslek etiğinizi nasıl dengeliyorsunuz?
21. Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi sahibi misiniz? Eğer Program hakkında bilgi sahibi iseniz, program hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
22. Mesleğinizi icra ederken karşı karşıya kaldığınız zorlukların üstesinden gelebilmek için önerileriniz nelerdir?

ÖZET

Sağlık, geçmişten günümüze tüm toplumlar için güncelliğini koruyan bir alandır. Sağlığın anlamı ise kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Sağlık alanında yaşanan sorunların artmasıyla sağlık; biyolojik temelli bir kavram olarak düşünölmekten ziyade toplumsal temelli olarak da düşünölmeye başlanmış ve bu alanda yapılan bilimsel çalışmalar artmıştır. Bu bağlamda sağlık sosyolojisi, sosyolojinin alt dallarından birisi olup, temelde sağlık ve hastalıkla ilişkili sosyal, kültürel ve ekonomik süreçleri ele almaktadır.

Sağlık sosyolojisi özellikle toplumsal gücün dağılımı ve toplumsal kontrol mekanizmaları ile de yakından ilgilidir (Cırhinlioğlu, 2012: 38). Sağlık alanında toplumsal gücün dağılımı ve kontrolü bu çalışmada Pierre Bourdieu'nun "Pratiğın Kuramı" ve temel kavramlarından faydalanılarak ele alınmıştır. Çalışmada, "Pratiğın Kuramı" çerçevesinde, sağlık bir 'alan' (*field*), sağlık çalışanlarının sahip oldukları maddi ve manevi değerler 'sermaye türleri', sağlık politikaları uygulayıcıları 'sembolik güç' ve sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet ise 'sembolik şiddet' kavramı kullanılarak tartışılmıştır. Çalışmada, neoliberal sürecin bir parçası olarak düşünölen ve Türkiye'de 2002 yılından itibaren uygulanmaya başlanan ve sağlık reformlarından biri olarak tanımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programının getirdiğı uygulamalar nedeniyle sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken maruz kaldıkları sembolik şiddet sonucu ortaya çıkan çatışmalar bu çalışmanın temel problemini oluşturmaktadır.

Bu çalışmada sağlık alanında (*field*) Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının sembolik şiddete nasıl maruz kaldıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Sembolik şiddet süreci ele alınırken sağlık alanındaki ayrımlara dikkat çekilerek, doktor, fizyoterapist ve hemşirelerin sahip oldukları sermayelerle ilişkilendirilerek bulgular tartışılmıştır.

Çalışma, üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın konusu ile ilgili temel kavramlar birbirleri ile ilişkilendirilerek birinci bölümde yer almıştır. Ayrıca çalışmanın problemi, amaçları, sosyolojik yaklaşımı, sayıtları, yöntemi, sınırlılıkları, önemi, evren ve örnekleme birinci bölümde sunulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde, temellendirilmiş kuramın açık kodlama, eksenel kodlama ve seçici kodlama aşamaları baz alınarak ve derinlemesine mülakat tekniğiyle elde edilen bilgiler eleştirel söylem analizi tekniğinden yararlanılarak değerlendirilmiş ve çalışmanın yaklaşımına uygun olarak tartışılmıştır.

Çalışmanın açık kodlama bölümünü altı temel kategori oluşturmaktadır:

İlk kategoriye mesleğin tercih edilme nedenleri oluşturmaktadır. Mesleğin tercih nedenlerine bakıldığında, doktorların çoğunluğu hekimlik mesleğini sevmeleri ve toplumsal konumu nedeniyle tercih ettiklerini, fizyoterapistlerin çoğunluğu aslında tıp mesleğini istediklerini ancak üniversite sınavında yeterli puanı alamadıkları için fizyoterapistliği tercih ettiklerini ve hemşirelerin çoğunluğu ise erken yaşta meslek sahibi olup maddi kazanç elde etmek için hemşirelik mesleğini tercih ettiklerini belirtmektedirler.

İkinci kategori, mesleğin toplumsal imajıdır. Görüşme yapılan üç meslek kategorisi de, sağlık alanındaki mesleklerin geçmişe nazaran değer kaybettiğini belirtmektedir.

