



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANLATILARIN DİLİ ÜZERİNDEN KLİNİĞİ VE KLİNİK EĞİTİMİ
DÜŞÜNMEK: ANLATI ANALİZİ**

MERVE SARAÇOĞLU
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET ALİ GÜLPINAR
TIP EĞİTİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2024



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANLATILARIN DİLİ ÜZERİNDEN KLİNİĞİ VE KLİNİK EĞİTİMİ
DÜŞÜNMEK: ANLATI ANALİZİ**

MERVE SARAÇOĞLU
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET ALİ GÜLPINAR
TIP EĞİTİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL – 2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Merve Saraçoğlu

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin ikinci yarısında bir final ödeviyle temelini attığım bu tez çalışması, *“hikayemi yazıyorum”* diyerek altı yılda inşa edildi. Bu süreç benim için emeği yoğun ve aynı zamanda çok öğretici, geliştirici ve dönüştürücü bir yolculuktu. İlk önce kendime; yolculuğa çıkma cesaretimden, süreçteki motivasyonumdan ve enerjimden dolayı teşekkür ediyorum. Bu yolculukta yorulduğum, mola verdiğim ve nefeslendiğim *“ara duraklarım”* oldu ve bu duraklarda adını tek tek sayamayacağım *“anlatı”* dostlarım ve arkadaşlarım oldu, hepsini sevgiyle kucaklıyorum ve teşekkür ediyorum. Aynı zamanda çalışmanın yapıldığı cerrahi bölümün tüm ekibine; beni altı ay misafir ettikleri ve hikayelerini büyük bir içtenlikle paylaştıkları için çok teşekkür ediyorum.

Her daim yardım ve desteklerini yakınımnda hissettiğim Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı’ndan hocalarıma, arkadaşlarıma ve Marmara TEAD ailesine çok teşekkür ediyorum. Sahaya çıkmadan önce yoğunluğuna rağmen *“Etnografi”* konusunda profesyonel alan uzmanlık desteğini ve bilgisini paylaşan sosyal antropolog sayın Prof. Dr. Ahmet Erkan KOCA’ya nezaketi için çok teşekkür ediyorum. Tez izleme komitesi üyelerinden Doç. Dr. Barış MUTLU’ya; tez sürecindeki destekleri ve tezin kavramsal/kuramsal çerçevesindeki *“Anlatısallık ve Eleştirel Yaklaşım”* konusunda felsefe alan uzmanlığı görüş ve önerileri için teşekkür ediyorum. Katılımlı gözlem sürecimde sahada yaşadığım yoğun duygusal durumlarla başedebilmem noktasında bir psikolog olarak sürekli desteklerine başvurduğum ve her bir katılımcının anlatılarını, o bağlama, o anlara ve o duygulara giderek birlikte yeniden yaşadığımız tez izleme komitesi üyelerinden kıymetli hocam Doç. Dr. Sinem YILDIZ İNANICI’ya çok teşekkür ediyorum.

Değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLPINAR’a; doktora sürecimin her aşamasında desteklerini esirgemediği için, hem mesleki hem de bireysel gelişimime verdiği kıymetli geri bildirimlerle beni beslediği için, tez sürecimin her bir aşamasını birlikte soluduğu için, analizlerin içerisine birlikte gömüldüğü için, tez raporunun imlasına varana kadar her bir kelimesinin içine dahil olduğu için, dağıldığım anlarda bana hikâyeler üzerinden *“seni dağılmaktan men ediyorum”* diyen motive edici meydan okumaları için, bana güvendiği için, bu güvenle sorumluluk verdiği için ve çalışma sonrası odasından her çıkışımda *“hikayemi yazacağım”* diyerek büyük bir coşkuyla koşturduğu için, sonsuz şükranlarımı sunuyorum...

Ve bu doktora tezimi; SARAÇOĞLU ailesine, bana ayakta durmayı öğrettiği için rahmetli babama, hocama ve can suyuma -oğullarıma- adıyorum...

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve	7
4.1.1. Araştırmanın makro kuramsal çerçevesi.....	8
4.1.2. Araştırmanın mikro kuramsal çerçevesi	17
4.2. Bağlamsal/Düşünümsel Deneyimler, Anlatılar ve İlgili Araştırmalar	20
4.2.1 Sağlık eğitim ve bakım süreçlerinde anlatılar.....	20
4.2.2. Anlatı tıbbi ile ilgili kuramlar	22
4.2.3. Sağlık bakım ve eğitim araştırmalarında anlatılar	25
4.2.4. Deneyimlerin ve anlatılarının bağlamsal nitelikleri ve ilişkili araştırmalar	28
5. GEREÇ ve YÖNTEM	32
5.1. Nitel Araştırma Tasarımı.....	32
5.1.1. Tezin tasarımı	33
5.2. Araştırmanın Deseni ve Yöntemi.....	33
5.2.1. Anlatı deseni	34
5.2.2. Etnografik yöntem	34
5.3. Araştırma Sahası ve Katılımcılar	35
5.4. Nitel Verilerin Toplanması, Analizi ve Raporlaması.....	37
5.4.1. Veri toplama teknikleri	37
5.4.2. Nitel verilerin analizi ve raporlaması.....	40
5.5. Bağlamsallık ve Düşünümsellik.....	43
5.5.1. Araştırmanın gerçekleştirildiği kuruma, ekibe ve katılımcılarına ait bağlam.....	43
5.5.2. Araştırma ekibinin bağlamı	46
6. BULGULAR ve YORUMLAR.....	54
6.1. Araştırmanın Ana Kavramsal Çerçevesi	54

6.2. Kurumsal, Toplumsal, Ulusal Ortam ve Sistem Bağlamında Sağlık Bakım ve Klinik Eğitim Deneyimleri	55
6.2.1. Bulgular	56
6.2.2. Yorumlar	71
6.3. Sosyal, Duygusal, İlişkisel Ortam ve Duygusal Deneyimler	77
6.3.1. Bulgular	78
6.3.2. Yorumlar	100
6.4. Metaforlar	105
6.4.1. Bulgular	106
6.4.2. Yorumlar	121
7. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER	126
7.1. Genel Tartışma	126
7.2. Sınırlılıklar	130
7.3. Sonuç ve Öneriler	131
8. KAYNAKLAR	138
9. ÖZGEÇMİŞ	152
10. BİLİMSEL FAALİYETLER	153
11. EKLER	154

KISALTMALAR LİSTESİ

A	:	Asistan
AP	:	Araştırma Problemi
H	:	Hemşire
HÖ	:	Hemşirelik Öğrencisi
HÖÜ	:	Hemşirelik Öğretim Üyesi
HS	:	Hasta
HY	:	Hasta Yakını
İ	:	İntörn
ÖÜ	:	Öğretim Üyesi
TÖ	:	Tıp Öğrencisi

TABLO LİSTESİ

	Sayfa Numarası
Tablo 1: Katılımlı gözlem sürecine ait zaman çizelgesi.....	38
Tablo 2: Bağlamsal okuma ve analiz süreci	42
Tablo 3: Sistem ve sağlık bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin alt-bağlam, boyutlar, tema ve alt temalar listesi.....	57
Tablo 4: Kurumsal, klinik bağlam.....	78
Tablo 5: Ulusal, yerel bağlam.....	90
Tablo 6: Bağlamsal duygusal deneyimlerin etkileri/sonuçlarına ilişkin kavramsal çerçeve....	92
Tablo 7: Bağlamlar, ana ve alt temalar ve ilgili metaforlar.....	107

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa Numarası

Şekil 1: Araştırma tasarımına ilişkin genel çerçeve	8
Şekil 2: Araştırmanın ana kavramsal ve kuramsal çerçevesi	54
Şekil 3: Kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem bağlamında sağlık bakım ve klinik eğitim deneyimlerine ilişkin kavramsal çerçeve	56
Şekil 4: Sosyal, duygusal, ilişkisel ortam ve duygusal deneyimlere ilişkin kavramsal çerçeve	77
Şekil 5: Metaforlar üzerinden anlatılara ilişkin kavramsal çerçeve	106
Şekil 6: Bağlamsal düşünümsel deneyim ve sürekli gelişime ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeve	131

1. ÖZET

Tezin başlığı: Anlatıların Dili Üzerinden Kliniği ve Klinik Eğitimi Düşünmek: Anlatı Analizi

Öğrencinin Adı Soyadı: Merve Saraçoğlu

Danışmanın Adı Soyadı: Prof. Dr. Mehmet Ali Gülpınar

Programın Adı: Tıp Eğitimi Doktora Programı

Amaç: Bu doktora tez çalışmasında, bir cerrahi kliniğinde, tarafların sağlık bakım ve klinik eğitim süreçlerine ilişkin anlatılarının bağlamsal nitelikleriyle ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Etnografik yöntemle tasarlanan anlatı desenli bu nitel çalışma, bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcı grubu, katılımlı gözlem sırasında cerrahi klinikte bulunan tıp fakültesi öğretim üyesi, asistan, intörn öğrenci, hemşirelik bölümü öğretim üyesi, hemşire, hemşirelik öğrencisi ile altı hasta ve sekiz hasta yakını oluşturmuştur. Veri toplama tekniği olarak katılımlı gözlem (altı ay) ve derinlemesine görüşme kullanılmıştır. Veriler bağlamsal nitel anlatı analizi yöntemiyle analiz edilmiştir.

Bulgular: Nitel verilerin ilk analiziyle, “kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem”, “sosyal, duygusal, ilişkisel ortam” ve “metaforlar” olmak üzere üç ana bağlam/boyut ortaya çıktı. İkinci aşamada bu üç katman üzerinden odaklı okuma ve analizler yapıldı. Analizler sonucunda kurumsal, yerel, toplumsal, ulusal ortam ve sisteme ilişkin programlı olmayan işleyiş, sağlık hizmeti baskınlığı, klinik yoğunluk, ulusal sağlık sistemi, performans sistemi, ekonomi odaklılık, geniş aile yapısı ve yerel kültürel motiflere ilişkin temalar belirlendi. Sosyal, duygusal ve ilişkisel ortama ilişkin ise özverili iş ortamı, aile ilişkisi, insani açıdan zorlayıcı, kırıcı, yıkıcı ortam, disiplin, hiyerarşik ortam, meslekler arası çatışma gibi temalar ortaya çıktı. Bu deneyimlerin, yıkıcı duygular baskın olmak üzere yapıcı ve yıkıcı yoğun duygular ortaya çıkardığı gözlemlendi. Tarafların anlatılarında, “araba tamir etmek” gibi mesleğe ilişkin mekanik metaforlardan, “aile babası” gibi duygusal ve sosyal ilişkilere, “askeriye” gibi klinik işleyişe yönelik metaforlara kadar çok sayıda metafor kullandığı görüldü.

Sonuç: Sağlık bakım, eğitim ve yönetsel deneyimlerde bağlamsallık, düşünümsellik ve anlatısallık yaklaşımı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Anlatısallık, anlatı tıbbı, etnografi, bağlamsallık, bağlamsal okuma ve analiz

2. SUMMARY

Title of Thesis: Thinking Clinic and Clinical Education Through the Language of Narratives: Narrative Analysis

Student Name, Surname: Merve Saraçoğlu

Supervisor Name: Prof. Dr. Mehmet Ali Gülpınar

Program Name: Medical Education PhD Program

Objective: In this doctoral thesis study, it was aimed to reveal the contextual qualities of the participants' narratives about the health care and clinical education processes in a surgical clinic.

Materials and Methods: This qualitative study with narrative design and ethnographic method was conducted in the surgical clinic of a university hospital. The participant group consisted of medical faculty lecturer, resident, intern student, nursing department lecturer, nurse, nursing student, six patients and eight patient relatives who were at the surgical clinic during the participatory observation. Participant observation (six months) and in-depth interviews were used as data collection techniques. The data were analyzed using contextual qualitative narrative analysis.

Results: The initial analysis of the qualitative data revealed three main contexts/dimensions: "institutional, social, national environment and system", "social, emotional, relational environment" and "metaphors". In the second phase, focused readings and analyses were conducted on these three dimensions. As a result of the analyses, themes related to the institutional, local, social, national environment and system such as non-programmed process, health service dominance, clinical density, national health system, performance system, economy centeredness, extended family structure and local cultural patterning were identified. Regarding the social, emotional, and relational environment, themes such as dedicated work environment, family relationship, dehumanizing, offensive, destructive environment, discipline, hierarchical environment, interprofessional conflict, etc. emerged. It was observed that these experiences elicited intense constructive and destructive emotions, with destructive emotions being more dominant. It was observed that the participants used many metaphors in their narratives. These metaphors ranged from mechanical metaphors related to the profession, such as "fixing cars", to metaphors related to emotional and social relationships, such as "family father", to metaphors related to clinical functioning, such as "military".

Conclusion: Contextuality, reflectivity and narrativity are important approaches in health care, education and managerial experiences.

Keywords: Narrativity, narrative medicine, ethnography, contextuality, contextual reading and analysis

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Karmaşıklık (complexity) teorisi perspektifinde klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri “kendi kendini düzenleyen karmaşık sosyal sistem” olarak ele alınır. Karşılıklı etkileşimle ve dönüşümle kendini sürekli yeniden düzenleyen “karmaşık sosyal sistemler” bağlam bağımlıdır ve bundan dolayı, bireylerin, ekiplerin ve kurumların deneyimleri kendi bağlamları (yerel, tarihsel, kültürel, kurumsal, ulusal vs.) içinde düşünümsel ve bağlamsal bir yaklaşımla değerlendirilir (Mennin, 2010a; Schrewe ve ark., 2018; Gülpınar, 2021). Bu yaklaşımda, klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri her tür karşılıklı etkileşimin yoğun bir şekilde yaşandığı karmaşık sosyokültürel bağlamlar içinde gerçekleşir. Bu bağlamlar öğrenenlerin hem kişilerarası hem de kendileriyle etkileşime girdiği sosyalleşme ve bireyselleşme alanlarıdır. Karmaşık sistem örneği olarak sağlık ve eğitim sistemlerini ve bu sistemler içinde yaşanan deneyimleri kendi bağlamı içinde anlamak, sistemi oluşturan bileşenler (alt sistemler, yapılar, işleyişler, düzenlemeler, aktörler, materyaller, politikalar vs.) arasındaki karşılıklı ilişkileri süreç, bağlam ve sonuçlarıyla birlikte ele almayı gerektirir. Zira karmaşık klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri hem kurumsal hem de ulusal sistemler bağlamında deneyimlenir ve deneyimle ortaya çıkan sonuçlar süreç ile bağlam arasındaki bu iç içelik tarafından belirlenir/çerçevenir. Klinik eğitim süreçleri, öğrenenlerin gerekli mesleki/teknik yeterlikleri kazandıkları ve kendi anlam ve değer dünyaları ile birlikte hekimlik kimlikleri oluşturdukları bağlamsal ve düşünümsel gelişim süreçleridir. Bu çerçevede, tarafların deneyimleri ve bu deneyimlere ilişkin anlatılarını kendi bağlamları içinde okumak, analiz etmek, açıklama ve yorumlama önerileri oluşturmak önemlidir (Gülpınar, 2016; Gülpınar, 2021; Gülpınar, 2024b; Lipsitz, 2012; Adam ve de Savigny, 2012).

Sosyo-kültürel ve durumsal öğrenme yaklaşımları, gelişimin belirli bir bağlam (situation, context) içerisinde düşünümsel deneyimler üzerinden gerçekleşen sosyo-kültürel etkileşimlerle oluştuğunu ve bu süreçte tüm paydaşların aktif birer katılımcı olarak kendilerini ve birbirlerini karşılıklı olarak dönüştürdüklerini vurgular. Öğrenenler kişisel niteliklerini ve önceki deneyimlerini klinik bağlama getirmekte ve ortamdaki tüm paydaşlarla dinamik olarak etkileşime girmektedir. Kliniğin sosyo-kültürel bağlamındaki bu etkileşimler, bireyin kendini gerçekleştirebilme kapasitesine ve bireysel gelişimine katkıda bulunduğu gibi sosyalleşme ortamı yaratarak, klinikte gözlem yoluyla mesleki normları, değerleri ve paylaşımları eleştirel bir şekilde okuma ve düşünüm becerisi kazanmasına da imkân sağlar (Egan ve Jaye, 2009;

Mann, 2011; Durning ve Artino, 2011). Dolayısıyla bir kendi kendini düzenleyen sosyal karmaşık sistem örneği olarak klinik bağlam içerisinde gerçekleşen sosyal etkileşimler ve bireyin kendi ile etkileşimi; deneyimlenen durumların anlatılar yoluyla anlamlı bütünlüklere dönüştürülerek kliniğe özgü bir söylem/dil üzerinden paylaşılmasıyla oluşur.

Anlatılar, yaşanan deneyimler üzerinden kişinin kendisi ve başkaları ile karşılaşma durumlarını temsil etmekte kullandığı anlamlandırma araçlarıdır. Kişilerin, ekiplerin ve kurumların duygu, anlam ve değer dünyaları ile mesleki ve kurumsal kimlikleri anlatılar üzerinden inşa edilir (narrative construction). Anlatı, sosyal ve bireysel boyutlarıyla sadece hayatı tasvir etmekle kalmaz, aynı zamanda bağlamsal ve düşünümsel bir süreçle şekillendirir ve anlam kazandırır. Yaşanan ve anlatılan öyküler sosyo-kültürel bir bağlamda meydana gelir, bağlama duyarlıdır ve günlük hayatta dolaşan kanonik anlatılardan etkilenir (Arthur ve ark., 2014; Somers, 1994). Başkalarıyla süregiden/tekrarlanan etkileşimler yoluyla kişisel deneyime ilişkin anlatılar işlenir, düzenlenir, yeniden yorumlanır, yeniden anlatılır. Bu şekilde hikaye anlatıcısı yavaş yavaş daha geniş ve daha bütüncül bir anlatı kimliği geliştirirken aynı zamanda sosyal ve söylemsel etkilere maruz kalır (McAdams ve McLean, 2013). Klinik bağlamda anlatıların bir söylemi/dili vardır. Dil sadece bir bakış açısını ifade etme aracı değil aynı zamanda eleştirel/rasyonel bir inşa sürecidir. Klinik ortamlarda, hastalarla konuşmak sağlık bakım sürecinin ana bileşenlerinden birisidir ve tıbbi görüşme bağlamında rasyonel, duygusal, anlamsal boyutlarıyla hastalarla birlikte inşa edilir. Bu karmaşık iletişimi inceleme ve analiz etme prosedürü her muhatabın konuşmaya kişisel bir dil ve bilgi türü getirdiği düşüncesiyle ilgilidir (Roberts ve Sarangi, 2005). Bu anlamda, bu tür anlatısal ve söylemsel/dilsel analiz yaklaşımları, sadece konuşmacının ve dinleyicinin konuşmaya katkısına değil, aynı zamanda karşılıklı etkilerine de odaklanmaktadır. Anlatısallığın amacı sadece hastanın bakış açısını doktorun çalışmasına dâhil etmek değil, aynı zamanda anlatı yoluyla, rollerin gözetilmesinde her ikisinin de eşit ölçülerde oluşturduğu ortak bir bakış açısını şekillendirmektir. Ayrıca bu tür analizler, tıp süreçlerinde etkili iletişim becerilerini öğretmek için biyopsikososyal, hasta merkezli ve etkileşim merkezli yaklaşımlarla da uyumludur (Maynard ve Hertage, 2005; Smorti ve Fioretti, 2014).

Anlatı desenli nitel çalışmalar, anlatılar üzerinden anlamayı ön plana alan bir yaklaşım olarak sosyal olayların/durumların/fenomenlerin kendi bağlamlarında gerçekçi ve bütüncül bir şekilde betimlenmesine, anlaşılmasına ve yorumlanmasına yönelik süreçleri kapsar. Bireyin ve ekibin deneyimleri ve anlatıları içinde yaşanan kapsamlı bir meta-anlatının içinde inşa edilirler. Anlatılar, bir kurumun resmi/formal alanı (roller, iş tanımları ve hesap verebilirlik vs.) ile

informal alan (ilişkiler, duygular, yazılmamış kurallar ve alt kültürler gibi) arasındaki boşluğu doldurur (Greenhalgh, 1999; Greenhalgh ve ark., 2005). Sağlık alanında bu yöndeki araştırmalar önemlidir. Nitel yöntemler ve araçlarla sağlık bakım, eğitim ve yönetim süreçlerine ilişkin nitel veriler toplanarak araştırmaya konu olan durum derinlemesine keşfedilmeye çalışılır.

Bir nitel araştırma yöntemi olan etnografi, sosyal yaşamın anlamlı olduğu ilkesine dayalıdır. Sosyal eylem ve kimliklerin bağlam içinde anlam kazandığını kabul eden etnografik araştırmada sosyal ve kültürel bağlam önemlidir. Etnografinin tıp eğitimi araştırmalarında kullanımı literatürlerde önemli bir yere sahiptir. Sağlık bakım, eğitim ve yönetim süreçlerinin sosyo-kültürel ortam ve ilişkileriyle araştırılmasına ve anlaşılmasına katkı sağlar. Tıp eğitimi ve sağlık bakım süreçlerinin etnografik keşfi, özellikle kurumsal olarak sosyal çalışma ve eğitim ortamının sıradan, gündelik rutin işleyişi ile ilgilidir. Klinik ortamlar hem farklı mesleki eğitim seviyelerindeki öğrenenlerin gelişim süreçlerinde hem de farklı meslek gruplarının mesleki sosyalleşmelerinde yoğun etkileşim alanları olduğu için tıp eğitiminde etnografik araştırmalar potansiyel bir araştırma metodolojisidir (Atkinson ve Pugsley, 2005; Pope, 2005).

Bu tez çalışması, bir cerrahi ekibin klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerine ilişkin anlatılarını konu almıştır. Anlatı desenli etnografik nitel araştırma ile; klinikte ve klinik eğitim süreçlerinde bireylere ve ekibe ilişkin deneyimlerin ve anlatıların ortaya çıkarılması, bu anlatıların analizleri üzerinden klinik süreçlerin ve klinik eğitim süreçleri ile bunların içinde gerçekleştiği ortama, iklime ve kültüre ilişkin baskın örüntülerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çizilen bu amaç çerçevesinde araştırmanın problemleri, alt problemleriyle birlikte şu şekilde tanımlanmıştır.

1. Klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleriyle ilişkili tarafların bireysel anlatıları nelerdir ve nasıl bir bağlam içinde oluşmaktadır? Bu anlatılar;
 - klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerine ilişkin ne tür örüntülere işaret etmektedir?
 - bu süreçlerin içinde gerçekleştiği kurumun ve bölümün klinik eğitim ve sağlık bakım ortamı, iklimi ve kültürüne ilişkin ne tür örüntülere işaret etmektedir?
 - bu süreçlerin içinde gerçekleştiği sisteme ve yerel, toplumsal ve ulusal ortama, iklime ve kültüre ilişkin ne tür örüntülere işaret etmektedir?
 - taraflar bağlamla nasıl ilişkilenebilir ve bu farklı ilişkilenebilir tarzlarının ortaya çıkardığı sonuçları nelerdir?
2. Klinikte sağlık bakım ve eğitim süreçlerinde taraflar arası etkileşimler, duygusal ve sosyalleşme süreçleri;
 - nasıl bir bağlam içinde ve ne yönde yaşanmaktadır?

- bu süreçte yaşanan deneyimlerin ortaya çıkardığı duygular ve bunların taraflar üzerindeki etkileri nelerdir?
 - bu etkileşim ve sosyalleşme biçimlerinin ekip ve taraflar üzerindeki sonuç ve etkileri nelerdir?
3. Klinikte sağlık bakım ve eğitim süreçlerinde taraflar arası etkileşimler, sosyalleşme süreçlerine hâkim olan söylemler nelerdir?
- Söylem/dil ne kadar rasyonel, teknik ve biyomedikal, ne kadar anlatısal, hümanistik ve psikososyo-kültürel ağırlıklıdır?
 - Bu söylemler klinik süreçlere ve klinik eğitim süreçlerine nasıl yansımaktadır?
 - Bu söylemlerde kullanılan metaforlar nelerdir?

Tıp alanında, uluslararası ve ulusal literatürde, klinik sağlık bakım ve klinik eğitim ortamı, iklimi ve kültürüne odaklı çalışmalar yeterli değildir. Anlatılar üzerinden bu yönde yapılan nitel bir çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Dolayısıyla, anlatıların sağlık eğitim, bakım ve yönetim süreçlerindeki yerinin ortaya konabilmesi amacıyla, uygun yöntem ve çeşitli araştırma problemleri üzerinden yürütülecek nitel araştırmalara ihtiyaç vardır. Yine nitel araştırma tasarımı olarak anlatıların kullanıldığı, etnografik yöntem ve anlatı deseniyle birlikte verilerin oluşturulduğu bir çalışmaya da rastlanılmamıştır. Üçüncü olarak, bu çalışmada toplanan nitel verilerin analizinde farklı bir yöntem olarak “çoklu okuma ve bağlamsal analiz” kullanılmıştır. Bunlardan dolayı, bu araştırmanın hem ulusal hem de uluslararası literatüre özgün bir çalışma olarak değerli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma; kapsamı, teorik/kuramsal çerçevesi ve nitel veri analiz yöntemi ile uluslararası ve ulusal alanda bu türden araştırma yapmak isteyen araştırmacılara yeni bir çerçeve sunabilecektir.

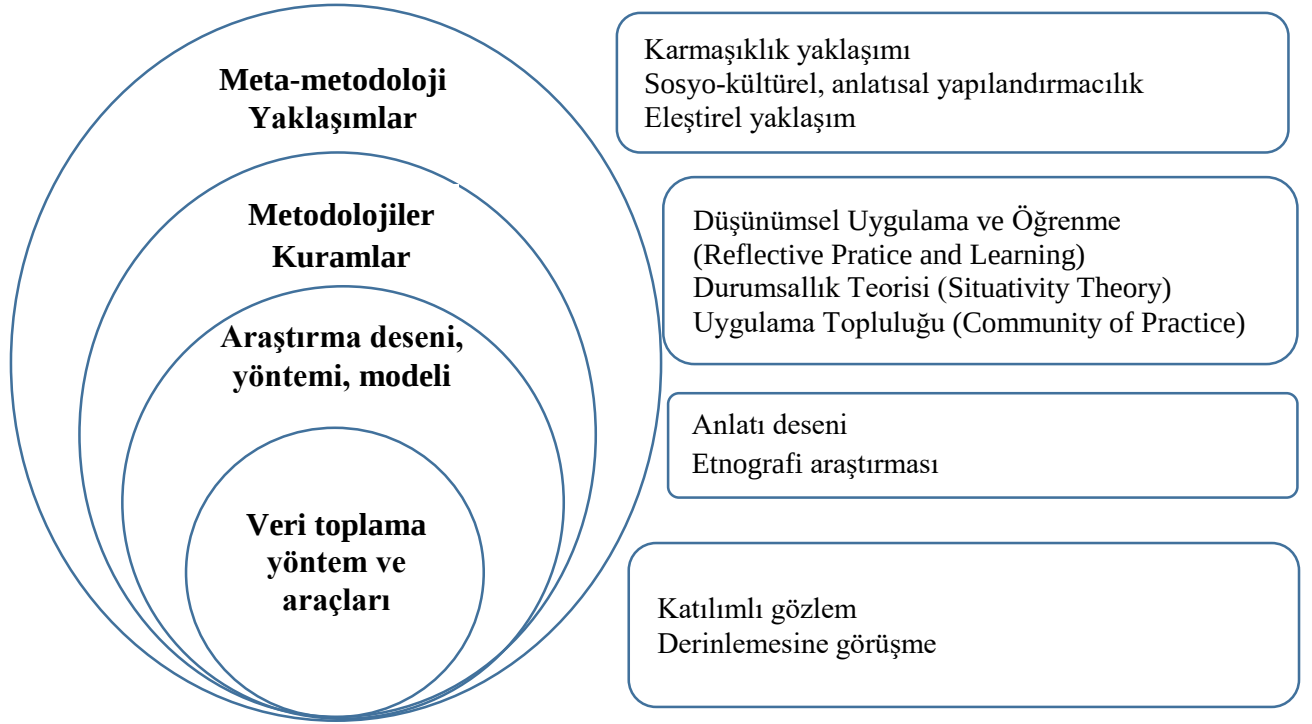
4. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde öncelikle araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi sunulmuştur. Dayandığı temel paradigma, kuram ve merkezi kavramlar açıklanmıştır. Daha sonra, araştırmanın temel analiz birimi olan “anlatılar, bağlamsal, düşünümsel deneyimler” ve anlatıların deneyimlendiği “bağlam”, ilgili araştırmalarla ele alınmıştır.

4.1. Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve

Nitel eğitim araştırmalarının tasarlanmasında, araştırma amacı ve araştırma problemlerine göre makro ve mikro kuramsal çerçevenin oluşturulması, temel alınan yaklaşımlardan teorilere kadar tüm araştırma tasarımının kendi içinde bütünlük oluşturması önemlidir (Bleakley ve Cleland, 2015; Bezuidenhout ve van Schalkwyk, 2015; Mann ve MacLeod, 2015). Oluşturulan çerçeve, araştırmanın yol haritası gibidir ve düşünümsel olarak yürütülmesi gereken araştırma sürecinde tekrar tekrar dönülerek, çerçeveye son hali verilir (Gülpınar, 2024b; Srivastava ve Hopwood, 2009).

Bu araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi makro ve mikro çerçeve olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmıştır. Makro çerçevede araştırmada benimsenen paradigmalar, yaklaşımlar, mikro çerçevede ise bu yaklaşımlar bağlamında seçilen kuramlar, merkezi kavramlarıyla birlikte açıklanmıştır. Araştırma projesinin ilk aşamasında araştırmanın makro çerçevesi “karmaşıklık yaklaşımı” ve “sosyo-kültürel anlatsal yapılandırıcılık” perspektifinde oluşturulmuştur. Sonraki süreçte, verilerin analizlerinden ve bulguların yorumlanmasından ele edilen çıktılarla makro çerçeveye “eleştirel yaklaşım” da eklenmiş ve bu doğrultuda araştırma soruları yeniden düzenlenmiştir. Nitel verilerin analizi ve yorumlanması süreçleriyle birlikte son hali verilen çerçeve Şekil 1’de sunulmuştur. Bu süreçlerle ilgili detaylı bilgiler “Gereç ve Yöntem” bölümünde açıklanmıştır.



Şekil 1: Araştırma tasarımına ilişkin genel çerçeve

4.1.1. Araştırmanın makro kuramsal çerçevesi

Araştırmanın dayandığı üç paradigma, “karmaşıklık yaklaşımı”, “sosyo-kültürel anlatısal yapılandırmacılık (narrative construction)” ve “eleştirel yaklaşım” dır. Bu paradigmlar doğrultusunda merkezi kavramlar, karmaşıklık, bağlamsallık, anlatısallık ve güç/iktidar ilişkisi olarak belirlenmiştir.

4.1.1.1. Karmaşıklık yaklaşımı

Sosyal karmaşık sistemler, karşılıklı etkileşim ve dönüşümlerle kendi kendini organize eden, değişime ve dönüşüme açık, sınırları geçişli, uyarlanabilir, doğrusal olmayan, içinde belirsizlikleri taşıyan, öngörülemeyen, dinamik ve iç içe geçmiş esnek canlı/yaşayan sistemlerdir. Karmaşıklık sistem yaklaşımında, karmaşıklığın yanı sıra, bağlamsallık, belirsizlik, farklılık/çeşitlilik, karşılıklı etkileşim ve dönüşümle ilerleyen ilişkisellik kavramları merkezi öneme sahiptir. Bu kavramlar çerçevesinde sistemler, sosyal-kültürel etkileşimsel temelli bir yapı olarak ele alınır. Aynı zamanda, karmaşık sistemler bağlam bağımlı sistemlerdir ve bu doğrultuda organizasyonlar, yapısı, süreçleri ve çıktılarıyla birlikte içinde bulunduğu bağlamlarıyla (kurumsal, yerel, toplumsal, ulusal) birlikte değerlendirilir. Bu yaklaşımda belirsizlik kontrol edilmesi veya ortadan kaldırılması gereken bir şey değildir. Aksine sosyal

karmaşık sistemlerin canlı/yaşayan bir yönünün vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilir. Aynı şekilde, farklılıklar/çeşitlilikler de azaltılması gereken bir şey olmaktan ziyade, dinamiklik açısından zengin bilgi kaynağıdır. Sinerji yaratarak grubun ve kurumun içinde yaşanan etkileşimlerinin gelişmesine yol açarlar (Mennin, 2010a; Mennin; 2010b; Mennin, 2010c). Sistemler yoğun ilişkiler ağıdır ve karmaşıklık sisteminde bu ilişkisellik, birbirini dönüştüren karşılıklı süreçler olarak yaşanır. Yaşayan dinamik yapılar olarak sosyal karmaşık sistemler, düşünümsel deneyimlerle birlikte sürekli öğrenen ve gelişen sistemlerdir. Dolayısıyla, eğitim ve sağlık bakım süreçlerinden değişim ve yönetim süreçlerine kadar bu sistemlerin, “*öğrenen sistemler*” olarak ele alınıp araştırılması önemlidir (Doll ve Trueit, 2010; Gülpınar, 2021; Mennin, 2010b).

Karmaşıklık sistem yaklaşımında öğrenme, sosyo-kültürel bağlamda dönüştürücü bir süreç olarak ele alınır. Bağlam ve sosyal etkileşim dönüştürücü öğrenmenin önemli bileşenleridir. Çünkü öğrenme deneyimleri, gerçek yaşamın belirsizliği içerisinde, yoğun etkileşimlerin yaşandığı bağlamına gömülü karmaşık bir ortamda gerçekleşir (Fraser ve Greenhalgh, 2001). Dönüşüm olarak eğitim sürekli yinelenen bir süreçtir ve öğrenme ortamı zengin potansiyel öğrenme ve öğretme deneyimleriyle doludur. Öğrenmenin, öğrenme bağlamındaki tüm katılımcılar ve çevre (fiziki, kültürel vs.) arasındaki etkileşimlerin eşit şekilde önemli olduğu bir ortamın ürünü olduğunu ve yoğun etkileşim ortamının bilişsel süreçler için dinamik ilişkisel bir ağ sistemi oluşturduğu kabul edilir. Dolayısıyla karmaşıklık yaklaşımı ve sosyo-kültürel öğrenme teorileri, araştırmacıları, öğrenmenin tek başına zihinsel süreçlerini anlamak veya çalışmaktan öte öğrenme eyleminde aktif rol alan bağlamsal unsurlarıyla (çevre, kültür gibi) birlikte çalışılmasına yönlendirir (Bleakley, 2010).

4.1.1.2. Sosyo-kültürel yaklaşım ve anlatsal yapılandırıcılık (Narrative construction)

Sosyo-kültürel yapılandırmacı teori, genel bir ifadeyle, zihinsel süreçlerin gelişiminde sosyal etkileşimlerin önemli oluşunu ve bir gelişim süreci olarak öğrenmenin, toplum içinde dil, kültür ve çevre gibi sosyal araçlarla içi içe gerçekleştiğini vurgular (Dennick, 2012). Bu teorinin temeli dil ve diğer sembolik sistemler gibi kültürel ürünlerin zihinsel süreçlerde oynadığı rol ile gerçekliğin inşa edildiği sosyal yapılandırmacı yaklaşıma dayanır. Bu yaklaşımın çerçevesinde ilk akla gelen öncü isim Lev Vigotsky (1896–1934), diğer bir önemli isim Jerome Bruner (1915-2016)’dir.

Bruner’e göre (2009), “gerçeklik” kültürel bir topluluk tarafından paylaşılan bir sembolizmle temsil edilir. Bu temsillerin yorumları ve anlamları üzerinden sosyal yaşam geliştirilir. Bu

sembolik temsiller aynı zamanda nesilden nesile aktarılan, korunan, geliştirilen bir özelliktedir ve bu aktarım sayesinde “kültürel kimlik” korunur. Kültürel topluluklardaki insanlar anlamlar yaratır ve dönüştürürler. Bireyler açısından bu süreç bir anlam yaratma ve anlam yükleme sürecidir ve yaşanan süreç bireylerin zihinsel yapılarını da şekillendirir. Kültürel bağlamlarda anlam yaratma yoğun karşılaşmalar ve etkileşimlerle konumlanır ve anlamın kökeni kültürel bağlama gömülüdür. Anlamlar kültürel paylaşım için bir temel oluşturur. Anlam arayışında “bilmek” ve “etkileşim” doğaları gereği birbirlerine bağlıdırlar. Bu anlamlandırma arayışlarına araçlar sağlayan şey “kültürel sistem” dir. İnsan üretimi olan kültür, aynı zamanda insan zihninin işleyişini de yapılandırır. Bu yaklaşıma göre, öğrenme ve düşünme her zaman kültürel bir ortamda gerçekleşir ve farklı kültürel ortamların sağladığı imkanlar zihinsel işlevlerin çeşitliliği için kaynak oluşturur. Aynı zamanda öğrenme ikliminde duygular ve hisler de anlam yaratma süreçleri ve anlam kurgularında temsil edilen gerçekliklerdir (Bruner, 2009).

Sosyo-kültürel gerçekliğin inşasında gerçekliği temsil eden araçlardan birisi insan deneyimlerine ilişkin anlatılardır. Bruner’in (1991) anlatısal yaklaşımında, anlatılar üzerinden gerçekliğe erişebilme ve anlatı gerçekliğinin, doğru ya da yanlış olarak kabul edilebilirliğine ampirik doğrulama veya mantıksal zorunluluk gibi bilimsel yollarla açıklamalar getirme yerine anlatıların gerçekliğin inşasında nasıl bir zihin aracı olarak çalıştığına yönelik vurgu sözkonusudur. Anlatı, zaman içinde oluşan durumların temsidir ve anlatı temsilleri zaman içinde kendine özgü olay örgüsü olan bir “zihinsel model”ler olarak ortaya çıkar. Bu zihinsel model bir bütün olarak işlev görür ve bu bütün, her bir parçayla birlikte gerçekliği inşa eder. Yani, bir anlatı bir bütün olarak anlamlıdır. Parçalar hikâyenin bütününden bağımsız değildir ve bu bütün içinde anlam kazanırlar. Anlatı içindeki ifadelerden tek başına anlam üretmek anlatıyı bağlamından koparma sorunu oluşturur. Bağlam dikkate alındığında, hikâyenin arka plan bilgisi ve oluştuğu zemin ortaya çıkar. Gündelik yaşamdaki anlatı söylemini/dilini kültürel uzlaşımında geçerli kılan anlatının bu bağlam-duyarlı (context sensitivity and negotiability) doğasıdır.

Bruner’e (1991) göre anlatılar, bir ortamda etkileşen bireylerin tüm deneyimlerini, inançlarını, yargılarını, arzularını ve değerlerini kapsar. Anlatılar yorumlanır, anlamlandırılır ve bilginin oluşması bu yorumlama süreçlerinde oluşur. Anlatılar, “sosyal ontoloji”nin bir temsili olarak işlev görmesinin yanında aynı zamanda belirli bir epistemolojiyi de temsil ederler. Yani anlatılar insani durumları temsil etmenin geleneksel formlarıdır ve aynı zamanda bir söylemin/dilin kullanımı aracılığıyla insan aklının belirli şekillerde kullanılmasına rehberlik ederler. Bu nedenle, anlatılar, gerçeklik inşa etmede olduğu kadar düşünce biçimlerimizi şekillendirmede

de güçlü bir etkiye sahiptirler. İnsanın bilgi ve becerilerinin belirli alanları vardır ve bu alanlar kültürel ortamda yapılandırılarak inşa edilir. Bu görüşte, zihnin doğasını ve gelişimini anlamada, kültürel olandan bağımsız, izole edilmiş bir birey anlayışı (bireysel, içsel yapılandırmacılık) kabul görmez. Bireysel ve içsel yapılandırmacılık yerine karşılıklı etkileşim ve dönüşümler (belirlenimler) ile yürüyen sosyokültürel yapılandırmacılığın benimsendiği bu yaklaşımda, insanın tüm deneyimleri, doğası gereği kültür içinde “anlatısal” olarak organize edilmiş yapılardan oluşur. Gerçeklikler anlatılar üzerinden inşa edilir.

Kimliğin anlatısal inşası: Anlatılar, bireylerin, ekiplerin, kurumların, mesleki toplulukların ve toplumların “benlik” ve “kimlik” inşalarında önemlidir. İnsanda benlik gelişimi, bireyin kendini inşa etmesinin çok erken yaşlarında başlayan ve dili kullanma becerisiyle iç içe geçen sistematik bir süreçtir. Bu süreç, bireyin kendi anlatısını inşa etme, kendini yaratma ve dünyayı anlamlandırma süreci olarak içinde büyüdüğü toplumun sembolik sistemlerine (dil, kültür vs) bağlıdır (Bruner, 1997; Bruner, 2001). İnsanlar sosyal dünyalarını anlatılar aracılığıyla anlamlandırır ve sosyal kimliklerini anlatılarla oluştururlar. Hatta anlam üretmede ontolojik olarak sosyal yaşamın kendisinin bir hikaye olduğu kabul edilir. Anlatı, bir olayın anlamını diğer olaylarla zamansal ve mekansal ilişki içinde ayırt etmemizi gerektirir. Anlatının temel özelliği, sembolik, kurumsal ve somut pratiklerden oluşan yapılandırılmış bir sosyal ilişkiler ağına bağlanarak parçaları birleştirerek anlamayı ve anlam vermeyi sağlamasıdır. Bu nedenle bir anlatıyı bağlamında anlamak için onun tarihselliği ve ilişkiselliğini ortaya koymak gerekir (Somers, 1994).

Freeman (2001), anlatı ve kimlik arasındaki ilişkiyi tarihsel, kültürel, retorik ve deneyimsel (şiiirsel) olarak dört temel boyut üzerinden ele alır. “Otobiyografik bilinç” (autobiographical consciousness), “anlatısal hayal gücü” (narrative imagination) ve “anlatı bağlantılılığı” (narrative connectedness) kavramlarına odaklanır. Bu kavramların üzerinden Freeman, “kimlik ve anlatı” arasındaki ilişkiyi “yaşam ve anlatı” ilişkisi olarak tanımlar. Kimliğin anlatısal inşasının bizzat deneyimin kendisi olduğunu vurgular.

Somers (1994) ise, kimliğin anlatısal inşasını, “*ontolojik, kamusal, kavramsal ve meta-anlatısallıklar*” olarak dört kategoride ele alır. Ontolojik anlatılar, sosyal aktörlerin hayatlarını anlamlandırmak için kullandıkları hikayelerdir. Bu hikayeler, kim olduğumuzu tanımlamak için kullanılır ve yeni eylemler üretmek için bilmenin ön koşuludur. Anlatı ve ontoloji arasındaki ilişki karşılıklı olarak kurucu ve süreçseldir. Ontolojik anlatılar, kimlikleri zaman ve mekansal ilişkilere yerleştirir, eylemleri, bilinci ve inançları etkiler ve kendisi de etkilenir. Sosyal ve ilişkişel olduğu için, kurumların inşası, grup etkileşimlerinin anlamları, sosyal ve tarihsel

aktörlerin pratikleri, kolektif eylemleri ve yöntemleri hakkında bilgi verir. Kamusal anlatılar, kültürel ve kurumsal oluşumlara, öznel arası ilişkilere, yerel veya bölgesel hikayelere bağlı anlatılardır. Bu anlatılar, bireysel aile anlatılarından işyerinin anlatılarına (örgütsel mitler), yerel anlatılardan ulusal anlatılara kadar geniş bir çeşitlilik arz eder. Meta-anlatısallık (meta-narrativity), tarihi, destansı anlatılardır. Teoriler ve kavramlar bu ana anlatılar tarafından kodlanmış; “sosyal sistemler”, “sosyal varlıklar”, “sosyal güçler” üzerine inşa edilmişlerdir. Kavramsal anlatı ise, sosyal araştırmacılar tarafından oluşturulan kavram örgüleridir. Kavramsal anlatı, aktörlerin ontolojik anlatılarını ve ilişkilerini, onların hayatlarını şekillendiren kamusal ve kültürel anlatıları ve tüm bu anlatıların sosyal güçlerle ilişkilerini kavramsallaştırarak anlatır. Sosyal kimlikler anlatısal olarak hem ontolojik hem de kamusal anlatılar aracılığıyla inşa edilirler. Sosyal kimliklerin anlatım yoluyla oluşturulduğu, sosyal eylemlerin anlatılar tarafından yönlendirildiği ve hem kurumsal hem de kişilerarası etkileşimlerin anlatılar üzerinden yaşandığı gerçeği yerel kimliklerin yinelemeli varlığını anlamının bir yolunu sağlar. Dolayısıyla anlatı kimliği yaklaşımı, sosyal eylemlerin ancak insanların etkileştikleri ortamda sistemsel ve kültürel ilişkilerle kimliklerini oluşturdukları anlatılar üzerinden anlaşılabilirliğini vurgular (Somers, 1994). Anlatılar üzerinden bellek (özellikle otobiyografik hafıza) ve kimliğin oluşumu süreçleri, farklı toplumların ve kültürlerin anlatılarıyla (dil, söylem gibi) bütünleştğinde daha da zenginleşecek; “*anlatı dünyaları*” ortaya çıkacaktır (Brockmeier ve Carbaugh, 2001).

4.1.1.3. Eleştirel yaklaşım

Bu araştırmada klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri, Michel Foucault’un (1926-1984), bilgi, söylem, güç ve iktidar kavramları ile, Pierre Bourdieu’un (1930-2002) “habitus kavramı” ve “alan teorisi” çerçevesinde eleştirel yaklaşımla ele alınmıştır.

Foucault, eleştirel kuramın ve postyapısalcı yaklaşımın en önemli isimlerindendir. Toplumsal fenomenleri hermenütik yardımıyla anlamaya çalışan Foucault, özerk özne yerine yapısalcı bakışa daha çok başvurur. Bilgi, güç ve iktidar kavramlarının arkeolojik ve soybilim çıkarımlarına yoğunlaşır. Bilginin arkeolojisinde ifadelerin söylemsel oluşumlara nasıl dönüştüğü ve bu sürecin genel sistemini arar. “*Söylemler, pratikler ve olayların çoklu, açık-uçlu, heterojen yörüngeleriyle ilgili bir çözümleme biçimidir*” dediği iktidarın soybiliminde ise “*genel zorunluluklar ve sahte-doğalcı-yasalar ileri süren doğruluk yasalarına başvurmaksızın onların kalıplaşmış ilişkilerinin belirlenmesi*” üzerinde durulur (Ritzer ve Stepnisky, 2019, ss. 639-642).

Foucault açısından bilgi, güç ve iktidardır. Gücü elinde bulunduranların kontrolündedir ve modern devlette çok daha belirgin bir biçimde görülür. Bilgi (söylem), egemenin kendi sınırları içinde bulunan insan topluluklarını ve gruplarını kontrol etmek bir söylem biçimidir. Modern toplumun temelini bilgi gücü oluşturur. Bu söylem gücü “*yaratılma, tartışılma, kontrol ve dağıtım aracıdır*”. Foucault’ya göre kendi profesyonel özerklik ve otoritesi olan uzmanlar ordusu modern devletin kontrolünde ve hizmetindedir. Bu uzmanlar ordusu kontrol ve disipline imkan tanıyan gözetleme, yargıda bulunma ve inceleme güç biçimleriyle öne çıkarlar. Yargıçtan gardiyana, hekimden sosyal hizmet uzmanına, iktisatçıdan psikoloğuna kadar geniş bir yelpaze oluşturan profesyonel uzmanlar ordusu, modern toplumda söz sahibidirler (Slattery, 2017, ss. 477-479).