Üçüncü kategoriye sağlık çalışanlarının sağlık alanındaki sermaye farklılıkları oluşturmaktadır. Görüşme yapılan her üç meslek grubu da doktorların ekonomik sermayeye diğer meslek gruplarına göre daha fazla sahip olduğunu, ekonomik sermayenin fazla olması da sosyal ve kültürel sermayenin fazla olmasından kaynaklandığını belirtmektedirler.

Dördüncü kategori çalışmanın temel probleminin ortaya konulduğu, mesleki zorluklar ve sembolik şiddet kategorisidir. Bu kategoride görüşme yapılan tüm meslek grupları için sembolik şiddetin ortaya çıkmasında ve bunun sonucu olarak çatışmaların

yaşanmasına neden olan zorluklar benzerlik göstermektedir. Ancak doktorlar zorlukları yalnızca kendi meslek grupları içinde değerlendirirken; fizyoterapist ve hemşireler doktorlarla bir karşılaştırma içine girmekte ve ast-üst ilişkilerinde çatışmaların olduğunu işaret etmektedirler. Çatışmanın en önemli sebebi olarak, performans sisteminden kaynaklanan ekonomik sermayenin dağılımındaki eşitsizlik ve doktorların hegemonik uygulamaları belirtilmektedir. Her üç meslek grubunun hem fikir olduğu zorluk ise kalite standartları uygulamaları ve sağlık çalışanına şiddetin artması konularıdır.

Çalışmada tanımlanan beşinci temel kategori ise, mesleki ilkelerin dengelenmesi kategorisidir. Görüşme yapılan her üç meslek grubunda, zorluklar karşısında mesleki ilkelerini dengeleme yolları benzerlik göstermektedir. Ancak mesleğe göre öncelik farklılığı bulunmaktadır. Doktorlar mesleki ilkelerini dengelemede çoğunlukla tecrübeli ve profesyonel davranmayı tercih ederken; fizyoterapist ve hemşireler çoğunlukla manevi doyum, vicdanlı davranma, ahlaklı olma gibi sosyal değerlere başvurmaktadırlar.

Son kategoriye Sağlıkta Dönüşüm Programı farkındalık kategorisi oluşturmaktadır. Buna göre doktorların, fizyoterapistlerin ve hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Programı bilgisi açısından farklılıklar göze çarpmaktadır. Doktorların dönüşüm programı ile ilgili bilgileri, fizyoterapistler ve hemşirelere oranla çok daha fazladır. Bunun temel nedeni, dönüşüm programının temel aşamalarının doktorların tıbbi uygulamaları üzerinden yürütülmesi ve gerçekleştirilmesi olarak düşünülmektedir.

Çalışmanın eksenel kodlama bölümünde bir üst kategoriler oluşturulmuştur. Buna göre doktorların, fizyoterapistlerin ve hemşirelerin, sistemden, mesleğin kendisinden ve hastadan kaynaklı olarak tanımladıkları birçok zorluğun temelinde, dolayısıyla çalışmanın ana problemi olan sağlık çalışanının maruz kaldığı sembolik şiddetin neden olduğu çatılmanın temelinde performans sistemi ve kalite standartları uygulamalarının bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Temellendirilmiş kuramın son aşaması olan seçici kodlama bölümünde, yapılan görüşmelerde katılımcıların sağlık sisteminin ticarileşmesi söylemlerinden hareketle, sağlık sistemi “Alışveriş merkezi (AVM)” metaforu kullanılarak öykülendirilmiştir. Aynı zamanda kodlama yapılan tüm kategorilerin ortak kodu olan çekirdek kavrama ulaşılmıştır. Tüm kategorilerin ortak kodu olan, herhangi bir başarıyı ya da elde edilen iyi sonucu işaret eden performans yani “sembolik başarı” ve mala değer verdiren özelliği işaret eden kalite yani “nitelik” çalışmanın çekirdek kavramlarını oluşturmaktadır.

Çalışmanın son bölümünde ise, bulgular bölümünde elde edilen veri, sosyolojik yaklaşımla birlikte değerlendirilerek, çalışmanın problemine yönelik katılımcıların görüşleri doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sosyolojisi, Bir Alan (*field*) Olarak Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sembolik Güç, Sembolik Sermaye, Sembolik Şiddet, Temellendirilmiş Kuram (*Grounded Theory*).

ABSTRACT

Health is a very important field for all communities which protect its currency till the present days. The meaning of health varies from one culture to another. Together with the increase of the problems in the field, health is began to be considered as a social based concept rather than biological based term and this change lead to an increase of the scientific studies in this field. In this context the sociology of health, one of the sub-branches of sociology, deals with the social, cultural and economic processes relevant to health and illness.