Foucault’nun düşüncesinde modern tıp kurucu bir bilimdir. Modern tıpta, insanın pozitif bilgi nesnesi olduğu bedenin içine doğru yeni bir bakış gelişmiş ve böylece söylemsel oluşumlar insan bedeni üzerinde(n) iktidarı ve otoritenin kullanımını sağlamış ve yeniden üretmiştir (Marshall, 2020, ss. 247-248). Tıbbi söylemin altında yatan yapı, tarihsel süreç içinde değişimlere uğramış, zamanla sağlıklı bireyleri de kapsayan önleyici bakım ve salgın hastalıkların kontrolüne odaklanmış; normal-patolojik, sağlıklı-sağlıksız ayrımlarıyla normatif bir duruş ortaya çıkarmıştır. Bu süreçte hastalar pratiğin nesnesi ve bilimsel bilgi kaynağı haline gelmişlerdir (Ritzer ve Stepnisky, 2019, ss. 644-645).

Foucault’nun temel kavramları eğitim ve sağlık alanında birçok araştırmada, konu/ araştırma problem olarak ele alınmıştır. Örneğin, Arpacı (2016), çalışmasında modern tıbbi bilginin beden ve nüfus politikalarında otorite sahibi olmasını ve bu söylemin iktidara yönetme imkanı tanınmasını sorgulamıştır. Hastalık, ölüm, doğum, sağlık ve yaşam süresinin biyolojik olarak siyasallaşması ve meşru güce ulaşarak toplumsallaşan tıpta gündelik yaşamın tıbbileşmesini ele almıştır. Karabıyık (2021), vaka analizi yöntemiyle Foucault’un disipline edici iktidar kuramından yola çıkarak Covit-19 uygulamalarını araştırmıştır. Tıbbın bilgisi ve otoritesi düzenleyici ve disipline edici iktidar kavramına uygun olarak iktidarın salgına yönelik tedbirlerinde hem destek hem de dayanak olmuştur. Aslantürk (2016) ise, Foucault’nun biyo-iktidar kavramına “öldürme” ve “kapatma”nın yanısıra “hayatta tutarak var etme” üzerinden yaklaşmış, nüfus politikalarını bu yönde değerlendirmiştir. Özellikle kadın sağlığı hizmetlerinin nüfus ve üreme kapasitesi dengesine yönelik uygulamaları düzenleyici iktidarın somut ve olumlu politikaları olarak ele alınmıştır. İktidarın yeniden üretildiği alanlardan birisi de klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri ve bu süreçlerin içinde gerçekleştiği uzmanlık topluluklarının yapısıdır. Bu tezde, güç/iktidar kavramı bu çerçevede araştırılmıştır.

Eleştirel yaklaşımın bir diğer kuramcısı Bourdieu'dir. Sosyal bilimlerde eleştirel teorisyenler arasında ön plana çıkan düşünürün toplum analizinde sınıf temelli yaklaşım yerine bazı anahtar kavramların (alan, sermaye, habitus, oyun) ışığında oluşturduğu alan teorisi öne çıkar. Bourdieu'nün toplum çözümlemesinde insanların belirli stratejiler ve manevralarla hareket ederek, elde etmek istenen kaynaklar (illusio, çıkarlar) için mücadele verdikleri ve güç ilişkilerinin yapılandırıldığı sosyal bir alan vardır (Wallace ve Wolf, 2020, ss. 163-164). Bireyin bilinç ve istemi dışında nesnel konumlar arasında ilişki ağlarından oluşan bu alan, çatışma ve mücadele arenasıdır. Toplumda yarı bağımsız halde birçok alan ve her alanın kendine ait mantığı ve içinde bulunanlara sağladığı bir inanç biçimi vardır. İçinde bulunanların bireysel ya da topluca kendi konumlarını iyileştirme veya sürdürme adına hiyerarşi kurmalarına izin veren bir yapıda olan (Ritzer ve Stepnisky, 2019, ss. 518-520) alan, *“giriş hakkının kilidini kırmayı deneyen çaylak ile tekeli savunmayı ve rekabeti dışlamayı deneyen egemen arasında”* mücadelelere sahne olur (Etil ve Demir, 2014, s. 337). Bu noktada, üniversite, hastane ve çeşitli uzmanlık topluluklarının “alan” kavramı üzerinden çalışılması önemlidir.

Bu kuramın bir diğer kavramı sermayedir. Alanın yapısı sermaye biçimleriyle oluşur ve konumlar arasında bağlantı kuran alan, farklı sermaye türlerinin eşit olmayan dağılımından ibarettir. Ekonomik, kültürel, sosyal ve sembolik olarak dört tür sermaye vardır. Servet ekonomik sermayeye, diploma kültürel sermayeye, toplumsal bağlar sosyal sermayeye ve itibar sembolik sermayeye birer örnektir (Etil ve Demir, 2014, s. 336). Ekonomik sermaye, bireyin mülkiyet ve gelir açısından sahip oldukları ve bu sahipliğin pratiklerle ilişkisidir. Salt ekonomik sınıfa gönderme yapmaz. Elde olanın diğer sermaye türleriyle ve yaşam pratikleriyle ilişkisi de önemlidir. Yani ekonomik olan olmayandan ayrılmaz. Sosyal sermaye, alanda yer alan eylemcinin ağ sistemidir. Eylemcinin ilişkiler ağı, bağlantıları, üye olduğu gruplar ve bu ağ sisteminin ona getirdiği ayrıcalıklar, sorumluluklar ve itimatlar etrafında şekillenir. Kültürel sermaye, bir alandaki güçlerin eğitim aracılığıyla mensuplarına aktarılan bilgi sermayesidir. Eğitsel aktarımla sağlanan alışkanlık, tavır, tarz, dil biçimi ve başarı kültürel sermaye örnekleridir. Simgesel sermaye ise diğer sermaye türlerini içine alır, düzenler ve meşru hale getirir. Bir alanda söz sahibi olmak için gereken, gösterim değeri olan soyut simgelerdir. (Baran, 2011, ss. 12-13).

Bourdieu, alan ve sermaye kavramlarını “habitus” kavramıyla ilişkilendirilerek geniş yapılı, özgün bir sosyal analiz ortaya çıkarmıştır. Habitus alanın mantığını gösterir. *“Alanların yapısal/nesnel karakterlerinin özne tarafından içselleştirilmesi, pratikler olarak*

dışsallaştırılmasıdır” (Etil ve Demir, 2014, s. 339). Bourdieu habitusu şu şekilde ifade etmiştir.

“Habitus, tarihin bir ürünü olarak, tarih tarafından üretilen şemalara uygun olarak bireysel ve kolektif uygulamaları - daha fazla tarihi - üretir. Geçmiş deneyimlerin aktif bir şekilde mevcudiyetini sağlar; her organizmaya algı, düşünce ve eylem şemaları biçiminde yerleştirilmiş deneyimler, pratiklerin "doğruluğunu" ve zaman içindeki sürekliliklerini, tüm resmi kurallar ve açık normlardan daha güvenilir bir şekilde garanti etmeye eğilimlidir” (2018, s. 338).

Habitus, etken ve edilgen bir yapıdır. Bir alanın içinde yer alan eyleyicilere, tüm pratiklerinde alanın kalıplarını sunar. Aynı zamanda diğer alanların pratiklerinden farklılaşmaya imkan tanıyan, ayırt ediciliği sağlayan bir sistem olarak da işlev görür (Bourdieu, 2021, ss. 226-229). Tanımı net olmasa da yatkınlıklara, bilişsel yapılara, yorumlama, algı ve eylem şemalarına ve pratik duylara karşılık geldiği söylenebilir (Etil ve Demir, 2014, s. 340).

Düşünümsel yaklaşımı benimseyen ve bilimsel modelin öznellik-nesnellik ayırımını eleştiren Bourdieu, insan eylemlerindeki habitustan beslenen tutum alışlara, çalışma alanlarındaki nesnel şartlar arasında oluşan diyalektik süreçlere odaklanır. Onun için *“kendi durumlarının etkileri konusunda ve özellikle de kendi içselleştirilmiş yapılarıyla ilgili bilinçli bir dikkatle”* yapılması gereken *“dönüşlü/düşünümsel toplumbilimi”* yaklaşımı büyük bir öneme sahiptir (Wallace ve Wolf, 2020, ss. 170-171).

Gündelik hayatta etkileşimle oluşan pratik bilgiler aynı zamanda yanlış tanımayı da beraberinde getirir. Bunun bireyin kendini çevreleyen ilişkilerinin dışında kalamaması ve bu durumun bütüncül bir bakışa imkan tanınamamasıdır. Aynı durum katılımın gerçekleştiği alandaki oyunun koşullarına da yansır. Alana yeni girenler ve oyuna yeni katılım sağlayacak olanlar için yapılan sınavlar, geçiş merasimleri gibi seçme ve biçimlendirmelerde alanın ön kabullerine sorgusuzca itaat beklenir. Burada Bourdieu’nün *“doxa”* terimine yüklediği anlam devreye girer. Doxa *“dünya ve onun içindeki yerimizle ilgili daha bilinçli düşüncelerimizi biçimlendiren, gerçekliği sorgulanmayan, bilinç-öncesi anlayışlar”* dır. Bu yüzden toplumsal araştırmalarda gündelik hayatın kabul görmüş doxalarına dikkat etmek ve bundan kaçınmak temel öneme sahiptir. Ayrıca genel ya da özel kültür alanına hakim olan temel perspektiflerin, kolektif ürünlerin üretiminin nasıl olduğunu belirlemek, bilinçdışı kültürel yapıların yönelimleri nasıl biçimlendirdiğinin anlaşılmasında yol göstericidir. Örneğin yoksulların tembellikle, göçmenlerin açgözlülükle etiketlenmeleri basit bir çıkarım değildir. Bu en temel bilişsel yapılarda yer etmiştir. Farklı kültürel ürünler, düşünceler ve değerler belirli kategorilerle

(yüksek-alt) öğrenilir. Doxanın kutsallaştırılması yanlış anlamının “sembolik şiddet”e dönüşümüne, insanların zarar görmelerine ve engellenmelerine neden olur. Bu yüzden “sosyal bilim...temel gerçekleri kavrayabilmek için gündelik toplumsal pratiklerin sorgulanmayan aşinalıklarından uzaklaşmayı ve nesnelciliğin nesnel sınırlarını düşünümsel olarak araştırmayı gerektirir”. Düşünümsellik hem kültürel alan içindeki yönelimlerin kaynağını hem de alan içinde üretilen bilgilerin eğilimlerden nasıl etkilendiğini gösterir (Bourdieu, 2023, ss. 51-72; Calhoun, 2016, ss. 100-119). Bourdieu’da düşünümsellik, düşünce üzerine düşünme değil, örtük dahil oluş düzeylerimiz ve eylemelerimiz üzerinedir. Bu düzeyler, toplumsal, alana ilişkin ve skolastik evrenlere aidiyet düzeyleridir (Bourdieu ve Wacquant, 2021, ss. 78-80; Bourdieu, 2023, ss. 35-72). Bu tez çalışmasında, bağlamsal analiz ve yorumlama ile, ekibin yaşadığı deneyimlerin anlatıları özellikle toplumsal ve uzmanlık alanlarına ilişkin düşüncüler çerçevesinde ele alınmıştır. Klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerine ilişkin tarafların anlatıları hem hastane/üniversite hem de farklı uzmanlıkların (hekimlik, hemşirelik) kendi alan ve habitusları üzerinden analize edilmiştir. Bağlamsal analiz ve yorumlama aynı zamanda yerel ve toplumsal bağlam üzerinden de yapılmıştır.

Literatürde, Bourdieu’nün alan, habitus ve sermaye kavramlarının genelde sağlık özelde ise tıpla ilişkilendirildiği çalışmalar vardır. Özseven (2020), çoklu kurumsal mantık perspektifinden alan, habitus ve sermayenin tıp ve hekimlikle bağına odaklanmıştır. Çalışmasında özellikle 2003 yılından sonra hekimlerin kültürel ve sembolik sermaye değişimleri yaşadığından, sağlık alanındaki yeni uygulamalarla ortaya çıkan yeni bir hekimlik habitusundan ve ona bağlı oluşan farklı pratiklerden söz etmiştir. Akçaoğlu (2022), sağlık alanındaki eşitsizliği ekonomik ve kültürel sermaye açısından incelemiştir. Sağlıktaki eşitsizliklerin failleri/aktörleri sınıflandırmaya ve toplumsal hiyerarşiyi şekillendirmeye sebep olduğundan bahsetmiştir. Ayrıca sağlığında bir sermaye türü olarak düşünülme imkanına, bedenselleşme, kurumsallaşma ve nesnelleşme boyutuna ve her türlü ayrıma neden olan yapısına dikkat çekmiştir. Demir ve Yücedağ (2022), yaptıkları çalışmada hekim ve hemşirenin ortak mesleki alanda aynı ekip içinde yer almalarına rağmen farklı alt meslek gruplarını temsil etmelerini konu edinmişlerdir. Bu durumu alan, habitus, sermaye, simgesel şiddet, “ilisio” ve “doxa” kavramlarıyla tartışmışlardır. Onlara göre, hekim ve hemşire arasındaki iletişim sorunlarının temelinde toplumsal cinsiyet, konumların belirleyiciliği, alan mücadelesi, sermayelerin çatışması, hekimin baskın, güçlü sermayesi, rolü ve ağ sistemi yatmaktadır.

4.1.2. Araştırmanın mikro kuramsal çerçevesi

Yukarıda çizilen makro çerçevede, klinik eğitim ve sağlık bakım deneyimleri, sosyokültürel ortamlarda gerçekleşen bağlamsal ve düşünümsel deneyimler ve uygulamalar olarak ele alınır. Öğrenme, gelişim ve profesyonel kimlik oluşumuna ilişkin süreçler de kendi bağlamlarında gerçekleşen sosyalleşme süreçleri olarak görülür. Çizilen bu makro kuramsal çerçeve doğrultusunda, araştırmanın mikro-kuramsal çerçevesi “Düşünümsel Uygulama ve Öğrenme (Reflective Practice and Learning), “Durumsallık Teorisi (Situativity Theory)” ve “Uygulama Topluluğu (Community of Practice)” üzerinden oluşturulmuştur.

4.1.2.1. Düşünümsel, bağlamsal uygulama ve öğrenme

Klinik eğitimde, karmaşıklık sistem yaklaşımı, düşünümsel uygulama ve öğrenme ile sosyo-kültürel öğrenme teorileri arasındaki yakın ilişki kliniğin bağlam bağımlı sosyo-kültürel süreçleriyle ilgilidir. Karmaşıklığı ve belirsizlikleri içinde barındıran doğası, kurumsal, yerel ve ulusal bağlamları, meslekler arası ve meslek içi yoğun etkileşimleri/sosyalleşmeleri ile klinik eğitim “dağıtılmış biliş” açısından uygun yapılardır (Bleakley, 2010). Sosyo-kültürel öğrenmenin kapsamına giren sosyal bilişsel öğrenme, iş başında öğrenme, deneyimsel öğrenme, dönüştürücü öğrenme, bağlamsal, düşünümsel öğrenme gibi öğrenme kuramları, öğrenmenin bağlam bağımlı olduğunu ve topluluğun faaliyetlerine aktif katılım yoluyla gerçekleştiğinin altını çizerler. Bu teoriler, klinik eğitim süreçlerinin karmaşık yapısına önemli bir teorik yaklaşım sunarlar. Öğrenmenin hem kolektif hem de bireysel olduğunu ve katılım içindeki insanlar ve çevrenin öğrenme için birer kaynak oluşturduğunu vurgularlar. Somut deneyim, bağlamsallık ve düşünümsellik bu teoriler için merkezi yapıdadır. Yaşanan bağlamsal deneyimin üzerine düşünme, derin anlamayı ve deneyimin tüm yönleriyle birlikte bütüncül ve derinlikli keşfini sağlar (Mann, 2011).

Düşünümsel uygulama, sosyo-kültürel öğrenme yaklaşımlarının ayrılmaz bir parçasıdır. Deneyimi kalıcı öğrenmeye dönüştürmek, deneyimin eleştirel analizini yapmak ve yeni öğrenmeler için çıkarım yapmak amacıyla deneyim üzerine düşünmeyi içerir (Mann, 2011). Sosyo-kültürel öğrenme ile öğrenmeyi bireysel deneyimler ve yapılandırmalar şeklinde ele almaz. Öğrenmeyi, sosyal ve kültürel ortamda, hem öğreninin hem de çevrenin belirleyici olduğu, karşılıklı etkileşim ve dönüşümle yürüyen sosyalleşmeler ve sosyo-kültürel yapılandırmalar olarak çerçeveler. Bu öğrenme ortamlarında, öğrenme çok boyutlu ve etkileşimseldir. Tüm katılımcıların aktif olarak birbirini dönüştürdüğü yapıdadır (Gülpınar,

2021; Yardley ve ark., 2012). Bağlamsal, düşünümsel öğrenme deneyimleri, öğrenene kendisi ve çevresi ile ilgili derin anlam oluşturma ve gelişim farkındalığı fırsatları sunan bir yaklaşımdır. Öğrenenler karmaşık klinik ortamda yaşadıkları deneyimler üzerine yaptıkları düşünümlemlerle bireysel ve mesleki gelişimlerini sağlar, profesyonel mesleki kimliklerini inşa ederler. Bu tezde, ekibin klinik eğitim ve sağlık bakım deneyimleri Bourdieu'nün (2023) düşünümsellik yaklaşımı ve Gülpınar (2021)'ın "Bağlamsal Düşünümsel Deneyim ve Üçlü Düşünüm"ü çerçevesinde ele alınmıştır. Üçlü düşünümde; yaşanan deneyim; deneyimi yaşayan bireyin, ekibin ve/veya kurumun kendisi ve deneyimin yaşandığı bağlam üzerine düşünceler söz konusudur. Tez çalışmasında bağlam üzerine düşünceler, kliniğin sosyokültürel, duygusal ortamı, iklim ve kültürü ile yerel, toplumsal ortam/kültür üzerine gerçekleştirilmiştir.

Bağlamsal düşünümsel deneyimin önemli bir bileşeni duygusal deneyimler ve bu deneyimlerin içinde gerçekleştiği bağlam olarak ekibin, kurumun veya toplumun duygusal ortam ve iklimidir. Sosyokültürel yapılandırmacı yaklaşımla birlikte son dönemde duyguları ilişkisel ve bağlamsal çerçevede ortaya koyan sosyokültürel yapılandırmacı kuramlar geliştirilmiştir (Boddice, 2023; Barret, 2018; Tekgül, 2023, ss. 17-36). Bu kuramlar, duyguları bireysel yapılandırmalar olmaktan öte, "düşünümsel uygulama" ve "sosyo-kültürel aracı" boyutları üzerinden ele alırlar. Bu kuramlarda, duygulara ilişkin kişilerarası, sosyal, ilişkisel, kültürel, politik vb. odaklı söylem vurgusu söz konusudur. Profesyonel meslek toplulukları içerisindeki sosyal etkileşime ve sosyalleşme süreçlerine, kurumsal yapılardaki güç ilişkilerine, hiyerarşik yapılanmaya, duygusal ortama, mesleklerarası ilişkilere, kurum kültürü ve iklimine ait dinamiklere odaklanırlar. Bu mesleki, akademik vb. çeşitli alanların habitusunu sosyo-kültürel duygu söylemi bağlamında değerlendirirler (Ajjawi ve ark., 2022).

4.1.2.2. Durumsallık teorisi

Durumsallık teorisi, sosyal ve deneyimsel öğrenme teorileri arasındadır. Kültürel bir bağlamda bilgi, düşünme ve öğrenmenin deneyim içinde gerçekleştiğini ifade eder. Durumsallık ve sosyal etkileşim bu yaklaşım için merkezi konumdadır. Durumsal deneyim, öğrenme ortamındaki tüm katılımcıları, katılımcılarla birlikte düşünümsel süreçleri, öğrenme iklimini, ortamını ve kültürünü, fiziksel çevreyi, yerel ve toplumsal kültürü içerir. Bu teoriye göre, öğrenme süreçleri tüm katılımcılar ve çevrenin karşılıklı etkileşimi ile birlikte oluşturulur. Bu nedenle, durumsallık teorisi temel olarak sosyo-kültürel bir model önermektedir. Bu model, durumsal biliş (situated cognition), durumsal öğrenme (situated learning), ekolojik psikoloji (ecological psychology) ve dağıtılmış biliş (distributed cognition) kavramları perspektifinde öğrenmeyi çok boyutlu bir

süreç olarak açıklar. Durumsal biliş ve durumsal öğrenme, öğrenme süreçlerinde katılımcıların ve çevrenin eşit derecede önemli olduğunu vurgular. Ekolojik psikoloji, çevrenin öğrenmedeki önemine odaklanarak, bireyin diğer katılımcılarla ve çevreleriyle nasıl etkileşime girdiğine dair bir açıklama sağlayarak durumsal bilişe katkı sağlar. Dağıtılmış biliş ise, öğrenmenin sosyal bir durum olduğunu ve sosyal ortam ve sosyal etkileşimlerin düşünme ve öğrenme üzerindeki kolaylaştırıcı etkisine vurgu yapar (Dunning ve Artino, 2011). Durumsal öğrenme, öğrenme deneyimlerin içinde bulunduğu durumları hesaba katarak ve katılımcıların normları, değerleri ve uygulamaları keşfetmesini sağlayarak, onlara deneyimin bütünleştirilmesi ve anlamlandırılması için bağlam ve kültürel ortam yaratır (Mann, 2011).

4.1.2.3. Uygulama toplulukları

Sfard (1998), öğrenmeyi “edinim” ve “katılım” olarak iki metafor üzerinden ele almıştır. Bu metaforlar uygulama topluluğu içinde öğrenmenin iki boyutuna vurgu yapar. Edinim metaforunda öğrenme, bireysel bir süreç olarak bireyin “mal” edinimi anlamında bilgi, beceri, nitelik, değer ve yeterlikleri kazanmasıdır. “Katılım” metaforunda ise, öğrenme sürekli katılım üzerinden yürüyen bir süreç olarak ele alınır. Katılım bağlama/duruma ve sosyal süreçlere gömülüdür (Sfard, 1998). İkinci metaforunda, klinik eğitim, sosyal etkileşim bağlamında öğrencilerin hem profesyonel sağlık ekibi hem de diğer sağlık hizmetleri meslekleriyle birlikte çalıştıkları ortamlarda gerçekleşir. İş başında durumsal öğrenme süreci bilginin klinik ortam, iklim ve kültüre gömülü olduğunu ve öğrenenlerin, bilgiyi uygulama yoluyla kendilerine uyarlayarak edindikleri anlayışına dayalıdır (Mann, 2011). Öğrenme aynı zamanda öğrenenlerin bilginin sosyal inşasına aktif olarak dahil oldukları ilişkisel ve sosyal bir süreç olarak da kabul edilir (Lave ve Wenger, 1991). Dolayısıyla klinik eğitim süreçleri ve sağlık bakım hizmetleri birlikte yürüyen süreçler olarak klinik uygulama toplulukları içinde gerçekleşir. Bu süreçte öğrenenler aynı zamanda profesyonel kimliklerini oluştururlar. Özellikle sağlık bakımı ortamlarındaki öğrenciler hasta bakım süreçlerine klinik ekiple birlikte katılırlar ve eğitim faaliyetleri uygulama topluluğunun bireyleri tarafından kontrol edilir, öğrenme ve gelişim fırsatları bunlar tarafından sağlanır (Egan ve Jaye, 2009).

Bu noktada bir diğer çerçeve “Belirlenmiş/Kurallı Dış Halkadan Katılım” dır (Legitimate Peripheral Participation). Dış halkadan içeri doğru katılımı yaşayan deneyim süreçleri profesyonel kimliğin ortaya çıktığı süreçlerdir. Böyle bir katılımı, öğrenenlerin bir uygulama topluluğuna uyumlanması aynı zamanda aidiyet veya bağlılık duygusunun oluşmasını da beraberinde getirir (Wenger, 1999). Bireyin gelişiminde bu sosyalleşme süreci düşünceler

üzerinden birer anlam geliştirme süreçleridir. Bu süreçlerde öğrenenler mesleki kültürün normlarını, söylemlerini ve diğer yönlerini örtük olarak öğrenirler (Eraut, 2000). Bir diğer ifadeyle, uzmanlık alanının habitusunu (bünyevileştirilmiş/bedenleştirilmiş eğilimler, yatkınlıklar, kalıplar, davranışlar, söylemler vb.) kendi bünyelerinde yeniden inşa ettikleri söylenebilir. Wenger (1999), dönüştürücü öğrenmenin uygulama topluluklarına katılımı olabileceğini ve uygulama topluluklarının daha geniş bağlamlarda (tarihsel, sosyo-kültürel ve kurumsal) ve belirli kaynaklar ve kısıtlamalar içinde geliştiğini vurgular. Uygulama topluluklarının temel özelliği, normatif rolleri, davranışları, rutinleri, söylemleri, sembolleri ve değerleri; hem formal hem de informal uygulamaları içermeleridir. Öğrenciler, kendilerinden bekleneni yapmak için, kurumun açık ve örtük beklentilerine yanıt verecek şekilde kendilerine özgü bir katılım ve uygulama üretirler.

4.2. Bağlamsal/Düşünümsel Deneyimler, Anlatılar ve İlgili Araştırmalar

Bu bölümde, ilk olarak sağlık süreçlerinde anlatıların kullanımı ve önemine yönelik kuramlar ve kavramlar açıklanmıştır. Daha sonra bu yönde yapılan araştırmalara yer verilmiştir.

4.2.1 Sağlık eğitim ve bakım süreçlerinde anlatılar

İnsanlar doğal hikaye anlatıcılarıdır. Anlatıları, sadece öznel deneyime eşsiz bir pencere sundukları için değil, aynı zamanda insanların kendilerine ait imajlarının/kimliklerinin bir parçası oldukları için önemlidir. Burada anlatısal olarak kendini temsil etme söz konusudur. Bu temsiller üzerinden yaşamın nasıl yönetildiği, acıyla nasıl yüzleşildiği, neyin kabul edilip neyin reddedildiğini şekillendirir (McAdams ve McLean, 2013; Ochberg, 1988). Anlatılar, inşa edici, aktif bir bilme ve olma süreci ve üretken bir hatırlama süreci olarak önemlidir. Bir bilgi üretimi süreci olarak anlatının önemi, sosyal faaliyet kaynaklı olmasıdır. Bir hikâyeyi başka biriyle paylaşmak, ince ve açık karşılaşma gerektirir. Bu nedenle anlatılarda, hem “sosyal biliş” hem de “dağıtılmış biliş” bir bilme süreci olarak deneyimde beraber ilişkilendirilir (Ochs ve ark., 1992). Sağlık süreçlerinde özellikle doktorlar ve hemşireler açısından bütünsel bir bakış açısının gerekli olduğu karmaşık durumlarda, mesleki gelişimde, sağlık bakım hizmetlerinde ve özellikle farklı kültürlerden hastaların ve ekibin yönetimi süreçlerinde hikaye kullanımının etkisi önemlidir (Greenhalgh ve Hurwitz, 1999).

Klinik süreçlerde anlatıların kullanımı birçok amaca yöneliktir. Hasta hikayelerini temel alan çalışmalar, genel olarak, “hastalık deneyim hikayeleri” ve “sağlık bakım deneyimi hikayeleri” olarak iki alana odaklanır. Özellikle sağlık profesyonelleri ve öğrencilerin eğitiminde kullanılan

hastalık deneyim hikayeleri, anlatıların nasıl öğrenme aracı olduğunu ve bu öğrenmelerin bireysel düzeyde nasıl bir etkiye sahip olduğunun anlaşılmasına yardımcı olur. Hastalık anlatıları, bireyin hastalık deneyimini aydınlatmanın yanında, sağlık profesyonellerine ve öğrencilere “hastalığın biyomedikal sürecini bilme” ile “hastanın hastalık deneyimini anlama” arasındaki boşluğu doldurarak hasta merkezli bakım ilkelerini kazandırmak adına güçlü bir araçtır (Fancott, 2016). Bu durum sadece anlatıyı paylaşmayı değil, aynı zamanda onu “katılımlı diyalog” oluşturma fırsatı olarak kullanmayı da beraberinde getirir. Katılımlı diyaloglar, öğrenme sürecinin düşünsel/bilişsel alanlara ek olarak duygusal ve anlamsal boyutlarıyla bütünlüklü olarak deneyimlenmesini sağlar. Öğrenme deneyimini daha çok bilişsel alanla sınırlamak yerine yeni bakış açıları, içgörüler, duygular ve yeni sorularla genişletir (Kumagai, 2008).

Sağlık bakım deneyimine ilişkin anlatılar, hastanın bakım deneyimini anlama ve sağlık hizmet sunumunun iyileştirme üzerindeki etkisini değerlendirebilmek için içgörüler sunar. Sağlık bakım deneyimleri kurumların, sağlık çalışanlarının, öğrenenlerin, hasta ve yakınlarının anlatıları üzerinden ele alınır. Hasta bakım deneyimini vurgulayan hasta anlatıları, aynı zamanda, kurumların organizasyonel yapılarında ve sağlık bakım kalitelerinde iyileştirme/geliştirme çabalarına ivme kazandırır (Fancott, 2016). Hastalık anlatılarının yanısıra sağlık bakım deneyim anlatıları da (özellikle yolunda gitmeyen bakım anlatıları) anlatı temelli eğitim için merkezi bir konumdadır. Eğitim materyali olarak paylaşılan anlatılar, klinikte yolunda gitmeyen ve ikilem yaratan kritik durumların çözümlenmesine olanak tanır. Klinikteki uygulamaların güvenli bir şekilde derinlemesine tartışılmasını kolaylaştırır.

Eğitmenler/danışmanlar genellikle bakım deneyimlerini paylaşarak, bakım hizmetlerinin kalitesi ve hizmetlerin hastalara nasıl sunulduğu konusunda bakım sağlayıcılarının ve öğrenenlerin görüşlerini sorgulamanın bir yolu olarak anlatı yaklaşımlarından yararlanırlar. Dolayısıyla sağlık profesyonelleri anlatılarla, öğrenenlerin eğitimine hem sağlık hizmeti sağlayıcılarını ve hastaları hem de öğrenenleri yerleştirerek, hasta ve bakım veren rolleri arasındaki deneyimsel dinamiği etkileşimli hale getirerek değiştirebilir. Bu durum “hasta merkezli bakım” yaklaşımı ile hastaların kendi bakımlarının pasif alıcıları olarak değil, eğitimde ve bakımda aktif birer özne olarak dahil olabilmelerini sağlar (Kumagai, 2008; Hsu ve McCormack, 2012). Klinik süreçlerde hasta anlatılarının kullanılmasının bir diğer yararı da ekip çalışması bağlamında klinik işbirliğini teşvik etmesi ve farklı deneyimlerden yararlanmanın güçlü bir ekip dinamiği oluşturabilmesidir. Anlatıların profesyonel ve kurumsal

güç anlayışı ile ilgili, kabul edilmiş varsayımları açığa çıkarmada ve çalışanların uygulamalarını yeniden şekillendirmelerinde yardımcı olduğu belirlenmiştir.

Klinik dünyada sadece hastaların “hastalık deneyim anlatıları” değil, sağlık profesyonellerin de mesleki ve kişisel deneyimlerine dayalı kendi anlatıları vardır. “İkinci anlatı” gibi işlev gören bu anlatılar, klinikte anlatıların rolü ve klinik bilginin sürekli değişen karmaşık doğası hakkında farklı uzmanlık alanlarının deneyimleriyle ilişkili farklılıklara, farklı yaklaşımlara ve seslere işaret eder. Bu sesler, ilgili taraflarca (öğrenci, klinik çalışan, hasta, refakatçi vs.) duyulur. Farklı sesler, farklı söylem biçimleri demektir. Kıdemli hekimler “kişisel deneyimin sesi” olarak klinik anlatılarını, günlük vizitlerinde veya olgu sunumlarında birbirleriyle paylaşırlar. Bu tür kişisel deneyim anlatıları “karşılaştırmalı anekdotlar” diye adlandırılır ve insani deneyimle ilişkili anlamların yorumlanmasında önemlidir. Olgu sunumunun bir uzantısı olarak bu tür anlatılar hem ayırıcı tanının doğrulanması hem de farklı olasılıkların ele alınması noktasında işlev görebilir. Bazen, yolunda gitmeyen, kritik durumlar veya klinik hatalarla ilgili örtük uyarılar anlatılarla ifade edilir. Dolayısıyla klinik bağlamda anlatılar, klinik akıl yürütme süreci de dâhil olmak üzere tüm süreçlerin ayrılmaz bir parçasıdır (Shimazono, 2003).

Sağlık uygulamaları ve sağlık eğitimi süreçlerinde anlatılar sadece biyomedikal araştırma süreçlerinde değil, aynı zamanda bireysel hastalık deneyiminin kendisini ve bu deneyimin sosyo-kültürel zemininin değerlendirilmesinde bir araç olarak kullanılır (Somers, 1994; Hyden, 1997; Charon, 1993). Son yıllarda (1980’lerden sonra) anlatı kavramının sağlık ve hastalık alanında kullanımı tematik, teorik ve metodolojik olarak çok yönlü bir dönüşüme uğramıştır. Hekim-hasta iletişimi ile ilgili yapılan anlatı çalışmalarında 1990’lı yıllarda iki önemli teori öne çıkmıştır. Teorilerden biri, klinik görüşmelerin söyleminin derinlemesine çözümlemesine dayalı olan, sosyo-dilbilimsel analizi yorumlayıcı bir perspektifle birleştiren Eliot G. Mishler’in (1924-2018) teorisidir (Clark ve Mishler, 1992). Diğeri ise, Rita Charon’un (1949-) anlatı tabanlı tıp teorisidir (Charon, 1993). Özellikle Charon’un Anlatı Tıbbı (Narrative Medicine) teorisi, günümüz sağlık eğitimi ve sağlık bakım hizmeti süreçlerinde, sağlık eğitimcilerine, bakım sağlayıcılara ve anlatı araştırmacılarına, teorik ve uygulama çerçevesi sağlaması açısından önemlidir.

4.2.2. Anlatı tıbbı ile ilgili kuramlar

Mishler’in sosyo-semiyotik analiz (konuşma analizi) teorisinin iki önemli boyutu vardır. Üzerinde durulan vurgulardan biri, klinik görüşmelerin belirli bir konuşma yapısına sahip olmasıdır. Hekim ve hasta arasındaki asimetrik ilişkileri yansıtan klinik görüşmeler, hekimin

sorusu, hastanın yanıtı ve hekimin değerlendirmesi olarak üç bölümlü yapının süregiden tekrarı ile devam eder. Bu süreçte, konuşma yönünün kontrolü büyük ölçüde doktorun elindedir. Diğer önemli vurgu ise, klinik görüşmelerde iki ses arasında, “tıbbın sesi” ve “yaşamın sesi” (the ‘voice of medicine, voice of lifeworld) arasında yaşanan çatışmadır. Tıbbın sesi, biyomedikal, teknik ve rasyonel olanın baskın olduğu bir yaklaşımla çerçevelenir. Yaşam dünyasının sesi ise daha bir anlatı odaklıdır. Hasta olma deneyimini, hastanın anlatısına ve kendi sosyo-kültürel bağlamına yerleştirir. Bu iki sesin her biri farklı bir söylem tarzıyla ilişkilidir. Tıbbın sesi doktorun sorusuna ve hastanın tepkisine dayanır. Klinik görüşmede baskın olarak istenilen şey hastaların hekimlerle işbirliği yapmaları ve tıbbın sesine uyumlanmalarıdır. Bu ses sadece kronolojik raporlar ve parçalanmış, hikayesinden arındırılmış paylaşımlar üretir. Oysa hastalar, tıbbın sesinin ötesine geçmek, seslerini duyurmak isterler. Ancak hastalar tarafından başlatılan hikâye anlatımı genellikle doktorlar tarafından hızlıca kesilir (Clark ve Mishler, 1992). Klinik görüşmeler, hastaların hastalık öyküleri ile sınırlandırılmıştır, yaşam dünyasının sesi, dolayısıyla anlatılar duyulmaz bu süreçte.

Anlatının bağlamı, anlatının biçimini, sunumunu ve yorumunu etkiler. Hasta ve doktor arasındaki karşılaşma kurumsal ve klinik bir bağlamda gerçekleşir. Hastanın bu bağlamlarda hastalığını ifade edebilmesi için klinik karşılaşmada sosyal etkileşimin yeniden düzenlenmesi gerekir. Böylece doktor daha aktif bir dinleyici konumuyla hastayı anlatıya teşvik eder. Hasta, hastalık anlatısının nihai hedefi için hastalığına ilişkin bir açıklama bulmayı ve anlamayı amaçlar. Bu tıbbi görüşmenin iyileştirici hedefidir. Tasarlanan tedavi programının etkinliğini etkiler. Konuşma analizi yaklaşımının değeri, dikkati klinik görüşmelerin dinamik sürecine çekmesidir. Klinik görüşmeyi hekim-hasta etkileşiminde, bireysel olarak konuşmacıların sınırlarını aşan iki ses arasında incelikli bir mücadele alanı olarak nitelemişlerdir. Bununla hastaların öznel deneyimlerini anlatılar şeklinde ifade etmelerinin önünü açmışlardır. Ayrıca, hikâye anlatımı ve anlatı bilgisinin, klinik karşılaşmalarda teşvik edilebilecek, sosyal olarak konumlandırılmış bir etkinlik olduğunu göstermişlerdir (Hyden, 1997; Clark ve Mishler, 1992; Shımazono, 2003).

Charon tarafından tıp ve edebiyattan hareketle geliştirilen ve eğitim yaklaşımı olarak modellenen anlatı tıbbının, 2000’li yıllardan sonra tıp eğitimi programlarında ve sağlık bakım hizmetleri uygulamalarında önemli bir yeri vardır. Anlatı tıbbı, tıp eğitiminde ve sağlık bakım süreçlerinde, biyomedikal perspektifin hasta bireyin biricik varoluşsallığını öteleyerek bireyi kendi hastalığının gölgesinde bırakması yaklaşımına karşı geliştirilmiştir. Bu modelle tıp süreçlerine insani ve sosyo-kültürel bir perspektif kazandırma amacıyla, edebiyatın sanatsal ve

estetik duyarlılığının tıp eğitimine yedirilmesi amaçlanmıştır. İlk olarak 2000 yılında Charon tarafından kullanılan anlatı tıbbı, hasta ve hastalık hikâyeleri üzerinden bireyin hastalık ve bakım sürecinin daha derinlikli anlaşılma, tanınma, özümseme, yorumlanma ve yönetilebilmesi için ilgili anlatısal yeterliklerin kazanılmasına odaklanmıştır. Bu anlatısal yeterlikler, özenli dinleme, özenli dikkat, empati gelişimi, iletişim becerilerinde gelişim, insani duyarlılığın gelişmesi, kendi ve başkalarının üzerine düşünüm yapma becerisi ve sağlık bakım ve kişilerarası ilişkilerde kültürel duyarlılık geliştirme gibi yeterliklerdir. Anlatı tıbbında, tıp edebiyat, şiir, kısa öykü, roman ve etnografya üzerinden ele alınır. Bu yaklaşımda tıp süreçlerinin bir parçası olarak edebi eserler ve çalışmalar kullanılır ve bununla tıp pratiğinin iyileştirilmesi hedeflenir. Anlatı tıbbı, tıpta insan bilimlerinin kavramlarını kullanarak öğrencileri, hekimleri ve sağlık çalışanlarını hastaların öykülerini okuma, öykülerine kulak verme ve bu çabalara yönelik eğitim etkinlikleriyle bakım verilen bireylerin hayatlarına dokunma yönünde hazırlar. Derin okuma ve anlatısal/düşünsel yazım etkinlikleriyle, öğrencilere, çalışanlara ve klinisyenlere, hastaların hastalık deneyimlerinin derinlemesine anlaşılmasının yanında, kendi kişisel ve duygusal tepkilerini de ele alma ve deneyimlenen klinik süreçleri daha yakından ve ayrıntılı olarak değerlendirme fırsatları sunar. Yine anlatı tıbbı hastalarla, hekimlerin kendileriyle ve birbirleriyle yeniden ilişkilensinin, yakınlık oluşturmalarının bir yolu olur. Anlatısal okuma ve yazma etkinlikleri klinisyenlerin duyguları işleme kapasitesini geliştirir. Anlatı temsili ile öz-düşünüm yeterliklerini artırarak yaşam anlatılarının derinlikli bir şekilde açığa çıkmasına aracılık eder. Dolayısıyla anlatı tıbbıyla, kendi bütünlüğü ve biricikliği içinde ele alınan sağlık ve hastalıkla ilgili deneyimlere insani ve sosyokültürel bir duyarlılık ve perspektif kazandırılır. Klinik pratiğin insani ve sosyokültürel duyarlılıkla güçlenmesine imkân sunulur. Klinik eğitim süreçlerinde anlatısal yeterliklere ilişkin etkinliklerle öğrenciler mezuniyete bu açılardan da nitelikli bir şekilde hazırlanmış olur (Charon, 1993; Yıldız ve Gülpınar, 2019).

Metaforlar anlatıların çok önemli bir parçasıdır. Son yıllarda metaforlar üzerinden geliştirilen araştırma yöntemleri ile bu konu daha derinlikli olarak ele alınmaya başlanmıştır (Nardon ve Hari, 2021). Metaforlar anlatıların içerisine gömülüdür. Bir deneyimin yaratıcı hayal gücü ile dilsel olarak ifade edilmesidir. Metaforlar, hem bilişsel süreçlerde hem de gündelik yaşamın içinde bir bilme, anlama ve anlam verme aracı olarak kullanılırlar. Dolayısıyla kavramsallaştırılabilir olma özelliğindedirler. Edebi olarak dilin estetik ve şiirsel kullanımı içerisinde derin anlam katmanlarına ve çoklu okuma ile çoklu anlam dünyalarına kapı aralarlar. Metaforik yaratıcılık, içerisinde insana dair olan her şeyi kapsayabilir. Bundan dolayı kendine

özgü benzersiz bir anlam ifade etme aracıdır. İnsani durumların anlam ve gerçeklik inşasında ve zihinsel akıl yürütmeye önemli bir unsurdur ve bu özelliğinden dolayı edebi form olmanın ötesine geçer (Lakoff ve Johnson, 2022). Metafor çalışmaları, karmaşık olayların belirsiz, dinamik etkileşimsel yapısını anlamada, başka model ve yaklaşımların tek bir temsil sağladığı durumlarda, her bir durumun kendine özgü koşullarına odaklanmada ve katılımcıların yaratıcı anlam dünyalarını anlamada, araştırmacılara zengin alternatif yollar sağlar (Sfard, 1998).

4.2.3. Sağlık bakım ve eğitim araştırmalarında anlatılar

Bu bölümde, öncelikle literatürlerden derlenen anlatı temelli tıp (narrative based medicine) araştırmalarının genel bir çerçevesi sunulmuştur. Sonra sağlık bakım ve eğitim araştırmalarında anlatı tıbbi özelinde yapılan özgün çalışmalar ele alınmıştır.

Anlatı temelli tıp ile ilgili literatürlerde çalışmaların yönelimlerine bakıldığında beş kategoride çalışmalar yapıldığı görülmüştür. Bunlar;

- sağlık eğitimi ve sağlık bakım süreçlerinde anlatı (hasta ve hekim anlatıları) kullanımının etkilerine yönelik teorik çalışmalar,
- anlatı temelli olgu çalışmaları (tıp etiği, antropoloji, psikoloji, sosyoloji temelli çalışmalar)
- anlatı tıbbi eğitim etkinliklerinin süreç, sonuç ve etki açısından değerlendirmesine yönelik çalışmalar (ders, blok, staj, kurs, atölye, seminer, atölye çalışması vs),
- anlatı tıbbi programlarında düşünümsel yazım (reflektif writting) etkinliğinin değerlendirmesine yönelik çalışmalar ve
- hasta ve hastalık öykülerinin sağlık eğitimi ve sağlık bakım süreçlerinde kullanımına yönelik çalışmalar (durum çalışmaları vs) çalışmalardır.

Anlatı tıbbi ile öğrenme yaklaşımları ilişkisi üzerinden araştırmalar incelendiğinde, kuramsal çerçevenin daha çok sosyo-kültürel perspektif ve anlatılar üzerinden düşünümsel öğrenme yaklaşımları temelinde çizildiği görülmektedir. Bu noktada, Mezirow'un (1923-2014) Dönüştürücü Öğrenme Teorisi (Transformative Learning) ile Kolb'un (1939-) Deneyimsel Öğrenme Teorisi (Experiential Learning) öne çıkmaktadır. Araştırma yöntemleri olarak nitel çalışmalar ağırlıklı olmak üzere, nicel ve karma araştırmaların da yapıldığı gözlenmiştir.

Literatürlerde anlatı tıbbi eğitimi program etkinliklerinde, seçili metin okuma ve üzerine tartışma, düşünümsel oturum ve düşünümsel yazımın yoğun olarak kullanıldığı görülmüştür. Bu programların eğitim çıktıları olarak da iletişim ve ekip oluşturma becerilerini geliştirme, farklı bakış açısı oluşturma ve düşünmeyi teşvik etme, empatik davranışı teşvik etme,

tükenmişliği tespit etme/hafifletme, anlatı yeterliliğini geliştirme, pedagojik ve klinik becerileri artırma, etik araştırmayı teşvik etme ve kültürel duyarlılığı geliştirme potansiyeli gibi çıktılar belirlenmiştir (Remein ve ark., 2020).

Anlatı tıbbı ile ilgili özgün araştırmalara bakıldığında uluslararası literatürlerde örneklerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Ülkemizde bu yöndeki araştırmalar bir iki çalışmayla sınırlıdır. İlk grup çalışmalar, anlatıların, anlatı temelli eğitim etkinliklerinin ve programların öğrenenlerin ve sağlık çalışanların bireysel ve kurumsal kazanımları üzerine etkilerini ortaya çıkarmayı amaçlayan nitel desenli araştırmalardır. Bu çalışmaların birisi kurumsal öğrenme ve iyileştirme için hasta anlatılarını keşfetmek ve anlamak amacıyla, nitel yöntemle, derinlemesine görüşme, katılımsız gözlem ve doküman incelemesi teknikleriyle yapılan bir durum çalışmasıdır. Hasta anlatılarında öğrenmenin ve gelişimin kurumsal performansı nasıl dönüştürülebileceği incelenmiştir. Hasta ve aile merkezli bakımı bakım felsefesi olarak konumlandıran kurumsal liderlerin bir bakım kültürü yaratma çabalarını anlatıların nitel analizi ile betimlemiştir (Fancott, 2016). Nitel desenli diğer bir çalışmada kültürel yeterlik ve anlatı tıbbı eğitim programlarının, pediatri asistanlarının hizmet verdikleri yerel topluluklarla etkileşimini geliştirme potansiyeli değerlendirilmiştir. Çalışmada, anlatı tıbbı programının, toplumu tıp kültürüyle ilişkilendirmede ve asistanları toplum temelli kurum kültürüne, kendilerinin ve hizmet verdikleri toplumun “kültürel farklılıklar” larına duyarlılık geliştirme ve bu yönde yeterlik geliştirmede önemli etkileri olduğu bulunmuştur (Das Gupta ve ark., 2005). İkinci sınıf tıp öğrencileriyle yapılan altı haftalık bir seminer programında, düşünsel yazım etkinliği üzerinden hastaların ve kendi kişisel hastalık deneyim hikâyelerinin derin okumaları yapılmıştır. Bu uygulamanın tıp öğrencilerinde empati yeterliklerini geliştirdiği ve kişisel hastalık öyküsünün yazılmasının, öğrencilerin öznel hastalık deneyimlerini keşfetmelerini sağladıkları belirlenmiştir (DasGupta ve Charon, 2004). Tıp fakültelerinde ve hastanelerde anlatı tıbbı veya tıpta insani bilimler eğitimi alan sağlık profesyonellerinin, klinik süreçlerde anlatı yeterliliğine ilişkin deneyimlerini ve bakış açılarını araştırmak için yapılan başka bir nitel çalışmada ise veriler derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Verilerin analizi, anlatı tıbbının, sağlık personelinin anlatı yeterliliğini geliştirmede etkili olduğunu ve bakım hizmetlerinde sağlık çalışanlarının farkındalıklarını arttırdığını göstermiştir (Chu ve ark., 2020).

Anlatısal, düşünsel yazımın kullanıldığı üç çalışmanın ilkinde farklı branşlardan hekimlerin katılımıyla yürütülen anlatı tıbbı kursunun, doktorlar ve hastalar arasındaki güven ilişkisinin geliştirilmesi noktasında değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hem doktorlardan hem de bakım verilen hastalardan toplanan anlatısal yazımların, gömülü teori üzerinden nitel analiz yapılmış

ve anlatı tıbbı yaklaşımının hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla günlük klinik uygulamada faydalı olduğu ve başlangıçta iyi olmayan hekim-hasta ilişkisini olumlu yönde geliştirdiği belirtilmiştir (Cappuccio ve ark., 2019). Kalp yetmezliği olan hastalar, hasta bakıcıları ve kardiyoloji hekimlerinin katılımıyla, kalp yetmezliğinin günlük yaşam üzerindeki etkisine ilişkin bakış açılarını değerlendirmek amacıyla yapılan anlatı çalışmasında da anlatısal yazım kullanılmıştır. Anlatıların, anlatı analizi yöntemiyle çözümlemesi sonucunda, hastalar ve bakıcılar anlatısal yazım deneyimini olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Hekimler de anlatısal yazımın mesleki deneyimleri üzerinde(n) düşünmenin bir yolu olduğunu belirtmişlerdir (Testa ve ark., 2020). Üçüncü çalışmada tıp öğrencilerinde, kritik durumla karşılaşmalarda süreci yönetme yeterliklerini geliştirmede düşünümsel yazımın etkililiği araştırılmıştır. Çoklu malformasyonu olan bir bebek ve anne ile temas hikâyesi üzerinden yapılan bir olgu değerlendirmesinde, düşünümsel yazımın öğrencilerde “hayat” kelimesinin anlamını derinden anlama ve empati becerisini geliştirme noktasında etkili olduğu bulunmuştur (Pentiado ve ark., 2016).

Anlatılar sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde de kullanılmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarının birisi 10 ülkeden 23 aile hekiminin katıldığı bir konferansta gerçekleştirilen, tıp eğitimcilerinde düşünüm yeterliliğini geliştirmeyi amaçlayan çok uluslu bir çalıştay üzerinden yapılmıştır. Anlatıların ve soyut resmin birlikte kullanıldığı çalıştayda katılımcılar, soyut resimler kullanmanın kendi iç dünyalarıyla bağlantı kurmayı kolaylaştırdığını ve hem bilişsel hem de duygusal yeteneklerini harekete geçirdiğini belirtmişlerdir (Karkabi ve ark., 2014). Hekimlerde empati ve düşünüm becerisinin geliştirilmesine yönelik fakülte gelişim programının değerlendirildiği karma yöntemli bir çalışma ise 40 hekimin katılımıyla yapılmıştır. Programın hekimlerde, hasta bakım süreçleri iletişimde iyileşme, empatik yakınlık ve nitelikli bakım farkındalığı geliştirmede etkili olduğu görülmüştür (Misra-Herbet ve ark., 2012).

Anlatı uygulamalarının ve dönüşümsel öğrenme yaklaşımı perspektifinde araştırıldığı iki çalışmanın ilkinde, düşünümsel kapasiteyi ve mesleki/profesyonelliğe yönelik gelişimi desteklemek amacıyla, klinik öncesi anlatı tıbbı programı içinde özel olarak tasarlanan bir program değerlendirilmiştir. Araştırmada, tıp öğrencileri, disiplinlerarası ekiple düşünümsel yazım etkinliğinin kendilerinde zor etkileşimler, iletişim becerisi yeterliliği ve kötü haber verme becerisini geliştirmede etkili olduğunu belirtmişlerdir (Wald ve ark., 2010). Dönüşümsel öğrenme yaklaşımı etkinlikler çerçevesinde, hasta anlatılarını kullanan zorunlu iki yıllık bir

programın değerlendirildiği bir diğer çalışmada da, öğrenciler, “Aile Merkezli Deneyim” uygulamasıyla, hastanın hastalık deneyimine ilişkin farkındalık ve öz-düşünüm becerisi geliştirdiklerini söylemişlerdir (Kumagai, 2008).

Diğer bir grup çalışma hastalarla yapılan anlatı etkinliklerine yöneliktir. Örneğin bu çalışmaların birisinde anlatı tıbbına dayalı sağlık eğitiminin, Enflamatuvar Bağırsak Hastalığı Artriti hastalarının fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerine etkileri araştırılmıştır. Dört haftalık çevrimiçi eğitim üzerinden hasta ve yardım grubu ile yapılan randomize kontrollü bu çalışma ile hastalarda, hastalıklarına ve günlük hayatlarına dair anlatılarını paylaşmanın rahatlatıcı etkisinin olduğu saptanmıştır (Zhang ve ark., 2020).

4.2.4. Deneyimlerin ve anlatılarının bağlamsal nitelikleri ve ilişkili araştırmalar

Bu alt başlıkta, sağlık bakım ve eğitim deneyimlerinin içinde gerçekleştiği bağlama (klinik ortam, iklim ve kültür; klinik eğitim ortamı ve iklimi; duygusal, ilişkisel, sosyal ortam; toplumsal, kültürel, ulusal ortam; kurumsal ve ulusal sistem vs.) ilişkin açıklamalara ve bu yönde yapılan araştırmalara yer verilmiştir.

Tıp eğitimi ve sağlık bakım uygulamaları, farklı sosyal gerçeklikleri, farklı inanç sistemlerini, değerlerini ve güç ilişkilerini yansıtan kurumsal, yerel, toplumsal ve ulusal bağlamlar içinde gerçekleşir. Bu bağlamlar katılımcıların mesleki deneyimlerini ve profesyonel kimlik oluşumlarını etkiler ve gelişimlerini şekillendirir. Klinik bağlamlar sağlık bakım hizmetlerinin ve eğitim etkinliklerinin birlikte yürütüldüğü ortamlardır. Bu ortamlarda ekip dinamikleri, güç ilişkileri, toplumsal, sosyal normlar, yerel, kurumsal ve ulusal özellikler temel dinamikleri oluştururlar (Schrewe ve ark., 2018).

Daha önce açıklandığı gibi, karmaşık sosyokültürel sistem örneği olarak sağlık ve eğitim sistemleri ve bu sistem dâhilinde yaşanan süreçler bağlamı bağımlıdır. Bağlamın yaşanan süreçler ve ortaya çıkan sonuçlar üzerindeki belirleyiciliği iki şekildedir ve iki yönlüdür. Hem deneyimin içinde yaşandığı bağlamsal niteliklerin kendisi hem de bu bağlamlarla tarafların (kişilerin, ekiplerin, kurumların, toplulukların) nasıl ilişkilendiği yaşanan süreç ve sonuçlar üzerinde belirleyici olabilmektedir (karşılıklı belirlenim). Bu durum karmaşık sistemleri ve bu sistemler içinde yaşanan deneyimleri kendi bağlamı içinde anlamayı ve sistemi oluşturan bileşenler (alt sistemler, yapılar, işleyişler, düzenlemeler, aktörler, materyaller, politikalar vs.) arasındaki karşılıklı ilişkileri süreç, bağlam ve sonuçlarıyla birlikte ele almayı gerektirir. Bu çerçevede, tarafların deneyimlerini ve bu deneyimlere ilişkin anlatılarını kendi bağlamları

içinde okumak, analiz etmek, açıklama ve yorumlama önerileri oluşturmak önemlidir (Gülpınar, 2021; Gülpınar, 2024b; Lipsitz, 2012; Adam ve de Savigny, 2012).

Sağlık bakım ve eğitim deneyimlerini çerçeveleyen bağlamsal unsurlardan birisi sistemdir. Kurumsal ve ulusal hedefler, politikalar, yapılar, işleyişler ve düzenlemelerdir. Karmaşık sosyokültürel bir sistem olarak sağlık bakım ve eğitim süreçleri kollektif bir yapıya sahiptir, kurum ve ekip yapısı ve dinamiği içinde gerçekleşir. Klinik ekip, organizasyonel kurallar, roller, protokoller ve normlar üzerinden kendi kendini düzenleyen karmaşık sistemin birer parçasıdır. Her bir ekip üyesi, mesleki farklılıkları, tutum ve davranışları ve kendi özellikleriyle ortamda bulunur ve sistemin işleyişine katkı sunar. Ekipler, görev güçleri ve ekipler arasındaki işbirliği açısından bir dinamik oluşturur. Aynı zamanda bu dinamikler çatışma nedenidir. Özellikle sağlık mesleklerinin örgütsel organizasyonu ve işleyiş sistemi, karmaşık yapısı, çoklu bakış açıları ve zengin deneyimler açısından etkili kurumsal öğrenme için bir kaynaktır (Arrow ve Henry, 2010; Bleakley, 2010).

Sağlık bakım ve klinik eğitim deneyimlerin içinde yaşandığı bağlamsal bir unsur olarak “sistem”in, yaşanan bu deneyimleri nasıl ve ne yönde etkilediği üzerine yapılan çalışmaların birinde eğitim ve hasta bakım süreçlerine yönelik nitelikli kurumsal öğrenme iklimlerinin önemi vurgulanmış; destekleyici kurumsal (fakülte, hastane vb.), klinik yönetim ve organizasyonel sistem faktörlerinin bu süreçlerin gelişimine olumlu katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Silkens ve ark., 2016). Sağlık süreçlerinin karmaşık doğası, özellikle sağlık bakım sunumu hizmetlerinde birçok meslek grubunu içinde barındırır. Çalışmalarda geleneksel olarak sağlık sunum sisteminin hiyerarşik yapısının sürdüğü vurgulanmıştır. Etkili ekip çalışmasını destekleyen bir sağlık bakım sisteminin hasta bakım kalitesini artırabileceği, sağlık çalışanları arasında duygusal, motivasyonel ve davranışsal sonuçlara neden olan olumsuz çatışma nedenlerini ortadan kaldırabileceği ve iş yükü gibi sorunları azaltabileceği belirtilmiştir (Lerner ve ark., 2009; Wright ve ark., 2009; Hart ve ark., 2014). Ekonomi odaklı sağlık bakım hizmetleri sistemine (performans sistemi) yönelik çalışmalarda ise ekonomi odaklı sağlık hizmetinin çeşitli olumsuz sonuçlarının olduğu görülmüştür. Özellikle kurum çalışanları arasında çatışma nedeni olabildiği, kaliteli hasta bakım süreçlerini olumsuz yönde etkilediği ve hekimlerin kurumda kalma nedenleri arasında belirleyici faktör olabileceği gösterilmiştir (McDonald ve Roland, 2009). Klinik paydaşlar arasındaki etkileşimlerde kültürel değerlerdeki farklılıklar, anlam ve değer farklılıkları, klinik işleyişte bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu değer ve anlam farklılıklarının, etnografik yöntemlerle kültürel bağlamda

analizi, sistem başta olmak üzere klinik işleyiş süreçlerini iyileştirmenin yollarından biridir (Smith ve ark., 2004).

Diğer bağlamsal unsurlar, gerek kurumsal gerekse toplumsal düzeylerde geçerli olan duygusal, ilişkisel ortam, sosyalleşme ortamı ve iklimi ile kurumsal ve toplumsal kültürdür. Doğası gereği klinik eğitim süreçleri, aynı zamanda yoğun duygusal deneyimlerin yaşandığı süreçlerdir. Öğrenenler de dahil olmak üzere taraflarda olumlu duygular kadar duygusal açıdan zorlayıcı durumlar da yaratır; önemli bir duygusal yük oluşturur. Örneğin, yeni bir bölümde staja başlama ve klinikle ilgili belirsizlikler, kıdemli doktorlarla olumsuz etkileşimler, kliniğe ait iş ve ekip çalışması süreçleri, hasta bakım süreçlerinde yaşanan olumsuz durumlar ve sağlık ekibinin hastalara karşı özensiz davranışları öğrenenlerde olumsuz duygusal deneyimleri tetikler (Kremer ve ark., 2019). Özellikle, klinik öncesinden klinik döneme veya klinikten meslek yaşamına başlama gibi geçiş dönemlerinde bu duygular daha yoğun deneyimlenmektedir. Geçiş dönemleri dâhil klinik eğitim süreçleri öğrenenlerde yoğun stres dâhil zorlu ve yer yer yıkıcı durumlar oluşturabilmektedir (Radcliffe ve Leste, 2003; Cherry ve ark., 2012). Araştırmalarda, birçok öğrencinin akademik yetersizlik ve yeni bir ortama uyum süreci ile ilişkili stres yaşadığı, bu durumun depresyon veya kaygıya yol açarak bilişsel işlevler ve öğrenme üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu gösterilmiştir (Saipanish, 2003; Nechita ve ark., 2014; Tanaka ve ark., 2009).

Duygusal etkileşimin yoğun olduğu klinik süreçlerde hekimlerin maruz kaldığı duygusal yük ve bu yükü baş etme şekilleri hem klinik eğitim ve hasta bakım süreçlerinin niteliğini hem de sağlık çalışanlarının bireysel iyilik hallerini etkilemektedir. Bu noktada, eğitim süreçlerinin “bilişsel yük” kadar “duygusal yük” kavramı üzerinden de araştırılması önemlidir. Araştırmalar hekimlerin bakım süreçlerinde tıbbi hatalar ve hata yapma riskine karşı ciddi duygusal sorunlar ve iş süreçleriyle ilgili stres yaşadığını göstermiştir. Hekimler, yoğun endişe, güven kaybı, uyku sorunları, azalan iş tatmini ve mesleki itibarlarında yaralanma yaşadıklarını belirtmişlerdir (Waterman ve ark., 2007). Özellikle cerrahlar hem kişisel yaşamlarında hem de profesyonel mesleki davranışlarında tükenmişlik oranı açısından yüksek risk altında olan hekim grubundadırlar. Klinikteki yoğunluğun verdiği zaman baskısı ve yorgunlukla birlikte kültürel baskı olarak ideal bir cerrah imajı endişesi, cerrahların özellikle kaygı, korku, sıkıntı, suçluluk ve sorumluluk gibi yoğun duygular yaşamalarına neden olabilmektedir (Orri ve ark., 2015).

Sağlık bakım süreçleri çok sayıda sağlık çalışanının görev aldığı bir ekip işidir. Ekip olmanın getirdiği kendine özgü bir ilişkisel, sosyal ve duygusal ortam vardır. Ekipler aynı zamanda

farklı mesleklerin bir araya geldiği yerlerdir. Mesleklerarası karşılaşmalar ve ilişkiler kendi özel duygusal deneyimleri ortaya çıkarır. Ekipteki ilişkisel ortam, ilişkilene ve sosyalleşme tarzları kendi duygusal ortamını beraberinde getirir. Bu noktada en sık karşılaşma hekimler ve hemşireler arasındaki karşılaşmadır. Ayrıca, klinik hemşirelik bakım süreçlerinin kendisi de duygu yoğun süreçlerdir. Kritik ve acil durumlarda karar verme ve değerlendirmenin karmaşık doğası hemşirelerde duygusal yüke yol açabilmektedir. Hemşireler özellikle acil ve kritik durumlarda hasta bakım kararlarıyla ilgili klinik uygulamalarda sağlık çalışanları arasındaki görüş farklılıklarının ve çatışmaların kendilerinde yoğun bir şekilde kaygı ve moral stres yarattığını belirtmişlerdir. Bakım süreçlerinde hasta ihtiyaçlarını uygun şekilde karşıladıklarını hissettiklerinde ise olumlu duygular ve memnuniyet bildirmişlerdir (Jiménez-Herrera ve ark., 2020). Literatürlerde duygular üzerine eğitim almış olan hekimlerin, kendilerini, hastalarının duygularıyla ilişkilene ve klinik etkileşim süreçlerinde duygularıyla başa çıkmada daha rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı zamanda bu hekimlerin duygu üzerine eğitim verme olasılıklarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur (Schwartz ve ark., 2022).

Kurumun duygusal, sosyal ve kültürel bağlamı toplumsal, yerel ve ulusal bağlam (ortam, kültür) ile iç içedir. Yerel ve toplumsal dinamikler kurumsal ortam ve kültürü belirlemekte, kurumsal ortamda yeniden üretilebilmektedir. Yerel ve toplumsal özellikler ve kültür, ilişki tarzlarından sosyalleşmeye, duygusal deneyimlerden iktidar/güç ilişkilerine, karar verme ve yönetim süreçlerine kadar kurum ortamına taşınabilmektedir. Kurum kültürünü oluşturan tüm bu bireysel ve toplumsal ilişkilene biçimleri kurumsal işleyişin uygulama ve davranış tarzlarını da etkilemektedir. Bu bağlamda, ülkemizde Hofstede'in "Kültürel Boyutları" temel alınarak yapılan çalışma örnekleri vardır. Eğinli ve Çakır'ın (2011) yaptığı bir çalışmada, toplumun kültürel özelliklerinin kurumların yönetim tarzlarına, işleyişlerine ve süreç yönetimlerine yansıtıldığı ve kurumsal uygulamalarında da kültürün kurumsal işleyiş tarzlarını belirledikleri görülmüştür. Başka bir çalışmada ise, ülkemizin farklı bölgesinde bulunan iki ilde kurumsal dinamiklerde ve kurumsal işleyişte kültürel boyutlar açısından farklılıklar ortaya konulmuştur (Türker ve Karadağ, 2019). Bu yönde sağlık araştırmalarında da özellikle hemşirelik literatürlerinde kültürel bakım vermeye yönelik çalışmalar vardır. Kültüre duyarlı bakım verme modelleri üzerinden yerel, toplumsal ve kültürel hastalık ve bakım deneyimlerinin dikkate alınmasının nitelikli bakım vermedeki önemli rolü vurgulanmıştır (Tortumluoğlu, 2011).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu tez, anlatisallık, sosyokültürel yapılandırmacılık ve bağlamsallık perspektifinde, etnografik yöntemin kullanıldığı anlatı desenli nitel araştırma olarak tasarlanmıştır (Şekil 1). Analiz birimi olarak ekibin anlatıları temele alınmıştır.

Bu bölüm, “nitel araştırma tasarımı”, “araştırmanın deseni ve yöntemi”, “araştırma sahası ve katılımcılar”, “nitel verilerin toplanması ve analizi” ve araştırmaya ilişkin “bağlamsallık ve düşünümsellik” olarak beş ana başlıktan oluşmaktadır. İlk dört başlık altında konuya ilişkin genel bilgilerle bu teze ilişkin ilgili belirlenimler sunulmuştur. Bağlamsallık ve düşünümsellik başlığında ise araştırmanın ve araştırmacı ekibin bağlamı ile araştırmacının araştırma sürecine ilişkin kendi anlatısına yer verilmiştir.

Etik kurul onamı: Araştırma için etik kurul onamı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 15.01.2021 tarih ve 2021/01-13 sayı numarası ile alınmıştır (EK.1).

5.1. Nitel Araştırma Tasarımı

Nitel araştırmalar çalışma amacına uygun olarak katılımcılardan derinlemesine bilgi almaktır. Araştırmaya konu olan olayların, durumların, fenomenlerin ve problemlerin kendi doğal ve doğal bağlamında, kendi tekilliği içinde ele almayı; bilinmeyen/görülemeyen, dikkatlerden kaçan veya göz ardı edilen hususların keşfedilebilmesi, detaylı bir şekilde kavranabilmesi, yorumlanabilmesi ve anlamlandırılabilmesini amaçlar. Bu tür araştırmalarda, araştırma amacı ve araştırma soruları daha genel ifade edilir. Önemli olan katılımcıların deneyimlerini, bunlara ilişkin anlatılarını ve bunlar üzerinden kendilerini açıkça ifade etmeleridir. Bunun için katılımcılar amaca uygun olarak seçilir. Nitel araştırmada veri oluşturma süreci diğer yöntemlere göre uzundur ve araştırmacının sahada görüşme ve gözlem için daha fazla zaman ayrılmasını gerektirir. Çalışma sahası belirlenirken amaca uygun olarak erişimi kolay, tüm katılımcılar açısından güvenli, etkileşimli olmasına özen gösterilir. Gönüllülük özellikle dikkate alınır. Bu yüzden nitel araştırmalarda kullanılan örneklem seçimi daha çok “amaçlı örneklem” dir. Amaçlı örneklemede araştırmacılar, çalışma amacına uygun olarak daha etkili ve verimli çalışma yürütebilmek için katılımcıları ve mekânları maksatlı seçerler. Durumu/problemi en iyi şekilde anlayabilmek için araştırmacıya yardım edebilecek kişiler ve sahalar seçilir. Araştırmada çalışılacak taraflar ve kişi sayısı, nitel yöntemin tipik özelliği

olarak, bireylerden/ekiplerden elde edilmek istenen bilgilerin derinliği ve karmaşıklığına göre değişir. Araştırmacı nitel çalışmalarda aktif katılımcıdır (Creswell, 2020; Cresweel, 2023; Yıldırım ve Şimşek, 2013).

Nitel araştırmaların paradigma düzeyindeki bilgiye ve gerçekliğe bakış açısının farklı olması nedeniyle, araştırma desenleri, yöntem ve veri oluşturma teknikleri açısından tasarlanması da farklıdır. Araştırmanın tasarımı, araştırma problemleri, makro ve mikro çerçevesi, araştırma deseni, yöntem ve teknikleri ile bir bütündür. Kendi bütünlüğü içinde tasarlanır. Nitel araştırmaların doğası gereği bu çerçeve ile birlikte araştırmanın modeli, kavramsal ve kuramsal çerçevesi ve araştırma problemleri araştırma süreci içerisinde analizlere bağlı olarak tekrar tekrar gözden geçirilir ve yeniden düzenlenir (Bleakley ve Cleland, 2015; Bezuidenhout ve van Schalkwyk, 2015; Mann ve MacLeod, 2015; Creswell, 2020).

5.1.1. Tezin tasarımı

Yukarda açıklanan nitel araştırma tasarımı dikkate alınarak bu tezin tasarım süreci şu şekilde gerçekleşmiştir. Tezin ilk tasarım aşamasında araştırma amacı ve problemlerine uygun olarak makro çerçeve karmaşıklık yaklaşımı ve sosyo-kültürel, anlatsal yapılandırmacılık olarak belirlenmiştir. Mikro çerçeve ise Anlatı Tıbbi modeli odaklı çerçevelendirilmiş; araştırmanın deseni, yöntemi ve veri toplama teknikleri bunlar üzerinden yapılmıştır. Süreç içerisinde, verilerin analizlerinin ilk sonuçları oluşmaya başladıkça ve analizler bağlamında literatür derlemeleri yapıldıkça araştırmanın çerçevesinin yeniden yapılandırılması gereği duyulmuştur. Makro çerçeveye eleştirel yaklaşım eklenmiş, mikro çerçeve ise ‘Düşünümsel Uygulama ve Öğrenme’, ‘Durumsallık Teorisi’ ve ‘Uygulama Topluluğu’ üzerinden yeniden yapılandırılmıştır. Sonuçta, çalışmanın deseni anlatı deseni, yöntemi etnografik araştırma ve veri toplama yöntem ve araçları katılımlı gözlem ve derinlemesine görüşme olan Şekil 1’de sunulan genel çerçeve ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda araştırma problemleri de bu süreçte gözden geçirilerek yeniden düzenlenmiştir.

5.2. Araştırmanın Deseni ve Yöntemi

Bu araştırmada kullanılan nitel araştırma deseni anlatı desenidir. Yöntem olarak etnografi seçilmiştir.

5.2.1. Anlatı deseni

Anlatı deseni bireylerin yaşam deneyimleriyle ilgili sözlü veya yazılı anlatılarının analizi ile çözümlenerek yeniden öykülenmesine dayalı bir desendir. Bu desende deneyime, yaşamın ve eğitimin niteliklerine, bu deneyimlerinin deneyimleyenler için anlamlarına ve deneyimin bağlamına odaklanılır. Anlatı araştırması, karşılıklı anlatıların paylaşımını ve araştırma ilerledikçe yeniden anlatmayı içeren bir işbirliği sürecidir. Bir diğer ifadeyle bu süreç, tarafların anlatıların birbirleriyle karşılaştığı, birbirlerinin anlatılarına daha bir açık oldukları ve diğerlerinin anlatıları üzerinden kendilerine yeniden baktıkları süreçlerdir. Araştırmacının, anlatı paylaşımı sürecinde, tüm tarafların sesinin duyulduğu bir ilişki kurmaya özen göstermesi gerekir. Başka bir ifadeyle, araştırma sürecinde, hem katılımcıların hem de araştırmacının karşılıklı olarak anlatılarını anlatacak bir sese ve birbirinin anlatısına açık bir duruşa sahip oldukları bir ilişkinin kurulması önemlidir. Anlatı deseninde araştırmacının rolü, bireysel anlatılarda gizli olan anlamları ortaya çıkarmak ve anlatı deneyiminin birey için anlamını yorumlamaktır. Anlatılar, deneyimlerin içerisindeki örüntülere, yatkınlıklara, çatışmalara, zorluklara, çelişiklere ve ikilemlere işaretler. Araştırmacı anlatıları dinlerken bu anlatı içeriğini yakalamayı hedefler, kendi kelimeleriyle yeniden öyküler. Yeniden öyküleme, analizlerin çıktıları üzerinden anlatının zaman, yer, mekân ve durum unsurlarıyla yeniden yapılandırıldığı süreçtir (Creswell, 2020; Creswell, 2023; Connelly ve Clandinin, 1990).

5.2.2. Etnografik yöntem

Anlatı deseninde birçok nitel araştırma yöntem ve aracı kullanılmaktadır. Bu araştırmada etnografi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem bir kültürel topluluğun süreç içinde geliştirdiği ortak davranış, inanç ve dil örüntülerini açıklamak, analiz etmek ve yorumlamak amacıyla kullanılır. Türk ve Ekşi (2017), etnografyi “*güvenilir, titiz, otantik bir hikaye anlatma, kendi yerel bağlamında topluluğun sesini verme ve hikayeyi yerel insanların gözünden anlatma*” olarak tanımlarlar (s. 49). Etnografide araştırmacı, bir sosyokültürel paylaşım grubundan, yerinde katılımlı gözlem, derinlemesine görüşme, sohbet tarzı görüşme gibi yöntemlerle elde ettiği verilere dayalı olarak, sosyal eylemleri doğal ortamında detaylı bir şekilde betimler, grup etkileşimleri ile zaman içinde ortaya çıkan temaları keşfeder. Etnografide araştırmacı, genellikle araştırma amacına ve araştırma sahasının doğasına dayalı olarak katılımlı gözlem yoluyla sosyokültürel dünyayla doğrudan ilişki kurarak veri toplar. Katılımlı gözlemde önemli olan günlük sosyal yaşamın yerinde incelenmesidir.

Etnografide, alanda optimum çalışma süresini belirleyen bir algoritma yoktur. Araştırmacının sosyal yapılar, kurumlar ve kültürel alan hakkında yeterli bilgi (doyurucu veri) sağlayıncaya kadar zaman harcaması gerekir. Belirli bir saha çalışmasında elde edilen doygunluk derecesi, alanın karmaşıklığına, alandaki etkileşime (araştırmacı-bağlam) ve araştırma sorularına bağlıdır. Etnografik saha çalışması tek bir veri toplama yöntemi ile sınırlı değildir. Katılımlı gözlem, etnografinin tanımlayıcı bir özelliğidir ve bununla birlikte görüşmeleri de içerir. Görüşmeler, amaç doğrultusunda ve saha çalışması bağlamında derinlemesine görüşmeler olabileceği gibi ayaküstü ve kendiliğinde oluşan sohbetler şeklinde de olabilir. Sağlık çalışanları toplulukları da dâhil olmak üzere bir topluluğun yaşadığı ve çalıştığı yeri analiz etmek ve birbirleriyle nasıl etkileşim kurduklarını tasvir etmek amacıyla yapılan araştırmalar için çok uygun bir yöntemdir. Özellikle profesyonel ve akademik ortamlar kültür-okuryazar bir bağlamdır. Bu nedenle, tıp ve tıp eğitiminin etnografisi, aynı zamanda öğretim materyalleri, toplantı tutanakları vb. gibi kaynakların analizini de içerebilir. Bu tür materyaller, etnografik bakış açısıyla, kabul gören varsayımları, söylemi/dili, taraflar üzerinde amaçlanan etkileri ve organizasyon içinde kullanım amaçları açısından incelenirler. Etnografinin sağlık/tıp süreçlerinde günlük yaşamı anlamlandırmada değeri önemlidir. Etnografik araştırmacı, sağlık profesyonelleri ve öğrencilerle günlük olarak yakın ve uzun süreli etkileşim yoluyla, onların sıradan, pratik faaliyetlerini gözlemleyerek, tıp kültürünün görünmeyen yönlerini, kurumsal değişim çabalarını ve tıbbi eğitimin örtük müfredatı değerlendirebilirler. Etnografik araştırma kültürel normların oluşturduğu büyük resme odaklanır (Creswell, 2023; Türk ve Ekşi, 2017; Greenhalgh ve ark., 2005; Pope, 2005; Goodson ve Vassar, 2011).

5.3. Araştırma Sahası ve Katılımcılar

Araştırma deseni ve yöntemi ile nitel veri toplama basamakları ve özellikleri göz önüne alınarak, araştırmacının veri oluşturma ve tüm çalışma sürecini etkin bir şekilde sürdürebilmesi ve yönetebilmesi için ön saha araştırması yapılmıştır. Araştırmacı için, erişim kolaylığı ve sahada uzun süre araştırma olanakları açısından uygun olan Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir üniversite hastanesi belirlenmiştir. Aynı zamanda çalışma odağı kapsamında daha derin bilgiye erişme ve zaman yönetimi açısından tek bir klinikte araştırma yapmaya karar kılınmıştır. Klinik seçimi için ön saha çalışması yapılmış hem tıp öğrencilerinin (intörn) uzun süre eğitim aldığı ve hemşirelik öğrencilerinin aktif olarak staj yaptığı kliniklerden biri olması hem de anabilim dalı başkanının gönüllü onam vermesi nedeniyle bir cerrahi klinik seçilmiştir.

Araştırma altı aylık katılımlı gözlem sırasında ekipte bulunan öğretim üyesi, asistan, hemşire, altıncı sınıf tıp öğrencisi (intörn), hemşirelik öğretim görevlileri, klinik uygulama dönemindeki hemşirelik öğrencileri, hasta ve hasta yakınlarına açık olacak şekilde yürütülmüştür. Katılımlı gözlem esnasında gönüllü öğretim üyeleriyle birlikte derslerine ve sözlü sınavlarına katılmak için klinikte eğitim alan dördüncü sınıf tıp öğrencilerinin onamları alınmış fakat öğrenciler katılımcı gruba dâhil edilmemiştir. Katılımlı gözlem sürecine dâhil olan sekiz katılımcı grubun sayısal dağılımı şu şekildedir:

- klinikte görev yapan dokuz öğretim üyesinin tamamı,
- klinikte çalışan ve eğitim alan 12 asistanın tamamı,
- klinikte çalışan 12 hemşirenin tamamı
- klinik yoğun bakımda çalışan 12 hemşirenin tamamı
- klinikte hemşirelik öğrencilerinden sorumlu üç öğretim görevlisinin tamamı
- 40 hasta yataklı klinikte yatan altı hasta ve sekiz hasta yakını (14 kişi)
- klinikte eğitim alan, herbiri yaklaşık 17 kişilik olan beş rotasyon grubundaki altıncı sınıf tıp öğrencilerinin (intörn) tamamı
- klinikte uygulama eğitimi alan beşer kişilik üç rotasyon grubundaki hemşirelik bölümü öğrencilerinin tamamı

Bu dağılımlarla katılımlı gözlem sürecine sekiz katılımcı gruba ait toplam 162 katılımcı dâhil olmuştur.

Derinlemesine görüşmelerde katılımcı sayısı, bunlar arasından gönüllülük esasına göre belirlenmiştir. Gönüllülük esasına göre görüşmeye katılmayı kabul eden kişilerin sayısal dağılımları şu şekildedir:

- dokuz öğretim üyesinin beşi,
- oniki asistanın beşi,
- klinikte çalışan 12 hemşirenin üçü, klinik yoğun bakımda çalışan 12 hemşirenin biri ve bir klinik ameliyathane hemşiresi,
- klinikte hemşirelik öğrencilerinden sorumlu üç öğretim görevlisinin üçü,
- klinikte yatan altı hasta ve sekiz hasta yakını,
- klinikte eğitim alan beş rotasyon grubunun her birinden üçer kişi olmak üzere 15 intörn ve
- klinikte uygulama eğitimi alan beşer kişilik üç rotasyon grubundaki 15 hemşirelik bölümü öğrencisinin tamamı.

Bu dağılımlarla, toplam 63 gönüllü katılımcı derinlemesine görüşmelere dâhil olmuştur.

5.4. Nitel Verilerin Toplanması, Analizi ve Raporlaması

Nitel veri toplama ve analiz süreçleri araştırmanın desenine göre çeşitlilik gösterebilmektedir. Genel olarak veri toplama süreci, katılımcılardan daha derin bilgi alabilmeye imkân veren, araştırmanın başlangıcında belirlenen ve süreç içerisinde yenilenen sorulardan oluşan veri toplama formlarının kullanılmasını, yazılı metin veya görüntülerin alınmasını, az sayıda bireyden derin bilgilerin alınmasını ve bağlamın genelinden veri toplanmasını içerir. Nitel araştırmalarda veri toplama, katılımcıların görüşlerini sınırlamayacak şekilde derinlemesine görüşme ve gözleme dayalıdır. Soru formları açık uçlu olur ve araştırmacılar tarafından çalışma amacına uygun geliştirilir. Nitel veri toplama süreci için literatürlerde birbirleriyle ilişkili fakat doğrusal olmayan beş adım belirlenmiştir. Birincisi, katılımcıları ve çalışmanın yürütüleceği sahayı belirlemek, ana amacı ve cevabı aranacak araştırma sorularını anlamaya en çok yardımcı olabilecek örneklem stratejilerini seçmektir. Diğer basamaklar ise bürokratik yasal işlemler, araştırma sorularına en iyi yanıtı alabilecek bilgilerin toplanması, bilgilerin kaydı için protokol tasarısı ve olası etik sorunlara özel bir dikkat göstererek veri oluşturma sürecini yönetebilmektir (Creswell, 2020).

5.4.1. Veri toplama teknikleri

Anlatı desen ve etnografik yöntem üzerinden tasarlanan bu çalışmada, derinlemesine veri elde etmek ve verileri birbirleriyle doğrulamak (üçleme) amacıyla iki ayrı teknik kullanılmıştır. Nitel veriler katılımlı gözlem ve ayaküstü sohbet ile derinlemesine görüşme teknikleri kullanılarak toplanmıştır.

5.4.1.1. Katılımlı gözlem ve ayaküstü sohbet

Katılımlı gözlemden, araştırmanın yapıldığı sahadaki bireyleri/ekipleri iş ve eğitim süreçlerinde, bu süreçlerin içinde gerçekleştiği bağlamıyla birlikte gözlemleyerek ilk elden veri toplanır. Bir ortamda gözlem yapabilme etkin dinleme becerilerini ve görsel detaylara dikkatli bir şekilde özen göstermeyi gerektirir. Katılımlı gözlem, araştırma mekânındaki doğal süreci olduğu gibi anlayabilmek için kullanılan bir tekniktir. Ortamın akışını katılımcıların bakış açısından görme ve değerlendirme fırsatı sağlar. Ortama uyum ve etkileşim tüm paydaşlar açısından önemlidir. Bu yüzden ortama uyum sağlamak için ilk süreçte katılımsız gözlemci rolü ile bir alıştırma süreci gerekebilir. Daha sonra araştırmacı yavaş yavaş katılımlı gözlemci rolüne geçer. İlk gözlem sürecinde genel bir gözleme yapılır. Daha sonraları odaklı ve daha derin gözlem

süreci başlar. Sürekli not tutmak ve araştırma amacı bağlamında detaylara dikkat etmek gerekir. Etik ve ilişkisel boyutlara azami özen gösterilir. Katılımlı gözlemin süresi tam olarak önceden kestirilemez. Veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar devam eder (Creswell, 2020; Yıldırım ve Şimşek, 2013). Sohbet tarzı görüşme gözlem tekniğinin bir parçası olarak gözlem esnasında etkileşimin doğal akışı içinde, soruların bağlamda kendiliğinden oluştuğu anlık görüşme tarzıdır. Bireyden elde edilen yeni ipuçları ile görüşmeler tekrarlanabilir. Bu anlık görüşmelerde araştırmacı sürecin doğal akışı ile birlikte hareket eder (Yıldırım ve Şimşek, 2013).

Bu araştırma için veri oluşturma aşamasına geçmeden önce, doktora tezini yürüten birincil araştırmacı (MS) etnografik yöntem, katılımlı gözlem, sahada veri oluşturma ve verileri yazma konusunda sosyal antropoloji alan uzmanından üç haftalık profesyonel eğitim almıştır. Sahada tüm paydaşlarla güvenli ilişki kurma, aktif zaman yönetimi, notlar alma ve etik hassasiyet gibi temel konular bu eğitim aşamasında değerlendirilmiştir. Çalışma, araştırmacının daha önce çalıştığı kurum olması ve araştırmayı yaptığı süreçte klinik hemşirelik öğrencilerinin eğitici olması dolayısıyla alıştırma aşamasına gerek duyulmadan kliniğe tam katılımcı gözlemci olarak doğrudan başlanmıştır. Klinikte katılımlı gözlemci olarak altı ay zaman geçirilmiş ve orada yaşanan tüm klinik deneyim (sağlık bakım ve eğitim) süreçlerine eşlik edilmiştir. Kliniğe ortalama haftada üç gün (bazı haftalar beş gün) gidilmiş; giriş tarihi, saati ve kalınan süre günlüğe not edilmiştir. Katılımlı gözlem sürecine ait zaman çizelgesi Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımlı gözlem sürecine ait zaman çizelgesi

	AY	GÜN	SAAT
Katılımlı Gözlem	12 Temmuz 2021 ile 07 Ocak 2022 arası toplam 6 ay	Toplam 50 gün	Klinikte minimum 2 saat maksimum 9 saat kalınmış; toplamda 255 saat zaman geçirilmiştir.

Katılımlı gözlem esnasında gözleme ve bağlama ilişkin detaylar not edilmiş; bu noktada katılımcılara gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Spontan sohbet esnasındaki diyaloglar katılımcıların ağzından çıktığı gibi yazılmaya çalışılmış; anlaşılmayan ve tekrar edilmesi gereken durumlarda katılımcının onamı istenerek tekrarlaması istenmiştir. Bazı durumlarda cep telefonunun notlar kısmına yazılmış veya cep telefonu ses kaydı kısmına araştırmacı anlık gözlemlerini kendi sesiyle kayıt etmiştir. Tüm notlar, günlük olarak ilk önce el yazısı ile araştırmacı günlüğüne yazılmış, sonra bilgisayara aktarılmıştır. Gözlem notları literatürlerde tanımlı alan notları yazımı yöntemlerine uygun olarak hikayeleştirilerek yazılmıştır (Creswell, 2023; Maanen, 2017; Emerson ve ark., 2015).

Bu süreçte, hem klinikte katılımlı gözlemci olarak geçerilen zamanda hem de verilerin analizi esnasında “düşünümsel/anlatısal araştırmacı günlüğü” tutulmuştur. Katılımcı gözlem sırasında tutulan günlük üç bölümden oluşmuştur: (1) alana/kliniğe ait gözlem notları, (2) gözlem sürecinde ayaküstü kısa görüşmelere ilişkin notlar (sohbetler, diyaloglar) ve (3) gözlemcinin kendi deneyimine ilişkin düşünümsel anlatıları (reflective narrations). Kliniğe ait gözlem notları; servis (eğitim ve sağlık bakım işleyiş süreçlerinde aktif gözlem, yoğun bakım dahil doktor ve hemşire vizitlerine katılım, multidisipliner konseyler, öğrenci derslerine katılım, öğrenci sözlü sınavlarına katılım), cerrahi polikliniği, ameliyathane, klinik yoğun bakım, katılımcılara ait sosyal etkileşim alanları (hemşire bankosu, doktor çalışma odası) ve yaşam alanlarından (her bir katılımcı gruba ait dinlenme odaları) elde edilmiştir. Tüm bu katılım süreçleri için klinik anabilim dalı başkanından genel izin alınmıştır. Ayrıca derslerine, sınavlarına ve vizitlerine katılım için diğer öğretim üyelerinden de özel izin alınmıştır.

5.4.1.2. Derinlemesine görüşme

Nitel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama tekniklerinden biri derinlemesine görüşmedir. Literatürlerde bu tekniğe “açık uçlu yoğunlaşmış görüşme” de denir. Araştırmacı üzerinde durmak istediği temayla ilgili konuşmayı başlatarak konuşmanın akışına göre genelden derine inilerek araştırma soruları etrafında yoğunlaşmayı sağlar. Önceden hazırlanmış sorular olması gerekli değildir. Genelde, tema ve konu ile ilgili yarı yapılandırılmış form kullanılarak görüşmeler yapılır. Amaç katılımcılardan detaylı ve derinlemesine görüş almaktır. İzin alınarak ses kaydı kullanılması önerilir (Yıldırım ve Şimşek, 2013).

Bu araştırmada gönüllü katılımcılarla klinik deneyimlerine ilişkin anlatılarını paylaştıkları “anlatı görüşmesi” (narrative interviewing) yapılmıştır (Jovchelovitch ve Bauer, 2000). Gönüllülük esası başta olmak üzere katılımcı olmak için, klinik çalışanlardan klinikte en az üç ay çalışmış olma, hasta ve yakınlarından ise 18-75 yaş aralığında, iletişim açısından dil sorunu olmayan ve en az üç gündür klinikte yatıyor olma koşulu aranmıştır. Tüm görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Görüşmeler, öğretim üyeleriyle kendi odalarında, asistanlarla kendi dinlenme odalarında, klinik hemşirelerle kliniğin personel odasında, ameliyathane hemşiresiyle ameliyathanede (sorumlu hemşire odasında), yoğun bakım hemşiresiyle yoğun bakım hemşire odasında, intörnlerin 10 tanesiyle kliniğin toplantı odasında, beş tanesiyle klinik personel odasında, hastalarla hasta odasında, altı hasta yakını ile hastadan ayrı olması için klinik personel odasında, iki hasta yakını ile yoğun bakım hemşire odasında (bu hasta yakınlarının hastalarıyla görüşme yapılamamıştır), klinikte staj yapan hemşirelik öğrencileri ile boş hasta odası veya

klirik toplantı odasında, yoğun bakımda staj yapan iki öğrenciyle ise yoğun bakım hemşire dinlenme odasında görüşüldü. Hemşirelik eğitimcileri ile klinik anabilim dalı başkanı odasında yapılmıştır. Görüşmelerde izin alınarak hem ses kayıt cihazı kullanılmış, bununla ilgili yazılı onamları alınmıştır.

Toplamda 63 katılımcıyla görüşmeler yapılmıştır. Bir hemşire hariç her bir katılımcıyla bir kez görüşme gerçekleştirilmiştir. İntörnlerle stajlarının bittiği hafta, hemşirelik öğrencileri ile stajlarının son günü görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 40 dakika sürmüştür. Katılımcı grubuna ait örnek görüşme soru formları oluşturulmuş, bireysel deneyim hikayesi olduğu için sorular çok yapılandırılmamıştır (Ek. 2). Her katılımcı gruba görüşmede ilk olarak “cerrahi kliniğine ait deneyiminizi kısaca öyküleyebilir misiniz?” şeklinde bir başlangıç sorusu, görüşme sonunda ise “hikayenizi paylaşmak size nasıl geldi?” sorusu yöneltilmiştir. Spontan konuşmalar esnasında gerek duyulduğunda izin alınarak ses kaydı alınmıştır. Görüşme yapıldığı günün sonunda ses kayıtları araştırmacı tarafından yeniden dinlenilmiş ve araştırma soruları bağlamında görüşme üzerine düşünüm yapılarak sonraki görüşmeler için çıkarımlarda bulunulmuştur. Ayrıca katılımcının anlatısında derine inilmesi gereken bir duruma dikkat çekme gereği duyulmuşsa bir sonraki görüşme için buna yönelik planlamalar yapılmıştır. Bazı görüşmelerde katılımcılar görüşme sonunda bazı bölümlerin analiz sürecine dahil edilmemesini talep etmiş ve bu durum araştırmacı tarafından etik olarak dikkate alınmıştır. Katılımlı gözlem ve görüşme süreçlerine ait araştırmacı düşüncümleri dördüncü başlık altında “araştırmacının anlatısı” alt başlığında öykülenmiştir.

5.4.2. Nitel verilerin analizi ve raporlaması

Nitel çalışmalarda veri analizi ve yorumlama, veri toplama aşamasıyla birlikte başlar ve raporlamaya kadar devam eder. Nitel analiz süreci, çoklu ve derin okuma, anlama ve yorumlamalar ile metne tekrar tekrar dönülen/yinelenen bir süreçtir. Araştırma problemlerinin ve kavramsal/kuramsal çerçevenin, elde edilen ilk/ara sonuç ve çıktılar üzerinden gözden geçirilerek yeniden düzenlendiği düşünömsel bir süreçtir. Literatürde, nitel verilerin analizi ve yorumlanmasına ilişkin farklı modeller vardır. Nitel araştırma yaklaşımına göre analiz modelleri farklılık gösterse de genel olarak belirli aşamalarla çerçeveselendirilmiştir (Srivastava ve Hopwood, 2009; Creswell, 2020; Creswell, 2023; Ajjawi ve Higgs, 2007).

Bu araştırmada, çalışmanın makro çerçevesi dikkate alınarak, bağlamsallık, düşünömsellik ve anlatısallık yaklaşımları üzerinden araştırmanın danışmanı (MAG) tarafından geliştirilen “Üç

Aşamalı Bağlamsal, Çoklu Okuma ve Analiz Çerçevesi” ile “Dört Aşamalı Bağlamsal Anlama, Yorumlama ve Raporlama Çerçevesi” kullanılmıştır (Gülpınar, 2024b).

5.4.2.1. Üç aşamalı, bağlamsal çoklu okuma ve analiz çerçevesi

Bu modelin kavramsal çerçevesi “bağlamsallık”, “düşünümsellik” ve “anlatısallık” olarak belirlenmiştir. Bağlamsallık, bu araştırmanın analiz ve yorumlama sürecinde şu şekilde yer almıştır:

- Analiz, metnin içerisindeki “bağlamsal nitelikleri” nelerdir, “yaşanan deneyimin bağlamı nedir” ve deneyimi yaşayan katılımcılar “bağlamla nasıl ilişkilenebilir?” soruları eşliğinde yapılmıştır.
- İlk okumalarda öne çıkan bağlamsal nitelikler dikkate alınarak, deneyimin içinde gerçekleştiği bağlamlar belirlenmiştir. Daha sonra bu bağlamlar üzerinden “çoklu/katmanlı okuma ve bağlamsal analiz”ler yapılmıştır. Analizin üç katmanı “sistem”, “sosyal, duygusal, ilişkisel ortam” ve “metaforlar” olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bulgular ve tartışma bölümleri bu üç bağlam üzerinden yazılmıştır. Bu şekilde anlatılar daha odaklı ve daha derinlikli analiz edilmiş; sonuçlar daha odaklı sunulmuş ve tartışılmıştır.
- Raporlamanın yöntem bölümünde “Bağlamsallık ve Düşünümsellik” başlığında bağlamsal özelliklere yer verilmiştir. Bu başlık altında, nitel çalışmanın içinde gerçekleştiği kurumsal, yerel, toplumsal, ulusal vs. bağlam ile araştırmanın ve araştırma ekibinin kendi bağlamı açıklanmıştır.