Sociology of health is directly related to distribution of social power and the social power control systems. In this work, the control and distribution of social power is discussed by utilizing Pierre Bourdieu's "Theory of Practice" and also his basic concepts. In this study; the health discussed as "field", the material and moral values owned by the health workers discusses as "capital type", health policy practitioners discussed as "symbolic power" and finally the violence against the health workers discussed as "symbolic violence" pursuant to the "Theory of Practice". The Health Transformation Program is defined as one of the health reforms that has been implemented in Turkey since 2002, which is considered as part of the neo-liberal process. The main problem of this study is the conflicts resulting from symbolic violence that health workers are subjected to due to the practices revealed by the Health Transformation Program while they performing their professions.

The aim of this study is to reveal how health workers exposed to symbolic violence by implementing Health Transformation Programme. While examining the symbolic violence process and discussing the findings of the study; the distinction in the health field is emphasized and this distinction is associated with the capital that doctors, nurses, physiotherapist have.

This thesis consists of three main chapters. The subject of study and the basic concepts are placed in the first chapter. In addition to that, the problem and the objective of the study, sociological approach; assumptions, procedure, restrictions and importance of the study, sample and universe are written in the first chapter.

In the second chapter of the study; in the basis of grounded theory open coding, axial coding and selective coding phases, the findings evaluated obtained by in-depth interview techniques and also were discussed according to the study approach.

The explicit open coding part of the study comprises six main categories:

The first category is the reasons for choosing the profession. When examine the reasons for choosing the profession we see that; the majority of doctors prefer medical science because they love it and they think that the social position of doctors is high. The majority of physiotherapists actually prefer the medical science, but they indicate that since they could not get sufficient score in the matriculation, they prefer physiotherapist profession. And the majority of nurses prefer nursing to have a profession in an early age and to gain a remarkable income.

The second category is the social image of the profession. All three profession categories state that the professions in the field of health have lost their value when compared to the past.

The third category is the capital differences of health workers in the field of Health. All three professions asserted that the doctors have more capital than the other profession groups and added that the reason for having more economic capital arise from having more social and cultural capital.

The fourth category is the professional challenges and symbolic violence, where the main problem of the study is revealed. For all the professional groups, interviewed for this category, the difficulties in the emergence of symbolic violence and the difficulties causing conflicts have some similarities. However, while doctors evaluate difficulties

only within their own profession groups, physiotherapists and nurses compare themselves with the doctors and they indicate that there are conflicts in superior-subordinate relationships. The most important reason for the conflict is the inequality in the distribution of economic capital arising from the performance system and the hegemonic applications of doctors. All three professional groups are agree on the challenge of quality standards applications and increasing amount of violence against health workers issues.

The fifth category defined in this study is the balancing of professional principles. In each of the three interviewees, the ways to balance the professional principles in the face of difficulties are similar. However, there is a difference of priority due to the profession. While doctors prefer to be more professional and experienced in balancing their professional principles; physical therapists and nurses often refer to social values such as spiritual satisfaction, conscience and morality.

The last category is the situational awareness of the Health Transformation Program. Accordingly, some differences are observed within doctors, physiotherapists and Nurses in terms of the knowledge about the Health Transformation Program. Doctors' knowledge about the Transformation program is much more than physiotherapists and nurses. The main reason for this is that the basic phases of the transformation program are carried out through the medical applications of doctors.

In the axial coding section of this study, upper categories are also formed. According to this, it has been revealed that the performance system and quality standards applications are the main problems of the many difficulties that described by the doctors, physiotherapists and nurses as originating from the system, the profession itself and the patient.

In the selective coding section which is the final phase of the grounded theory, by taking the commercialization of Health System into account, the health system is

emulated by using the “Shopping Mall” metaphor. At the same time, the core concept has been reached, which is the common code of all coding categories. The core concepts of this study are the “quality” that points out to the value of property and “symbolic performance” that points out to the any success or good result achieved.

In the last chapter of the study, the data acquired in the findings part are utilized with the sociological approach and proposals for the solution of problems are sorted.

Key Words: Sociology of Health, Health As a field, Health Transformation Programme, Symbolic Power, Symbolic Capital, Symbolic Violence, Grounded Theory.