Anlatısallık ve düşünümsellik, ilk olarak araştırma süresince birincil araştırmacının tuttuğu düşünümsel/anlatısal araştırmacı günlüğü ile başlamıştır. Günlük ile araştırmacı, katılımlı gözlem, görüşme ve veri analiz süreçlerine ilişkin kendi anlatılarını ve deneyimlediği süreçlerle ilgili düşüncelerini yazmıştır. Süreç içinde yapılan değişiklikleri gerekçeleriyle birlikte not etmiştir. Analiz ve yorumlama süreçleri düşünümsel süreçler olarak yürütülmüş, belli aşamalarda araştırma problemleri ve kavramsal/kuramsal çerçeve gözden geçirilerek yeniden düzenlenmiştir. Anlatısallık ve düşünümsellik tezin raporlama sürecine ise şu şekilde yansıtılmıştır:

- Yöntem bölümünün sonunda birincil araştırmacının nitel araştırma ve analiz sürecini nasıl deneyimlediği bağlamsal boyutlarıyla birlikte “araştırmacının anlatısı” bölümünde kendi dilinden hikâyeleştirerek yazılmıştır.

- Bulgular bölümünde, “sistem” başlığında, asistanların anlatıları üzerinden, onların deneyimini ve deneyimin içinde yaşandığı bağlamı yansıtacak bir anlatı örneği yazılmıştır. Yine, duygusal ve sosyal ortam başlığı altında, bu kez hemşirelerin deneyimleri ve anlatıları üzerinden ikinci bir anlatı daha yazılmıştır. Bununla, bu süreci en yoğun yaşayan iki tarafın (asistan ve hemşire) yaşadığı deneyimler araştırmacı tarafından yeniden öykülenerek canlı bir şekilde betimlenmiştir.

Verilerin düzenlenmesi: Analiz öncesinde verilerin analize hazırlanması ve düzenlenmesi şu şekilde yapılmıştır. İlk önce, katılımlı gözlem notları ve derinlemesine görüşmeler kendi aralarında kategorize edilerek ayrı ayrı dosyalanmıştır. Sonrasında, katılımlı gözlem notlarından katılımcı gruplara ait veriler kendi aralarında gruplandırılmıştır. Derinlemesine görüşme transkriptleri katılımcı gruplara göre ayrıştırılmış, her bir gruba ait veriler kendi aralarında bir araya getirilmiş ve tüm veriler tek bir dosyada birleştirilmiştir. Son olarak, katılımlı gözlem notları ve derinlemesine görüşmeler gruplara göre bir havuzda toplanmış ve katılımcı gruba göre her bir katılımcı tek tek kodlanmıştır.

Verilerin analizi: Nitel veriler düzenlendikten sonra analize geçilmiştir. Analiz süreci “Üç Aşamalı Bağlamsal, Çoklu Okuma ve Analiz Çerçevesi”nin aşamaları ve adımları üzerinden Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2: Bağlamsal okuma ve analiz süreci

Üç Aşamalı Bağlamsal, Çoklu Okuma ve Analiz Çerçevesi		Bu tezin süreçleri
I. Aşama: İlk okumalar ve analizler	<i>Birinci adım - Ön okuma ve analiz:</i> • Metin baştan sona genel olarak okunur ve ilk izlenimler, düşünceler, hisler, sorular not edilir.	İki araştırmacı (Doktora tez öğrencisi, birincil araştırmacı MS ve tez izleme jürisinden SYİ) tarafından bağımsız olarak yapıldı.
	<i>İkinci adım - Araştırma problemlerini, veri toplama sürecini ve araştırılan konuya/duruma ilişkin kavramsal/kuramsal çerçeveyi gözden geçirme:</i> • İlk okumalar üzerinden araştırma problemleri ve kavramsal, kuramsal çerçeve gözden geçirilir. • Mevcut yöntem ve araçlarla ek veri toplamaya, yeni bir yöntem ve araç kullanımına gerek olup olmadığı kararlaştırılır.	Birincil araştırmacı (MS) ve tez danışmanı (MAG) tarafından araştırma problemleri gözden geçirildi. Araştırmanın kavramsal çerçevesine ilişkin taslak oluşturuldu. Ek bir veri toplama aracına veya ekstra görüşme ve gözlem için sahaya dönmeye gerek duyulmadı.
	<i>Üçüncü adım - detaylı bağlamsal okuma ve analiz:</i> • Kodlar belirlenir. • Deneyimin içinde yaşandığı bağlamsal nitelikler belirlenir. • Yan temalar ve temalar belirlenir • Temalarda ve ana bağlam ve/veya boyutlarda araştırmacılar arasında uzlaşıya varılır.	İki araştırmacı (MS ve SYİ) tarafından önce bağımsız olarak kodlar, yan temalar ve temalar oluşturuldu, bağlamsal nitelikler belirlendi. Daha sonra iki araştırmacı bir araya gelerek bu çıktılarda uzlaşıya vardı. Sonrasında birincil araştırmacı (MS) ve tez danışmanı (MAG) uzlaşıya varılan çıktıları gözden geçirecek iyileştirdi.

Tablo 2: Bağlamsal okuma ve analiz süreci (devam)

İkinci aşama: Çerçeveleme / modelleme	<i>Dördüncü adım - Kavramsal, kuramsal çerçeve oluşturma:</i> - Bağlamsal boyutlarıyla birlikte araştırmanın kavramsal, kuramsal çerçevesi veya modeli oluşturulur. - Veya başta tasarım sürecinde oluşturulan bir çerçeve varsa ve çalışıyorsa, bunun üzerinde gerekli düzenleme yapılır. - Ana bağlamlar, dolayısıyla çoklu okumanın katmanları belirlenir. <i>Beşinci adım - Araştırma problemlerini yeniden düzenleme:</i> - Ortaya çıkan çerçeve ve ana bağlamlar üzerinden araştırma problemleri revize edilir.	Bu aşama birincil araştırmacı (MS) ve tez danışmanı (MAG) ile birlikte yapıldı: Araştırma tasarımının genel çerçevesi gözden geçirildi. Makro çerçeveye eleştirel yaklaşım eklendi, mikro çerçeve yeniden düzenledi (Şekil 1). Araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi ilk haliyle oluşturuldu (Şekil 2). Yaşanan deneyimin üç ana bağlamı/boyutu, dolayısıyla çoklu okumanın üç katmanı şu şekilde belirlendi: “kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem”, “sosyal, duygusal, ilişkisel ortam” ve “metaforlar”. Ortaya çıkan çerçeve doğrultusunda araştırma problemleri gözden geçirildi ve üçüncü araştırma problemine duygusal deneyimlere bir alt problem eklendi. Her bir bağlama/boyuta özel araştırma problemleri belirlendi.
Üçüncü aşama: İleri okuma, analiz ve çerçeveleme	<i>Altıncı adım - İleri okuma ve analiz:</i> - Tekli okuma ve analiz: Ortaya çıkan çerçeve ve yeniden düzenlenen araştırma problemleri üzerinden metin tekrar okunarak, yan tema, tema ve bağlamlar kontrol edilir (doğrulama); tema ve yan temalara son hali verilir. - Çoklu okuma ve analiz: Belirlenen ana bağlamlar/boyutlar üzerinden metin, her bir bağlam odağında ayrı ayrı analiz edilir; yan tema ve temalar oluşturulur. Gerekirse her bir analiz odağında kuramsal, kavramsal çerçeve oluşturulur. <i>Yedinci adım - kavramsal, kuramsal çerçeveyi son haline getirme:</i> - İleri analizle ele edilen nihai çıktılar (tema, yan temalar) dikkate alınarak çerçeveye son hali verilir.	Belirlenen üç bağlam/boyut üzerinden iki araştırmacı (MS ve SYİ) metne geri döndü, yan tema ve temaları gözden geçirerek bağlamlar odağında bu çıktıları yeniden düzenledi. Birincil araştırmacı (MS) ve tez danışmanı (MAG), üç bağlam/boyut üzerinden yapılan analizlerle ortaya çıkan yan tema ve temaları gözden geçirerek bu üç bağlamin her birine ilişkin kavramsal çerçeveler oluşturdu (Şekil 3, 4 ve 5) ve araştırma problemlerini son haline getirdi. Son olarak, araştırmanın ana kavramsal ve kuramsal çerçevesine son halini verdi (Şekil 2). Yorum ve tartışmalar sonucunda ilgili literatürü de dikkate alarak araştırma konusuna ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeveyi yeniden çerçeveledi (Şekil 6). Tezin son hali, katılımcı beş tıp fakültesi öğretim üyesi, dört hemşire ve iki asistana gönderilerek görüşleri istendi (doğrulama).

5.5. Bağlamsallık ve Düşünümsellik

Bu başlıkta ilk olarak araştırmanın yapıldığı kuruma, kliniğe ve ekibe/katılımcılara ilişkin bağlam sunulmuştur. Daha sonra araştırmacı ekibin bağlamı ele alınmış, birincil araştırmacının araştırma sürecine ilişkin anlatısına yer verilmiştir.

5.5.1. Araştırmanın gerçekleştirildiği kuruma, ekibe ve katılımcılarına ait bağlam

Araştırmanın yapıldığı kurum Doğu Anadolu Bölgesi’nde bir üniversite hastanesidir. Yakın çevresindeki beş ile sağlık bakım hizmeti veren bölge için önemli bir kurumdur. Bu özelliğinden dolayı sürekli hasta yoğunluğu vardır. Yerel kültürel özelliklerin baskın olduğu bu kurumun çalışanlarının geneli de aynı bölgedendir ve bölgenin kültürel özelliklerini taşımaktadır. Bölgenin en önemli özelliği geniş aile yapısı ve aile ilişkilerindeki baskınlıktır.

Çalışılan cerrahi kliniğin ve anabilim dalı başkanının yerel tanınırlığından dolayı hastanede en fazla hasta popülasyonu ve yoğunluk bu kliniktedir. Klinik 36 yataklı hasta potansiyeline sahiptir ve çoğunlukla doludur. Kliniğin fiziksel özelliği şu şekilde betimlenebilir. Servis iki ana giriş kapısıyla (biri genel giriş diğeri personel girişi) birbirine paralel iki koridordan ve bir bölme ile ayrılmış iki ayrı kliniğin iki geçişle birbirine bağlantılı şekilde birleşiminden oluşmaktadır. Geçişlerin biri hemşire deskinin arkasından öbür kısma, bir diğeri kliniğin sonundan ara bir geçiş koridoru ile birbirine bağlanmaktadır. Kliniğin içinde, hemen ana girişin karşısında üçüncü basamak olarak hizmet veren ve klinikten izole ayrı ekibi olan cerrahi yoğun bakım kliniği vardır. Hemşire odası deskin hemen yanında iki servisin (arkalı-önlü) orta hattında, pencereleri olmayan, küçük bir odadır. Odada, iki kanepesi, mini buzdolabı ve mutfak malzemeleri (çay, semaver vb. şeyler), ortada bir masa ve iki küçük dolap vardır. Asistan odası iki tanedir. Biri servisin ana girişinde aktif çalışma ofisi olarak kullanılan, klinik işlerin ve hasta görüşmelerinin yapıldığı yerdir ve sekreter odasının karşısındadır. Diğeri aslında dinlenme ve doktorların klinikteki sosyal yaşam alanı denilebilecek, küçük bir mutfak tezgâhı, buzdolabı, küçük bir ocak, bilgisayar masası, iki kanepesi olan bir odadır. İçeriden kapısı olan başka bir odaya, o odasında kapısı dış koridora açılmaktadır. Dış koridora açılan oda gerektiğinde çalışma odası gibi de kullanılabilir (koridordan hastalarına o kapıdan temas edebiliyorlar). Bu odada ise bir çalışma masası, giyinme dolapları ve yatak olarak kullanılan bir kanepesi bulunmaktadır. Kapı sürekli kilitlidir ve asistanlar odaya kendi anahtarları ile girmektedirler (muhtemelen izole olmak için ve anlık olarak odaya giriş çıkışı engellemek için). Ayrıca kapının çalınma şekli de şifreli, tıklatılma şekline göre kimin geldiği anlaşılabilmektedir (klinikte çalışmaya başlayınca beni tanımları için belirli bir tıklatma şekli kullandık). Poliklinik üç bölümden oluşmaktadır. Biri asistanların hasta muayene ettikleri oda ve bu odanın fiziksel koşullarının yetersizliği ilk girişte göze çarpmaktadır. Tek bir odalı, hasta muayene masası paravanla ayrılmış, havalandırması ve dışarıya açılan penceresi olmayan, penceresi hastane içindeki başka bir boşluğa bakan bir mekandır. Poliklinik önü sürekli çok kalabalıktır ve yine kalabalık bir koridora açılmaktadır. Polikliniğin hemen dışında küçük bir müdahale odası bulunmakta ve bu odada dikiş alma, atma ve pansuman yapma gibi küçük girişimsel müdahaleler yapılmaktadır. Bu alanda bir diğer oda ise hocaların özel muayene yaptıkları yerdir.

Araştırmaya gönüllü olan katılımcıların özellikleri ise şöyledir: Klinikte çalışan dokuz öğretim üyesinin tamamı araştırmaya gönüllü oldu. Klinik anabilim dalı başkanı katılım için gönüllü olmasına rağmen süreç boyunca derinlemesine görüşme için randevu alınamadı. Ancak

kendisiyle ilgili katılımlı gözlem süreçlerime aktif onam verdi. Anabilim dalı başkanı profesör derinlemesine görüşme yapılan öğretim üyelerinin beşi de doçent ünvanına sahipti. Klinikte üç tane de Dr. Öğretim Üyesi çalışmaktaydı. Öğretim üyelerinin bir tanesi hariç diğerleri asistanlığını aynı kurumda ve bölümde yapmıştı. Anabilim dalı başkanının öğrencileriydi. Bir katılımcı öğretim üyesi hariç diğerleri o bölgenin kültürel özelliklerine sahipti. Çalışmada 12 asistanın tamamı katılımlı gözlem süreçlerimde gönüllü oldu. Asistanların biri hariç diğerleri o bölgeden veya o ildendi. Beş tanesi ile derinlemesine görüşme yapıldı. Derinlemesine görüşme yapılan asistanların iki tanesi mezun durumunda olan asistanlardı ve araştırmacı klinikten ayrılmadan önce mezun oldular. Diğer asistanlardan biri baş asistan, ikisi ise kıdem sıralaması olarak orta ve orta altı dönem asistanları idi. Görüşme yapılan asistanların hepsi aynı bölgedendi. Klinikte (12 hemşire), bölüm ameliyathanesinde (bir hemşire) ve klinik yoğun bakımda (12 hemşire) çalışan 25 hemşirenin beş tanesi hariç diğerleri o bölgeden veya o ildendi. Hemşirelerin altı tanesi ile görüşme yapıldı. Bir yoğun bakım hemşiresi (yaklaşık 15 yıldan fazla bir süredir orada çalışıyordu), klinik sorumlu hemşiresi (yaklaşık 18 yıldır orada çalışıyordu, kliniğin yoğun bakım dahil her alanında çalışmıştı, ben klinikteyken başka bölüme geçti), bir ameliyathane hemşiresi (o bölümün ameliyat hemşiresiydi ve yaklaşık 10 yıldır o bölümde çalışıyordu), iki klinik hemşiresi (biri kliniğin sorumlu hemşiresiyle birlikte en kıdemli hemşiresiydi ve yaklaşık o bölümde 15 yıldan fazla süredir çalışıyordu, diğeri ise yaklaşık bir buçuk yıldır klinikte çalışıyordu ve orta kıdemli idi). Bir diğer hemşire ise uzun yıllar hastanenin başka kliniklerinde çalışmış yaklaşık 20 yıllık hemşireydi ve ben klinikte araştırma yaparken sorumlu hemşire olarak bölüme geldi ve son üç ay araştırmaya gönüllü katılımcı oldu. Tüm katılımcı hemşireler o bölgenin kültürel özelliklerine sahipti. Derinlemesine görüşme yapılan intörnlerin bir tanesi yabancı uyruklu idi fakat yaklaşık 10 yıldır o bölgede yaşıyordu. Diğerleri o ilden veya ile yakın şehirlerdendi. Bölgenin kültürüne sahiptiler. Hasta ve yakınları ise (altı hasta ve sekiz hasta yakını) bir hasta ve yakını hariç o ildendi. İki hasta yakınının hastaları yoğun bakımda yatıyordu. Bunların hastalarıyla görüşme yapılamadı. Diğer altı hasta yakınının hem kendileri hem de hastaları katılımcı oldu. Katılımcı olan hemşirelik eğiticilerinin üçü de öğretim görevlisi ünvanındaydı ve bölge kültürüne sahipti. Hemşirelik öğrencilerinin bir tanesi başka yakın ildeki bir üniversitenin ikinci sınıf yaz stajı uygulaması öğrencisiydi. Diğer 14 öğrencinin tamamı aynı kurumun Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü öğrencileriydi ve aynı bölge kültürüne sahiptiler. İki öğrenci cerrahi yoğun bakımda staj yapıyordu ve üçüncü sınıf öğrencisiydi. Sekiz öğrenci ikinci sınıf, dört öğrenci ise dördüncü sınıf öğrencisiydi.

5.5.2. Araştırma ekibinin bağlamı

Bu çalışmayı yürüten birincil araştırmacı (MS) araştırmacının yapıldığı üniversite hastanesinin ameliyathanesinde hemşire olarak 23 yıl çalışmış, hemşirelik bölümü öğrencilerinin klinik eğitimciliğini yürütmüştür. Kuruma, araştırmanın yürütüldüğü kliniğe, çalışanlarına ve bölgenin kültürel özelliklerine aşinadır. Şu an Tıp Eğitimi Programında PhD öğrenciliğini sürdürmekte ve aynı zamanda tıp fakültesi tıp eğitimi bölümünde aktif olarak akademik çalışmalar yapmaktadır. Araştırmacı olarak odağı, sağlık eğitimi araştırmalarında nitel yöntemler, anlatısal paradigma, tıpta insan bilimleri ve anlatı tıbbıdır. Bu araştırmanın tüm süreçlerinde aktif katılım sağlamıştır. Bu doktora tezinin izleme komitesi üyesi olan ikinci araştırmacı (SYİ) bir üniversite tıp fakültesinin tıp eğitimi anabilim dalında doçent olarak akademik çalışmalarını yürütmektedir. Psikolog olup sinirbilimleri alanında doktora derecesine sahiptir. Duyguların karar vermeyle ilişkisi, profesyonel kimlik ve değer gelişimi, hekim-hasta karşılaşmasında duygular ve düşünümsel uygulama alanları ile ilgili çalışmalar yapmaktadır. Üçüncü araştırmacı (MAG), yürütülmekte olan bu tezin danışmanıdır. Karmaşıklık, bağlamsallık, düşünümsellik ve anlatısalılık çerçevesinde eğitim ve nitel araştırma paradigmaları, öğrenme kuramları, eğitimde değişim ve liderlik, tıpta insan bilimleri ve sosyal beşeri bilimler programları üzerine çalışmaktadır.

5.5.2.1. Birincil araştırmacının anlatısı

Yaklaşık iki yıl önce, 12 Temmuz 2021 Pazartesi, sabah sekiz buçukta klinikteyim. Dün geceyi hemen hemen uykusuz geçirdim. Heyecanlı ve endişeliydim. Ne ile karşılaşacağımı kestiremiyordum. Servisin kapısının önü ve koridor çok kalabalıktı. Şöyle bir servis içinde gezinmeye başladım. Hemşire deskinin önü çok kalabalıktı. Önceden tanışıyoruz servisin hemşireleriyle. Hemşirelik öğrencilerimizin uygulamaları esnasında kliniğe aşınayım. Servisin giriş kapısının önünde büyük bir kalabalık fark ettim, servisin girişinde kapının hemen önündeki bir masada, “Hoca”, Anabilim dalı başkanı ameliyathane forması ve kepi ile oturuyor. Etrafında hasta ve yakınlarından oluşan bir kalabalık var. Hoca bir yandan, yandaki küçük bir muayene odasına geçip hasta muayene ediyor, bir yandan geri gelip etrafındaki kalabalık ile bir şeyler konuşuyor. Bu arada konuşmalara dikkat kesildim, Hocaya “Abi” diye hitap edip sorununu anlatanlar var. Hoca herkesle hızlı hızlı ilgileniyor. Çok kalabalık, birileri gidip birileri geliyor durmadan. Hoca ara ara telefona cevap veriyor, geliyorum diyor,

ameliyathaneden asistanı çağırıyor. Hoca servisten çıkarken kalabalık da onunla beraber gidiyor.

Öylece kalakaldım koridorun ortasında, çok şaşkınım, hemşire deskinin oraya göz attım tekrar. Orası da kalabalık. Bir an ne yapacağımı bilemedim. Oysa akşam son hazırlığımı yapmıştım. Bir dolu bölüm okumuştum nitel yöntem kitaplarından, katılımlı gözlemle ilgili. Oysa şimdi! Dağıldım, hepsi uçtu gitti, niye gelmişim buraya. Kendimi hastanenin dışına attım. Gezindim etrafta. “*Ne yapacağım ben.*”, “*Nasıl çalışacağım bu tempoda.*”, “*Tezim muhtemelen planladığımız gibi olmayacak,*”, “*Beceremeyeceğim ben bu işi.*”, “*Neyi not alacağım.*”, “*Ne yazacağım.*”, “*Ne kadar dikkatli olacağım.*”... Kafamda bir yığın soru, zihnim dağınık, toparlanmakta güçlük çekiyorum. Çek git diyor buradan bir yanım, başka türlü araştırma yöntemi mi yoktu diye kendime kızmıyor da değilim.

Sonra, biraz düşündüm ve tekrar servise çıktım. Muhtemelen bildiğim alan, orada daha rahat ederim diye hemşire bankosunun oraya geçtim. Sohbet etmeye başladım bankodaki hemşire arkadaşla. Neden orada olduğumu, neler yapacağımı anlatıyorum. İlgi duyuyor, ben bu ilgiyi fırsata çevirerek ne kadar araştırma sorularım varsa hepsini arka arkaya soruyorum. Daha sonra bu bölümü analiz için okuyunca kendime güldüm. Sanki başka bir günüm yokmuş gibi, peşimden atlılar koşturuyormuş gibi, sanki bir günde araştırmayı bitirecekmişim gibi. Resmen boca etmişim soruları, soru yağmuruna tutmuşum daha ilk günden.

Sonraki günler klinik ekiple iletişim kurdum. Asistanlar ve tıp öğrencilerine kendimi tanıttım. Çok samimi karşıladılar. Hoca benim klinikte dolaştığımı görünce, bir ara, “*Bir haftada işin biter galiba*” dedi. Güldüm, “*Bir hafta mı, aylarca belki yıllarca kalabilirim, ne zaman biteceği belli olmaz*”. Ara ara dinlenme ihtiyacı hissediyorum, yoruluyor zihnim. Duyduğum, gördüğüm her şeyden etik olarak sorumlu olma hissi beni zorluyor.

İlk iki gün, serviste gözlemlerimde en dikkatimi çeken şeylerden biri de çalışanlar (hemşire, asistan, sekreter, personel), hoca derken hep Anabilim Dalı Başkanını kastediyorlar. Oysa birçok hoca vardı bölümde. Bir de koridorda gezinirken biraz kendimi gereksiz dolaşıyor gibi hissediyorum. Başiboş, işsiz, öylece ne yaptığımı bilmeden. Bir an aklıma geldi, katılımlı gözlemde veya nitel çalışmalarda kilit yardımcının önemi. Benim yoktu ama eğer servisi tanımamış olsaydım, onsuz kolay kolay serviste böyle bir çalışma yapamazdım. Yine de, tedirgin oluyorum tek başıma kaldığım zaman, kendimi yabancı gibi hissediyorum. Sonraki günlerde notlar almak biraz daha kolaylaştı sanki. Benzer durumlar arasında ayıklama yapmaya başladım. Bir yanda da tüm gün sıkılmadan orada kalmanın ve rahat uyum sağlamanın yollarını

düşünüyorum. Belki beyaz önlük veya hemşire forması giyersem daha mı rahat olur. Sanırım, nitel çalışmalarda özellikle sahada en uygun çalışma stratejilerini muhtemelen araştırmacılar kendileri buluyorlar.

Eve gelir gelmez yazmaya başlıyorum. Hastanede konuşma esnasında araştırmacı rolümü unuttuğum oluyor bazen, kapılıyorum sohbetin akışına. Eve gelince hatırlıyorum olup biteni. Ama hikayeleştirmek, sıraya koymak ve konuşulanları olduğu gibi yazıya dökmek çok da kolay değil. Çok uzun veri olunca, deftere hikayeleştirerek yazarken çok zamanımı alıyor. Bu tür durumlarda ertesi gün gitmiyorum. Bazen veri çoksa hastaneden erken çıkıp evde yazmaya koşuyorum Bir de çok mahrem bilgiler paylaşıyor, bunlarla ne yapacağım bilemiyorum.

Bir gün servisin diğer hocalarından birisi, *“Bizde hikâye çok, bir sürü, anlatırım sana”* diyor. Sonra dönüp, *“Böyle olmaz, bizimle hikâye yazacaksan, formanı üzerine geçirip geleceksin. bakalım ne kadar dayanabileceksin bizim hikâyemize”*. Bir gün, asistan not aldığım esnada bana sormuştu, *“Yazdıklarını okuyabilecek miyiz”* diye. *“Hikayeleştirince elbette”* dedim.

Asistan arkadaşlar gayet nazik. Hepsi gözlem sürecime onam verdiler, hatta, *“Memnun olduk, meslek dışından biri ile gündelik konuşma iyi olur”* dediler. Merak ediyorlar bir yandan da. *“Bu nasıl bir çalışma, çok soyut değil mi”* gibi sorular soruyorlar. Hatta docent olan hocalardan biri, *“Sen çok aktif biriydin. Bu biraz çok soyut sanki, pasif bir çalışma gibi. Mutlu musun bu işi yapmakla”* dedi. Ben anlatmaya çalışıyorum. *“Birilerinin de sizlerin yaptıklarını görünür kılması, hikâyenizi yazması gerekir”* diyerek nükteli cevap veriyorum.

Bugün beyaz önlükle çalışmaya başladım klinikte. Asistanlar kendi hikâyelerini anlatırken geçmiş eğitim yaşantılarından da uzun uzun bahsediyorlar. Hatta espri yapıyorlar kendi aralarında, *“Tamam, bizi dinleyecek birini bulduk”* diye. Hatta mezuniyetine az kalan bir asistan için. *“Abla sen bunu iyice konuştur, yorulsun, mecali kalmasın bize. Ne anlatacaksa sana anlatsın, biz yeterince dinledik onu”* deyip gülüyorlar. Ayrıca, *“Meslek dışındaki biriyle konuşmak bize de iyi geliyor”* diyorlar. Bir de daha önce benim tanışmadığım bir asistan gelirse odaya, *“Bizim yeni çömez asistan”* diye takılıyorlar onlara. Asistan arkadaşların geneli çok neşeli, esprili ve nazikler. Yaptıkları işten zevk aldıkları ve öğrenme heveslisi oldukları belli.

Kliniğe gün geçtikçe daha çok alışıyorum. Artık not tutma konusunda daha az endişeliyim. Bazen ben bir şey yazarken asistanlar anlattıkları şey için *“Buranın altını kalın harflerle çiz”* diyorlar. Böyle bir tez çalışması çok garip geliyor onlara, *“Nasıl yani bizim neyimize bakıyorsun, neyimizi not alıyorsun”* diyorlar, bana takılıyorlar. Arada, *“Bak burayı yaz ha, burayı iyice yaz, herkes bilsin”* diye ekliyorlarda da. Bir nevi, benim çalışmamın yaşadıkları

problemlerini görünür kıldığını düşünüyorlar, kurumsal bazda. Hastalara hitap şekli, “*Tamam annem, tamam bacım, tamam amca, gubani (yerel dilde kurbanım demek)*”. Bu arada dikkatimi çeken bir şey var. Doktor odasında çalışırken, ben bir şey anlattığımda bana soru sorduklarında cevapladığımda veya bir başka arkadaşları bir şey anlatınca orada bulunanlar özellikle mezun ve mezun durumundaki asistanlar “*Hızlı konuş, kısa, net anlat, sonuca gel*” gibi cümleler kuruyorlar. Özellikle de bana diyorlar. Bunu, mesleki öykü alma alışkanlıklarına yoruyorum.

Bazen çok fazla beraber olamadığımız, yoğunluklarından dolayı görüşemediğimiz asistanlarla da sohbet ortamı oluyor. Hemen hepsi, arada bana takılıyorlar, “*Ajan*” diye. Elimde not defterini görünce. “*Bilim ajanı*” diyerek gülüyorum ben de. Bazen Hoca ile alakalı, diğer hocalarla alakalı bir şey söyledikleri zaman, yüzüme bakma gereği duyuyorlar. Veya, “*Abla yabancı değilsin, sen de bilirsindir*” gibi ifadelerle, hocalarla ilgili olumsuz konuşmaları saklamak istiyorlar. “*Asistan grubuna seni de ekleyelim*” diyorlar (sanki asıl mevzu orada).

Bir gün başasistanla ameliyathaneye iniyorum. Ameliyat bitiminde onunla yaklaşık bir saat ses kaydı ile görüşme yaptık. Verimli bir görüşme. Görüşme sonrasında odadan çıkınca diğer arkadaşlar, baş asistana takılarak, “*Abi sende anlatmanın vermiş olduğu bir rahatlama görüyoruz, hangi sırlarımızı söyledin*” diyorlar ve gülüyorlar. Sonra bana dönüyorlar, “*Sana ne anlattı bizimle ilgili*” diye.

Günler geçtikçe şunu öğrendim ki, araştırmacı sahada her türlü şeyle karşılaşmayı göze alabilmeli, kişisel olanlar dâhil. Sinirlerini aldırmalı sahaya çıkmadan. Belirsiz durumlara göğüs gerebilmeli, sürekli kendini motive edebilmeli, ortamın havasını teneffüs ederken bir yandan da niye orada olduğunu kendine sık sık hatırlatmalı. Yoksa bazen farkında olmadan, olayların ve sohbetin akışına kaptırılabilir kendini. Zamanla alışılıyor ama. Çok da kasmıyorum kendimi, rahat bırakıyorum, gayet rahat bir şekilde notlarımı alıyorum. Çoğu zaman hafızama yazıyor, gözlem sırasında çok küçük, basit kodlarla not alıyor, akşam eve gidince yazıyorum ayrıntıları. Oradakiler not aldığımı görünce, bazen, “*Buranın altını çiz, bak bir şey söylüyoruz*” diyorlar. Hatta, Hoca, benim sık sık not aldığımı görünce, “*Merve, Allahını seversen bakayım sen ne yazıyorsun?*” diyor.

Dikkatimi çeken diğer bir nokta, asistan, hoca ve intörnler çalışmama katılımcı olma noktasında daha istekli oluyorlar ilerleyen günlerde. Zaman planlaması yaparken de çok nazikler. Fakat hemşireler bu konuda sürekli erteleme meyindeler. Hemşireler görüşmeye çok ihtiyatlı yaklaşıyorlar, tez çalışması olduğunu, bu kurumun özel bir iş olmadığını anlatıyorum

onlara. Bu durum, hemşire olarak ekipteki yerleri, algıları ile ilgili bir şeylere işaret ediyor olabilir mi diye düşünüyorum.

Klinik gözlemlerim boyunca gördüğüm, hasta ve yakınlarının doktorlarla ve hemşirelerle çok rahat iletişime girebildikleri yönünde oldu. Klinik doktor odasının kapısı hep açık. Hasta ve yakınları her daim odaya girip istek ve sorunlarını dile getirebiliyorlar. Doktorlar ve hemşireler koridorda dâhil sürekli açıklamalarda bulunuyorlar. Hastaların odaları genelde çok kalabalık, bir hastanın yanında ikiden fazla kişi var genellikle (geniş aile yapısı ve ilişkileri). Genelde sağlık çalışanlarıyla dil sorunu yaşamıyorlar. Çalışanların çoğu da o bölgeden olduğu için Türkçe bilmeyen hastalar ile kendi ana dillerinde anlaşabiliyorlar. Başka dikkatimi çeken bir şey hasta yakınları aynı soruyu defalarca soruyor olması. Başka türlü evirip çevirip aynı soruyu soruyorlar. Aynı hastanın farklı yakınları, tek tek aynı soruları sorup, ayrı ayrı açıklama bekliyorlar. Burada sadece hasta ile değil yakın uzak çok geniş bir aile ile karşı karşıyasın hep.

Bir gün bir hemşire iki intörn ile görüşme yaptım, verimli görüşmelerdi. Görüşmelerden sonra odadan çıkınca diğer arkadaşları intörne takılıyorlar, *“Ya içerden çıkan gülerek çıkıyor, terapimi yapıyorsunuz”*; ben de *“Anlatının terapotik etkisi”* diyerek katılıyorum onlara. Aslında tüm görüşmelerden sonra bunu gözlemliyorum. Görüşmeciler, ses kaydı bitse de bir şekilde karşılıklı spontan sohbete devam ediyorlar. Hatta bazen ikinci ses kaydını yapmak durumunda kalıyorum. İlk başlardaki çekingenlik sonraları gidiyor. Sorularla konular açılıyor. Zamanla gözlemlerde artık yeni konular ve yeni bilgiler çok ortaya çıkmıyor gibi, daha az not almaya başlıyorum. Görüşmelerde farklı bir tema ya da dikkat etmem gereken bir şey fark edince, sonraki gözlemlerde ona odaklanmaya çalışıyorum.

Bir gün yoğun bakımda olduğum için her cuma yapılan ve benim de katıldığım konseye katılamadım. Hoca beni yoğun bakımda görünce, *“Merve, konsey vardı neden katılmadın”* dedi. Klinikte sürekli olduğum ve klinik süreçlere dâhil olduğum için benden beklentiler var gibi hissettim. Artık beni bir klinik elemanı gibi görmeye başlamışlardı sanki. Asistanlar beni görmeyince, *“Bugün neredesin görünmüyorsun”* diyorlar. Bir de benim yanımda bir şey anlatınca, *“Bak bu hikâyeyi de yaz”* diyorlar.

İntörnlerle görüşme yapmak hem benim hem de onlar için çok eğlenceli geçiyor. Bu araştırmanın veri oluşturma sürecindeki en zevkli ve eğlenceli kısım diyebilirim. Başlangıçta en tedirgin olduğum, görüşmeye gönüllü olurlar mı acaba dediğim gruptu. Fakat tam aksine, bizzat kendileri teklif ediyorlar konuşmayı. Bir nevi bana içlerini döküyorlar, öyle hissediyorum. Çoğu zaman, konuşmanın sonunda sorunlarını dile getirmenin rahatlığını

yaşadıklarını belirtiyorlar. Aslında burada benim sanki onların sorunlarına çözüm üretebileceğim kanısı taşıdıklarını da hissediyorum. Bir intörn bizzat kendisi staj sonunda görüşme yapmak istiyorum diyerek gönüllü olmuştu. Hatta, *“Röportajcı abla nerede, ben de konuşacam”* diyerek beni sormuştu arkadaşlarına.

Asistan arkadaşlarla görüşme yapmak için müsait bir zaman aralığı bulmakta zorluk yaşıyoruz. Çok yoğunlar, nöbetlerinde bile vakit ayırmak çok zor oluyor. Görüşme sırasında, başlarda, *“Ya ben konuşamam, ne diyeceğim şimdi, aklıma bir şey gelmez”* diyorlar, konuşmak için önce biraz direnç gösteriyorlar. Ama konuşma devam ettikçe rahatlıyorlar. Bitiminde iyi geldiğini söylüyorlar.

Yoğun bakımda dikkatimi çeken bir şey, hep hasta başında oluyor hemşireler. Ara ara dinlenme odasına geliyorlar. Geldiklerinde yorulma emaresi görmüyorum yüzlerinde. Hepsi esprilerle geliyor, gülüyorlar ve birbirlerine hastalarla ilgili durumları anlatıyorlar ya da dışarıdaki bir olayı. Ben de kendimi yoğun bakım hemşire odasında klinik hemşire odasından göre daha rahat hissettiğimi fark ediyorum. Yoğun bakımdan ayrılırken de daha enerjik hissediyorum. İlginç geliyor bu durum bana. Oysa yoğun bakım normalde daha kasvetli bir ortam diye düşünürken buluyorum kendimi.

Eylülün son haftası itibariyle cerrahi kliniğine aynı zamanda hemşirelik öğrencilerinin pratik uygulama (staj) eğitici olarak geliyorum. Eğiticilik rolümle araştırmacı rolümü birlikte sürdürmekte zorlanıyorum önceleri. Rol çatışması yaşıyorum, ne yapacağımı bilemiyorum. Zamanla bir yol buluyorum kendimce. Hem kendi öğrencilerimin uygulamalarını yönetiyor hem de klinikte fırsat buldukça gözlem notlarımı alıyorum. Araştırmamın katılımcı grubundan olan hemşirelik öğrencileriyle görüşmelerimi bu süreçte yapıyorum. Klinik eğitim verdiğim öğrencilerle, üstelik de sınav yaptığım gün, görüşme esnasında klinik eğitim süreçlerini konuşmak, onların klinikte neler yaşadığını, hissettiğini dinlemek ve eğiticileriyle ilgili sorularımda takındıkları yüz ifadelerini görmek farklı bir deneyim oluyor. İki taraf içinde biraz tedirginlik yaratıyor bu durum. Öğrencilerin klinik eğitim süreçleriyle ilgili deneyimlerini, beklentilerini dinlerken eğitici rolümle ilgili kendimi yeniden gözden geçirmem gerektiğini fark ediyorum. Öğrenciler genelde kısa cevaplar veriyorlar sorulara. Özellikle eğitici ile ilgili sorularda yüzüme bakıyorlar, gülüyorlar, ne diyeceklerini kestiremiyorlar. Hatta bir gün öğrencilerden biri o soruda yüzüme baktı sessizce ve *“Hocam sizin için mi bir şeyler söyleyeyim”* dedi. İki taraf için de görüşme süreci pek de olay olmuyor.

Katılımlı gözlem sırasında, bir gün neredeyse tüm günü 4. Sınıf öğrencileri ile beraber derste geçirdim. İki hocanın dersinde de dikkatimi çeken şey, öğrencilerin enerjilerinin çok düşük olması, motive olmamaları idi. Soru sormuyorlardı. Ayrıca, kendilerine soru sorulmasının ve bilemezlerse hocalardan ekstra sorular gelmesinin getirdiği kaygıları yaşıyorlardı. Bir de bir an önce staj bitsin gibi düşünceleri vardı sanki. Sınav kaygısını çok fazla yaşıyorlardı, onu gözlemledim.

Hasta ve yakınlarına çalışmamı anlatmakta zorlanıyordum. Ses kaydı ilk etapta ürkütüyordu onları. Bilimsel çalışma, etik boyutu falan basit cümlelerle anlatıyordum durumu onlara. Bir de aynı soruyu değiştirip tekrar tekrar sormak zorunda kalıyordum. Hastane ve çalışanlarla ilgili sorularda olumlu şeyler söylemek zorunda hissettiklerini görüyordum. İlk hasta yakını ile görüşmem eşi yoğun bakımda yatan bir erkek katılımcı ileydi. Yoğun bakım hemşire dinlenme odasını önceden ayarladım, masayı topladım, görüşmeye başlamadan yaklaşık beş dakika sohbet ettik, çay ikram ettim, çalışmayı uygun bir dille anlatmaya çalıştım, kabul etti. Ses kaydını açarken tekrar izin aldım, konuşma esnasında ara ara ağladı, duygulandı. Peçete hazırlamak aklıma gelmemişti. Neyse ki cebimde vardı onu verdim, ben de çok etkilendim, o an ne diyeceğimi ne söyleyeceğimi bilemedim. Görüşme sonunda, *“Ayıp olmasın, ismim saklı kalsın, bizim buralarda ayıptır”* dedi. İkinci görüşmemi gene yoğun bakımda annesi yatan bir kızla yaptım. Bu kez masada peçete önceden hazır. Çok duygusal anlar yaşandı, benim de gözlerim doldu, zor tuttum kendimi. Kendimi bu durumlara hazırlamamıştım; hasta ve yakını görüşmeleri çok farklıymış, diğerleri gibi değilmiş. Bundan sonraki görüşmelere daha tedbirli, dikkatli girmeliyim, duygusal açıdan hazırlanmalıyım. Bir görüşmeden çıkarken, *“İyi ki sustum, yoksa ben de hiçkırda hiçkırda ağlayacaktım.”* derken bulmuştum bir gün kendi kendimi.

Bir gün, hasta görüşmesi için sorumlu hemşire ile uygun hastalara baktık listeden ve bir hastanın yanına birlikte gittik, kabul etti. Refakatçi olan oğlu da kabul etti görüşmeyi. Hastanın yanında eşi ve oğlu vardı. İlk önce normal sohbete başladık. Hastanın eşi çalışmayı bir dert/sorun dinleme olarak algılamış olmalı ki, *“Önce beni dinleyin”* dedi. Kırmak istemedim, *“Hadi anlat bakalım hikâyesi”* diyerek onu dinlemeye başladım. Bana kendi hastalıkları ile ilgili öyküsünü anlatmaya başladı. Laf arasında *“Aslında ben daha çok hastayım ama işte eşimle ilgileniyoruz şimdi”* dedi. Çok fazla vaktim olmadığı için bir an önce hasta görüşmesine geçmek için sohbeti kısa kesmek istedim. Esprilerle hasta yakınlarını odadan çıkarmak için *“X Amca ile özel görüşeceğim”* dedim. Eşi kendi hikâyesinin tam dinlenilmediği kanısıyla gönülsüz bir şekilde odadan çıktı. Hasta görüşme esnasında çok samimiydi, hikâyesini çok istekle anlattı, ara ara terledi, ben de peçeteyle sildim. Bir ara eşi içeri girmek istedi, kabul

etmedik. Ses kaydı sonunda biraz daha kaldım odada, spontan sohbet ettik. Eşini ve oğlunu içeri aldık, odadan ayrılırken eşine de “*Size de geçmiş olsun*” dedim. Fakat gönül koymuştu bana. “*Sen görüşeceğinle görüştün, beni dinlemedin*” dedi. Herşey nasıl bir araştırma için orada olmaktan çıkıp kendi doğallığa evriliyor, kendi doğallığı içinde yaşanıyordu. O an, bu şekilde düşünürken bulmuştum kendimi.

Günlerden bir gün, klinikte farklı bir deneyim yaşadım. Klinikte hasta olarak buluyordum o gün. Uzun zamandır ötelediğim fakat son zamanlarda artan bir şikâyetimi asistan odasında ikinci kıdemli asistana söyledim. İkinci çömez asistan da vardı odada. Anında bana endoskopi önerdi. “*Başka bir tetkik alternatifi yok mu?*” dedim, “*Kesinlikle endoskopi*” dedi. O sırada başasistan geldi, hemen hocaları aradı, endoskopi ayarlandı, öğleden sonra için bürokratik işlemler yapıldı. Çömez asistana süreci sordum, neler yapacağım diye. Bana “*Erken evre ise ona göre planlama yapılır*” dedi. Ben birden, “*Ne diyorsun sen?*” dedim, kıdemli asistan araya girdi, “*Oğlum nasıl konuşuyorsun öyle pat diye*”. “*Abi ama, ‘TM’ demedim, kanser demedim*” dedi gülererek. Ben “*Yaa benim sağlıkçı olduğumu unuttun herhalde*” dedim. O anda “The Doctor” filmi aklıma gelmişti, çok gergindim, endoskopi saatine kadar devam etti. İlginçtir, doktor arkadaşlar için o kadar alışılmış bir durumdu ki bu, onlarla birlikte odada randevu saatini beklerken, kendimi, “*Acaba doğal olan bu mu, böyle mi davranılmalı*” derken buldum.

7 Ocak 2022, Cuma, son günüm. Klinikte hizmet içi eğitim kapsamında sunum var aynı zamanda. Konusu hemşirelik felsefesi ve profesyonellik. Klinikte yaklaşık 5 aydır bulunuyorum ve bugün başka bir rolümle de klinik işleyişte katılım göstermiş oldum. Eğitime klinik hemşirelerin yanı sıra hastane eğitim hemşiresi ve başhemşire yardımcısı da katıldı. Sunum için ikramlar hazırlanmıştı, gün yapar gibi. Hoş bir deneyimdi benim için, ayrıca kliniğe veda gibi de oldu. Tüm hemşire arkadaşlara teşekkür etme fırsatı bulmuştum. Klinikte, son günümde, üzerimde biraz hüzün var, hastaneden ve şehirden ayrılıyorum.

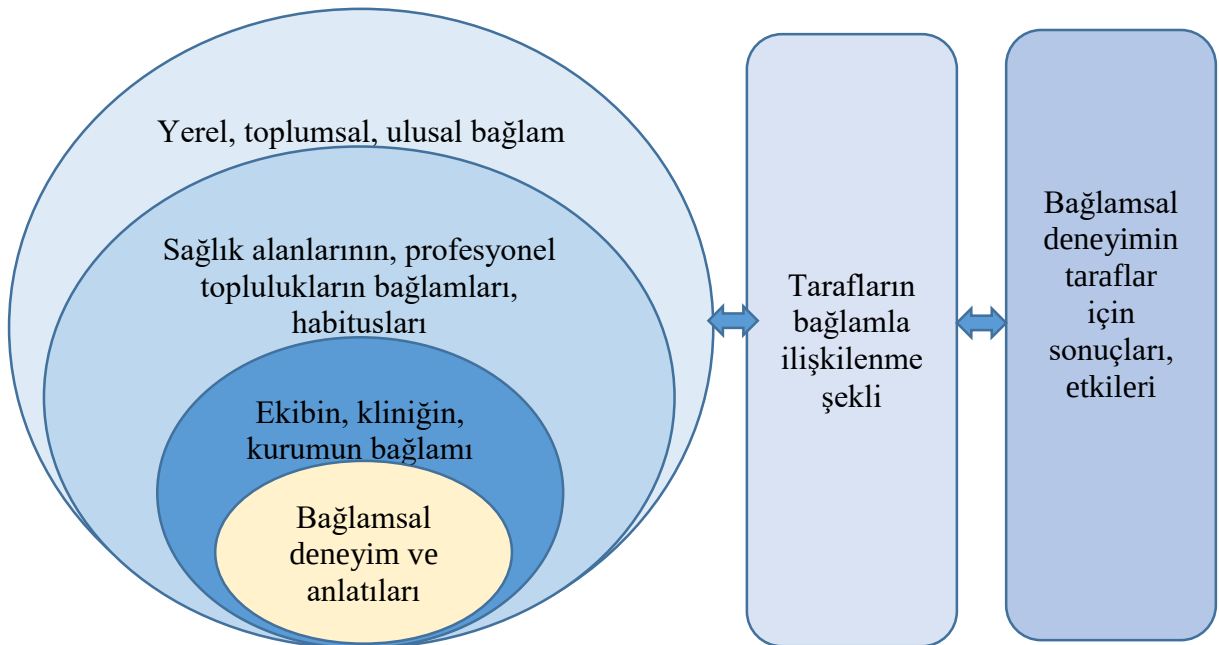
Böyle bir çalışmaya nasıl karar verdiğimi ve nitel verilerin analizi süreci ile tez yazma sürecimi nasıl yaşadığımı mı soruyorsunuz. Onun için bu kadar daha sayfaya ihtiyacım var.

6. BULGULAR ve YORUMLAR

Bu bölümde öncelikle analizler sonucunda ortaya çıkan kavramsal ve kuramsal çerçeve sunuldu. Daha sonra bu çerçeve ve araştırma problemleri esas alınarak bulgular ve yorumlar ele alındı. Nitel verilerin bağlamsal analizi sonucunda “kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem” ve “sosyal, duygusal, ilişkisel ortam” olmak üzere iki ana bağlam ve “metaforlar” olmak üzere bir boyut ortaya çıktı. Kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem üzerinden klinik sağlık bakım ve eğitim süreçlerine ilişkin deneyimler; sosyal, duygusal, ilişkisel ortam üzerinden duygusal deneyimler ve metaforlar üzerinden tüm deneyimler, anlatıları ile birlikte analiz edildi. Yaşanan deneyimler ve anlatılarına ilişkin bulgular ve yorumlar bu üç ana bağlam/boyut üzerinden üç başlık altında ayrı ayrı sunuldu. Birinci ana başlığın son bölümünde katılımcı asistan grubunun birinci bağlamla ilgili anlatıları (Anlatı 1), ikinci ana başlığın son bölümünde ise hemşire katılımcı grubunun ikinci bağlamla ilgili anlatıları (Anlatı 2) araştırmacının dilinden yeniden hikâyeleştirilerek yazıldı.

6.1. Araştırmanın Ana Kavramsal Çerçevesi

Yaşanan deneyimlere ve anlatılarına ilişkin nitel verilerin analizleri sonucunda, araştırılan konuya ilişkin Şekil 2’de şemalaştırılan ana kavramsal ve kuramsal çerçeve ortaya çıktı.



Şekil 2: Araştırmanın ana kavramsal ve kuramsal çerçevesi

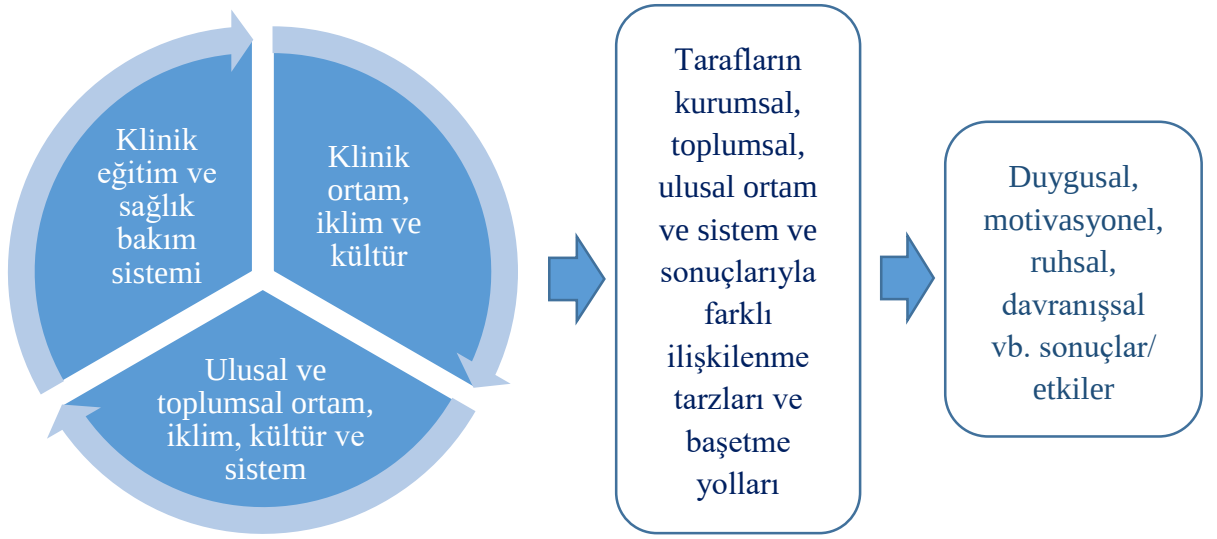
İlk bölümde bulgular ve yorumlar bu çerçeve dikkate alınarak yazıldı. Ayrıntılara geçmeden genel olarak ifade etmek gerekirse, bu şema üzerinden ekibin yaşadığı deneyim ve anlatıları şu şekilde toparlamak mümkündür.

- Ekibinin ve tarafların yaşadığı deneyim ve anlatıları kendi özel bağlamları içinde yaşanmakta ve inşa edilmektedir.
- Bu bağlamlar; ekibin, kliniğin ve kurumun bağlamı, birer profesyonel topluluk olarak hekimlik ve hemşirelik alanlarının bağlamları ve yerel, toplumsal, ulusal bağlamdır.
- Yaşanan deneyimler ve süreçte inşa edilen anlatılar hem bağlama ilişkin niteliklere hem de tarafların bağlamsal olanlarla ilişkilene şekillerine göre belirlenmektedir.
- Farklı bağlamsal nitelikler ve tarafların bunlarla farklı ilişkilene şekilleri taraflarda farklı sonuç ve etkiler ortaya çıkarabilmektedir.

6.2. Kurumsal, Toplumsal, Ulusal Ortam ve Sistem Bağlamında Sağlık Bakım ve Klinik Eğitim Deneyimleri

Bu başlıkta, çoklu/katmanlı bağlamsal okuma ve analizin ilk bağlamı olarak belirlenen “kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem” üzerinden ekibin ve tarafların sağlık bakım ve klinik eğitim deneyimleri ve anlatılarına ait bulguları değerlendirilmiştir. Bu katmanda, “klinik eğitim ve sağlık bakım sistemi”, “klinik ortam, iklim ve kültür” ve “ulusal ve toplumsal ortam, iklim, kültür ve sistem” olmak üzere üç bağlam altında tema ve yan-temalar oluşturulmuştur. Yine analizlerde katılımcıların kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem ile ilişkilene şekilleri ve bunun sonuçları ile ilgil iki boyut belirlenmiştir: “farklı ilişkilene tarzları ve farklı başatme yolları”; “duygusal, motivasyonel, ruhsal, davranışsal vb. sonuçlar/etkiler”.

İlk bağlamsal okuma ve analiz sonrasında bu bağlama özel olarak oluşturulan kavramsal çerçeve Şekil 3’de sunulmuştur.



Şekil 3: Kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem bağlamında sağlık bakım ve klinik eğitim deneyimlerine ilişkin kavramsal çerçeve

Bu çerçevede belirlenen üç araştırma problemi (AP) ise şu şekilde sıralanmıştır:

AP-1: Klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde ekibin ve tarafların kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sisteme ilişkin deneyimleri ve anlatıları nelerdir?

AP-2: Taraflar bunlarla nasıl ilişkilenebilmektedirler?

AP-3: Farklı ilişkilene şekillerinin taraflarda ortaya çıkardığı sonuçlar nelerdir, nasıl farklılaşmaktadır?

6.2.1. Bulgular

Katılımcı anlatılarının kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem bağlamında sağlık bakım ve klinik eğitim deneyimlerine ilişkin yapılan analiz sonuçlarına göre, söz konusu bağlama ilişkin üç bağlam ortaya çıktı: “klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü”, “klinik ortam, iklim ve kültür”, “ulusal, yerel ortam, sistem ve ekstra zorlayıcı durumlar”. Bu bağlamsal deneyimlerin sonuçlarına ilişkin temalar ise iki boyut altında toplandı: “baş etme/edememe yolları” ve “sonuçlar/etkiler”. Tablo 3’te katılımcı anlatılarında ortaya çıkan üç bağlam ve iki boyuta ait tema ve alt temalar gösterilmiştir.

Tablo 3: Sistem ve sağlık bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin alt-bağlam, boyutlar, tema ve alt temalar listesi

	Bağlamlar/boyutlar	Tema ve alt-temalar
Asistan	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Sağlık hizmeti baskınlığı, klinik yoğunluk, hızlı sirkülasyon 1.1. Hasta bakım süreçlerini planlayama 1.2. Bilimsellik ve eğitim boyutunun zayıflığı, niteliğin düşmesi 2. Disiplin odaklı, hiyerarşik işleyiş
	Klinik ortam, iklim ve kültür	1. Bölüme ve bölüm başkanına ilişkin olumlu algı 2. Aile ilişkisi, özverili iş ortamı 3. İnsani açıdan zorlayıcı, kırıcı, yıkıcı ortam
	Ulusal, yerel ortam, sistem ekstra zorlayıcı durumlar	1. Bölgenin sağlık yükünü sırtlanma 2. Ulusal sağlık sistemi, performans sistemi 2.1. Sağlık hizmeti, ekonomi odaklılık
	Baş etme, edememe yolları	1. Hızlı, algoritmik çözümler 2. Mekanikleşerek, duygusuzlaşarak işini yapma 3. Rasyonelize etme, kabullenme
	Sonuçlar/Etkiler	1. Çalışma isteğinde, bölüme bağlılıkta artma 2. Aşırı klinik yükü ve disiplinli, hiyerarşik işleyişe bağlı etkiler 2.1. Bölümü bırakmayı düşünme 2.2. Fiziksel, duygusal, motivasyonel, ruhsal, davranışsal sonuçlar
Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Belli, çalışan bir programı olmayan işleyiş: 1.1. Plansızlık, düzensizlik 1.2. İzlem ve değerlendirme eksikliği 2. Sağlık hizmeti baskınlığı, klinik yoğunluk, hızlı sirkülasyon 2.1. Asistanların üzerindeki aşırı yük 2.2. Bilimsellik ve eğitim boyutunun zayıflığı, niteliğin düşmesi
	Klinik ortam, iklim ve kültür	1. Aile ilişkisi ve yerel motifler (Hoca/Abi) 1.1. Ekip olamama, işlerin ekiple yürütülememesi 1.2. Değişmez, tek kişi baskın düzen
	Ulusal, yerel ortam, sistem ekstra zorlayıcı durumlar	1. Ulusal sağlık sistemi, performans sistemi 1.1. Sağlık hizmeti, ekonomi odaklılık 1.2. Ulusal planlamada eksiklik 2. Kültürel, bölgesel özellikler, yapı, ilişki ve davranış kalıpları

Tablo 3: Sistem ve sağlık bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin alt-bağlam, boyutlar, tema ve alt temalar listesi (devam)

Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Kabullenme, bırakma 2. Bypass/ara yollar çözümler bulma, 3. Kendi başına çözüm bulma, halletme
	Sonuçlar/Etkiler	1. Mesleklerarası ekip üyelerinde hızlı değişim, istifaya bağlı sosyal etkileşimde zayıflık 2. Bilimsel ve eğitim boyutunun düşmesine bağlı etkiler 2.1. <i>Eğiticilerin eğitim rolünün düşmesi</i> 2.2. <i>Duygusal, motivasyonel etkiler</i> 2.3. <i>Bilimselliğe yönelik etkiler</i>
Altıncı Sınıf Tıp Öğrencisi (İntörn)	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Klinik yoğunluk 1.1. <i>Asistanlar üzerindeki adil olmayan aşırı iş yükü ve etkileşimi zayıflatması</i> 1.2. <i>Eğitimlerinin önüne geçmesi, engellemesi</i> 2. Disiplin odaklı, hiyerarşik işleyiş
	Klinik ortam, iklim ve kültür	1. Stresli, yıkıcı ortam 1.1. <i>İlişkilerde sertleşme, insanı yönün kaybı</i> 1.2. <i>Yıldırma</i>
	Ulusal, yerel ortam, sistem ekstra zorlayıcı durumlar	Yok
	Baş etme yolları	yok
	Sonuçlar/Etkiler	1. Bölüme ilişkin olumsuz duygular ve ilginin azalması, soğuma 2. Hasta ile olumlu etkileşimin önemini fark etme
Hemşire	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Klinik yoğunluk, hızlı sirkülasyon, 2. Hemşirelik mesleğinin mevcut durumu ve zorlukları 2.1. <i>Meslek algısı, bölümlerarası sık yer değişimi, yetersiz istihdam</i> 2.2. <i>Mesleklerarası hiyerarşi ve işleyiş</i> 2.3. <i>Gideril(e)meyen malzeme eksikliği</i>
	Klinik ortam/ iklim, kültür	1. Bölüme ve bölüm başkanına ilişkin olumlu algı 2. Aile ilişkisi, özverili iş ortamı 3. Ekip içi, meslekler arası algı ve ilişkiler: 3.1. <i>Hiyerarşik ortam ve meslekler arası mesafe, çatışma</i> 3.2. <i>Hemşirelik mesleğinin yeterince takdir edilmemesi, değersizleştirilmesi</i> 4. İşe odaklı teknik çalışma ortamı, zayıf sosyal ilişkiler

Tablo 3: Sistem ve sağlık bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin alt-bağlam, boyutlar, tema ve alt temalar listesi (devam)

Hemşire	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Hasta yakınları; geniş aile yapısı, aşiret (yerel motif) 2. Sağlık çalışanlarının toplumdaki değişen algısı
	Baş etme yolları	1. Hızlı, kendi içinde, palyatif çözümler 2. Mekanikleşerek, rutine bağlayarak, duygusuzlaşarak işini yapma 3. Boyun eğme, kabullenme 4. İdare etme, yumuşatma
	Sonuçlar/Etkiler	1. Klinik yoğunluğun ve hızlı sirkülasyonun etkileri 1.1 <i>İşe ait motivasyonel etkiler, işi bırakma</i> 1.2 <i>Sosyal etkiler</i> 1.3 <i>Fiziksel, duygusal, ruhsal, davranışsal sonuçlar</i> 2. Hastalarla ilişkinin niteliğinin düşmesi
Klinik Uygulama Hemşirelik Öğrecisi	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Kliniğin eğitim deneyimleri açısından zenginliği 1.1 <i>Hasta deneyimlerinin çeşitliliği</i> 1.2 <i>Girişimsel, pratik uygulama becerileri açısından zengin deneyimler</i> 1.3 <i>Kalıcı, iz bırakan deneyimler üzerinden eğitim fırsatları</i> 1.4 <i>Hemşirelerin eğiticilik rolü, hemşirelerden öğrenme</i> 2. Klinik yoğunluk, iş yükünün eğitim açısından avantajları 3. İş odaklı/disiplinli klinik yapı
	Klinik ortam, iklim ve kültür	1. Klinik ekip çalışması ortamı, 1.1 <i>Hemşirelerarası ekip ruhu, samimi ilişkiler</i> 1.2 <i>Mesleklerarası öğrenenlerde kopuk ilişkiler</i> 1.3 <i>Akranlarla olumlu ilişkiler, akranlarla deneyim paylaşma</i> 1.4 <i>Mesleklerarası ekip çalışması ortamı</i> 1.4 <i>Hasta ve yakını etkileşimi</i> 2. Klinik hemşirelerin mesleki rol modelliği
	Ulusal, yerel ortam, sistem ekstra zorlayıcı durumlar	1. Toplumsal, yerel davranış kalıpları
	Baş etme yolları	1. Alışma, uyum sağlama, anlam yükleme
	Sonuçlar/Etkiler	1. Profesyonel kimlik oluşumuna etkileri 1.1 <i>Pratik beceri gelişimi</i> 1.2 <i>Olumlu motivasyonel etkiler</i> 1.3 <i>Meslek bilinci gelişimi</i> 1.4 <i>İletişim becerileri gelişimi</i>

Tablo 3: Sistem ve sağlık bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin alt-bağlam, boyutlar, tema ve alt temalar listesi (devam)

Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Kliniğin öğrenen eğitim deneyimleri açısından zenginliği 1.1. <i>Hasta bakım deneyimlerinin çeşitliliği</i> 1.2. <i>Girişimsel, pratik uygulama becerileri açısından zengin deneyimler</i> 1.3. <i>Kalıcı, iz bırakan deneyimler üzerinden eğitim fırsatları</i> 2. Klinik yoğunluk, iş yükünün eğitim açısından avantajları
	Klinik ortam/ iklim, kültür	1. Klinik ekip çalışması ortamı, ekip ruhu 2. Klinik hemşirelerin mesleki rol modellliği
	Ulusal, yerel ortam, sistem ekstra zorlayıcı durumlar	1. Toplumsal olumsuz hemşirelik algısı
	Baş etme yolları	Yok
	Sonuçlar/Etkiler	1. Klinik yoğunluğun öğrenenlerde beceri gelişimine etkileri 2. Ekipiçi etkileşim ortamının öğrenenlerde motivasyonel etkileri
Hasta ve Hasta Yakını	Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü	1. Kurumun/kliniğin koşulları 1.1. <i>Malzeme eksikliği, teknik sorunlar</i> 1.2. <i>Çalışan eksikliği, yetersizliği</i> 2. Klinik yoğunluk, hız
	Klinik ortam, iklim ve kültür	1. Aile ilişkisi ve yerel motifler (Amca, teyze, abi, kızım, oğlum vs) 1.1. <i>Hasta ve hasta yakını-sağlık çalışanı ilişkisi</i>
	Ulusal, yerel ortam, sistem ve ekstra zorlayıcı durumlar	1. Ulusal sağlık sistemi kaynaklı sorunlar 2. Kültürel, bölgesel özellikler, yapı, ilişki ve davranış kalıpları 1.1. <i>Yerel hekim tanınırlığı</i> 1.2. <i>Yerel iletişim kalıpları</i> 3. Kurumsal avantajlar 1.1. <i>Üniversite hastanesi olma avantajı</i> 1.2. <i>Bilimsel avantajlar (akademik hekim faktörü)</i>
	Baş etme yolları	1. Kabullenme
	Sonuçlar/Etkiler	1. Klinik yoğunluğun bakım süreçlerini aksatması 2. Duygusal etkiler (sağlık çalışanına olumlu farkındalık, empati)

6.2.1.1. Klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü ve katılımcıların deneyimleri

Birinci araştırma problemi kapsamında, katılımcı anlatılarının analizlerinde belirlenen ilk bağlam klinik sistemle ilişkiliydi. Klinik sistemin daha çok yapı, işleyiş ve iş yükü boyutlarıyla deneyimlendiği ortaya çıktı. Analizlerde “klinik eğitim sistemi” doğrudan bir alt bağlam olarak belirlenmedi, daha çok klinik sistem dolayımı üzerinden dile getirildiği görüldü.

Klinikte çalışan katılımcıların bu bağlama ilişkin anlatılarında ortaya çıkan temalar daha çok sağlık bakım hizmetinin baskınlığı, klinik yoğunluk, hızlı sirkülasyon ve disiplin odaklı, hiyerarşik işleyişe ilişkin olmuştur. Hemşirelik öğrencileri ve eğiticilerinde, kliniğin hemşirelik

öğrencilerinin uygulama eğitimlerindeki yeri, önemi ve klinik yoğunluğun eğitim açısından avantajları öne çıkmıştır. Hasta ve hasta yakınlarında ise daha çok klinik koşullarda yoğunlaşma görülmüştür.

Bunlara ek olarak hemşire anlatılarında “mesleğe ilişkin mevcut durum ve zorluklar”, klinik öğretim üyesi anlatılarında ise “belirli, çalışan bir program olmaması” ayrı birer tema olarak ortaya çıkmıştır. Hemşire ve öğretim üyesi anlatılarında ortaya çıkan bu ekstra temalar ile ilişkili örnek ifadeler şu şekildedir:

“Hemşirelik çok yükselebilen bi statü değil, yani bizim branşımız belli. Sonuçta bir konum, statü meselesi var, o çizgiyi aşmak istemem.” (H4)

“Hoca ve asistanlarla aslında tamamen bir çizgi var aramızda” (H3)

“Burda disiplin yok, disiplin olmamasının ana nedeni de kontrol mekanizması yok. Bir kişi üzerinden dönüyor (herşey), ana bilim dalı diye bir şey yok, bir düzen yok.” (ÖÜ1)

Sağlık bakım hizmeti baskınlığı, yoğun klinik iş yüküyle ilgili katılımcı ifadelerinde öne çıkan hususların yoğun iş yükü, koşturmaya ve hızlı sirkülasyon olduğu görülmüştür.

“Hızlı olmanın gerektirdiği (bir) eğitim. Hoca hep asistanların koşturmasını istiyor, hep koşsunlar diyor.” (A3)

“Çalışanlar çok böyle uzun süre dayanmıyor. Çok hızlı bir sirkülasyonumuz var.” (ÖÜ2)

“Burası iş bazlı bir servis, öğretimden ziyade iş yüklü bi servis” (İ14)

Klinik yoğunluk, hasta çeşitliliği ile birlikte, hemşirelik öğrencileri ve eğiticilerinde daha çok eğitim deneyimleri açısından zengin fırsatlar sunması olarak dile getirilmişti.

“Diğer kliniklere göre daha fazla avantajlı. Mesela başka bir klinikte sekiz saatlik uygulama süresi içerisinde öğrencinin herhangi bir şekilde invaziv ya da farklı bir girişimde bulunma şansı bulamazken öğrenci bu klinikte daha aktif çalışabiliyor. Sahada daha aktif bulunabiliyor, servis işleyişinde daha aktif rol oynayabiliyor.” (HÖÜ1)

“İlk gelmeden önce zaten cerrahiye gelmek istiyordum. Yorucu olacağını da biliyordum ve buna biraz hazırlıklı olarak geldim. ...biraz yoğun geçti ve ilk stajlarımız olduğu için biraz yorucuydu ama yani birçok yeni tanı öğrendik, yeni hastalıklar gördük, yeni mesela ameliyatlı hastaları falan gördükçe daha da bi geliştiğimi düşünüyorum.” (HÖ10)

“Burası çok yoğun geçiyor. O temponun içinde, tabii ki bu beni daha çok heyecanlandırdı, çünkü daha çok işlem görüyorum.” (HÖ2)

Disiplin odaklı ve hiyerarşik işleyişle ilgili anlatılar hemşire, asistan ve intörnlerde şu şekillerde dile getirilmiştir:

“Bir hiyerarşi var. Hepimiz bu algoritmanın bir parçasıyız.” (A1)

“Cerrahi kültür önemli, iş akışı ve takibi çok sistemli yürümek zorunda. ...cerrahi başlı başına bir sistematik disiplindir. Yani herkesin sorumluluğu nettir. Ben bir üsttekine, o bir üsttekine, böyle böyle hocaya kadar gider. Aynı zamanda alttakinin sorumluluğunu alma da üstten başlayıp en altta kadar iner. ... bir de herkes bir alttakini korur, kollar. Zincirleme bir şey bu, arada kopukluk oldu mu, büyük sorunlar çıkar.” (A6)

“Kıdemli ile çatışma olamaz genelde, çünkü hiyerarşi izin vermez, çatışma bir şekilde alta yansır olumsuz, mesela ceza gibi. Gurur yapmanın bir manası yok, çünkü istemler kişisel değil iş odaklı. Yutmak zorundayız, karar üstlerindir, kıdemlinin dediği olur, hocalara pek yansımaz ama yansır bile hoca abilere topu atar, yani kıdemliye. Bu bir öğrenilmiş gelenektir bu klinikte... Bu yüzden herkes azami dikkat eder iş disiplinine, ahlaki bir tutum iş bilinci, sorumluluk bilinci, hocadan kaynaklı bir tutum bu” (A7)

“İlk geldiğimde en önemli şeylerden biri disiplin nedir onu öğrendim. Yani hocalar, hocalardan sonra şefler, şeflerin söylemleri yani bazen neredeyse hocaların dediğinin önüne geçiyor. Mesleki hayatımda daha da disiplinli olmayı kattı bana. Hasta bakımlarımız diğer klinik servislere göre hani hatayı daha az tölere edebilen bir klinik olduğu için sürekli böyle bir disiplin içerisinde hiyerarşi içerisinde çalışıyoruz” (A5)

“Biz ast-üst ilişkisini biliriz. Ama saygısızlık. Rencide edici, hakaret edici, insanı küçük düşürücü (bu); böyle bir düzen içinde kaldık ne yazık ki.” (H2)

Kliniğin disiplinli ve iş odaklı çalışma sistemine vurgu hemşirelik öğrencilerinin anlatılarında da belirgindi.

“X cerrahide çok disiplin var, disiplini olan bölüm.” (HÖ9)

“Burda daha çok, hani nasıl desem, şunu şunu yapın, hani öğrenin değil de, yapın gibisinden. İş odaklılar, ki yani buranın çok yoğun olmasından dolayı da olabilir.” (HÖ7)

Hasta ve hasta yakınlarında ise klinik yoğunluğun yanısıra kurumun ve kliniğin yetersiz koşullarına vurgu yapıldığı; malzeme ve çalışan yetersizliğinin klinikte sağlık bakımı ile ilgili sorun oluşturduğu yönünde anlatıların olduğu görülmüştür.

“Hastanede şeylikler eksik, yani ekipman eksik, hasta yatağıydı, şeydi, yemekti bunlar maalesef. ... bi de tabi çok yoğunluktan dolayı kimse de çok hızlı ilgilenemiyor.” (HS1)

“Sağlık çalışanları şu anda yetersiz. Onları da kınamıyorum yani, şimdi hani bakamıyorlar falan dediklerim de yetişemiyorlar yani. Onların da suçu değil.” (HS3)

6.2.1.2. Klinik ortam, iklim, kültür ve katılımcı deneyimleri

İkinci bağlamla ilişkili ortaya çıkan temaların taraflar ve mesleklerarası ilişkiler, algılar, sosyalleşme ve olumlu, olumsuz yönleriyle iş ortamı ile ilgili olduğu görüldü. Bölüme ilişkin olumlu algı, aile ilişkisi ve özverili ortam intörnler dışındaki anlatılarda; insani olmayan, zorlayıcı ortam asistan ve intörn anlatılarında öne çıkan tema olarak belirlendi. Hemşire anlatılarında ayrıca ortaya çıkan iki tema ise “ekip içi ve mesleklerarası algı ve ilişkiler” ile “iş odaklı çalışma ortamı, zayıf sosyalleşme” idi.

Bölümle ilişkiler, aile ilişkisi ve özverili ortama ilişkin anlatılar, asistanlardan hemşire, hasta ve hasta yakınlarına kadar tüm anlatılarda dile getirilmişti.

“Baş model, başrol kendisidir (anabilim dalı başkanı). Onun davrandığı gibi davrandık hastalara. İletişimimiz de onunki gibi. Her ortamımızda abi-kardeş ilişkisi mevcut” (A4)

“Biz X baba diyoruz gıyabında, ama bazen hasta sunumu esnasında aramızda asistanlarla X diyoruz, hangi hocanın hastası olduğunu tanımlamak için, hoca bunu biliyor.” (A3)

“Hocanın (anabilim dalı başkanı) ilk “Bayram Harçlığı” geleneği vardır. Çömez asistanın klinikteki ilk bayramını kutlar, hoca bayramlaşmak için kliniğe gelir, çömeze bayram harçlığı verir. Bu yıllardır devam eden bir gelenekmiş, Hocanın bir geleneği sadece. Çömez asistan harçlığı doktor odasında panoya asar, çok değerlidir o para, hep saklar. Herkes bir kez almıştır o harçlığı; Hoca burada olduğu müddetçe, buraya gelen asistanların hepsi bir kez almışlardır” (A6)

“Özveriyle canla başla çalışılan bi klinik. Bizim burda bi aile yapısı söz konusu. Bu şekilde bi aile kavramıyla yönetebiliyoruz.” (H3)

“Bize hep şu şekil yaklaşıyorlar, bi kardeş. Hani sevgiyle geldikleri zaman, biz kendimizi daha bi rahat hissediyoruz, daha yani koruma altındayız. Gerçekten bizimle çok ilgilendiler.” (HY6)

“Hepsinin amcasıyım, hepsiyle aram çok iyi. ... hani diyebilirim ki bu hastanede en rahat eden hastalardan biriyim.” (HS3)

Hemşirelik öğrencileri ve öğretim üyelerinin, klinik ortam, iklim ve kültürüne yönelik anlatılarının diğer katılımcıların anlatılarından farklılaşan yönlerinin olduğu görülmüştür. Klinik ortamda hem meslekiçi hem de mesleklerarası ekip ruhu ile çalışıldığı ve hemşirelerin profesyonel meslek gelişimi açısından rol model olduğu yönünde anlatıların yoğun olduğu belirlenmiştir.

“Ekibi özellikle ben çok kaliteli buluyorum. Zaten burda çalışan hemşire ekibi de, hastanenin açıkçası en çalışkan bulduğum ekibi. Yani bunlar sahadaki görevlerini, görevlerine olan düşkünlüklerini açıkçası öğrencilere de yansıtabilmektedirler. Yani bu konuda öğrencilerimize de biraz daha mesleki bilincin oluşmasına katkı sağlıyorlar. ...farklı birimlerde ben bazen doctor-hemşire arasında mesafe görüyorum. ...bu durumu, ben açıkçası burda görmüyorum. Hani tamamiyle bir ekip olarak, bir bütünler, kesinlikle ekip ruhuyla hareket ediyorlar.” (HÖÜ1)

“Abi-abla ilişkisi vardı. ...bi an önce ben de hemşire olup ben de çalışayım, böyle aralarına katılayım, isteği uyandırıyordu yani. ... saygılı bi iletişim ve arkadaşça, dostça, yeri geldi hani abla-abi gibi davranıyorlardı birbirlerine.” (HÖ3)

“Ortam olarak hani işte, hemşirelerin hemşirelerle, hemşirelerin doktorlarla, hemşirelerin stajyerlerle, iletişimi gerçekten hani böyle çok samimi. Çok böyle, saygı sevgi çerçevesi içerisinde. Benim gördüğüm analiz ettiğim şey buydu.” (HÖ1)

Ayrıca hemşirelik öğrencileri anlatılarında, klinikte kendi akranları ve diğer sağlık bölümü öğrencileri ile öğrenme deneyimlerini paylaşma açısından olumlu iletişimde olduklarını; doktorlarla ve intörnlerle ise izole ve kopuk etkileşimlerinin olduğunu vurgulamışlardır. Hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerinde ise girişimsel beceri eksikliklerinden dolayı zaman zaman sorun yaşadıklarını fakat genel anlamda duygusal etkileşimde bulunduklarını belirtmişlerdir.

“Beraber bilgi alış-verişi yaptık. Onlar bana bir şeyler kattı, ben onlara bir şeyler kattım. Birbirimize yardımcı olduk.” (HÖ5)

“Biz geldiğimizde, ilk bize zaten damar yolu açmayı falan, diğer stajyer öğrenciler açtı gösterdi; işte paramedik öğrencileri falan.” (HÖ4)

“(doktorlar) hemşireleri soruyorlar, ... bir iş verdiklerinde bize vermiyorlar. Diyorlar ki hemşire arkadaş nerde o gelsin. Sağlam olsun yani iş. Garantiye alıyorlar.” (HÖ9)

“Tıp öğrencileri bizden biraz şeydeler ya, onlarla pek bi alakamız yok aslında.” (HÖ7)

“İlk deneyimim olduğu için, benim için çok değerli bir süreç oldu. Hastalarla iletişimim özellikle yaşlı hastalarla yaptığım muhabbetler, sohbetler benim için çok değerli oldu. ... ilk defa hastayla temas ettim, ilk kez onla iletişim kurdum, bu benim için çok değerli yani hayatım boyunca herhalde unutamayacağım.” (HÖ3)

Asistan ve intörnlerin insani acıdan zorlayıcı, stresli ve yıkıcı ortama ilişkin deneyimlerinin daha çok iş yüküne bağlı olarak ortaya çıkan duygusal deneyimler olduğu görülmüştür.

“O yoğunluğun içinde stres, gerginlikler, kırılmalar da oluyor. Çok stresli bir bölüm.” (A3)

“Hani bi süreden sonra bence o duygularını kaybediyorlar, duygusallıklarını. Bu da onları farklı bi insan, karakter kategorisine koyuyor. Biraz daha böyle, nasıl diyeyim sert, mizacı sert. İkili ilişkiyi tam ayarlayamayan insanlara dönüşüyorlar.” (İ14)

Hemşire anlatılarında “mesleklerarası olumsuz algı ve ilişkiler” ile “iş odaklı ortam ve zayıf sosyal ilişkiler” ise daha çok değersizleştirme duygusuyla birlikte yaşanmakta idi.

“Beni bir tane serumla aynı kefeye koyma! Kendimizden, hani özverili çalışarak fazlasını veriyoruz. Karşılığı, bi çöp tenekesi kadar (değer görüyoruz)” (H2)

6.2.1.3. Ulusal, yerel ortam, sistem ve ekstra zorlayıcı durumlar ve katılımcıların deneyimleri

Toplumsal ve ulusal bağlama ilişkin asistan anlatılarında bölgenin sağlık yükünü sırtlanma; asistan ve öğretim üyelerinde ulusal sağlık sistemi ve performans (ödeme) sistemi; hemşire, hemşirelik öğrencileri, hasta ve hasta yakınları ve öğretim üyelerinde kültürel, yerel özellikler, geniş aile yapısı ve ilişkiler; hemşirelerde ve hemşirelik eğiticilerinde ise sağlık çalışanlarının toplumda olumsuz yönde değişen algısı tema olarak belirlendi. İntörn anlatılarında bu bağlam özelinde ortaya çıkan tema olmadı.

Asistan anlatılarında bölgenin sağlık yükünü sırtlanmayla ilişkili ifadeler ön plandaydı.

“Çok vakanın olduğu, Doğu Anadolu Bölgesine bakmak zorunda kalan hastane olduğu için burada işimiz çok yoğun.” (A4)

Asistan ve öğretim üyesi anlatılarında ortak tema olan ulusal sağlık sistemi ve performans sistemi olumsuz sonuçlarıyla dile gelmekteydi. Ulusal sağlık sisteminin kendileri ve üniversite hastaneleri açısından olumsuz etkileri hasta anlatılarında da yer almaktaydı.

“Sistem o kadar hasta yüklüyor ki size. ...Asistan aslında üniversite hastanelerinde topun ağzındaki kişidir, en çok çalışan, yorulan, emeği, hakkı ödenmeyen. Sistem baştan kokuyor.” (A3)

“Üniversite hastanelerine, eğitim hastanelerine bir para kazanma zorunluluğu getirilmiş. Bu kadar hasta bakmak zorundasınız, bu kadar iş üretmek zorundasınız. Bizim eğitim rolümüz nerde kaldı.” (ÖÜ5)

“Ben biliyorum ki, Eğitim Araştırma Hastanelerine çok daha iyi imkânlar sunuluyor, üniversite hastanelerinden ziyade. Keşke üniversite hastaneleri, ki çok değerli, bütün doktorlar buralardan yetişiyor sonuçta. Yani daha iyi bir imkân tanınsa daha iyi olurdu. ... Yani bunlardan dolayı işte bi tek böyle bi eksiklik var. O da artık bakanlığımıza duyurulur.” (HS1)

Aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının anlatılarında kurumun üniversite hastanesi olmasının kendilerinin sağlık bakım hizmetleri açısından avantajları olduğunu dile getirilmiştir.

“Üniversite hastanesi olduğu için de, daha çok, hem yani öğrenen doktorlar hem profesörler falan, sürekli gidip geldikleri için, gereken bilgileri aktarıyorlar.” (HY3)

“Üniversite hastanesinin de tabii eğitim anlamında çok büyük bi faydası var. Belki de eğitim ve araştırma hastanesinde yatsaydım bu kadar hocalarla bire bir olmayacaktım. ... bilimsel anlamda da, bi bilgili doktorlarla çalışmak, çok daha insanı rahatlatıyor psikolojik olarak. ... ilk aklıma gelen bilimsel herkes, bu yani hocasından hemşiresine herkes bilimsel çalışıyor, öyle söyleyeyim.” (HS1)

Kültürel ve yerel özellikler, katılımcı anlatılarında farklı şekillerde dile getirilmişti. Hemşire ve öğretim üyeleri anlatılarında bu temada olumsuz özellikleri daha çok vurgulanıyordu. Hemşirelik öğrencileri, hasta ve hasta yakınları ise olumlu etkileşim, hekimin bölgesel, yerel tanınırlığı ve kültürel özelliklerinden dolayı tercih edilme gibi olumlu ifadeler kullanmaktaydı.

“Dış faktörler bizi yoruyor, hasta yakınlarının çok kalabalık gelmesi, bir kişinin başında otuz kişi olmaz, bunlar insanı yorar.” (H2)

“Kültürel yapımıza bağlıyorum. Kültürel yapımız ve yetiştiğimiz ortam itibariyle bu olgunluğu (ekip çalışması) gösteremiyoruz diye düşünüyorum. (Bu yaşananların) bölgesel faktörlerden kaynaklı olduğunu düşünüyorum.” (ÖÜ3)

“Dilde işte zorlananlar varsa mesela hani, onlara şey yapabiliyorum, onların dilinden konuşmaya çalışıyorum. herkesin gelenek, görenek kültürü farklı olduğu için. ... o rahatlığı

hem onlara veriyorum hem ben rahat oluyorum. ... yani o hastanın inancına göre de gitmeye çalışıyorum.” (HÖ2)

“Hocamızın ve bölümün, üniversitemizin isim yaptığını, hocaların gayet başarılı olduğunu duyuyorduk. Şehir olarak da yaşadığımızdan dolayı. ... hocamı doğma büyüme, ben burdayım, ismini hep duymuşum. İlgisini, alakasını, insan ayırmadan hani, din ırk ayırmadan, bütün hastalarına aynı davrandığını gözümle gördüğüm için de söylüyorum.” (HY4)

“Bu herhalde doğululuğun da verdiği bir şey, insanlar çok yakın davranıyor, çok hani sahip çıkıyorlar. O da çok güzel bir şey yani, hissediyorsunuz onu.” (HS1)

Son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz yönde değişen toplumsal algı ve bunun en önemli sonuçlarından birisi olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddette artışa ilişkin anlatılar hemşirelerde ön plandaydı. Bu durumu ortaya çıkaran bağlamsal etken çoğunlukla aşırı yoğunluk olarak ifade edilmekteydi. Yine hemşirelik eğiticileri de anlatılarında toplumsal düzeyde olumsuz meslek algısına dikkat çekmişlerdi.

“Her türlü şiddet, psikolojik, sözel, bazen fiziksel, onları gördüm. Aksiyonlu bir yer, kesinlikle çok yoğun bir servis, bir an boş durmaya gelmiyor.” (H6)

“Bizim (bir) saygı ivmemiz var. Hemşireye doğru azalıyor, ya da yardımcı sağlık personeline doğru azalıyor. ... ben hep bunu düşünürüm. ...bu eksikliği bizler gidereceğiz.” (HÖÜ2)

6.2.1.4. Katılımcıların kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem ile ilişkilenme şekilleri ve ortaya çıkardığı sonuçlar

İkinci ve üçüncü araştırma problemi kapsamında, tarafların, yukarıda sunulan bağlamsal deneyimlerle ilişki şekilleri ve bunun ortaya çıkardığı sonuçlar iki boyut altında toplanmıştır. Bu boyutlar “baş etme/edememe yolları” ve “duygusal, motivasyonel, davranışsal vb. sonuçlar/etkiler” idi.

Baş etme/edememe yolları boyutunda asistan, hemşire ve öğretim üyeleri anlatılarında öne çıkanlar “hızlı, palyatif, ara ve bireysel çözümler üretme”, “mekanikleşme ve duygusuzlaşma”, “rasyonelize etme, kabullenme ve idare etme” şeklindeydi. Hızlı, palyatif, ara ve bireysel çözümler üretme anlatılarda örneğin şu şekilde yer almaktaydı.

“Bi problem yaşayınca çok hızlı, çok rahatça halledilecek yollar var. Pratikleşmesi, bunun artık sistematik ve algoritmik olarak oturması.” (A1)

“En önemlisi uhulet ve suhuletle yönetmek, sakın olmaya çalışıyoruz. İki tarafı da dinlemeye çalışıyoruz. Hani olaylar büyümesin, sıkıntılar yaşanmasın, fiziki şiddet boyutuna varmasın” (H3)

Bağlamsal deneyimlerin katılımcılar için önemli sonuçlarından ikisi mekanikleşme ve duygusuzlaşma olarak belirlendi.

“Sistem başa çıkartıyor sizi. Robot gibi davranmak zorundasınız. Benim öyle bir lüksüm yok, olabildiğince hızlı olacaksınız. O hızda, o kadar az zaman ayırabiliyorsunuz, o işi halledip öbürüne geçmek zorunda kalıyorsunuz. Beyniniz sizden o kadar hızlı ve o kadar önde gidiyor ki. Duygularınız geride, beynin hızına yetişemiyor.” (A3)

“Şimdi motor gibi çalışman lazım, bunları da (hastaları) güzel bi dille ikna etmen lazım. Onların gazını da almak lazım. Motora dönüyorsun. Sirkülasyondan dolayı ezberlediğin cümlelerle, aynı cümleleri tekrar ede ede, herkesin gönlünü ala ala, bi şekilde halledip, pohpohlayıp gönderiyoruz.” (H2)

Rasyonelize etme, kabullenme ve idare etme gibi baş etme yolları ise, örneğin disiplinli, hiyerarşik işleyiş özelinde bir asistanda şu şekilde ifade edilmişti.

“Zaman geçtikçe, kıdemlendikçe, ...cerrahi eğitiminin en önemli parçası olduğunu öğrendim bu disiplinin.” (A5)

Hemşirelik öğrencilerinin başetme yöntemleri “alışma, uyum sağlama, anlam yükleme”, hasta ve hasta yakınlarının ise “kabullenme” yönündeydi.

“İletişimi kurduğunuzda, ben çok da büyük bi problemin çıkacağını sanmıyorum. ...genel hastalara, çalışanlara yani personelden tutun, işte doktordur ya da diğer çalışanlardır falan, hani o geneline bakıp böyle kendim bir profil oluştuyorum. Hani ben ne yapabilirim, eksikliğim nedir, bunu nasıl düzeltirim, hastaya nasıl daha çok yardımcı olurum.” (HÖ2)

“Çok yoğun bir servis olduğu için ilgileniyorlar mı dersiniz, tabi onları da anlamak lazım, onların da işleri yoğun, süreç sıkıntılı” (HY7)

Katılımcıların yaşadıkları bağlamsal deneyimlerin kendileri üzerindeki bireysel sonuç ve etkileri ise asistanlarda bir taraftan mesleğe aidiyette artma, diğer taraftan yıkıcı, meslekten düşürücü etkiler şeklinde idi. İntörnlerde, bölüme olan ilgide azalmanın ve bölüme ilişkin olumsuz duyguların öne çıktığı görüldü. Hemşire ve asistanlarda ortaya çıkan duygusal, motivasyonel, ruhsal, davranışsal vb. etkiler ağırlık olarak olumsuz yöndeydi. Ayrıca hemşire ve öğretim üyelerinde sosyal etkileşimde zayıflık, öğretim üyelerinde bilimsel ve eğitim

boyutunun düşmesi, hemşirelerde ise hastalarla ilişkinin niteliğinde düşme ortaya çıkan sonuçlar arasındaydı. Hemşirelik öğrencileri ve eğitimcilerinde mesleki gelişime katkıya yönelik sonuçlar belirginken, hasta ve hasta yakınları anlatılarında klinik yoğunluğa rağmen kendi bakım süreçleri ve sağlık çalışanlarına yönelik olumlu duygusal etkiler dile getirilmişti.

“Zorlandım, bırakmayı düşündüğüm anlar oldu. Severe geldığım kliniği bırakmayı çok düşündüm, yani evli olmasam.” (A5)

“3-5 ay çalışıyor, yoğunluktan zor geliyor, istifa edip gidiyor. O yüzden, birini ikisini tanıyorsun üçüncüsünü tanıyorsun bi bakıyorsun değişmiş.” (ÖÜ2)

“X bölüme dair nefret götürüyorum. Yani böyle askeri bi hiyerarşi. Askeri hiyerarşide olmak zorunda değiliz bence. Çok rahatsız etti bu beni, bu hiyerarşiden çok hoşlanmıyorum.” (İ7)

“(Hastalara) istediğim derecede yardımcı olamıyorum. Ne kadar iyi olsak da, çok sayıda hasta olduğu için ister istemez, onların istediği şeyi veremiyoruz.” (H1)

“Kliniğimizde doğru düzgün hiçbir bilimsellik yok, bilimsel açıdan biz burada yetersiz kalabiliyoruz, çokta yetersiz.” (ÖÜ3)

“Geldiğimde diyodum ki, hani hiçbir şey bilmiyorum, gayet olağan karşıladılar ve gayet yardımcı oldular. Hani buraya geldiğim zaman yüzde sıfırken şu an kendimi yüzde 30 yüzde 40 seviyelerinde görebiliyorum.” (HÖ1)

“Vallahi bakım çok, hepsi de çok iyiydi, zaten o yoğun bakımdakiler çok azap çekiyor (çalışanların çok yorulduğu). Sabaha kadar, adamın biri geliyor biri gidiyor. Allah razı olsun.” (HS4)

Anlatı 1:

Bu anlatı, çalışmaya katılan iki asistanın kendi anlatıları üzerinden sistem teması odağında yeniden hikayeleştirilerek yazılmıştır.

Bu bölüme gelme isteği bende öğrenciliğimden başlamıştı, seviyordum. Ama aynı zamanda farkındaydım başıma geleceklerin. Zor branştayım, zor ama en azından beni tam tatmin edecek bir bölümdeyim. Bu şekilde kendimi avutarak devam ediyorum asistanlığa.

Nasıl bir yer mi burası? Bu hastanenin, bu kurumun lokomotif. Hocamızın sayesinde en düzgün işleyen kliniklerden bir tanesi. En tepede, kralın şark odası gibi. Disiplinsizliği asla kabul etmeyen bir branş. Hiç ummadığım kadar ciddiyeti olan bir klinik, belki tıbbın her alanı

için herkes bunu söyleyebilir ama buradaki süreç hiçbir hatayı, hiçbir eksiği, gözden kaçmış hiçbir şeyi affedemeyecek kadar ciddi bir klinik. Bu klinik işleyiş, yoğunluk, disiplin ve hiyerarşi ilk başlarda çarpıyor insanı, ters geliyor ama sonra...

Belli bir disiplin çerçevesinde işin yürümesi gerekiyor. Benim için anlam ifade eden şey de, işin bu yönü. Yani sürekli alarmda olman gerekiyor. Ama aynı zamanda eğlenceli, biraz da mekanik olması. Diğer kliniklerden en önemli farkı bu bence. Dışardan bir perde arkasından bakmak gibi değil de, bire bir o patolojiyle temas etmek, daha böyle insana heyecan veriyor. Hayal ettiğin şeylerin güzelliğini yaşıyorsun yani. Burada normalde her asistanın başlama sürecinde ilk başlarda istifa etme ya da o kliniği terk etme gibi düşünceleri oluyor. İnsanın modu düşebiliyor. Bir hocanın sözleri senin bütün şevkini yerle bir edebiliyor. Ben neden istifa etmiyorum diyebiliyorsun. Ben bir keresinde çok yorgundum, böyle yorgun yorgun yoğun bakımdayım. Hoca içeri girdi, dedi *“Hayırdır.”* Dedim, *“Hocam, valla çok yorgunum, hiç dinlenemiyorum, kronik yorgunluk oldu, ne yapayım bilmiyorum.”* *“Ben yirmi beş yıldır hiç dinlenemiyorum”* diye karşılık verdi Hoca. Ben de kendi kendime dedim ki o zaman, *“Bu adam yapıyorsa ben de yaparım.”* Hiç umursamadım, yani bazen hocalardan birinin bir sözü seni buraya şevkle bağlıyor ve üç ay deposu yeni doldurmuş araç gibi gidebiliyorsun. Enerji de veriyor hocan sana. Heyecanımı hiçbir zaman kaybetmedim. Sonuçta bir aile olarak iç içe yaşıyoruz. Ben annemi babamı hocalarımdan daha az görüyorum. Yani bir aile olarak işte hocaların bazen kızması, bazen seni takdir etmesi, bunların hepsi olağan. Böyle ailesel bir şeye dönüşünce, yani o samimi boyut olunca, bir ebeveynin çocuğunu azarlaması gibi ya da işte takdir etmesi gibi, böyle yaşıyor işte.

Bizim bölümü diğer dâhili bölümlerden ayıran birçok yönü var. Ameliyathane denen koca bir yük. Diğer bölümlere bazen konsültasyona gittiğimde koridor bomboş. Acaba bu serviste hasta mı yok diyorum kendi kendime. Doktor odasını açıyorum, birkaç kişi oturuyor. Dosya hekimliği yapıyorlar aslında. Biz hiç servisi boş görmedik, hiç oturmadık, illa birileri koşturuyor. Diğer bölümlerin yoğunluğu belki var ama bizim kocaman yüklerimiz, farkımız var. O kadar bariz bir fark ki, bir gün birimizi alıp dâhiliyeciyi yapsalar, onların altı yedi saatte yaptıkları işi biz bir saatte yapar gider uyuruz muhtemelen. Benim öyle bir lüksüm yok, olabildiğince hızlı olacaksın bu bölümde. Bölümde elini çok hızlı bulduğum, çok beğendiğim arkadaşlarım var, bazen sanki piyano çalabiliyormuş gibi bakıyorum onlara. Gerçekten diyorum yani, ne kadar güzel, ne kadar hızlı çalışıyor.

Aynı zamanda duygusal yükü de ağır bir bölüm burası, çok yoğun ve stresli. Çok iz bırakan olaylar yaşıyoruz. Ben bir hastamı kaybettikten sonra aylarca ameliyathaneye gidemediğimi bilirim. Yemeden içmeden kesildim, depresyona girdim, hiçbir şeyden zevk almadım, aylarıma mal oldu bu süreç. Ama bir şekilde duygularınızla başa çıkmayı öğreniyorsunuz. Siz başa çıkamayan biriyseniz sistem başa çıkarttırıyor sizi. Sistem o kadar hasta yüklüyor ki size, robot gibi davranmadan yapamıyorsunuz. Bir yerden sonra robotlaşıyorsunuz, o kadar çok kötü hastan oluyor, kimse yok yardımcı olacak. O hızda ancak o kadar zaman ayırabiliyorsun ya da o kadar hızlı o işi halledip öbürüne geçmek zorunda kalıyorsunuz ki, beyniniz sizden o kadar hızlı ve o kadar önde gidiyor ki, duygularınız geride kalıyor, beyin hızına yetişemiyor. O duygu ne zaman yetişiyor beynin o hızına, eve gidip dinlendikten sonra. Kimi zaman kendini uykunun kucağına attığında. O temponun içinde ben pratik eğitimin de bazen şey olduğunu düşünüyorum, geri planda kaldığını. İşleri yetiştirmeye çalışırken eğitimi geri planda bırakıyorsunuz. Bu da hızın eğitimi yani! Hızlı olmanın gerektirdiği eğitim.

Şöyle bir düşünüyorum da, tüm bu koşuşturmaya, çabalamaya rağmen, tüm hayatını bu bölümde, işte bırakmana rağmen asistan aslında üniversite hastanelerinde topun ağzındaki kişidir En çok çalışan, yorulan ama emeği, hakkı ödenmeyen, görülmeyen... Sistem baştan kokuyor, balığımız yani. Kendinden fedakârlıkla bu iş yapılıyor, hakkı da ödenmiyor. Biraz mecburiyetten. Biraz da vicdan olmasa yapılacak şeyler değil bunlar. Dediğim gibi, *“Valla hayatımı bıraktım burada!”* Çok şey götürüyor insandan. Dışarda bir hayat yok açıkçası. Biraz onu gerektiriyor gibime geliyor bu meslek, belki biz abartıyoruz. Yani bir fedai gibi olmak, hayatını götürüyor yani. Fakat beş yıl bir şekilde geçiyor...

6.2.2. Yorumlar

Bağlamsal nitel analiz sonuçlarına göre, cerrahi ekibin yaşadığı deneyimin içinde gerçekleştiği ana bağlamlardan ilki “kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem” olarak belirlendi. Bu başlık altında, bu ana bağlam odağında ele edilen bulgulara ilişkin yorum ve tartışmalara yer verildi. Şekil 3’de görüldüğü gibi, katılımcıların söz konusu bağlamsal deneyime ilişkin anlatıları üç bağlam ve iki boyut (katılımcıların bu bağlamlarla farklı ilişkilendirmeleri ve ortaya çıkan sonuçlar/etkiler) altında gruplandırıldı. Dolayısıyla yorum ve tartışma, tarafların yaşadıkları bağlamsal deneyimlere ilişkin anlatıları, tarafların bağlamla nasıl ilişkilendiği ve farklı ilişkilendirme şekillerinin ortaya çıkardığı sonuçlar üzerinden yürütüldü.

Katmanlı analizle “kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem” odağında ortaya çıkan ilk bağlam “klinik sistem: yapı, işleyiş ve iş yükü” idi. Bu kapsamda ortaya çıkan temalar şunlardı:

“sağlık hizmeti baskınlığı, klinik yoğunluk, hızlı sirkülasyon”, “disiplinli, hiyerarşik işleyiş”, “mesleğinin mevcut durumu/zorlukları”, “programlı olmayan işleyiş”, “kurumun, kliniğin koşulları” ve “eğitim deneyimi zenginliği”. Araştırma problemlerinde sistem hem klinik eğitim sistemi hem de sağlık bakım sistemi olarak çerçevelenmesine rağmen anlatıların analizlerinde “klinik eğitim sistemi” ayrı bir bağlam olarak ortaya çıkmadı. Eğitim, daha çok klinik sistem dolayımı üzerinden, sağlık bakım süreçlerinin eğitime ve araştırmaya olumsuz sonuçları üzerinden dile getirilmişti. Aynı zamanda, analiz sonuçları, tarafların içinde bulunulan ortamı ve sistemi kendi özel bağlamlarında ne kadar farklı deneyimleyebildiklerini ve sonuçlarının nasıl farklılaşabildiği ortaya çıkardı. Örneğin, asistanlarda ve eğiticilerde klinik yoğunluk ve sağlık bakım hizmeti odaklılığı daha çok, yoğun sağlık süreçlerini planlayamama ve bu durumun bir sonucu olarak eğitim, araştırma ve bilimselliğin zayıflaması şeklinde yaşanmaktaydı. Hemşirelerde yoğun iş yükü, yoğunluğu eritme, kendi içinde palyatif çözümler bulma şeklinde deneyimlenmekte ve bu durum hastalarla ilişkilerin zayıflaması ve kliniği bırakma isteğiyle sonuçlanmakta olduğu görüldü. Hastalar ve yakınları daha çok klinik koşulların olumsuz etkilerini kendi bakım ihtiyaçlarının yeterince giderilememesi yönünde deneyimlemişlerdi. Hemşirelik öğrencileri ve eğiticilerinde ise klinik yoğunluk, vaka çeşitliliği, zengin eğitim deneyim fırsatı ve pratik becerilerde gelişim açısından bir avantaj olarak deneyimlenmişti.

Bu tezde görüldüğü gibi araştırmalar, sağlık bakım hizmeti baskınlığı, klinik iş yükü ve yeterince planlı, programlı olmayan deneyimlerin klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde sağlık çalışanları üzerindeki çok yönlü sonuçları olduğunu göstermektedir. Bunlar arasında duygusal yük, olumsuz motivasyonel etkiler, iş yeri ortamına ilişkin olumsuz değerlendirmeler yer almaktadır. Saygılı ve Çelik (2011) tarafından yardımcı sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, çalışanların çalıştıkları klinik ortamı ve iş yüklerini olumsuz değerlendirdikleri, görev tanımlarının net olmadığı için ekstra iş yüküne maruz kaldıkları ve iş yüküne göre yeterli çalışanın bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Hemşirelerle yapılan bir diğer çalışmada, olumsuz çalışma koşulları ve ekstra işlerden kaynaklı stres faktörlerinin hemşirelerde sıklıkla iş doyumsuzluğu, tükenmişlik durumuna yol açtığı gözlenmiştir. Bu durumun çalışanlarda işten ayrılma, hasta bakımından uzaklaşma, hemşirelik dışı işlerde çalışma eğilimi yarattığı görülmüştür (Vahey ve ark., 2004; Laschinger ve ark., 2001; Hart ve ark., 2014; Gillespie ve ark., 2007; Mollaoğlu ve ark., 2010). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da öğrenciler, uygulama yapılan klinikteki hasta özelliklerinin, sayısının ve hasta sirkülasyonunun uygulama çeşitliliğini etkilediğini,

kloniklerde iş yükü aynı olmasına rağmen hemşirelerin destekleyici tutumları arasında farklılıklar olduğunu ve klinik kültürünün öğrenmeleri üzerine etkileri olduğunu ifade etmişlerdir (Arkan ve ark., 2018).

Bu tez çalışmasında klinikteki disiplinli, hiyerarşik işleyiş ve ortamın, asistanlar, intörnler ve hemşirelerde daha çok olumsuz deneyimler ortaya çıkardığı görülmüştür. Hemşirelik ğrencileri ve eğiticileri tarafından ise klinik ortam ekip ruhu ile çalışılan bir ortam olarak değerlendirilmiştir. Bu farklı durum, hemşirelik öğrencileri ve eğiticilerin klinikte geçirdikleri srenin azlığı, hemşire dışında diğer çalışanlarla etkileşimlerinin sınırlı olması ve bakım süreçlerinde karar alma ve süreci yönetme sorumluluklarının olmaması gibi etkenler üzerinden yorumlamak mümkündür.

Diğer taraftan, kliniğin sağlık bakım süreçlerini aktif olarak yürüten katılımcıların hiyerarşik ortamı deneyimlenme ve ortaya çıkan sonuçlar açısından farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu ortam, asistanlar tarafından zamanla klinik işleyişin ve eğitimin bir gerekliliği olarak rasyonalize edilirken, hemşireler bu durumu daha çok mesleklerinin değersizleştirilmesi olarak yaşadıklarını belirtmişlerdir. Intrnlerde de, duygusal olarak olumsuz deneyimlenen bu durum onları uzmanlık seçiminde cerrahi bölümden uzaklaştırmıştır. Araştırmalar, aşırı disiplinin, ekip içi ve mesleklerarası hiyerarşinin, klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde yaşanan deneyimler üzerindeki yıkıcı duygusal sonuçlarına işaret etmektedir. Asistanların katılımıyla yapılan çalışmalarda tıbbi hiyerarşinin ataerkil karakterde olduğunun ve bunun duygusal ilişkiler yoluyla kıdemliler tarafından yeniden üretildiğinin altı çizilmiştir. Araştırmalara göre, hiyerarşik ortamda gözdağı, aşağılama, öfke, korku, hayal kırıklığı gibi duygusal deneyimler yaşanmakta ve bu durumun ortaya çıkardığı sonuçlar çok farklı olabilmektedir: hiyerarşiye saygı, uyum sağlama, çatışmadan kaçınma vs. kabullenme davranışları; eğitim kalitesinde düşme, ekip işleyişinde sorunlar, kariyer isteksizliği, hasta bakımı üzerinde olumsuz etkiler (Crowe ve ark., 2017; Bould ve ark., 2015). Tıp ğrencileriyle yapılan etnografik bir çalışmada öğrenciler, klinik öğrenme ortamının disiplinli ve hiyerarşik yapıda olduğunu, aşırı kuralları anlamakta zorlandıklarını, kendilerini g karşısında savunmasız hissettiklerini belirtmişlerdir (Vanstone ve Grierson, 2019). Ravindra ve Fitzgerald (2011)'in yaptıkları çalışmada ise öğrenciler, cerrahi eğitimde olumsuz rol model etkisiyle bölümden uzaklaştıklarını vurgulamışlardır. Benzer şekilde hemşirelerle yapılan çalışmalarda da hekim-hemşire etkileşiminde g odaklı ilişkilerin hemşireleri duygusal olarak olumsuz etkilediği ve mesleki olarak değersizlik hissi oluşturduğu gözlenmiştir (Schmalenberg ve Kramer, 2009; Rosenstein, 2002).

Bu tezde, “kurumsal, toplumsal, ulusal ortam ve sistem” odağında ikinci bağlam, “klinik ortam, iklim ve kültür” idi. Bu bağlam özelinde ortaya çıkan temalar asistanlarda, “bölüme ve bölüm başkanına ilişkin olumlu algı”, “aile ilişkisi, özverili iş ortamı” ve “insani açıdan zorlayıcı, kırıcı, yıkıcı ortam”; hemşirelerde asistanlardaki ilk iki temanın dışında “ekip içi ve mesleklerarası algı ve ilişkiler” ve “iş odaklı, teknik çalışma ortamı ve zayıf sosyal ilişkiler”; eğitimcilerde “aile ilişkisi, yerel motifler”; yine, hasta ve yakınlarında “aile ilişkisi ve yerel motifler”; intörnlerde “stresli ve yıkıcı ortam”; hemşirelik öğrencilerinde ve eğitimcilerinde ise klinik paydaşlarla etkileşimsel ortama yönelik temalardı. Bölüme ilişkin olumlu algı, özverili ortam ve ekip içindeki aile ilişkisi, tarafların anlatılarında olumlu deneyimler olarak dile getirilmişti. Ayrıca, sağlık bakım hizmeti odaklılık, yoğun iş yükü ve hiyerarşinin, klinik ortamı, asistan ve intörnler için insani açıdan zorlayıcı, stresli ve yıkıcı ortama dönüştürmüş olduğu gözlemlendi. Hemşirelerde ise klinik ortam, hemşirelik mesleğine ilişkin algıların olumsuzluğu, sosyal ilişkilerin zayıflığı ve iş odaklılık üzerinden tanımlanmıştı. Böyle bir ortamın önemli sonuçları arasında, özellikle asistanlar ve hemşireler için değersizlik, görülmeme, yeterince takdir edilmeme ve hemşirelik mesleğine yönelik değersizleştirme gibi duygusal sonuçlar bulunmaktaydı. Hemşirelik öğrencileri ve eğitimcileri klinik ortamı, etkileşim ve “ekip ruhu ortamı” şeklinde betimlemişlerdi. Hastalar ve yakınlarının ise ortamı, tamamen yerel motifler üzerinden bir aile ortamı ve ilişkileri şeklinde (abi, amca, teyze, abla vs.) deneyimledikleri görülmüştür.

Litetatürde, klinik eğitim ve sağlık bakım ortamı ve kültürüne ilişkin çalışmalar bu bulguları destekler niteliktedir. Çalışmalar, çalışma ortamı ve kurum kültürünün sağlık çalışanların iş tatmini ve çalışma motivasyonları üzerindeki etkilerine işaret etmektedir (Zahednezhad ve ark., 2021; Hutchinson ve ark., 2006; Simons, 2008). Hemşirelerin katılımıyla yapılan bir çalışmada, kurum kültüründe yönetim ve çatışma yönetimi sisteminin çalışma ortamında motivasyon gibi duygusal etkilere neden olduğu gösterilmiştir (Wang ve ark., 2018). Çalışma ortamı iklimi ve kültürü bağlamında, sağlık çalışanları arasındaki olumsuz iletişim, yoğun iş odaklılık ve iş üretme/performans baskısı, çalışma ve öğrenme ortamındaki başlıca olumsuz faktörler olarak tanımlanmıştır (Tanaka ve ark., 2019). Özellikle hekim-hemşire ilişkileri ve işbirliğine yönelik araştırmalarda, hekim-hemşire etkileşiminin hala sorunlu olduğu ve olumsuz etkileşimin klinik süreçlere ve sağlık bakım hizmetlerine olumsuz yansıdığı vurgulanmıştır (Weinberg ve ark., 2009; Collette ve ark., 2017; Casanova ve ark., 2007; Ma ve ark., 2015; House ve Havens, 2017; Crawford ve ark., 2012). Tıp öğrencileriyle yapılan çalışmalarda ise, cerrahi eğitiminde eğitimcilerin tutum, davranış ve kişisel özellikleriyle birlikte, klinik ortam, iklim ve kültüründe

baskın eğitimci-öğrenen dinamiğinin önemine işaret edilmiştir (Dickinson ve ark., 2020; Quillin ve ark., 2012; Nguyen ve Divino; 2007; Healy, 2012). Diğer taraftan, ekip çalışması ve işbirliğini olumlu yönde destekleyen yönetsel süreçler, öğretim üyelerinin kurumsal aidiyetlerine olumlu etki ederek onları kurumda tutma açısından önemli rol oynamaktadır (Grojean ve ark., 2004).

Bu tez çalışmasında gerek klinik işleyiş gerekse klinik ortam, iklim ve kültür bağlamında “aile” metaforu (aile olmak, abi-kardeş, baba) baskın bir anlatı olarak ortaya çıkmış; bu metaforunun asistan, hemşire, hasta ve yakınları, hemşirelik öğrencileri ve öğretim üyeleri anlatılarında farklı şekillerde ifade bulduğu görülmüştür. Örneğin asistanlar bunu daha çok kliniğe ve bölüme aidiyet oluşturma ve mesleki rol model üzerinden ele alırken, hemşireler ekip içi etkileşim ve çatışma yönetiminde sosyo-kültürel bir özellik olarak, “aile içinde uzlaşmacı davranma gerekliliği” şeklinde değerlendirmişlerdir. Öğretim üyeleri, bir taraftan asistanlarla ilişkide yerel motif olarak “abi-kardeş” ilişkisini olumlarken; diğer taraftan bu ilişkinin ekip olmada profesyonelliği zedeleyici ve yönetsel süreçleri olumsuz yönde etkileyen yönleri üzerinde de durmuşlardır. Hasta ve yakınları ile hemşirelik öğrencileri ise aile ilişkisini “samimi, sıcak ortam” üzerinden dile getirmişlerdir.

Tez çalışmasında, üçüncü bağlam özelinde (yerel, toplumsal, ulusal bağlam) ortaya çıkan temalar; bölgenin sağlık yükünü sırtlanma, ulusal sağlık sistemi, performans sistemi, kültürel ve bölgesel özellikler ve sağlık çalışanlarının toplumdaki değişen algısı olmuştur. Eğiticilerin ve asistanların sağlık sistemini, ekonomik odaklı olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Asistanlar sağlık bakım hizmeti baskın sistemde kendilerinin görünmediklerini, emeklerinin yeterince takdir edilmediğini dile getirmişlerdir. Eğiticiler ise ekonomi odaklı sağlık sisteminin eğitim ve araştırmanın önüne geçtiğini vurgulamışlardır. Benzer şekilde, yapılan araştırmalarda hekimler, ekonomi odaklı çalışma sisteminin, işleyişte ortaya çıkardığı çeşitli durumlara (etik ve uygulama sorunları gibi) ve ekip çalışmasına olumsuz etkilerine işaret etmektedir (Kyeremanteng ve ark., 2019). Ekonomi odaklı performans sisteminin, hekim-hasta ilişkisi, mesleğe yönelik olumsuz profesyonellik algısı ve toplumsal etkileşimlerde olumsuz sonuçlarının olduğu görülmüştür (McDonald ve Roland; 2009). Öğretim üyeleri, ekonomi odaklı çalışma sistemlerinin klinik eğitim ve araştırma açısından ekip çalışmasını olumsuz yönde etkilediği, ekipte hiyerarşik bir yapı oluşturduğunu; hasta bakım süreçlerinde nitelik kaybı, kurumdan ayrılma gibi sonuçlar doğurduğunu, dolayısıyla bu sistemlerin kurum iklimi ve kültürüne olumsuz yansımaları olduğunu belirtmişlerdir (Sood ve ark., 2020).

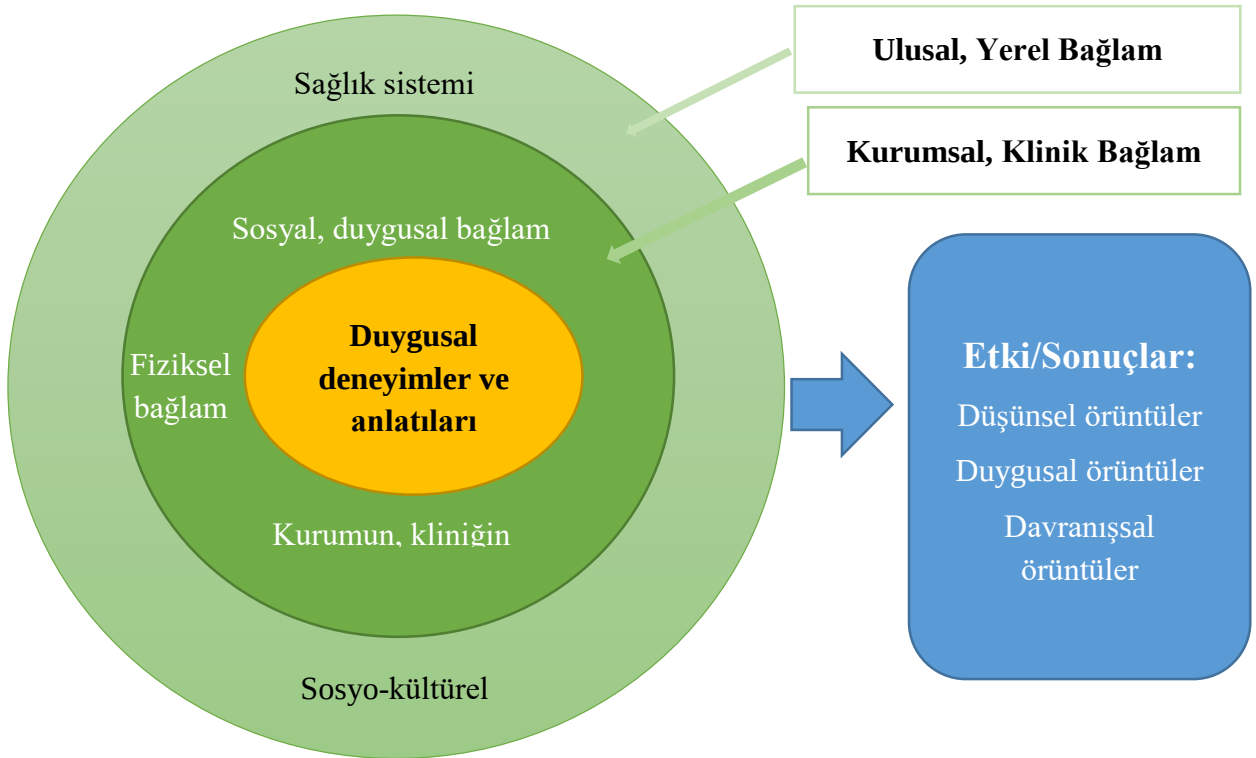
Bu çalışmada hemşire, hemşirelik öğrencileri, hasta ve yakınları ve öğretim üyesi anlatılarında kültürel ve bölgesel özellikler bağlamsal özellikler olarak ortaya çıkan bir diğer temadır. Örneğin hemşireler, yerel bir motif olarak geniş aile yapısının klinikte iş yüklerini artırdığını, hasta ve yakınlarıyla etkileşimlerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Diğer taraftan, hasta ve yakınları ile hemşirelik öğrencileri, kültürel, yerel özelliklerin iletişimde olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Yine hemşireler son zamanlarda sağlık çalışanlarının toplumdaki algısının olumsuz yönde değiştiği ve bunun özellikle hemşirelik mesleği için daha yoğun yaşandığını dile getirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, sağlık bakım hizmeti verilen kurumunun bulunduğu bölgenin özelliklerinin, kurumsal faktörlerin (teknolojik, ekonomik, organizasyonel vs.) ve çalışılan klinik ortama ilişkin özelliklerinin, hemşirelerin iş tatminini, iş yükünü, işte kalma veya ayrılma tercihlerini ve hasta bakım hizmeti verme kalitesini etkilediği gözlenmiştir (Baernholdt ve Mark, 2009; Stratton ve ark., 1998; Teasley ve ark., 2007; Stimpfel ve ark., 2014). Yine araştırmalar, hemşirelik mesleğinin toplumsal imajı olarak, hemşirelerin görev, rol ve sorumluluklarının, değer ve kıymetlerinin ve hemşirelik mesleğinin standartlarının toplum tarafından tam olarak anlaşılmadığı ve hala yardımcı bir meslek olarak algılandığını göstermektedir (Crawford ve ark., 2008; Girvin ve ark., 2016; Şimşek ve Alpar, 2019; Ulrich, 2021).

Son olarak bu çalışmada, klinik sistem ve ortam ile ulusal, toplumsal ortama ilişkin, yukarıda tartışılan bu tablonun, taraflarda farklı sonuçlara ve etkilere yol açtığı görülmüştür. Analizlerde ortaya çıkan temalar dikkate alındığında asistanların, yaşadıkları deneyimleri zamanla rasyonalize ettikleri, klinik süreçlerde hızlı çözümler ürettikleri ve zamanla mekanikleşerek, duygusuzlaşarak iş yapmaya başladıkları görülmüştür. Hemşirelerdeki baş etme yolu, çoğunlukla, kendi içinde palyatif çözümler bulma, mekanikleşerek, rutine bağlayarak, duygusuzlaşarak işini yapma, boyun eğme, kabullenme, idare etme ve/veya yumuşatma şeklindedir. Benzer örüntüler eğitimcilerde de görülmüştür: kendi başına çözüm bulma, ara çözümler bulma, kabullenme, bırakma. İçinde bulunulan sistemin ve sistemle bu şekillerde ilişkilenenin ortaya çıkardığı sonuçlara ilişkin baskın örüntüler ise şu şekilde belirlenmiştir: olumsuz fiziksel ve duygusal sonuçlar (değersizlik, takdir edilmeme), motivasyonel sonuçlar (ilginin azalması, işi bırakmayı düşünme), sosyal ilişkilerde zayıflama, hastalarla kurulan ilişkinin niteliğinde düşme ve bölümde gerçekleştirilen eğitim, araştırma etkinliklerinin sağlık hizmetinin baskısı altında kalması. Daha çok olumsuz yönde olan benzer duygusal ve davranışsal sonuçlar, hemşirelerle yapılan çalışmalar başta olmak üzere diğer çalışmalarda da ortaya çıkmıştır (McDonald ve ark., 2012; Jackson ve ark., 2002; Laschinger ve ark., 2001).

6.3. Sosyal, Duygusal, İlişkisel Ortam ve Duygusal Deneyimler

Analiz sonucunda ortaya çıkan diğer bağlam, dolayısıyla çoklu okuma ve analizin ikinci katmanı “sosyal, duygusal ve ilişkisel ortam” olmuştur. Bu bağlam içinde tarafların yaşadığı duygusal deneyimler ve anlatılarına ilişkin kavramsal çerçeve Şekil 4’de sunulmuştur. Bu şekilde görüldüğü gibi, analizler üzerinden (a) duygusal deneyimler ve anlatıları, (b) duygusal deneyimlerin içinde gerçekleştiği bağlam ve (c) bağlamsal duygusal deneyimlerin etkileri/sonuçları olmak üzere üçlü kavramsal çerçeve oluşturulmuştur.

Duygusal deneyimlerin içinde yaşandığı bağlam, “ulusal, yerel” ve “kurumsal, klinik” bağlam olmak üzere iki ana bağlam altında toplanmıştır. Ulusal, yerel bağlam altında sağlık sistemi ve sosyo-kültürel yaşam olmak üzere iki, kurumsal, klinik bağlam altında ise kurumun, kliniğin sistemi, sosyal, duygusal bağlam ve fiziksel bağlam olmak üzere üç alt bağlam oluşturulmuştur.



Şekil 4: Sosyal, duygusal, ilişkisel ortam ve duygusal deneyimlere ilişkin kavramsal çerçeve

Sosyal, duygusal, ilişkisel ortam ve duygusal deneyimlere ilişkin üç araştırma problemi ise şu şekilde belirlenmiştir:

AP-1: Klinikte sağlık bakım ve eğitim süreçlerinde katılımcıların yaşadıkları duygusal deneyimler ve ortaya çıkan duygular nelerdir?

AP-2: Bu duygusal deneyimleri katılımcılar nasıl bir bağlam içinde yaşamaktadırlar?

AP-3: Söz konusu bağlamsal duygusal deneyimlerin katılımcılar üzerinde ne gibi sonuçları, etkileri vardır?

6.3.1. Bulgular

İkinci araştırma problemi kapsamında, katılımcıların duygusal deneyimlerin içinde gerçekleştiği bağlam, “kurumsal, klinik bağlam” ve “ulusal, yerel bağlam” olarak ikiye ayrıldı. Kurumsal, klinik bağlam altında “kurumun, kliniğin sistemi”, “sosyal, duygusal bağlam” ve “fiziksel bağlam”; ulusal, yerel bağlam altında ise “sağlık sistemi” ve “sosyo-kültürel yaşam” olmak üzere alt bağlamlar ortaya çıktı. Bu bölümün devamında klinikte yaşanan deneyimler, duygusal anlatılara ilişkin bulgular, bağlamları ve etkileri üzerinden ele alınmıştır.

6.3.1.1. Kurumsal, klinik bağlam ve duygusal deneyimler

Birinci ve ikinci araştırma problemleri kapsamında, duygusal deneyimlerin içinde yaşandığı kurumsal, klinik bağlama ilişkin alt bağlamlar, temalar ve ortaya çıkan duygular Tablo 4’te özetlenmiştir. Katılımcıların süreçte yaşadıkları duygular yapıcı ve yıkıcı duygular olarak sınıflandırılmış; tabloda görüldüğü gibi bu süreçte çok yoğun duygular yaşandığı görülmüştür.

Tablo 4: Kurumsal, klinik bağlam

Alt bağlam	Tema ve yan temalar	Deneyimlenen duygular
Kurumun, kliniğin sistemi	1. Klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri ve işleyiş 1.1. Eğitim süreçleri ve eğitim yaklaşımı (İ, ÖÜ, HÖ, HÖÜ) 1.2. Klinik yoğunluk ve iş yükü (A, H, HÖ)	Yapıcı duygular: Vazgeçmeme, özgüven, motive olma, güven, sorumluluk, memnuniyet, fedakârlık, özgecilik, tatminkarlık, nezaket, empati, rahatlama, cesaret, beklenti, eğlenceli, heyecan, heves, mutluluk, hoşnutluk, merhamet, duyarlılık, vicdan Yıkıcı duygular: Sitem, tükenmişlik, çekinme, bıkkınlık, yorgunluk, şikâyet, bunalma, sinirlenme, zihin yorgunluğu, incinme, pişmanlık, yetersizlik, şaşkınlık, yalnızlık, hayal kırıklığı, zorunluluk, tiksime, kaygı, eziyet, çökkünlük, memnuniyetsizlik, öfke, stres, üzüntü, korku, tedirginlik, tuhaflık
	2. Klinik eğitim ve sağlık bakım ortamı/iklimi 2.1. Cerrahi hiyerarşi, cerrahi disiplin (A, İ)	Yapıcı duygular: saygı, acıma, şefkat Yıkıcı duygular: hoşlanmama, sitem, nefret, isyan, rahatsızlık, zorlanma, kırgınlık, üzülmeye, bezginlik, utanma, sinirlenme

Tablo 4: Kurumsal, klinik bağlam (devam)

Kurumun, kliniğin sistemi	3. Rol model 3.1. Klinik eğitimde rol modellik (A, İ, HÖ) 3.2. Kliniğin kurumsal konumu, kurumsal rol modellik (A)	Yapıcı duygular: saygı, sevgi, hayranlık, değerli hissetme, rahatlık, takdir, güven, övünç, memnuniyet, mutluluk, şanslı olma
Sosyal, duygusal bağlam	1. Etkileşimsel ortam 1.1. Ekipiçi etkileşim (İ, A, ÖÜ, H, HÖ) 1.2. Mesleklerarası etkileşim (İ, A, H) 1.3. Hasta ve yakını ile etkileşim (İ, A, H, HÖ) 1.4. Hasta ve yakınlarının sağlık çalışanları ile etkileşimi (HS, HY)	Yapıcı duygular: motive olma, enerjik hissetme, aidiyet, memnuniyet, mutluluk, tatmin, duyarlılık, empati, güven, sevgi, saygı, nezaket, samimiyet, anlayışlı, huzurlu, acıma, merhamet, şefkat, şükretme, yardımseverlik, gurur, cesaret, özverili, fedakârlık, sorumluluk, vicdan rahatlığı, hoşlanma, manevi tatmin, sevinç, zevk, özgüven, özel hissetme, heyecan Yıkıcı duygular: üzüntü, endişe, gerginlik, korku, stres, bunalım, yıpranmışlık, bıkkınlık, çökkünlük, utanma, sıkılma, incinme, çekinme, serzeniş, zoruna gitme, memnuniyetsizlik, empati kaybı, hislerini kaybetme, hevesizlik, hoşlanmama, demoralizasyon, değersizlik hissi, hayal kırıklığı, kırgınlık, ürkme, umursamazlık, çaresizlik aşağılanma, sinirlenme, öfke, nefret, kin, canı acıma, sarsılma, iğrenme, zorlanma, yorgunluk, kaygı
	2. Duygusal ortam/ iklim 2.1. Mesleğe ilişkin duygular ve duygusal ortam (ÖÜ, A, H)	Yapıcı duygular: empati, rahatlık, eğlenceli, heyecan, motive edici, mutluluk, saygı, sevgi, merhamet, soğukkanlılık, ciddiyet, memnuniyet, tatmin, sorumluluk, aidiyet, onore olma Yıkıcı duygular: üzüntü, serzeniş, sitem, sıkıntı, endişe, zorlanma, stres, hayal kırıklığı, hoşnutsuzluk, isteksizlik, zorunluluk, mutsuzluk, çaresizlik, depresyon, çökkünlük, anhedoni, iştahsızlık, acı, travma
Fiziksel bağlam	1. Klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde mekânsal ortam (İ, A, ÖÜ, HÖ, HS, HY)	Yapıcı duygular: çekicilik, memnuniyet, sevgi, değerli hissetme, tatmin, gurur Yıkıcı duygular: sıkıcı, gerginlik, stres, ürkme, çekinme, korku, mutsuzluk, değersiz hissetme, mazoşist.
	2. Klinik süreçlere ilişkin fiziksel koşullar (İ, H)	Yıkıcı duygular: sitem, üzülme, serzeniş, gerginlik, stres, motivasyon kaybı, değersizlik hissi, canı acıma, sinirlenme, öfke, travma

Kurumsal, klinik bağlama ilişkin ilk alt bağlam “kurumun, kliniğin sistemi” olarak belirlenmiştir. Bu alt bağlama ilişkin anlatılarda ortaya çıkan temalar “klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri ve işleyiş”, “klinik eğitim ve sağlık bakım ortamı/iklimi” ve “rol model” olmuştur.

Katılımcı gruplara göre bulgulara bakıldığında, eğitim süreçleri ve eğitim yaklaşımı” yan temasında intörnlerin kliniğin ilk başlarında öne çıkan duyguları “belirsizlik, yetersizlik, endişe, beklenti, heyecan, motivasyon” olarak belirlenmiştir.

“Kliniğe ilk geldiğim gün neler yaşadım aslında heyecanlıydım, ... öğreneceğim doktor olacağım, hevesliydim... genel tıbbi nosyonumuz artar, vizyonumuz artar, belki isteyeceğimiz bölüm şekillenir kafamızda.” (İ7)

“Yeri geldi ben uyuyamadım, geceleri düşünmekten; acaba bunu biliyor muyum, hastaya yeterli olabilecek miyim, ... çok oldu bende bu kaygılar.” (İ9)

İntörnlerin içinde bulunduğu “sosyal, duygusal bağlam”, klinik eğitimden beklentileri düzeyinde öğrenenlerde ilerleyen süreçte “hayal kırıklığı, stres, sinirlilik, öfke” gibi yıkıcı duyguların yanında “keyif alma, zevk, sorumluluk, sevinç, rahatlama” gibi yapıcı duygulara yol açtığı görülmüştür. Klinik eğitimin sonunda, eğitimine ilişkin beklentilerinin karşılanması ile öğrenenler “mutluluk, keyif”; karşılanmaması ile de “memnuniyetsizlik, bıkkınlık, tükenmişlik” gibi duygularla klinikten ayrılmışlardır.

“Hocalar ilgilenir, sorularımıza cevap verir, gösterir, hani pratik eğitimleri daha çok kendileri öğretir tarzı bir şey bekliyordum. ... hayal kırıklığına uğradım ne yazık ki.” (İ7)

“Dört haftalık süreç benim için eziyet oldu, ...psikolojim bozuldu diyebilirim, çok memnuniyetsizim bu durumdan.” (İ7)

“(Kliniğin) içinde aktif olarak bulunuyoruz, ... çok keyif veriyor insana, ... keyifli geçti, güzel bir tecrübeydi.” (İ2)

Hemşirelik öğrencilerinin eğitim süreçleri ile ilgili kliniğin ilk başlarında duyguları “korku, stres ve tedirginlik” olmuştur. Sonraki süreçlerde ise daha çok “heyecan, zevk alma ve memnuniyet” duygularını deneyimlemişlerdir. Ayrıca hemşirelik öğrencileri klinik eğitim süreçlerinde klinik hemşirelerle eğitim deneyimlerini “memnuniyet” duygusu ile ifade ederken kendi eğitimcileri ile ilgili “korku, tedirginlik ve stres” duygularını yaşadıklarını belirtmişlerdir.

“İlk hafta özellikle gerçekten çok korktum ve çok yoğun bir servisti, başlarken korktum ben açıkçası. Bu kadar şeyi biz nasıl yapacağız falan diye. Sonra yapınca insanın eli alıştı yani insan daha fazla yapmak istedi. ...elin alışınca da hiç böyle korkun falan da gidiyor yani, hiçbir şey olmuyor. Gayet güzeldi aslında, ondan sonra ilk korkuyla başladı, sonra öyle heyecana doğru gitti yani.” (HÖ8)

“Staja gelen öğrencilerin korkusu, aslında o eğitici oluyor” (HÖ12)

“...notlardan dolayı bi stres olabiliyor. Sonuçta önemli olan klinik desek de not da etkiliyor sonuçta. Ya düşük alırsam, kalırsam korkusu hep oluyor.” (HÖ13)

Klinik öğretim üyelerinin “eğitim süreçleri, eğitim yaklaşımı” yan temasında eğitim yaklaşımı ve eğiticilik rolü ile ilgili süreçleri “duyarlılık, vicdan, sorumluluk, üzüntü” gibi duygular üzerinden dile getirdikleri görülmüştür.

“(Öğrencilerin) empati duygularını, ... merhamet duygularını geliştirmek. Yani hastaya bi dokun, bi hisset, üzüntüsünü, acısına; bire bir iletişim kur. İstediğim şeyler bunlar öncelikli olarak. Tetkik, tahlil temelli değil de daha böyle o vicdani duygularını harekete geçirerek bir şeyler vermek istiyorum.” (ÖÜ2)

“Bir şey öğrenme hevesi olan, bir şey öğrendiğinde hayret eden, böyle gözleri fal taşı gibi açılan, aaa diyen bir öğrenciyi görünce çok heyecanlanıyorum. Ona bir şey öğretmek, bir şey katmak çok hoşuma gidiyor.” (ÖÜ4).

Hemşirelik öğretim üyelerinin bu bağlamda duygularını dile getirdikleri tek tema ise klinik eğitim yaklaşımı ve eğiticilik rolü ile ilgili hemşirelerin öğrencileri sahiplenip eğitim sorumluluğunu üzerlerine almasının “memnuniyet”i olmuştur.

“Yani hemşireler o konuda bize pek bir şey bırakmıyorlar. Yani gereken hassasiyeti gösteriyorlar. Öğrencilerin üzerinde duruyorlar. ...yardımlarda bulunuyorlar. Yani o konuda gerçekten üzerlerine düşeni yapıyorlar. Ben yani memnunum bu konudaki şeylerden.” (HÖÜ1)

“Klinik eğitim ve sağlık bakım süreçleri ve işleyiş” teması altındaki ikinci yan tema “klinik yoğunluk ve iş yükü” olmuştur. Bu yan tema özellikle asistan, hemşire ve hemşirelik öğrencileri anlatılarında ortaya çıkmıştır. “Klinik yoğunluk, iş yükü”nü asistanlar, “vazgeçmeme, sorumluluk, fedakârlık ve özgecilik”ten “sitem, tükenmişlik, bıkkınlık”a kadar yapıcı ve yıkıcı geniş bir duygu yelpazesi içinde deneyimlemişlerdir. Hemşirelerin bu bağlamdaki duygusal deneyimleri ise “yorgunluk, sitem, serzeniş, bunalma” gibi daha olumsuz duygularda yoğunlaşmıştır.

“Valla hayatımı bıraktım burda. Çok şey götürüyor insandan, ... dışarda bi hayat yok açıkçası. Ya bu (meslek) biraz onu gerektiriyor gibime geliyor. Belki biz abartıyoruz, yani bi fedai gibi olmak, ... hayatını götürüyor yani” (A2)

“Zor branştayım..., (ama bu zorluk) en azından beni tam dolduracak, (böyle bir) bölümün içindeyim diye kendimi avutarak devam ediyorum. Çok stresli bir bölüm, illa biri koşturuyor, çünkü ameliyathane ve ameliyat denen koca bir yük var.” (A3)

“Dış faktörler bizi yoruyor. ...zaten yeterince kendi işimizi yaparak yoruluyoruz. Bizi bunalıma sokan şeyler aslında dış faktörler oluyor.” (H2)

Hemşirelik öğrencileri de asistan ve hemşirelerle paralel şekilde klinik iş yüküne ait duyguları “*stres, yorgunluk ve korku*” gibi yıkıcı duygular şeklinde deneyimlemişlerdir.

“Yoğun bir servis diyebilirim, bayağı yoğun, yorucu, stresli de diyebiliriz, çünkü baya stres de yaptık biraz.” (HÖ13)

İkinci tema olarak “klinik eğitim ve sağlık bakım ortamı” belirlenmiş ve bununla ilişkili tek yan tema “cerrahi hiyerarşi, cerrahi disiplin” olmuştur. Hiyerarşik ve disiplinli ortam tıp öğrencilerinde “*hoşlanmama, sitem, nefret, isyan, rahatsızlık*” gibi duyguları ortaya çıkarmıştır. Öğrenciler bu ortamı, “askeri hiyerarşi” ve “piramit düzen” metaforlarıyla betimlemişlerdir. Benzer duygusal anlatıların asistanlarda çok daha yoğun olduğu, ancak aynı zamanda bu durumun zamanla onlar tarafından normalleştirildiği görülmüştür. Cerrahi hiyerarşi, cerrahi disiplin noktasında asistanların duyguları eğitimlerinin ilk yıllarında belirgin olarak “*zorlanma, sitem, kırgınlık, üzülmeye, sinirlenme, utanma*” iken bu duygular ilerleyen süreçte değişmekte; hiyerarşi ve disiplin kliniğin bir gerekliliği olarak görülmeye başlanmakta ve duygularda “*saygı, zorunluluk*” yönünde dönüşme eğilimi görülmektedir.

“(Bu bölüme) dair nefret götürüyorum, yani böyle askeri bi hiyerarşi, ...çok rahatsız etti bu beni, bu hiyerarşiden çok hoşlanmıyorum.” (İ7)

“Sürekli böyle bi disiplin içerisinde hiyerarşi içerisinde çalışıyoruz. Yeri geldi zorlandım, bırakmayı düşündüğüm anlar oldu, şefler niye bana bunu yapıyor, niye bu kadar sert davranıyor diye. Zaman geçtikçe, kıdemlendikçe, belli bir seviyeye geldikçe aslında ...cerrahi eğitiminin en önemli parçası olduğunu öğrendim bu disiplinin.” (A5)

“Kurumun, kliniğinin sistemi” bağlamında üçüncü tema “rol modellik” olmuştur. İntörnlerde “klinik eğitimde rol modellik” ile ilgili öne çıkan duygular “*saygı, sevgi, hayranlık*”; asistanlarda da “*takdir, sevgi, saygı, güven*” ve hemşirelik öğrencilerinde ise “*memnuniyet ve şanslı hissetme*” olmuştur. Ayrıca asistanların “kliniğin kurumsal konumu ve kurumsal rol modellik” yan temasına ait “*övünç, memnuniyet, mutluluk*” gibi yapıcı duygular taşıdıkları görülmüştür. Rol modelliğin “baba” metaforu üzerinden deneyimlendiği görülmüştür.

“Çok seviyorum (onun) hastalarla iletişimini. Hani belki çoğu doktor, yapıyordur ama o apayrı bir şekilde yapıyor. Onu zaten bence örnek almayan bir öğrenci yoktur burda.” (İ13)

“Ona (Hocaya) baba gözüyle bakıyorum. Babam bana kızsı babamdır, iki dakika sonra unuturum, huyunu biliyorum. Ama hocanın bana kızması, kaşlarını çatması yüreğimi parçalar.” (A5)

“Hastanede özellikle elini taşın altına en çok koyan (cerrahi) klinik, bunların hepsi hocamızın sayesinde onun tavırlarıyla şekillenmekte, biz de memnunuz aslında.” (A4)

“Burdaki, aslında hemşireler de gayet iyiydi. ...bize yardımcı oluyorlar, o konuda şanslıyız. ...işini çok rahatlıkla yapıyor, çok iyi yapıyor. Nasıl davranacağını, ne yapacağını iyi biliyor. Yani o şuan benim için bi rol model aslında.” (HÖ12)

Kurumsal/klinik bağlama ilişkin ikinci alt bağlam “sosyal, duygusal bağlam” dır. Bunun altında “etkileşimsel ortam” ve “duygusal ortam/iklim” olmak üzere iki tema ortaya çıkmıştır. Tıp öğrencilerinin, “etkileşimsel ortam”a ait duyguları “ekip içi etkileşim”, “meslekler arası etkileşim” ve “hasta ve yakını ile etkileşim” yan temalarında belirginleşmiştir. Hasta ve yakınlarının “etkileşimsel ortama” ait duyguları ise sadece “hasta ve yakınlarının sağlık çalışanları ile etkileşimi” temasıyla ilişkilidir. İntörnlerin ekip içi etkileşimde, kendi akranları ve asistanlarla deneyimleri ve bunlara ilişkin duyguları daha baskındır. Klinik süreçlerde kendilerini “yetersiz” olarak değerlendirdikleri, beceri uygulamaları esnasında ve başarısız oldukları işlemlerde akranlarının yanında “endişe, korku, utanma” duygularını yaşadıkları görülmüştür. Asistanlarla ilişkilerinde ise yoğun olarak “stres, sıkılma, memnuniyetsizlik, değersizlik hissi, öfke, sinir, hayal kırıklığı, üzüntü, anksiyete, gerginlik” gibi yoğun yıkıcı duygular deneyimlemişlerdir.

“Bilimle uğraşmak, ondan sonra böyle hatanın işte sıfır olduğu bir şey istiyorum, en basit girişimsel uygulamada, bir hatada arkadaşlarım yanımda olunca, hani böyle bir nevi utaniyorum” (İ1)

“Çok kötü, ... onlar da bizi hiç sevmiyor, onların tavırlarıyla, biz (de) onları... Kötü duygular yaşıyorum hep, negatifteyim. ...o kadar bi kötü davranma var ki intörnlere karşı, ... hastaneye geleceğim, biniyorum arabaya, o hastanenin yanında anksiyetem azıyor. ... ciddi söylüyorum. ... böyle bi geriliyorum hastanenin önüne girerken, giderken de çok mutluyum.” (İ7)

Hemşirelik öğrencileri ise ekipiçi etkileşimde hem kendi akranları hem de klinik hemşirelerle ilgili “memnuniyet, mutluluk ve yardımseverlik” duyguları ve klinik hemşirelerin kendi içlerindeki etkileşimi de “hoşlanma” duyguları şeklinde deneyimlemişlerdir.

“Burdaki hemşirelerden çok memnunduk, baya ilgilendiler, her yaptıkları her şeyi gösterdiler yani, baya katkıları oldu. Bu serviste bulunduğum için çok mutluydum.” (HÖ6)

“Hepsi böyle bir birlik, beraberlik içerisindeler. ...gözlemliyoruz hani, bi birlik, beraberlik içerisindeler, bi dayanışma içerisindeler, aradaki etkileşim çok güzel, çok da hoşuma gitti.” (HÖ4)

“(Akranlar)...bayağı iyiydi, yardımcı oldu, birçok konuda destek oldu, uygulamalara yardımcı oldular, bilgi verdiler, yani ben bu serviste bulunduğumdan çok mutlu oldum.” (HÖ6)

Klinikte meslekler arası etkileşimde intörnler özellikle malzeme alışverişi dolayısıyla hemşirelerle iletişim kurduklarını, bu iletişimde *“hoşlanmama, değersizlik hissi, sinirlenme, hevesizlik, çaresizlik”* gibi yıkıcı duygular deneyimlediklerini belirtmişlerdir.

“Onlarla da iletişimimiz çok kötü, pek ciddiye aldıklarını düşünmüyorum bizi. Bu üniversitenin bireyi değilmişiz gibi, kliniğin bireyi değilmişiz gibi, çok kötü hissediyorum.” (İ7)

“Memnun değilim. Bilmiyorum hani belki burda kalıcı olmanın verdiği bir şey onlardaki. Böyle yani insanda bir şey yapma hevesi bırakmıyor, bi ezikleme durumu oluyor. ... bu yüzden hiç kimsenin bir şey dile getirme gibi bir derdi olmuyor. Çünkü yani biliyoruz ki kimse bizi umursamıyor, ciddi umursamıyor. ...herkes işim yürüsün derdinde olduğu için, biz de çok dile getirmiyoruz, başka çaremiz yok.” (İ10)

İntörnler hastalarla etkileşimde de ilk temas ettiklerinde, genelde yetersizlik duygusu ve ne yapacağını bilememenin verdiği *“çekinme, utanma, endişe, korku, ürkme, iğrenme, şaşkınlık”* gibi duyguları deneyimlemişlerdir. Hasta bakım süreçlerine katılım sağladıkça ve etkileşime girdikçe daha çok *“acıma, merhamet, şefkat, üzüntü, empati”* gibi duygular geliştirmişlerdir. Yine, klinik deneyim ilerledikçe öğrenenler arası farklı duyguların belirginleştiği görülmüştür. Bazı öğrenciler *“cesaret, mutluluk, sevinç, sağlığına şükretme, hassasiyet, vicdan”* gibi hasta bakımına aktif katılımın verdiği yapıcı duygular, bazıları ise *“hissizlik, duyarsızlaşma”* gibi yıkıcı duygular deneyimlemişlerdir.

“Cesaretli olmayı öğrendim biraz, daha hani hastalara dokunmaktan biraz çekiniyordum, bir işlem yani bir şey yaparken korkuyordum, çok mu canını acıtacağım diye, ... (zamanla) bundan korkmamam gerekiyor, onu öğrendim.” (İ3)

“Hani hastalara kendi akrabamış gibi davranıyorsun ya, hasta yakının olsa mesela annen-baban buraya düşse, hani kötü hissederim, kötü hissediyor insan kendisini, ... üzülüyor. ... canım acıyor onları görünce, hani bir şey yapılmasını isterim hemen.” (İ5)

“Onun çaresi senmişsin gibi, vicdanı gösterip, öyle yönelmeyi öğrendim, hassaslaştırdı beni.” (Ö13)

“Ben eskiden çok etkilenirdim ama artık duygusuzlaştım sanırım, bir şey hissetmiyorum.” (İ6)

Hemşirelik öğrencilerinin en yoğun duygusal anlatılarının hasta etkileşimi ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu etkileşimde öğrenciler “*vicdan, sorumluluk, mutluluk, manevi tatmin, sevinç, zevk, güveni, özgüven, empati, acıma, heyecan ve özel hissetme*” gibi yapıcı duyguların yanında “*tedirginlik, ürkmek, üzüntü, yorgunluk, korku, endişe, kaygı*” gibi yıkıcı duygular da yaşamışlardır. Hasta yakınları ile etkileşimde ise “*korku, tedirginlik ve üzüntü*” gibi yıkıcı duyguların yanında “*merhamet, empati, güven ilişkisi*” gibi yapıcı duygular deneyimlemişlerdir.

“İlk geldiğim zaman hani üzülüyorum tabi ki, hani böyle hastaların o halini gördüğüm zaman. Ama, hani ayrı bir şeyi daha var, yani böyle manevi olarak bi duygusu var, mesela hani özellikle hastalarla ilgilendikten sonra onların memnun olduğunu görmek, hani işte bi iyi niyetlerini, temennilerini söylemeleri, ya da işte “Allah razı olsun” gibi bi cümle kurmaları, hani o anki mutlulukla aynı şey, çok daha farklı bir şey.” (HÖ1)

“Bi hasta yakını resmen kovdu bizi yani. ...biz dedik tamam sakın olun. ... çok büyük korku hissettim. ...yani bütün hasta yakınlarının o şeyle, yaklaşımla yaklaşacağını düşündüm öyle. O yüzden hastalara böyle bir şey uygularken, bir şey yaparken, hep bi endişe içindeydim ilk hafta. O tepkiyi alacağımdan dolayı, ama baktım diğer hasta yakınlarının yaklaşımları güzel oldu, ondan sonra o korkumu yendim. Böyle rahatlıkla şey yapabildim.” (HÖ6)

Ekip içi etkileşimde asistanlar, eğiticilere karşı “*samimiyet, güven, motivasyon*” gibi yapıcı duygular beslerken akranlarıyla etkileşimde, klinik yoğunluk ve bununla başetme kaynaklı “*stres, gerginlik, kırgınlık, üzüme*” gibi yıkıcı duygular deneyimlemektedirler. Ekip içi etkileşimde intörnlere ilgili ise “*kızgınlık, sitem*” duygularını, onlara yönelik eğitimler üzerinden dile getirmektedirler.

“Temel his hocaların güven duygusunu vermeleri, temel iz budur klinikte.” (A1)

“Kimse kimsenin çok fazla özelliğini bilmez, buna aslında çok fazla fırsat da yoktur. Bunun belli başlı klinik içinde sebepleri vardır, biri o yoğunluğun içinde (yaşanan) stress, aynı zamanda gerginlikler, kırılmalar.” (A3)

“İntörnlere biraz sert davranıyorum, tatlı-sert. ... çünkü bunları öğrenmesini istiyorum, onların eğitimlerine önem verdiğim için yeri geliyor kızıyorum, üzıldüklerini de biliyorum sonra gönüllerini almaya çalışıyorum.” (A5)

Öğretim üyeleri, asistanlarıyla etkileşimde “*memnuniyet, mutluluk*” gibi duyguları, diğer öğretim üyesi arkadaşları için ise temel duygu olarak “*güven*” duygusunu ifade etmişlerdir.

“Asistanlar...rahatlıkla beni arayıp bir hasta danışabiliyorlar. Bu beni mutlu ediyor aslında, bu onun beni kendisine yakın hissettiğini gösteriyor, bunlar güzel şeyler.” (ÖÜ3)

“Ekip arkadaşlarımızın büyük bir çoğunluğunun ekstra donanımları var, ekstra eğitimleri var, varabileceğim şey, en temel şey güven olurdu herhalde.” (ÖÜ4)

Klinik süreçlerde hemşirelerin hastalar ve hasta yakınlarıyla etkileşimlerinde zıt duygular deneyimledikleri görülmüştür. Hastalarla etkileşimde “*mutluluk, empati, vicdan, sorumluluk*” gibi duyguları deneyimlerken hasta yakınları ile etkileşimde “*sitem, şaşkınlık, aşağılanma*” gibi yıkıcı duygular hissetmişlerdir.

“Hastalara yardım ettiğim için, onların mesela sağlığına dokunabildiğim için mutluyum. Öyle olduğu için iyi hissediyorum, taburcu olmalarını görmek beni mutlu ediyor.” (H1)

“Hastalarımız çok korkarak geliyorlar ve bazen mesela elimizi tutmak istiyorlar. Aslında yanlarında bi destek istiyorlar. Çünkü yanlarında aileleri yok, kimseleri yok, küçücük bi işlem bile olsa çok korkuyorlar. Mesela bazen konuşuyoruz, bazen sakinleştirmeye çalışıyoruz.” (H4)

“...hasta yakınlarının çok kalabalık gelmesi, bir kişinin başında otuz iki kişi olmaz, bunlar insanı yorar.” (H2)

Ekip içi ve mesleklerarası etkileşimde, hemşireler kendi akranları ile “*sevgi, saygı, nezaket, samimiyet*”, asistanlarla “*sevgi, saygı*” gibi yapıcı duygular deneyimlerken öğretim üyeleriyle etkileşimde “*kırgınlık, değersizlik hissi*” gibi yıkıcı duygular betimlemişlerdir.

“Birbirimizi idare etmeyi seven insanlarız. Sıkıntılarımızda yardımcı oluyoruz genelde birbirimize. O yüzden tamamen bi iş ortamı gibi değil de, bi aile ortamı gibi çalışıyoruz. Birbirimize sürekli yardımlar ediyoruz, sıkıntılarımızı birlikte çözüyoruz” (H5)

“Asistanlarla bir sevgi, saygı var aramızda yani. ... hani ne olursa olsun sonuçta bir konum bir statü meselesi var, o çizgiyi aşmak istemem.” (H4)

“Bugün çok canım sıkıldı, (bir öğretim üyesi) bana dedi ki ‘bir TPN (Total Paranteral Beslenme) eşittir bir hemşire’. Yani ben buna çok kırıldım, yani bizi fiyat olarak mı görüyorlar, biz insan değil miyiz? Ama bu kasti söylenmiş can acıtıcı.” (H2)

“Duygusal ortam ve iklim”e ilişkin tek yan tema “mesleğe ilişkin duygular ve duygusal ortam” olmuştur. Bu yan tema öğretim üyesi, asistan ve hemşire anlatılarında ortaya çıkmıştır. Öğretim

üyelerinin kendi mesleğine ilişkin duyguları daha çok “sevgi, hoşnutluk, mutluluk” gibi yapıcı duygular üzerinden deneyimledikleri görülmüştür. Hasta ile karşılaşmaların ortaya çıkardığı duygular ise “zorlanma, üzüntü, endişe” olmuştur.

“Bu zorluklara, sıkıntılara rağmen (bu bölümü) seviyorum. ... cerrah tekrar olmak isterdim yani.” (ÖÜ3)

“Bir insanın suratına, yüzüne durumunun kötü olduğunu, beklenen ömrünün çok kısa olduğunu söylemek çok ağır bir duygu. Belki ağırlık ağzımızdan çıkan sözlerde değil, karşının gözlerinde kaybolan umutta. Yani bir anda o hayata bakış açısının değişmesi, hayatın bir anlamda onun gözlerinde anlamsızlaşmasını direk görebiliyorsunuz.” (ÖÜ4)

Asistanlar ise duygularını “sorumluluk, ciddiyet, eğlenceli, heyecan, motivasyon, mutluluk, stres” üzerinden betimlemişlerdir.

“Eğlenceli, biraz da mekanik olması. Dışardan bi perde arkasından bakmak gibi değil de, bire bir o patolojiyle temas etmek, ... insana heyecan verici (oluyor). ... genel olarak yapmayı sevdiğim bi meslek, bilhassa cerrahi. ... küçüklüğümünden beri hep hayal ediyordum.” (A2)

Bunun yanında asistanlarda, cerrahi bölümün özelliğine bağlı olarak, mesleğe ait duygusal ortamın “depresyon, mutsuzluk, anhedoni, üzüntü, çaresizlik, sıkıntı” gibi yoğun olumsuz duygusal yük yarattığı da görülmüştür.

“Hastayı kaybettik maalesef, yani bu günlerce, iki üç hafta hiçbir şekilde ameliyathaneye gitmeme isteği, böyle bi depresyon, yani mutsuzluk, anhedoni, hiçbir şeyden zevk alamama, yemekten kesilmeme sebep olmuştu. ... hiçbir şey de yapamadık (o hasta için), (bu işi) bi daha yapmak istemiyordum, toparlanmam bayağı uzun bi süre aldı.” (A2)

Benzer şekilde hemşireler de klinik süreçlerde çoğunlukla, “çökkünlük, acı, travma, zorunluluk, stres, endişe, empati, merhamet, zorlanma” gibi yoğun duygusal yük oluşturan duygular deneyimlemişlerdir.

“Hiç yaşamadığımız olayları gördük burda, halen de görüyoruz. Yani bunun içerisinde yeri geldi fiziki şiddete maruz kaldık, yeri geldi sözel şiddete maruz kaldık ...defalarca hani kaybettiğimiz hastalarımız oldu. ...psikolojik travmalar yaşadık. ...hastalara her müdahale ettiğimizde gözümüzün önüne geliyor, ya babamı hatırlıyorum ya abimi hatırlıyorum. ...yani unutulmaz şeyler yaşıyoruz.” (H3)

Hasta ve hasta yakınlarının “hasta ve yakınlarının sağlık çalışanları ile etkileşimi” temasına ait duygularının “memnuniyet, güven, samimiyet ve yakınlık” gibi yapıcı duygularda yoğunlaştığı görülmüştür.

“Yardımcıları mesela, onunla çalışanlar hepsi mükemmel, ben hocalarımın hepsinden memnunuz. ...Yani uzmanlar, pratisyenler hepsinden memnunuz.” (HS3)

“Doktora güvenmek çok önemli bi hasta için. ...doktorla senin içgüdülerine bakacaksın, hepsi aynı bilgiye sahiptir, hepsi ama o anki duygun çok önemli. O anki bire bir, hani bu ben bu doktora güveniyorum demek çok önemli. Burda da onu yaşadım onu hissettim.” (HS1)

Kurumsal, klinik bağlama ilişkin üçüncü alt bağlam “fiziksel bağlam” olarak belirlendi. Bu alt bağlama ilişkin katılımcı anlatılarının analizinde ortaya çıkan temalar “klinik eğitimin mekânsal ortamı” ve “klinik süreçlere ilişkin fiziksel koşullar” idi. İkinci tema intörn ve hemşire anlatılarında çıkmıştı.

Hemşireler klinik işleyişte, fiziksel koşullar kaynaklı “stres, gerginlik, sitem” gibi duygular ve özellikle asistan ve öğretim üyeleriyle ilgili olumsuz deneyimler yaşadıklarını vurgulamışlardır.

“Memnun edemediğimiz hocalarımız oluyor veya asistanlarımız, malzeme yok, vakada sıkıntıya giriyorlar, bunun stresini biz yaşıyoruz, bize yansıtıyorlar.” (H4)

İntörnerler, hemşirelik öğrencileri, hasta ve hasta yakınları cerrahi kliniğin farklı eğitim ve sağlık bakımı verine mekânlarında farklı duygular deneyimlemişlerdi. Tıp öğrencileri poliklinikte hasta ile doğrudan etkileşim kurdukları için “çekici, memnuniyet, sevgi, değerli hissetme,” gibi duygular eşliğinde kendilerini doktor gibi hissettiklerini vurgulamışlardır. Yoğun bakım ünitesinde de hem intörnerler ve hemşirelik öğrencileri hem de hastalar “korku, ürkme, çekinme” duygularını ortak deneyimlemişlerdir. Ameliyathane için intörnerler “gerginlik, sıkıcı, stres” gibi duygular ifade ederken kendilerini klinik işlerde işe yaramaz hissettikleri için ise serviste “mutsuzluk, değersiz hissetme” gibi duygular deneyimlediklerini belirtmişlerdir.

“Poliklinikte iyi hissettim, çünkü poliklinikte güncel hastalık (görüyoruz), hastayla birebir konuşabiliyorduk. Ameliyatta, ... iki saat bekleyip de mutlu olabil(mek), ... ben mutlu değildim yani, ... hiçbir şey öğrenmeden iki saat boyunca öyle durup bir makinanın görevini yap(mak). ... Serviste hiçbir şey yapılmıyor, ...bir intörn doktor (gibi) hissettirebilecek bir olayım yok burda, sadece bazılarının işlerini hafifletmek için (oradayız).” (İ12)

“Yoğun bakıma girdiğimde, hani çok kasvetli bir ortam, böyle hani girmek istemiyorum açıkçası. Hani o ortama, çok korkutuyor beni, sanki hani biraz ölümlerin arasında geziyormuşum

gibi oluyor, biraz ürkütüyor bu beni, insanların halini gördükçe biraz çekiniyorum açıkçası, onları görünce uyuduklarını falan, hani bazıları uyumak zorundalar zaten. Hani bir şey yaparken çekiniyorum açıkçası, yani buz gibi tenleri böyle.” (İ8)

“Buranın (servisin?) çok da bi faydası olmadı, ...değersizlik hissi, ... intörnlerin çok da önemsendiğini düşünmüyorum” (İ10)

“Yoğun bakımda ölümü, gerçekten sürekli yüzleşiyorsun ölümle ve ister istemez duygu yoğunluğu oluşuyor. ...hasta ex geçirdiyse, o an hepsinin gözünde aynı korkuyu görebiliyor insan gerçekten.” (HÖ15)

“Hastalar yani böyle geldiğinde insanı korkutuyordu gerçekten. Yani hasta hayatta mı veya değil mi o çok korkutuyor insanı.” (HÖ8)

Benzer şekilde hasta ve yakınları da yoğun bakımla ilgili “korku, ürkme ve üzülmeye” duygularını ağır duygusal deneyim olarak betimlemişlerdir.

“Ya korkuyor adam, her akşam valla adamın biri rahmete gidiyor, çıktım servise yahu dedim burası cennettir ya” (HS4)

“Yoğun bakım ünitesinde kaldım bir gece, ikinci gün ordan çıktım, çünkü orda o hastaların durumuna baktım, ben gayet iyi bir hastaymışım dedim kendi kendime. Psikolojim alt üst oldu, ... ordaki hastaların durumuna baktım, bunalıma girdim, ya dedim bunlar nasıl hastadırlar, bunların durumları benim psikolojimi bozdu. Zarıldanmaları, bağrıışmaları. ... Ben dedim burda kalsam kafayı yerim.” (HS3)

“...yan tarafta yoğun bakım var, muhakkak her gün geldiğimden beri yedi cenazeyle karşılaştım. Üç kişinin hikâyesini duydum, çok üzüldüm. İşte yatağımın yanında, cam kenarında yatıyorum, morg var, ağıt sesleriyle uyanıyorum. İşte cenazeler uğurlanıyor, ardından biraz üzüliyorum.” (HY5)

Hasta yakınları yoğun bakım ve ameliyathane önünde bekleme ile ilgili “üzüntü, stres ve endişe” duygularını sağlık çalışanlarının empati yapamadıklarını vurgulayarak anlatılmışlardır.

“Eğer ki, o personelin de annesi ameliyathanede ya da yoğun bakımda yatıyor olsaydı, o sağlıklı arkadaşlarımızın, gerçekten o an beni anarlardı. Herhangi bir bilgi ya da annemi kapıdan da olsa beş dakika gösterirlerdi bana. Ben buna eminim ve onlar bizi anlamadığı için ve empati kuramadıkları için yapmıyorlar bunu.” (HY2)

Asistanlar ve öğretim üyelerinin bu temayla ilgili duygusal deneyimleri diğer katılımcı deneyimlerinden farklı idi. Cerrahi mekânlarda ortaya çıkan duygusal tatmin hem asistanlarda hem de öğretim üyelerinde belirgindi. Asistanlar ameliyathaneyi “*tutku, övünç, gurur*”, öğretim üyeleri ise “*tatmin, gurur*” duyguları ile betimlemişlerdi.

“Ameliyathane bizim habitatımız, bizim için tutku, dâhili kliniklerden (bizi) ayıran farklı alanımız. Bize ödül orda, hocanın karşısında ameliyat yapmak” (A8)

“Ben bir saat poliklinik yapacağıma 24 saat ameliyat yapmayı tercih ederim. Bu da cerrahların bi mazoşist duygusu herhalde.” (ÖÜ5)

6.3.1.2. Ulusal, yerel bağlam ve duygusal deneyimler

Analiz sonucu ulusal, yerel bağlama ilişkin “sağlık sistemi” ve “sosyo-kültürel yaşam” olmak üzere iki alt bağlam ortaya çıkmıştır. Bu alt bağlamlar, temalar ve ortaya çıkan duygular Tablo 5’te özetlenmiştir.

Tablo 5: Ulusal, yerel bağlam

Alt bağlam	Tema ve yan temalar	Deneyimlenen duygular
Sağlık sistemi	1. Eğitim/iş ortamı 1.1. klinik yoğunluk, iş yönetimi (A) 1.2. asistan algısı (A)	Yapıcı duygular: fedakârlık, vicdan Yıkıcı duygular: sitem, zorunluluktan yapma, hakkın ödenmemesi, çaresizlik, öfke, bıkkınlık
Sosyo-kültürel yaşam	1. İş ortamı 1.1. sosyo-kültürel etkileşim (ÖÜ, H) 1.2. toplumsal mesleki algı (A, H)	Yapıcı duygular: sevgi, vicdan, duyarlılık Yıkıcı duygular: üzüntü, sitem, pişmanlık, kırılmalık, stres, şikayet, değersizlik hissi, aşağılanma, ayrımcılık

“Sağlık sistemi” alt bağlamı ile ilgili duygusal deneyimler sadece asistan anlatılarında görülmüştür. “Sosyo-kültürel yaşam” alt bağlamına ait deneyimler ise asistanlar, hemşireler ve öğretim üyeleri tarafından dile getirilmiştir.

Asistanların “sağlık sistemi” bağlamında ortaya çıkan duygusal deneyimlerine ilişkin “eğitim/iş ortamı” teması ve bu tema altında tanımlanan “klinik yoğunluk, iş yönetimi” ile “asistan algısı” yan temaları belirlenmiştir. Her iki yan temada da baskın duygular “*sitem, çaresizlik, zorunluluk, fedakârlık, vicdan, öfke, bıkkınlık*” olarak belirlenmiştir. Sağlık sistemi, “*balık baştan kokar*” deyiimi üzerinden bir asistan tarafından “*sistem baştan kokuyor*” şeklinde ifade edilmiştir.

“Asistan aslında üniversite hastanelerinde topun ağzındaki kişidir. En çok çalışan, yorulan, emeği hakkı ödenmeyen. Sistem baştan kokuyor, ... kesinlikle kendinden fedakârlıkla bu iş

yapılıyor, ... biraz mecburiyetten, biraz da vicdan olmasa yapılmayacak şeyler, hakkı da ödenmiyor.” (A3)

Asistanlar, sosyo-kültürel yaşam bağlamında ortaya çıkan “toplumsal mesleki algı” yan temasına ilişkin duygularını “üzüntü, sitem” gibi olumsuz duygularla ifade etmişlerdir. Öğretim üyeleri, bu alt bağlamda yerel kültürel zeminde deneyimlenen ve “sosyo-kültürel etkileşim” ile hekim-hasta iletişimi sürecinde ortaya çıkan duygularını “pişmanlık, sitem” gibi duygularla ifade etmişlerdir.

“Halkın, ... hastaların, hasta yakınlarının doktorlara bakış açısı insanın canını sıkıyor. Hasta yakınları ... tarafından gösterilen hassasiyet bazen abartılı olabiliyor. Hasta yakınının, hastanın bunu kavrayamayıp, yani sanki bi ihmal varmış gibi görmesi, onlarda işte insani (insanlık hali), mesleğin bi cilvesi.” (A1)

“Bu kültürde olunca işte, ...zaman zaman kendime yemin ediyorum, bi daha ben kimseye böyle yakın davranmayacağım, onlara ilgi göstermeyeceğim, onlarla sadece işte efendim, beyefendi buyurun, hanımefendi buyurun, çıkın, girin böyle konuşacağım. Çünkü ne zaman insanlara yakın davrandım, ne zaman insanlara böyle eğildim, onların işte seviyesine kendini yaklaştırdın, bunun istismarını gördüm.” (ÖÜ5)

Hemşirelerin bu alt bağlamda, “sosyo-kültürel etkileşim”e bağlı “kırılgan, hassas” gibi duygular ve “toplumsal mesleki algı”, hemşirelik algısı ile ilişkili “değersizlik, aşağılanma, ayrımcılık, sitem” gibi duygular taşıdıkları görülmüştür.

“Bu yörede baskılardan dolayı, mesela ailevi baskılar olur, toplumsal baskılar olur, bu baskılardan dolayı zaten çok duygusal yetişiyorsunuz, ... duygusalız burada.” (H2)

“Bizim hemşirelik mesleği ... son süreçlerde saygınlığını biraz yitirmiş olan bir meslek toplum arasında. (Hasta ve yakınları) bize geldiği zaman bizi tehdit ediyorlar, bağılıyorlar, çağırıyorlar, küfrediyorlar, her türlü hakarete maruz kalıyoruz burada. Doktorun yanına götürdüğümüzde el pençe duruyorlar, doktor bir şey söylediği zaman doktoru daha iyi dinliyorlar.” (H3)

6.3.1.3. Bağlamsal duygular ve sonuçları/etkileri

Üçüncü araştırma problemi kapsamında, katılımcıların anlatılarında paylaştıkları, kendi bağlamı içinde deneyimledikleri duygusal yaşantıların üzerlerinde bıraktığı sonuçlar/etkiler düşünsel, duygusal ve davranışsal örüntüler olmak üzere üç boyut altında çerçevelendirilmiştir. Bu boyutlar ortaya çıkan tema ve yan temalarıyla birlikte Tablo 6’de özetlenmiştir.

Tablo 6: Bağlamsal duygusal deneyimlerin etkileri/sonuçlarına ilişkin kavramsal çerçeve

Düşünsel örüntüler	Duygusal örüntüler	Davranışsal örüntüler
1. Anlam yönelimli aktif örüntüler 1.1. Değer yükleme 1.2. Anlam verme	1. Kaçınmaya yönelik örüntüler 1.1. Acıdan kaçma/kaçınma 1.2. Üstünü örtme, saklanma, bastırma	1. Çözüme yönelik aktif örüntüler 1.1. Başetme, üstesinden gelme
2. Mevcut durum üzerinden giden örüntüler 2.1. Rasyonalize etme, meşrulaştırma 2.2. Kabullenme 2.3. Erteleme	2. Duyuşsal, motivasyonel örüntüler 2.1. Hassasiyet, duyarlılık geliştirme versus duyarsızlaşma, duygusuzlaşma 2.2. Motive olma versus motivasyon kaybı 2.3. Empati kaybı	2. Pasif örüntüler 2.1. Alışma, uyum sağlama 2.2. Yokmuş gibi davranma 2.3. Geri çekilme, vazgeçme

Kurumun, kliniğin yukarıda sunulan bağlamında, tıp öğrencilerinin ilk başlarda bilgi ve becerilerindeki eksikliklerinin bir sonucu olarak “yetersizlik” duygusu üzerinden yaşadıkları deneyimlerin zamanla klinik ortamın belirsizliği ile birlikte “yoğun kaygılar”a dönüştüğü görülmüştür. Bu durum öğrencilerin bir kısmında kliniğin yoğun duygusal yükü karşısında “geri çekilme, erteleme, kabullenme” gibi mevcut durumu pekiştiren düşünsel ve davranışsal örüntülerle sonuçlanmıştır. Bazı öğrencilerin ise bu süreçte deneyimlediği belirsizlik ve yetersizlik duyguları, “üstesinden gelme, başa çıkma” gibi aktif davranışsal örüntülerle sonuçlanmıştır. İlerleyen süreçte yetersizlik duygusuyla baş etmenin verdiği “öğrenmenin ve kliniğe uyumun getirdiği rahatlık duygusu”, “anlam verme” ve “değer verme” gibi anlam yönelimli düşünsel örüntülerle birlikte ortaya çıkmıştır.

“İlk günüm çok ağır geçti, hele bi de ilk nöbet. ... tıp okumaktan yani, resmen bırakacaktım. ... o zaman ilk defa düşündüm, ben neden tıp okudum. Ama tabi zamanla bilgiler geliştikçe ben de artık biraz rahatladım.” (Ö1)

“Gerçekten, ... zorundasın, bunu biri yapacak. Ya ben yapacağım ya çömez asistan yapacak, biri yapacak. Bize vermişler bu görevi mecburuz.” (İ3)

“Geçen bir ameliyatta bir bağırsak perfore olup yüzüme sıçradı. ...ondan sonra rektal tuşe atamıyordum. ... hala rahat atamıyorum. ... akut travma sonrası stres bozukluğu yaşıyorum. ... burdan gidince o şeyi aşarım diye düşünüyorum.” (İ10)

Cerrahi kliniğine ait eğitim ve işleyiş süreçleri tıp öğrencileri tarafından hiyerarşik ve katı disiplinli olarak değerlendirilmiş ve bu da davranışsal etki olarak “geri çekilme, vazgeçme” ile sonuçlanmıştır. Tıp öğrencilerinin rol modellerle ilgili olumlu duygusal deneyimleri ise, onları “değer yükleme, anlam verme” gibi düşünsel örüntülerle profesyonel hekim kimliği oluşturma açısından desteklemiştir.

“Sevmedim..., o da iz bıraktı bende, çok ast-üst ilişkisi var, ... askeriye gibi burası. ... çok sevmedim, o yüzden cerrahi bir bölüm istemem, bu kadar piramit düzeninin olduğu bir yeri.” (İ4)

“(Hoca) candır ya, ilgili bi adam yani. ...çok seviyorum onun yaklaşımını, mesela bi hastaya dokununca direk şöyle şöyle diyor (hakim?), ... ben öyle olmayı çok isterim.” (İ6)

Hemşirelik öğrencileri ise intörnlerin aksine klinik eğitim ortamını ve özellikle iş yoğunluğunu sonraki süreçlerde eğitimleri açısından olumlu değerlendirmişlerdir. İlk zamanlardaki “*korku ve stres*” duyguları, “*başetme, üstesinden gelme*” ve “*alışma, uyum sağlama*” gibi baş etme yöntemlerinin sonucunda klinik deneyimlerden “*heyecan ve zevk*” alma deneyimine dönüşmüştür. Özellikle hemşirelerin taşıdıkları eğitim sorumlulukları ve aralarındaki olumlu etkileşimden dolayı mesleki rol model olarak motive olduklarını ifade etmişlerdir.

“Bize böyle bi üstünlük falan taslamadılar. Daha çok yardımcı olmaya çalıştılar. ...öğrencide böyle bi öğrenme isteği gördüklerinde onlar da ister istemez öğretmeye çalışıyorlar. Onun dışında güzeldi yani, abi-abla ilişkisi vardı. ...bi an önce ben de hemşire olup, ben de çalışayım, böyle aralarına katılayım, bi isteği uyandırıyordu yani. ... saygılı bi iletişim ve arkadaşça, dostça, yeri geldi hani abla-abi gibi davranıyorlardı birbirlerine.” (HÖ3)

Asistanlar, bir yandan klinik koşulların ve yoğunluğun süreç içerisinde tükenmişliğe neden olmasını dile getirmekte; diğer yanda kliniğin çok çeşitli hasta profiline sahip olması ve eğiticilerin yeterliliğini dikkate alarak yoğun tempo, hızlı sirkülasyon ve aşırı iş yüküne rağmen bu durumu mesleki gelişimlerine katkı olarak değerlendirmekte ve yaşadıkları durumu “*anlam verme*” veya “*kabullenme*” üzerinde ele almaktalar. Ayrıca asistanlar eğitimlerinin ilk yıllarında daha çok duygularını farklı “*davranışsal ve duygusal örüntüler*” şeklinde dışa vurma eğiliminde iken ileri yıllarda, “*değer yükleme*” gibi “*düşünsel örüntüler*” öne çıkmaktadır.

“Telefonum günde yüz seferden fazla çalıyordu, artık o telefonu kırmak istiyordum. Sürekli haftada bir, iki haftada bir telefonun zil sesini değiştiriyordum. ...gerçekten yoğun bir tempoda çalışıyoruz.” (A5)

“İnanılmaz derecede bir iş yükü altına girdiklerini bildikleri halde bir vazgeçmeyiş, yani benim işim değil mantığının olmaması, bunun verdiği bir özgüven vardı.” (A1)

Klinikteki cerrahi hiyerarşi, cerrahi disiplin temasıyla ilgili duyguların etkileri asistanlarda intörnlerden tamamen farklı olmuştur. Asistanların ilk yıllarda bu duruma, “*üstesinden gelme/başa çıkma*” veya “*kabullenme, üstünü örtme*” gibi farklı davranışsal ve duygusal

örüntülerle cevap verirken ilerleyen süreçte “anlam verme” veya “rasyonalize etme, meşrulaştırma” gibi farklı düşünsel örüntülerin ön plana çıktığı görülmüştür. Yine cerrahi branşa ait duyguları da “anlam verme”, “değer yükleme” veya “kabullenme” gibi farklı örüntülere sahiptir. Asistanların klinik rol model ve kurumsal rol modellere ilişkin duyguları ise intörnlerde olduğu gibi daha çok “değer yükleme”, “anlam verme” şeklinde yaşanmakta idi.

“En büyük problemim benim için, ... cerrahideki ... disiplin. Asla disiplinsizliği kabul etmeyen bi branş. ...hayal ettiğin şeylerin güzelliğini yaşıyorsun, bazen de ama işte bunun arka tarafında sorumluluğu var.” (A2)

“Zoruma giden aslında (Şefin) fırça atması değildi, hemşirelerin içerisinde diğer sağlık personellerinin içerisinde bana fırça atması çok zoruma gitti. ...sinirden ağladım. ...nöbeti bıraktım.” (A5)

“Cerrahi seçtiğime gerçekten çok seviniyorum. ...hepsine saygı duyuyorum ama x cerrahi bir adım daha öndeymiş (gibi) gözümde.” (A3)

“X cerrahi (bu) üniversitesinin göz bebeği. Göz bebeği olmasının sebebi de bir numara ... hocadır. Çünkü dışardaki imajı, ...bizi mutlu ediyor.” (A5)

Öğretim üyelerinin eğitim yaklaşımı ve eğiticilik rollerine ilişkin duygusal deneyimleri “değer yükleme” ve “anlam verme” örüntülerini beraberinde getirmektedir.

“Öğrencileri eğitiyoruz ve bu öğrenciler periferde bizi temsil ediyorlar. Onların muayene ettiği hastalar bize geliyor, tanı koymada geç kalınmış, bu tür şeyler olduğunda tabi sizi çok üzüyor. Bu eğitimcilik rolünüzün iyi yapılmadığını gösteriyor bence. O hastayı görünce ben üzülüyorum.” (ÖÜ3)

Hemşireler anlatılarında klinik iş yükü ile ilgili duygularının kendi üzerilerindeki etkilerini asistanlarla ortak olarak “kabullenme” gibi adha çok pasif davranışsal örüntüler üzerinden ifade etmişlerdir.

“Bi bakıyorsun yirmi tane hasta, kapının önünde kuyruk olmuş. Bu yirmisine yatak bulman lazım. ...şimdi motor gibi çalışman lazım, (hasta ve yakınlarını da) güzel bi dille ikna etmen lazım.” (H2)

Klinikteki sosyal, duygusal ortamda tıp öğrencileri, klinik süreçlerde akran desteği alma gereği duymalarına rağmen özellikle girişimsel beceri uygulamaları esnasında başarısız oldukları işlemlerde ortaya çıkan olumsuz duygularının etkisiyle “saklanma, üstünü örtme” gibi

“duygusal örüntüler”e başvurmaktadırlar. Eğitim ortamında asistanlarla yaşanan olumsuz duygusal etkileşim ise öğrencilerde “başedememe, erteleme, üstünü örtme, bastırma” gibi düşünsel ve duygusal örüntülerle sonuçlanmaktadır. Öğrencilerin hemşirelerle etkileşimlerine ise “geri çekilme, kaçınma”, “yargılama”, “anlam verme”, “kabullenme” gibi farklı örüntüler eşlik etmektedir.

“Böyle ilk uygulamamda gidip denerim, bakalım nasıl olacak dedim. ...(ama) elime yüzüme bulaştırdım. Arkadaşlarımda oradaydı, çok utandım. (keşke) ayrı olsaydık.” (İ1)

“(Asistanlar) çok stresliler, ...o stresi bir anda, böyle bize de yüklemeye çalışıyorlar. Ama biz kaldıramıyoruz, ben kaldıramıyorum şahsen.” (İ8)

“Tıp talebesiyim, hani gurur diyorlar ya, ... (buna rağmen) ben şimdi gidip de hemşireden öğrenmek istemiyorum. (Ancak) sanki bir şey bilmiyomuşuz gibi bize davrandıkları için, çekinerek söyleyemiyorum.” (İ1)

İntörnler, hastayla etkileşimin ilk aşamalarında yaşadıkları duygusal deneyimlerin etkileriyle “üstesinden gelme, başa çıkma” veya “saklanma, gizlenme” gibi duygusal ve davranışsal örüntülerle süreci yönetmeye çalışmaktadırlar. İlerleyen süreçlerde duygusal etkileşimlerin etkisi “hastanın acısına, ağrısına duyarlılık” ve “empati” gelişimiyle sonuçlanmaktadır. Klinik deneyim ilerledikçe öğrenenler arası farklı duygusal etkiler gözlenmektedir. Öğrencilerde hasta bakım süreçlerine ilişkin deneyimlerin, “duyarlılık geliştirme, hassasiyet” ve “empati kaybı, duyarsızlaşma, duygusuzlaşma” gibi duygusal örüntüler, “anlam verme, değer yükleme, ölümle yüzleşme” gibi anlam yönelimli düşünsel örüntüler ve/veya “kabullenme, meşrulaştırma, rasyonalize etme” gibi mevcudu koruyan düşünsel örüntüler ile sonuçlandığı gözlenmiştir.

“Evimizin arka bahçesinde morg vardı, ben yanından geçemezdim. Şimdi, yani hasta ölüyor, işte hastayı kesiyon, içini açıyon, elini sokuyon bağırsaklarına, hiçbir şey hissetmiyorum. ...artık diyorum hislerim öldü. ... Ben önceden öyle değildim ama. ... böyle yaptı, çünkü ben öyle olmasam (mesleğimi) yapamayacağım, mecbur kaldım” (İ12)

“Benim için hala bu kolay olmuyor açıkçası hala yönetebilmeyi tam olarak öğrenemedim yani hani birçok şeyi gizlemeyi, çünkü hala hastaların halini gördüğümde hani karşılına geçtiğimde böyle hani o yüzümdeki ifadeyi gizlemeye çalışıyorum yani onların acılarını onların mücadelesini gördükçe biraz zor oluyor” (İ8)

“Onun çaresi sensinmişsin gibi ve o mesela nasıl diyeyim o vicdanı gösterip öyle yönelmeyi öğrendim, hassaslaştırdı beni” (İ13)

Asistanların ekipli etkileşimde rol modelleriyle ilgili duygusal deneyimleri sonucu *“değer yükleme, anlam verme”* gibi örüntüler ortaya çıkarken; akranlarıyla etkileşimde *“kabullenme”* *“rasyonalize etme”* gibi örüntülerin belirlenmiştir. Ayrıca yaşanan etkileşimsel deneyimin *“aile metaforu”* üzerinden ifade edildiği görülmüştür.

“İç içe bir aile olarak yaşıyoruz. ... bir aile olarak işte, hocaların bazen kızması, bazen çok sevinçli, bazen seni takdir etmesi, bazen yermesi, bunların hepsi olağan. Hayatın olağan akışı içerisinde, bir ailede yani.” (A2)

Asistanların hemşirelerle etkileşimine eşlik eden örüntüler *“anlam verme, kabullenme”* dir. Hastalarla etkileşimleri sonucunda ise *“anlam verme”*, *“acı ile ilişkilene”* görülmektedir. Cerrahi ortamın duygusal yükünün asistanlarda *“kaçınma, üstesinden gelme, başa çıkma, erteleme”* gibi farklı örüntüler geliştirme ile sonuçlandığı gözlenmiştir.

“Şöyle yorgunluk vaktimizin olmaması, ... fırsatımız yok bunları düşünmeye, gerçekten o kadar yoğun bir tempoda çalışıyorsun. Uyku bize her şeyi unutturuyor, yeni bir sayfa açıyorsun ertesi güne, tekrar başlıyorsun.” (A5)

Öğretim üyelerinin, ekip içi etkileşimde *“anlam verme”*, branşla ilişkili deneyimlerde ise *“kabullenme”* veya *“başetme”* gerekliliği üzerinden örüntüler geliştirdikleri görülmüştür. *“Aile metaforu”*, *“abilik”* burada da karşımıza çıkmaktadır.

“Onlara bir hocadan ziyade abi gibi olmaya çalışıyorum, en ufak sorunlarında merak ettikleri bir şeyde gelmeleri beni çok mutlu ediyor, elimden geldiğince çözmeye çalışıyorum.” (ÖÜ3)

“Gerçekten de başa çıkmak çok zor ama sanırım mesleki deformasyon diyelim. Bazı şeylerin hayatın gerçeği olduğunu ve bazı şeyleri herkesin hayatının bir döneminde yaşaması gerektiğini görünce, o olumsuz duygularla baş etmeyi başarıyorsunuz.” (ÖÜ4)

Hemşirelerin hasta ve yakını ile etkileşimde ortaya çıkan duygular ve sonuçlarının farklılaştığı görülmüştür. Hasta ile duygusal deneyimlerinde *“değer yükleme, anlam verme”* eğilimi söz konusu iken hasta yakınlarıyla ilgili duygusal deneyimlerinde daha çok *“geri çekilme, vazgeçme”* gibi davranış örüntülerinin ortaya çıktığı görülmüştür.

“Hasta yakını pis bi konuşma yaptı. Onu duyduktan sonra değil burayı mesleği bırakıp istifa edip gitmeyi düşündüm, ... O an her şeyden nefret ettim gerçekten, ... cerrahi servisinden nefret ettim.” (H6)

Hemşirelerin akran ve asistanlara etkileşimlerine “*anlam verme, değer yükleme*” örüntüleri eşlik etmekteydi. Öğretim üyeleriyle ilgili etkileşimde ortaya çıkan duygusal deneyimlerin sonuçları ise daha çok “*kabullenme, geri çekilme*” gibi örüntülerdi. Yine hemşirelerin, mesleğe ait duygusal etkileşimleri “*kabullenme*”, “*üstesinden gelme, başetme*” gibi düşünsel ve davranışsal örüntülerle sonuçlanmaktaydı.

“Çok disiplinli bi doktor, disiplinli olduğu kadar da sert. Zaten işinde iyi olduğu için, o disiplini de ondan kaynaklı. Bazen kırıcı olduğu zamanlar da oluyo ama (bunu) onun profesyonelliğine veriyoruz, yaşına veriyoruz.” (H1)

“Kliniğimizde çocuk hastalar da yatıyor. Kan alınması gerekirken çoğu arkadaş birbirine bırakıyor, hani kıyamadıkları için, kolay bir şey değil. Duygularımızı çoğu zaman bastıramıyoruz ama. ...yapmaya da çalışıyoruz.” (H5)

Hasta ve hasta yakınları ise olumlu etkileşimsel ortam sonucu duygusal, motivasyonel örüntü olarak morallerinin yükseldiğini belirtmişlerdir.

“Bi de doktor, hani güler yüzlü oldu mu, ilgilendi mi, daha bi moral oluyor.” (HY6)

Ulusal, yerel bağlamda; asistanların sağlık sistemi üzerinden yaşadıkları duygusal deneyimleri “*erteleme, kabullenme*” gibi düşünsel örüntülerle sonuçlanabilmektedir. Asistanlar gibi öğretim üyeleri de “*sosyo-kültürel etkileşim*” ve “*toplumsal mesleki algı*” üzerinden yaşadıkları duygularına “*kabullenme*” gibi düşünsel örüntüler eşlik edebilmektedir. Hemşireler ise bu bağlamdaki duygularına “*yargılama, anlam verme*” gibi düşünsel örüntülerle cevap verebilmektedirler.

“Başa çıkılıyor, şöyle, siz başa çıkamayan bir insansanız bile sistem başa çıkarttırıyor sizi. Sistem o kadar hasta yüklüyor ki size, robot gibi davranmadan yapamıyorsunuz. Bir yerden sonra robotlaşıyorsunuz, bazen 30 tane çok kötü hastan oluyor, kimse yok işte, yardımcı olacak kimse yok.” (A3)

Anlatı 2:

Bu anlatı, çalışmaya katılan iki hemşirenin kendi anlatıları üzerinden duygu teması odağında yeniden hikayeleştirilerek yazılmıştır.

Yaklaşık on beş yıldır bu klinikte çalışıyorum. Hem yoğun bakımında hem serviste çalıştım. Burası, hemşireler arasında değişimin sık aralıklarla yaşandığı, hasta potansiyelinin ve iş yoğunluğunun fazla olduğu ama klinik çalışmaların daha iyi yürütülebildiği bir yer. Çok emek

sarf edilen, hasta ve hasta yakınlarının gelip de hiçbir şekilde çalışanlar tarafından mağdur edilmediği bir klinik. Bir aile ortamı diyeyim.

Hastanenin bel kemiği burası. Personel eksikliğinin çok çok fazla olmasına rağmen özveriyle, canla başla çalışılan bir klinik. Bu yüzden hem özel hayatımda hem meslek hayatımda bana baya katkıları oldu bu kliniğin. Hiç görmediğimiz hastaları gördük burada. Hiç yaşamadığımız olayları yaşadık. Halen de yaşıyoruz. Yeri geldi fiziki şiddete maruz kaldık, yeri geldi sözel şiddete.

Yoğunluk olacak tabi. Böyle bir serviste çalışıyorsanız, yoğunluğu şikâyet etmeyeceksiniz. Bunların hepsine rağmen memnunuz yani. Çalışmaya devam ediyoruz. İnsanı zihinsel olarak yorsa da fiziken yorsa da, bunların hepsi atlatılacak şeyler. Buranın farklı bir işleyişi var. Bir üniversite hastanesi burası. Görev dağılımı farklı, çalışanlar farklı, işleyiş farklı.

Tüm bunlara tamam. Ama aslında dış faktörler bizi çok yoruyor. Nedir bunlar, hasta yakınlarının çok kalabalık gelmesi. Bir kişinin başında otuz iki kişi de olmaz ki. Bir de doktorlarımızın bizden görev ve yetkilerimizin dışında şeyler beklemesi, bizim hemşirelik mesleği ile ilgili algıları. Bu algı ve görevimiz dışı işler, beklentiler bize yüklendiği zaman sıkıntı çıkıyor. Zaten kendi işimiz yeterince yorucu. Bizi bunalıma sokan şeyler aslında dış faktörler oluyor. Duygusal yükü çok ağır bunların. Bir de hasta ile yoğun duygusal karşılaşmalarımızın yarattığı yük var. Mesela çok uzun süre baktığımız hastalar vefat ettiği zaman bir travma yaratıyor. Çoğu zaman, hastanın ismi evde aklıma geldiği zaman, hani bizim ihmalimiz var mıydı diye, vicdanen rahatsız oluyorsun. Hastayı kendi ailenden biri gibi görüyorsun uzun süre baktığın için. Bunlar en çok iz bırakan şeyler oluyor, senin ailenden biri gitmiş gibi üzülyyorsun. Unutulmaz şeyler yaşıyoruz; ister istemez psikolojik travmalar. İnsanın kendi ailesinden olduğu zaman bu psikolojik travmada bir beşe katlanıyor. Tüm hastalara her müdahale ettiğimizde gözümüzün önüne geliyor yakınımız durumu.

Tabi yoğunluktan hastalarımızı, birbirimizi kırdığımız da oluyor. Özellikle hastaların yoğun bir sirkülasyonu var burada. O sirkülasyonu öncelikle, bir hani, hiçbir şey düşünmeden yok etmemiz, eritmeniz lazım. İlk başta o yoğunluğu hallediyoruz, ondan sonra insana dönüyoruz. Çünkü o dakika motor gibi çalışmak zorundayız. Motora dönüyorsun ve hiçbir şey düşünmüyorum. Motor gibi, hızlı, hızlı çalışmam lazım, hastaları aynı zamanda güzel bir dille ikna etmem lazım, bir şekilde onların gazını da almak lazım diyorsun. Artık bu hızlı sirkülasyondan dolayı ezberlediğin cümleler var. Aynı cümleleri tekrar ede ede ede, herkesin gönlünü ala ala, bir şekilde, halledip pohpohlayıp göndermeye başlıyoruz.

Bu hızda, sürekli çalışmak. Beynimiz yoruluyor, nöronlarımız ölüyor artık. Yani, beyin kalmadığı için birbirimizi kırabiliyoruz zaman zaman. Bu işleyişten, bu kırılmalardan dolayı başka servislere gitmek isteyenler oluyor. Yoğunluğa dayanamayıp kaçmak isteyenler. Ben geldiğimden beri bu serviste bayağı bir arkadaş değişti mesela.

Toplumsal bir özelliğimiz, bu bölgenin bir özelliği. Burada bir aile yapısı söz konusu. Abi-abla-kardeş şeklinde yürütüyoruz süreçleri, idare ediyoruz birbirimizi. Aile fertlerinin içerisinde birinin bir sıkıntısı olduğu zaman nasıl ki aile bütünleşip sıkıntısını giderebiliyorsa biz de buradan aynı şekilde elimizden geleni yapmaya çalışıyoruz. Hem diğer arkadaşlarımız olsun, asistan arkadaşlarımız olsun, hocalarımız olsun; yani, sürekli bir düzen halinde. Yani bunu bu şekilde, bir aile kavramıyla yönetebiliyoruz.

Ancak bu hikâyenin bir bölümü. Aynı zamanda, gün geliyor hocalarımız tarafından rencide de ediliyoruz. Mesela birisi bir defasında bana dedi ki, *“Bir TPN eşittir bir hemşire.”* Bir TPN ile, malzeme ile aynı kefeye konmak... Yani ben buna çok kırdım, *“Yani, bizi bizi fiyat olarak mı görüyorlar, biz insan değil miyiz?”* diye düşünmüştüm. *“Biz bu kadar emek veriyoruz, karşılığı bu mu, yani ben bir TPN’ye eşit miyim?”* Beni bir tane serumla aynı kefeye koyma, bir cansız şeyle, bir canlı varlığı eş değer görme yani. Bu nasıl bir cüret diyeceğim noktaya geldiğimi hatırlıyorum ama diyememiştım, yutkunmuştım. Kaç yıl emek veriyorsun buraya, karşılığı bu olmamalı; günah keçisi olarak, hani direkt gösterilmek, topun ağzına atılmak. Bu kadar işle uğraşıyorsun, karşılığında bir çöp tenekesi kadar bile değer yok yani.

Yine de bu klinikte olmak başlı başına farklı bir deneyim. Alışıyoruz ister istemez, içimizde bir yara olarak kalıyor, bir ukde olarak kalıyor ama yapacak bir şey yok, kabulleniyoruz. Bir de hasta yakınları var; bizi tehdit etmeleri. Yani, bizim zaten toplumumuzda şöyle bir şey var. Bizim hemşirelik mesleği başlı başına, son süreçlerde saygınlığını biraz yitirmiş olan bir meslek. Bize geldiği zaman bizi tehdit ediyorlar, bağırıyorlar, çağırıyorlar, küfrediyorlar. Ailemize kadar her türlü hakarete maruz kalıyoruz burada. Ancak doktorun yanına götürdüğümüzde el pençe duruyorlar. İşte hocam, saygılar hocam, böyle hocam böyle diyorlar. Doktor bir şey söylediği zaman doktoru daha iyi dinliyorlar. Ama biz sağlık personeline gelince yok. Hemşirelere bir şeyleri var. Yardımcı sağlık personeli olmak belki de bunları gerektiriyor. Hani meslek hayatımda bunları olacağını bilsem belki de bu mesleği seçmeyebilirdim. Ancak yine her şeye rağmen, yani güzel bir mesleğimizin olduğunu düşünüyorum. Memnunum...

6.3.2. Yorumlar

Çoklu okuma ve analizin ikinci odağı “sosyal, duygusal ve ilişkisel ortam” idi. Bu çerçevede, katılımcı anlatılarında dile getirilen duygusal deneyimlerin bağlamsal analizi sonucunda ulusal, yerel bağlam ve kurumsal, klinik bağlam olmak üzere iki ana bağlam ortaya çıkmıştır. Kurumsal, klinik bağlama ilişkin analiz özellikle, duygusal deneyimlerin tüm yoğunluğu ve çeşidiyle yaşandığı iki boyuta işaret etmektedir: (1) klinik işleyiş ve sistem, (2) sosyal, duygusal ve etkileşimsel ortam. İlk boyutta, duygusal deneyimleri ve etkilerini belirleyen faktörler arasında özellikle yoğunluk, hızlı sirkülasyon ve hiyerarşik, disiplinli ortamın öne çıktığı görülmüştür. Yapıcı ve yıkıcı duyguların en yoğun ve her çeşidiyle deneyimlendiği sosyal, duygusal, etkileşimsel boyuttaki ana motifin “aile metaforu” (baba, abi, kardeş) olduğu belirlenmiştir. İlişkilerde ulusal, yerel bağlamın da en önemli motifi olan aile metaforu, klinik hizmet sunumu ve eğitim süreçlerinde deneyimlenen ilişkilerde de gözlenmiştir. Örneğin rol model, eğitici, klinik şef ile ilgili etkileşimler, “baba şefkati”, “tatlı sert”, “sanki kardeşi gibi görme ve ihtimam, merhamet gösterme” gibi anlamlandırmalar üzerinden yaşanmıştır.

Genel olarak analiz sonuçlarına bakıldığında “eğitim süreçleri ve yaklaşımı” temasına ilişkin duygusal deneyimlerin öğrenen ve eğiticilerde gözlenirken asistanlarda öne çıkmaması asistanların bu süreci eğitimden çok sağlık hizmet süreci olarak yaşıyor olabileceklerini akla getirmektedir. Yine, klinik yoğunluk ve iş yüküne ilişkin duygusal deneyimlerin asistanlar ve hemşirelerde baskın iken eğiticilerin anlatılarında dile gelmemiş olması; asistan, hemşire ve eğiticilerin aynı deneyimi kendi bağlamlarında ne kadar farklı yaşayabildiklerini göstermektedir. Aynı zamanda bu durumu, tarafların kendi bağlamlarının diğerlerinin yaşadıklarına ve içinde bulunduğu duruma karşı onları körleştirebildikleri şeklinde de yorumlamak mümkündür. Nitekim, ulusal, yerel bağlamın alt bağlamı olan sağlık sistemi ile ilgili temaların sadece asistanların anlatılarında ortaya çıkmış olması bu yorumu desteklemektedir. Asistanların anlatılarında bu bağlama ait duygusal deneyimler “fedakârlıkla işleri yürütme”, “diğerleri tarafından görülmeme” gibi ifadelerle betimlenmektedir. İntörnlerin ise bu değersizlik hissini ve görünmez oluşları klinik eğitim süreçlerinde yaşadıkları gözlenmektedir.

Bu genel değerlendirmeden sonra tarafların anlatılarına daha yakından bakıldığında, öne çıkan bulguları ve bunlara yönelik değerlendirmeleri şu şekilde toparlamak mümkündür. İntörnler, hemşirelik öğrencileri ile hasta ve yakınlarına ait anlatılarda sadece “kurumsal, klinik bağlam” içinde yaşanan duygusal deneyimlere yer verilmiştir. Duygusal deneyimlerini ulusal, yerel

bağlam üzerinden dile getirmemişlerdir. Genel olarak intörnlerde deneyimlenen klinik süreçler, klinik ortamdaki belirsizlik, yüzeysel/yetersiz etkileşim ile bilgi ve girişimsel becerilerde yetersizliklerdir. Bu duygusal deneyimlerin öğrenenlerde olumlu veya olumsuz çeşitli sonuçlarının olduğu belirlenmiştir. Öğrenenlerin stajın ilk başlarındaki öğrenme hevesleri ve beklentileriyle ilişkili yapıcı duyguları süreç içerisinde klinik eğitim ve etkileşim ortamına bağlı olarak kimilerinde “memnuniyetsizlik” ve “hayal kırıklığı” gibi yıkıcı, diğerlerinde ise “keyif alma” gibi yapıcı duygulara doğru değişiklik göstermiştir. Ortaya çıkan bu duygular, ilk zamanlarda başa çıkmaya yönelik düşünsel, duygusal ve davranışsal örüntüler ile sonuçlanırken; sonraki süreçlerde bu örüntülerin “geri çekilme”, “erteleme” ve “kabullenme” gibi mevcut durumu kabullenme ve daha pasif cevaplar üretmeye doğru kaydığı görülmüştür.

Literatürde, bu yönde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Artino ve arkadaşları (2012), öğrencilerin hedeflerine, deneyimin doğasına ve klinik eğitim ortamına/iklimine bağlı olarak, öğrenenlerin deneyimin başlangıcında “zevk”, ilgisini çekmeyen aktivitelerde “sıkılma” ve aktiviteler rutinleştiği zamanlarda ise “hayal kırıklığı” gibi duygular yaşadıklarını ve bu duyguların “devam etme” ve “erteleme” gibi motivasyon stratejilerini etkilediğini bulgulamışlardır. Doulougeri ve arkadaşları (2016) ise öğrencilerin zorlu bir durum karşısında olayın duygusal etkisiyle başa çıkmak için “eylemsizlik” veya “duygulardan kaçmanın bir yolu olarak bir işe odaklanma” gibi stratejiler kullandığını bildirmişlerdir. Bu tezde öğrenciler, cerrahi kliniğin teknik, disiplin odaklı ve hiyerarşik olarak tanımladıkları doğasını daha çok yıkıcı duygularla deneyimlemişlerdir. Bunun öğrenciler üzerindeki etkisi cerrahi branş seçmeme yönünde olmuştur. Araştırmalar, eğiticilerin geleneksel eğitim deneyimleri üzerinden klasik öğretim yöntemleri uygulamaları ve hiyerarşik davranış kalıpları sergilemeleri karşısında tıp öğrencilerinin aşırı hassas ve kırılgan olduklarını göstermiştir (Bursch ve ark., 2013). Bu tezde analiz sonuçlarının işaret ettiği bir diğer nokta, öğrenenlerin klinikte yaşadıkları rol modellerle ilgili olumlu duygusal deneyimlerinin profesyonel mesleki hekimlik kimliklerini oluşturma açısından önemli olmasıdır. Benzer şekilde, yaşanan duygusal deneyimlerin ve rol modelliğin tüm eğitim düzeylerinde öğrenenlerin kariyer seçimlerinde ve klinik eğitim süreçlerinde etkili olduğu literatürde birçok araştırmada gösterilmiştir (Kremer ve ark., 2019; Polson, 2020; Ravinda ve Fitzgerald, 2011; Passi ve ark., 2013).

Bu tezde intörn anlatılarında öne çıkan diğer iki duygu “yetersizlik” ve “utanma” olmuştur. Hastalarla ilk temasları, “yetersizlik” duygusuyla birlikte hem hastalardan hem de akranlarından “utanma ve endişe” duygularını ortaya çıkarmaktadır. Bu tür yetersizlik ve başarısızlık deneyimleri “üstünü örtme” ve “saklanma” gibi tepkilerle sonuçlanabilmektedir.

Tıp eğitim süreçlerinde öğrenenlerin utanma duygusunu çeşitli bağlamlarda yoğun bir şekilde yaşadıklarıyla ilgili çalışmalar mevcuttur. Tıp öğrencilerinde utanç deneyimleri profesyonel kimlik oluşumu da dâhil duygusal, davranışsal ve bilişsel süreçlerde eylemlerini pasifize etme yoluyla etkilemekte ve öğrencilerde geri çekilmeye yol açabilmektedir (Bynum ve ark., 2021; Bynum ve ark., 2019).

Klinikte intörnlerin asistan ve hemşirelerle etkileşimlerinde ise daha çok “değersizlik hissi”, “memnuniyetsizlik” gibi duygular eşlik etmiştir. Hastalarla etkileşimlerinde “acıma” ve “korkma” duygularının daha yoğun ortaya çıktığı görülmüştür. Örneğin, öğrenenlerden asistanların iş yükünü azaltan, tiksindirici buldukları girişimsel becerileri (osteomi torbası değişimi gibi) yapmalarını beklemek onlarda “değersizlik” hissi uyandırmaktadır. Asistanlarla yaşadıkları “stres” ve “gerginlik”ler, zamanla intörnleri bıkkınlığa ve tükenmişliğe doğru götürebilmektedir. Tıp öğrencileri ve asistanların yaşadığı tükenmişlik üzerine çalışmalar yüksek bir tükenmişlik prevalansı olduğunu göstermektedir (Dyrbye ve Shanafelt, 2016). Genel olarak, öğrenenlerin asistan ve hemşirelerle etkileşiminde ortaya çıkan yıkıcı duygular, yoğun iş yükü altındaki asistan ve hemşirelerin öğrenenleri fazladan yük, fazlalık, istenmeyen ve görülmeyen taraf olarak görmeleriyle ilişkili olduğu söylenebilir.

İntörnlerin hastayla etkileşimlerinde, deneyimin ilk başlarında, ağrı ve acı ile ilişkilenecekleriyle birlikte, şefkat, üzüntü, acıma, merhamet, empati duygularının ortaya çıktığı görülmüştür. Süreç içerisinde bu duyguların bazı öğrencilerde “duyarlılık” ve “empati”, diğerlerinde ise “duyarsızlaşma” ve “empati kaybı”na doğru değiştiği gözlenmiştir. Bu duygusal deneyimler, öğrenenlerde duygularından kaçınma, bastırma ve üstünü örtme gibi duygusal örüntülerin gelişimiyle sonuçlanmıştır. Literatürlerde bu bulguları destekleyen çalışmalar vardır. Araştırmalarda, öğrencilerin hastalarla etkileşimlerinde onları rahatlatmak istedikleri, sorumluluk hissettikleri ve hastalarla ilgili özensiz davranışlar karşısında üzüntü duydukları bulunmuştur (Doulougeri ve ark., 2016; Clay ve ark., 2015). Ayrıca tıp öğrencilerinin klinik eğitim süreçleri ilerledikçe daha kinik (cynical) hale geldikleri ve empati düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (Hojat ve ark., 2004).

Tezde, hemşirelik öğrencileri, “kurumsal, klinik bağlam” ile ilgili duygusal anlatılarında “eğitim süreçleri ve eğitim yaklaşımı” ve “klinik yoğunluk ve iş yükü” temalarında uygulamalarının ilk başlarında hem eğitimcileri hem de klinik yoğunlukla ilgili “korku, stres ve tedirginlik” yaşamalarına rağmen sonraki süreçlerde özellikle hemşirelerle olumlu etkileşimleri ve kliniğe uyum süreçleriyle birlikte duygularının yapıcı yönde değiştiği gözlenmiştir. Klinik

eğitimin sonunda “memnuniyet, gelişimsel yeterlilik ve kendini şanslı hissetme” gibi yapıcı duygularla klinikten ayrılmaları en belirgin ve intörn deneyimlerinden farklılaşan bulgulardır. Bu durumu, intörnlerin klinikte hemşirelik öğrencilerinden daha fazla zaman geçirmeleri, etkileşim ortamında hem meslekiçi hem de mesleklerarası iletişime daha yoğun girmeleri, hasta bakım ve eğitim süreçlerini daha yoğun geçirmeleri ve daha fazla sorumluluk yüklenmeleri üzerinden değerlendirmek mümkündür. Ayrıca, hemşirelik öğrencilerinin klinikte eğitimcilerinden çok hemşirelerle etkileşimde olmaları, hasta bakım süreçlerini ve girişimsel beceri uygulamalarını hemşirelerle yürütmeleri ve eğitimcileriyle klinikte çok vakit geçirememeleri bu farkı açıklayan diğer etkenler olabilir. Literatürde cerrahi kliniklerinde eğitim alan hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin hasta uygulamaları sırasında anksiyetelerinin olduğu, hastalara başarılı girişimsel uygulama yapabilmekten haz aldıklarını ve kendilerini yeterli hissettikleri bulunmuştur. Yine eğitimcileri ile ilgili çekinceler yaşadıkları, öğrencilerin bakım sürecinin ilerleyen zamanlarında mesleğe sevgilerinin arttığı, mesleki aidiyet geliştirdiklerini ve klinikteki ekip ile olumlu etkileşimin motivasyonlarını arttırdığı belirlenmiştir (Ordin ve ark., 2018).

Katılımcılar arasında duygusal deneyimlerle ilişkili en fazla tema asistan anlatılarında ortaya çıkmıştır. Asistanların, özellikle iş yükü, yoğunluk, cerrahi disiplin ve hiyerarşi üzerinden yaşadıkları duygusal deneyimlerinin süreç içerisinde değişiklik gösterdiği görülmüştür. İlk yıllarda durumu tolere edememenin getirdiği yıkıcı duyguları, çeşitli yıkıcı duygusal ve davranışsal tepkileri (ağlama, öfke nöbetleri, bölümü bırakma düşüncesi gibi) beraberinde getirmiştir. Sonraki yıllarda durumu rasyonalize ettikleri ve bunu eğitimlerinin bir parçası olarak görme ve kabullenme eğilimi sergiledikleri görülmüştür. Cerrahi disiplin ve hiyerarşiyi, zamanla eğitimlerinin gerekliliği olarak olumlamaya başlamışlardır. Asistanların bölüme ve mesleklerine aidiyet ve zorluklara katlanmada ana etkenin rol modelle olumlu ilişkilene ve yaşananlara yüksek düzeyde değer yüklemeleri olduğu gözlenmiştir. Cerrahi branşlarda özellikle rol model etkisinin, asistanların kariyerlerinin devam etmesinde ve klinik işleyişte etkili olduğu önceki çalışmalarda da belirtilmiştir (Ravinda ve Fitzgerald, 2011; Passi, 2013). Yine, araştırmalara göre, asistanlarda klinik süreçlerde deneyimlenen en temel duygu “sorumluluk”tur. Ancak sorumluluk odaklı yoğun iş ortamı ve bunun beraberinde getirdiği duygusal ortam, bu çalışmada da ortaya çıktığı gibi, zaman zaman asistanları tükenmişliğe götürebilmektedir. Hem iş hem de bireysel yaşamları üzerinde depresyon gibi yıkıcı sonuçlar oluşturabilmektedir. Tükenmişlikle ilgili literatürlerde, bireysel özelliklerden ziyade eğitim ve iş ortamındaki faktörlerin ve tıbbi hataların tükenmişliğin başlıca nedenleri olduğu

bildirilmiştir. Tükenmişlik, hasta bakım süreçlerinde olumsuz sonuçlara yol açabildiği gibi asistanların ve öğrencilerin mesleki gelişimini ve duygusal durumlarını da negatif yönde etkileyebilmektedir. Araştırmalarda cerrahların tükenmişlik derecesi ile zihinsel yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Dyrbye ve Shanafelt, 2016; Shanafelt ve ark., 2010). Bu tür yıkıcı deneyimlerin en baştaki etkenlerinden birisi de ülkedeki sağlık sistemidir. Bu tez çalışmasında asistanlarla ilgili öne çıkan bulgulardan ikisi sağlık sistemi ve toplumun asistan hekim algısı olmuştur. Asistanlar, sağlık sistemi karşısında yaşadıkları duyguları çaresizlik, bıkkınlık, öfke; toplumsal algı üzerinden hasta ve yakınları ile ilişkilerde ise “üzüntü” ve “sitem” şeklinde ifade etmişlerdir. Bu duygusal deneyimler onlarda daha çok “erteleme” ve “zorunlu olarak kabullenme” gibi örüntülerle sonuçlanmıştır. Örneğin sağlık sistemi, “balık baştan kokar” deyimini üzerinden bir asistan tarafından “*sistem baştan kokuyor*” şeklinde dile getirilmiştir.

Asistanlardan sonra duygusal deneyimlerin yoğun olarak yaşandığı diğer grup hemşireler olmuştur. Ancak hemşirelerin anlatılarında öne çıkan bağlamın sosyal, duygusal bağlam olduğu görülmüştür. Hemşireler hastalarla iletişimde genel olarak yapıcı duygulara sahipken, hekimler ve hasta yakınlarıyla etkileşimlerinde yıkıcı duygusal deneyimlerin daha sık olduğu belirlenmiştir. Asistanlarda olduğu gibi klinik yoğunluğun ve iş yükünün kendilerini çok yıprattıklarını ifade etmişler ve bu durumun hastalarıyla bakım ilişkisini olumsuz yönde etkilediğini vurgulamışlardır. Hasta bakım süreçlerinde özellikle yardım edebilmenin getirdiği tatmin duygusunu yaşadıklarını; hastalarının ağrı/acılarıyla ilişkilenmelerinin kendilerini daha hassas hale getirdiğini belirtmişlerdir. Ancak, hasta yakını kaynaklı olumsuz iletişim ile hemşirelik mesleğine ilişkin algılar (toplumsal algı, hekimlerin algısı) nedeniyle yıkıcı duygular yaşadıklarını ve bunun kendilerini mesleki tükenmişliğe ve hatta mesleği bırakma düşüncesi gibi duygusal ve davranışsal örüntülere götürebildiği vurgulamışlardır. Toplumun ve hekimlerin hemşirelik mesleğine ilişkin bu algıları hemşirelerin anlatılarında değersizlik ve aşağılanma gibi duygular ile dile getirilmiştir. Bu noktada, kliniğin kendi aleyhlerine işleyen hiyerarşik yapısı önemli bir etken olarak ortaya çıkmıştır. Araştırmalar, hekim ve hemşire arasında olumsuz iletişimin endişe verici sıklıkta meydana geldiğine ve bunun hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilediğine dair çok sayıda bulgular sunmaktadır (Hamed ve ark., 2019). Özellikle cerrahi ve yoğun bakım kliniklerinde iş yoğunluğundan ve ekip içi çatışmalardan kaynaklanan yoğun olumsuz duyguların klinik işleyiş üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görülmüştür (Anderson, 1996; Stone ve ark., 2006; İacono, 2003; Lafçı ve ark., 2016).

Asistan ve hemşirelerin aksine eğitimcilerle ilgili anlatıların analizinde ortaya çıkan bulgular, eğitim ortamı, sosyal duygusal etkileşim ve mesleklerine ilişkin deneyimler başta olmak üzere daha çok “memnuniyet” ve “mutluluk” gibi yapıcı duygular ve duygusal deneyimler şeklindedir. Benzer şekilde, yaptığı çalışmada Polson (2020), cerrahi klinik eğitimcilerinin klinik eğitim ortamındaki duygularının daha çok memnuniyet, mutluluk ve ilham kaynağı olma gibi olumlu duygu şeklinde olduğunu göstermiştir.

Bu tezde, hasta ve hasta yakınları ise ağırlıklı olarak sağlık çalışanlarıyla etkileşimleri üzerinden yaşadıkları duygusal deneyimleri paylaşmışlardır. Bu etkileşimde “güven” öne çıkan duygu olmuştur ve bunu daha çok hekimin kişisel iletişim becerileri üzerinden dile getirmişlerdir. Hemşirelerle etkileşimlerinde ise, “samimiyet” gibi duygular üzerinden cana yakınlık ve özenli ilginin kendilerine iyi geldiğini ve bunun ruhsal durumlarını olumlu yönde etkilediğini söylemişlerdir. Bu bulgular, hastaların sağlık bakım süreçlerini daha çok insani etkileşimler üzerinden yaşadıklarını ve değerlendirdiklerini göstermektedir. Literatürlerde, hasta ve yakınlarının hekimleriyle kurduğu iletişim şekilleri üzerinden onları değerlendirdikleri görülmüştür. Hekim hasta iletişimde; hekimin hastasına karşı ilgili olması, özenli dinlemesi, yardım edici ilişki kurması, hastalarına eşit ve güven verici tutum sergilemesi, güler yüzlü, hoşgörülü ve saygılı olması, hastaların hekim değerlendirmelerinde ve tercih etmelerinde ki en önemli faktörlerdir (Çelik, 2008; Karsavuran ve ark., 2011; Kaya ve ark., 2019; Taşçı, 2013; Kutlu ve ark., 2010).

6.4. Metaforlar

Bu tezde çoklu okuma ve analizin üçüncü katmanı “metaforlar”dır. Bu okumada Şekil 5’de görüldüğü gibi anlatıların bağlamsal analizi ile üç ana bağlam ortaya çıktı. Bunlar, “cerrahi alan, habitus ve söylem”, “klinik ortam, iklim ve kültür” ile “yerel, toplumsal ulusal ortam, iklim ve kültür” idi.



Şekil 5: Metaforlar üzerinden anlatılara ilişkin kavramsal çerçeve

Katılımcıların metaforik anlatılarına ilişkin araştırma problemleri şu şekilde belirlendi:

AP-1: Katılımcıların klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerine ilişkin anlatılarında kullandıkları metaforlar nelerdir?

AP-2: Bu metaforları hangi bağlamlarda dile getirmişlerdir?

AP-3: Bu metaforlar yaşanan klinik deneyimlere ilişkin hangi ana örüntülere işaret etmektedir?

6.4.1. Bulgular

İkinci araştırma problem kapsamında, analizlerde üç ana bağlam ile birinci bağlam altında iki, ikinci bağlamda üç ve üçüncü bağlamda ise iki ana tema belirlendi. Bu ana temalar ve alt temaları, anlatılarda dile getirilen ilgili metaforlarla birlikte Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7: Bağlamlar, ana ve alt temalar ve ilgili metaforlar

Bağlam 1: Cerrahi alan, habitus ve söylem		
Ana tema 1: Hekimlik/ Cerrahlık algısı ve baskın, davranış, söylem	Alt temalar 1. <i>Bilgelik</i> 2. <i>Teknik bakış, teknîğe indirgeme</i> 3. <i>İktidar, hiyerarşi, iktidar dili</i>	Metaforlar Hekimlik “ <i>hikmetli olma durumu</i> ”, “ <i>efsunlu hal</i> ” (A2) “ <i>Bi perde arkasından bakmak gibi değil de bire bir patolojiyle temas etmek</i> ”, “ <i>Perdeyi direkt ortadan kaldırmak</i> ”, “ <i>Araba tamir etmek</i> ”, “ <i>Bina yapmak gibi</i> ” (A2) “ <i>Sürekli bi yeri kopuyor bi yeri bozuluyor</i> ”, “ <i>bir şeyleri yapıştirip bantlama çalışıyorsun sadece</i> ” (İ13) “ <i>Cerrah biraz da vahşi olacak</i> ” (İ1) “ <i>Küçük tepeleri ben yarattım havası</i> ” (ÖÜ1) “ <i>Doktorlar, cerrahlar ve diğerleri</i> ” (ÖÜ5)
Ana tema 2: Klinikte yaşam ve cerrah olmayı öğrenme	1. <i>Bireysel hayatın ortadan kalkması</i> 2. <i>Mecburiyetler</i> 3. <i>Motivasyon ve güç</i> 4. <i>Cerrahi/el beceri, hüneri</i>	“ <i>Bir nikah sözleşmesi gibi</i> ” (A7) “ <i>Aileyi geri plana atmak</i> ” (A5) “ <i>Hayatını götürüyor</i> ”, “ <i>Hayatımı bıraktım</i> ”, “ <i>Bir fedai gibi olma</i> ” (A2) “ <i>Ya bu deveyi güdersin</i> ” (A1) “ <i>Cerrahların bi mazoşist duygusu var</i> ” (ÖÜ5) X cerrahi “ <i>delilik</i> ”, “ <i>enerji</i> ” (A2) “ <i>Eli çok hızlı</i> ” “ <i>Sanki piyano çalıyormuş gibi</i> ” (A3)
Bağlam 2: Klinik ortam, iklim ve kültür		
Ana tema 1: Klinik işleyiş, iş yapma tarzı ve sonuçları	Alt temalar: 1. <i>Hiyerarşik işleyiş</i> 2. <i>Klinik yoğunluk, hız, mekanikleşme</i> 3. <i>Duygusal, insani olanın geride kalması</i>	Metaforlar “ <i>Askeriye gibi</i> ”, “ <i>Askeri hiyerarşi</i> ”, “ <i>Piramit düzeni</i> ” (İ4, İ7) “ <i>Bitecek diyorum, beş yıl sonra hür general olacağız</i> ” (A6) “ <i>Ben kliniğin bir gemi olduğunu düşünüyorum, gemide mürettebata da ihtiyaç var, kaptana da</i> ” (ÖÜ3) “ <i>Kaotik bir servis</i> ” (ÖÜ2) “ <i>Cumhuriyet caddesi</i> ” (H6) “ <i>Makine gibi çalışıyoruz</i> ”, “ <i>Motor gibi çalışmak zorundayız</i> ”, “ <i>Bizim klinikte bir gün beş gün eder</i> ” (H2), “ <i>Baş döndürücü bir yoğunluk</i> ” (A3) “ <i>Hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır</i> ” (A6) “ <i>Yangından mal kaçırır gibi çalışıyoruz</i> ” (ÖÜ5) “ <i>Bi yerden sonra robotlaşıyorsunuz</i> ”, “ <i>Robot gibi davranmadan yapamıyorsunuz</i> ”, “ <i>Beyniniz sizden o kadar hızlı, önde gidiyor ki duygularınız geride, beynin hızına yetişemiyor</i> ” (A3) “ <i>İlk başta onu hallediyoruz ondan sonra insana dönüyoruz</i> ” (H2) “ <i>Neşteri vururken yani böyle kağıdı kesmiş gibi</i> ” (İ13)

Tablo 7: Bağlamlar, ana ve alt temalar ve ilgili metaforlar (devam)

Ana tema 2: Klinik eğitim ortamı	1. <i>Asistan algısı, kimliği, rolü</i>	Asistan, “Topun ağzındaki kişi”, “Servis çömezi”, “Her şeye koşuşturan, herkesin eksikliğini kapatan”, “Bir melektir aslında” (A5) “Bazen hocalardan birinin bir sözü (ile) şevkle üç ay deposu yeni doldurulmuş araç gibi gidebiliyorsun” (A3), “Onlar on numara”, “Onlar da zaten tam aradalar” (HS1)
	2. <i>Tıp Öğrencisinde (İntörnde) oluşan boşunalık ve değersizlik hissi</i>	“Ziyan olmuş bi dört hafta” (İ9), “El ayak işleri”(İ3), “Ben doktorum filan böyle biraz yavan kalıyosun”(İ2), “Travmatik olan ostomi torbasıydı” (İ3), “Burda şu an kendimi parasız personel olarak görüyorum” (İ13), “İkinci sınıf insan muamelesi görme”(İ8), “Ameliyathanede iki saat boyunca öyle durup bir makinanın görevini yapıyorum”, “Kompansitörlü bi mekanizma, başka bi varlığı yok”, “Maraba takımı muamelesi”(İ8, İ9, İ12), “Herhangi bi çalışanmışsın gibi davranılıyor kenara itilmiş gibi”(İ5)
	3. <i>Klinik eğitim süreçleri, eğitici-öğrenci etkileşimi</i>	“Farzet sen okyanusta yüzmeyi öğreniyorsun”, “Bir okyanusun tam ortasına atacaksın”, “Boğulur gibi olacak o zaman çabuk öğrenir” (A5) “Hızın eğitimi, hızlı olmanın gerektirdiği eğitim”, “Deposunu yeni doldurmuş araç” (A3) “Vaaz veren hoca” (ÖÜ6) “Gözleri fal taşı gibi açılan öğrenci” (ÖÜ4) “Bu adam (Hoca) efsane” (İ15)
	4. <i>Klinik eğitim süreçlerinde hastanın yeri</i>	Hasta “Eğitim malzemesi”, “Eğitim için kullanılacak bir meta” (ÖÜ5) “Hastayı böyle problem gibi çözmeye çalışıyor”(HÖÜ2), “Hep hastayı robot olarak görüyordum” (HÖ9), “Bir hemşire olarak yol haritamı çiziyorum”(HÖ2), “ilk deneyimlerim, ilk göz ağrılarım”(HÖ3), “Bi günaydın demem bile onlar için dünyaları bağışlamış gibisiniz”, “(Hastalar) ağrılarına sızılarına yoğunlaştıkları için dış dünyadan bi bihaber oluyorlar”, (HÖ1) Hastayla ilgilenirken dış dünyadan kopuyorum” (HÖ2) “(Hastaların) duygularını paylaşmak mutluluklarını, endişelerini, kaygılarını paylaşmak şuraya dokunuyordu” (HÖ5)

Tablo 7: Bağlamlar, ana ve alt temalar ve ilgili metaforlar (devam)

Ana tema 3: Kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler	1. <i>Anabilim dalı başkanının başkanlığı, aile ilişkisi ve ekip olamama</i> 2. <i>Uç duygusal deneyimler, aşırı duygusal yük, baş etme şekilleri ve sonuçları</i> 3. <i>Meslek algıları, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme</i>	“Üst perde” (A8) “Baş model”, “Başrol” (A4), “Ona baba gözüyle bakıyorum” (A5) “Bir baba şefkatiyle” (H3), “Aile babası”, “Ailem”, “Bir aile ortamı” (H5) “Benim evimi kirletmişler, kimse bakmıyor benim evime” (ÖÜ6), “Bir kişiyle, bir çiçekle bahar olmuyor” (ÖÜ5), “Bir hekim arkasında kocaman bi insan...bir hekim arkasında bir yığın kalabalık” (HÖÜ3) “Kasvetli bir ortam”, “Ölümlerin arasında geziyormuşum gibi”, “Buz gibi tenler” (İ8) “Bütün hastalar insanda birer iz bırakıyor”, “Derin bir iz, yeri geliyor insanın yüreğini parçalıyor”, “Uyku bize her şeyi unutturuyor, yeni bir sayfa açıyorsun”(A4) “Hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır”(A6) “Bi yara olarak kalıyor”, “Ukde olarak kalıyor” (H5) “Ömrünün kısa olduğunu söylemek çok ağır bir duygu”, “Ağırılık ağzımızdan çıkan sözlerde değil karşının gözlerinde kaybolan umutta”, “Hayatın bir anlamda onun gözlerinde anlamsızlaşmasını direk görebiliyorsunuz” (ÖÜ4) “O çizgide durmak, biraz zorluyor beni” (HÖ1) “İlk defa öyle açık yara gördüm soğuk ter attım” (HÖ6), “İnsan korkusu var” (HS3) “Dünyam yıkıldı, insan yıkılıyor”(HY1) “Dar geliyor insana” (HY2) “Sanki dünya durmuş etrafınızda” (HY6) “O çizgiyi aşmak istemem” (H4), “Bir TPN eşittir bir hemşire”, “Bizi fiyat olarak mı görüyorlar”, “Bir serumla aynı kefeye koyma”, “Günah keçisi olma”, “Çöp tenekesi kadar bile değerimiz yok” (H2) “(İntörnler) çok havalı gözüküyor” (HÖ8) “Kraldan kral oluyorlar” (HS1)
Bağlam 3: Yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür		
Ana tema 1: Cerrahi kliniğe ilişkin algılar	Alt temalar: 1. <i>Kliniğin kurumundaki yeri ve önemi</i> 2. <i>Kliniğin ve başkanının bölgede oluşturduğu hava</i>	Metaforlar “Hızır Acil Servis” (A6) “Arka bahçesi”, “En tepede”, “Kral odası, şark odası” (A3) “Hastanenin yükünü sırtlanan”, “Elini taşın altına koyan klinik” (A4) “Bel kemiği” (H5) “Hastanenin makrofajı”(ÖÜ4) “Üniversitesinin göz bebeği” (H4) “Olmazsa olmazı” (A7) “Kurumun omurgası”, “Kurumun bel kemiği” (HÖÜ1) “Toplama merkezi gibi”(HY4) “Bu bölgenin lordlar kamarası” (A3, A7) Hoca, “Mevlâna mübarek, ne olursan ol gel diyor herkese” (A6)
Ana tema 2: Hasta, hasta yakını: algılar, yerel, toplumsal davranışlar	1. <i>Hasta ve yakınlarının davranışları ve kültürel etki</i> 2. <i>Sağlık çalışanları arası farklılaşan algı ve tutum</i>	“Her hasta yakını sanki bir köy ağasıymış gibi” (İ15) “Hasta markete gelir gibi hastaneye geliyor”, “Yüzyıllık ağrısı, şikayetiyle acile geliyor” (A4) “Hastalar bize gelince kavga, doktora el pençe” (H5) “Biz de ekibin bir yapı taşıyız, yani hepimiz kilit şeklinde anahtar kilidi şeklinde birbirimize bağlıyız (HÖÜ2)

6.4.1.1. Cerrahi alan, habitus ve söylem ile ilgili bulgular

Birinci ve ikinci araştırma problemi kapsamında analizler sonucunda belirlenen ilk bağlamda ortaya çıkan ana temalar “hekimlik/cerrahlık algısı ve baskın davranış, söylem” ve “klinikte yaşam ve cerrah olmayı öğrenme” idi. Bu iki temaya ait metaforların asistan anlatılarında yoğun bir şekilde dile geldiği görüldü. Asistanlar hekimlik mesleğini bir taraftan “bilgelik”, “hikmetli olma” ve “efsunlu hal” metaforlarıyla tanımlarken; diğer taraftan cerrahlığı “*araba tamir etmek gibi*”, “*perdeyi kaldırıp*” açıp bakmak gibi Teknik ve mekanik metaforlar üzerinden açıkladıkları görüldü. İntörnlerin anlatılarında da cerrahi branş, içinde ne olduğu belli olmayan “karmaşık bir kutuya” benzetilmiştir. Cerrahlar ise ancak bildiği ve görebildiği noktalarda “bir şeyleri yapıştırıp bantlayan, yamalar yapan” kişiler olarak, yine teknik ve mekanik metaforlarla betimlenmiştir.

“birazda mekanik olması yani...dışardan bi perde arkasından bakmak gibi değil de bire bir o patolojiyle temas etmek daha böyle insana heyecan verici...işte ciltte, cildin hastayla patoloji arasına girmesine izin vermeyecek şekilde o perdeyi direkt ortadan kaldırmak güzel heyecan verici bir şey” (A2)

“Cerrahi genel anlamda bence bi kutu içinde böyle bi karışık bi şey var. Sürekli bi yeri kopuyor, bi yeri bozuluyor. Yani o kutunun hiçbir zaman hiçbir yerini bilemeyeceğin, ama ana bildiğin noktalardan bir şeyleri yapıştırıp bantlamaya çalışıyorsun sadece o yani” (İ13)

Teknik boyut öğretim üyelerinin metaforik anlatılarında da mevcuttur. Yarıca alanlarına ilişkin anlatılarında baskın bir “iktidar ve hiyerarşi söylemi”nin söz konusu olduğu görüldü. Bu söylem anlatılarda “*Küçük tepeleri ben yarattım.*” ve “*Doktorlar, cerrahlar ve diğerleri.*” gibi metafor ve karşılaştırmalarla dile getirilmekteydi.

“Öğretim üyelerinin egosu çok şişkindir, her şeyi bildiklerini zannederler, ...yani cahillik egosu diyelim ona, ...cerrahlarda daha fazladır yani, küçük tepeleri ben yarattım havası hep vardır. Aslında en cahil kesim de odur. Yani teknisyen rolü oynuyorlar, cerrahların çoğu.” (ÖÜ1)

İkinci ana temaya (klinikte yaşam ve cerrah olmayı öğrenme) ait metaforlar, yine ağırlıklı olarak asistan anlatılarında ve genellikle kıdemli asistanlar tarafından dile getirilmişti. Kıdemli asistanlar “*hayatımı bıraktım burda*”, “*bir fedai gibi olmak*” ve “*hayatını götürüyor insanın*” gibi hayat üzerinden metaforlarla “bireysel hayatın ortadan kalkması” durumuna ve zor şartlara temas etmişlerdi. Ayrıca kıdemli asistanlar, yeni başlayan asistanlarla diyaloglarında “kliniğin

aması olmayan koşulları”na ait metaforik anlatıları yoğun olarak kullanmaktaydılar. “*Ya bu deveyi güdersin...*” gibi metaforlarla kliniğin ta baştan mecbur uyumlanacak koşulları ve kuralları betimlenmekteydi.

“Bu ‘bir nikah sözleşmesi’ gibidir, her şeyi baştan konuşmak gerek. ... yok sen benim ‘elimi sıcak sudan soğuk suya sürmeyecektin’, yok bulaşık makinesi alacaktın falan demek yok sonradan.” (A1, A7)

Asistanlar klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde motivasyonlarını, “*delilik*” ve “*enerji*” gibi metaforlarla ifade etmişlerdir. Cerrahi becerilerini ve tarzlarını beğendikleri akranları üzerinden cerrah olmayı ise “*piyano çalabiliyormuş gibi*” ve “*el hızlılığı*” gibi metaforik anlatılarla dile getirdikleri görülmüştür. Öğretim üyeleri ise “*mazoşistlik*” metaforu üzerinden cerrahi branşın farkını ve ameliyathanenin çalışma alanı olarak diğer alanlara göre üstünlüğünü vurgulamışlardır.

“Ben bir saat poliklinik yapacağıma 24 saat ameliyat yapmayı tercih ederim, bu da cerrahların bi mazoşist duygusu herhalde.” (ÖÜ5)

6.4.1.2. Klinik ortam, iklim ve kültür bağlamı ile ilgili bulgular

Katılımcı anlatılarında ikinci bağlamla ilgili “klinik işleyiş, iş yapma tarzı ve sonuçları”, “klinik eğitim ortamı” ve “kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler” olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir. Tüm katılımcıların anlatılarında en zengin metaforik anlatımların bu bağlamda dile getirildiği görülmüştür.

İlk ana tema olan “klinik işleyiş, iş yapma tarzı ve sonuçları” altında “hiyerarşik işleyiş” ve “klinik yoğunluk” ile bunun beraberinde getirdiği “mekanikleşme” ve “duygusal ve insani olanın geride kalması” gibi durum ve sonuçlara işaret eden alt temalar belirlenmiştir. İntörn anlatılarında en önemli durumun klinikteki “*hiyerarşik işleyiş*” olduğu görülmüştür. Örneğin intörn anlatılarında bu durum “*askeriye gibi burası*”, “*askeri hiyerarşi gibi*” ve “*piramit düzeninin olduğu yer*” gibi metaforlarla betimlenmiştir.

“Sevmedim, iz bıraktı bende. Çok ast-üst ilişkisi var, çok fazla var yani, biraz askeriye gibi burası, diğer bölümlere nazaran. O yüzden cerrahi bi bölüm istemem yani bu kadar piramit düzeninin olduğu bir yeri istemem” (İ4)

Asistanlar ve hemşirelerin metaforik anlatılarının özellikle “klinik yoğunluk, hız ve mekanikleşme” alt temasında belirgin olduğu görülmüştür. Asistan ve hemşire anlatılarında ön plana çıkan durum aşırı yoğunluk ve bunun beraberinde getirdiği hız ve makineleşme olmuştur.

Bu durumu “Bizim klinikte bir gün beş gün eder.”, “Baş döndürücü bir yoğunluk var.” ve “Makine gibi çalışıyoruz.” gibi metaforlarla dile getirmişlerdir. Klinik iş süreçlerinin mekanikliğini, yığılmaları ve yoğunluğu eritmek için adım adım ve düşünmeden hızlı hızlı iş yapma tarzı şeklinde açıklamışlardır. Ayrıca hemşireler, klinik yoğunluğun neden olduğu zihin yorgunluklarını “Beynimiz yanar, beynimiz yorulur.” ve “Nöronlarımız ölüyor artık.” metaforlarıyla dile getirmişlerdir. Aşırı yoğunluğunun ve bu yoğun işi hızlıca ve mekanikçe eritmenin hastaların önüne geçtiğini, “İlk başta onu hallediyoruz ondan sonra insana dönüyoruz.” ifadeleriyle anlatılmışlardır. Benzer şekilde, asistanlar da duygusal ve insani olanın geride kalması durumunu, “Beyniniz sizden o kadar hızlı ve o kadar önde gidiyor ki duygularınız geride o beynin hızına yetişemiyor geride kalıyor.” gibi bir metaforik anlatımla dile getirmişlerdir.

“Sistem o kadar hasta yüklüyor ki size, robot gibi davranmadan yapamıyorsunuz. Bir yerden sonra robotlaşıyorsunuz...o kadar hızlı o işi halledip öbürüne geçmek zorunda kalıyorsunuz ki beyniniz sizden o kadar hızlı ve o kadar önde gidiyor ki duygularınız geride o beyin hızına yetişemiyor geride kalıyor. O duygu ne zaman yetişiyor o beynin o hızına, eve gidip dinlendikten sonra” (A3)

“Hastaların belli bir sirkülasyon var burda, o sirkülasyonu öncelikle bir hani hiçbir şey düşünmeden onu yok etmemiz lazım. Bu hastaları hemen yatağına alıp tedavisinin başlanması lazım. İlk başta onu hallediyoruz ondan sonra insana dönüyoruz. Çünkü o dakika motor gibi çalışmak zorundayız, o dakka kadar hiçbir şey düşünmüyorum” (H2)

İkinci ana temanın (klinik eğitim ortamı) ilk alt teması olan “asistan algısı, kimliği ve rolü”ne ilişkin asistanlar, kendilerine yönelik algıları, örneğin, “Asistan aslında üniversite hastanelerinde topun ağzındaki kişidir” anlatısında olduğu gibi “topun ağzında olmak” metaforuyla dile getirmiş; güvencesiz olduklarını vurgulamışlar. Yine, çömez asistanlık ve bu asistanların algısını, “Servis çömezi yani bir melektir aslında, her şeye koşuşturmaya çalışıyor, herkesin eksikliğini aslında kapatmaya çalışan odur, kimsenin haberi yok bundan.” ifadesiyle, her işe koşturma, görülmeme, değersizlik ve güçsüzlük üzerinden betimlemişlerdir. Benzer anlatılar intörnlerde de gözlenmiştir. “İntörn tamamen ‘kompansitörlü bi mekanizma’, başka bi varlığı yok”, (ameliyathane için) iki saat boyunca “öyle durup bir makinanın görevini yapıyorum” ve “herhangi bi çalışanmışsın gibi davranılıyor ‘kenara itilmiş’ gibi” metaforlarla kendilerini klinikte değersiz hissettiklerini ve “ziyan olmuş bi dört hafta” ifadesiyle stajın kendileri için anlamlı olmadığını ifade etmişlerdir. Hastaların, asistan algıları ve klinikteki

rolleri ile ilgili metaforik anlatılarında da aşağıdaki örnekte görüldüğü gibi asistanlarla benzer şekilde her işe koşturan, aradaki kişi vurgusu yapılmıştır.

“Onlar on numara onlar, ... Onlar çok iyiler onlar, zaten tam aradalar. Hem hemşirelerle de ilgileniyorlar, bi de hocalarıyla da. ... onlar daha alçak gönüllü mesela hemşire hanımlardan.” (HS1)

Anlatılarda klinik eğitim süreçleri, asistanlar tarafından “Okyanusta yüzmeye”, “okyanusun tam ortasına atılma”, “boğulur gibi olma” ve “hız eğitimi” gibi metaforlarla betimlenmiş; bu süreç yeterince destek ve yönlendirmenin alınmadığı güvensiz süreçler olarak tanımlanmıştır.

“Yani eğitilmemiz için hocanın çok çabası var... o çaba bazen bizi intihara götürüyor, (Gülerek) diyorsun ki öldüreyim kendimi (Burda kahkaha atıyor)... yani hocaya ya da kıdemliye birilerine sorduğunuzda diyor ki bu da hızın eğitimi yani. Hızlı olmanın gerektirdiği eğitim” (A3)

“Arada bir yalnız bırakıyorum bilerek klinikte...arada bir okyanusun tam ortasına atacaksın boğulur gibi olacak o zaman çabuk öğrenir” (A5)

Klinik eğitim süreçlerinde “eğitici-öğrenci etkileşimi”nde örneğin eğiticilerin, “Bana tepki vermezseniz kendimi vaaz veriyor sanırım, ‘müminlere vaaz veren hoca’ gibi hissettirmeyin” ve “gözleri fal taşı gibi açılan’, aaa diyen bir öğrenciyi görünce çok heyecanlanıyorum.” gibi metaforlarla etkileşimin ve öğrenen motivasyonunun önemine vurgu yaptıkları görülmüştür. Asistanlar, “Bazen hocalardan birinin bir sözü seni buraya şevkle bağlayıp üç ay deposu yeni doldurmuş araç gibi gidebiliyorsun.” gibi bir ifade ile eğiticilerin onlarla olumlu iletişimin önemine işaret etmişlerdir. İntörnlerin eğiticilerle ilgili anlatıları ise “efsane anlatıyor”, “bu adam efsane” ve “çok üst perde” gibi metaforlarla klinikte anabilim dalı başkanının etrafında oluşan “efsane” üzerine yoğunlaşmıştır.

“Çoğumuz için de baş model başrol kendisidir, ondan her şeyi örnek alarak şey yaptık, onun davrandığı gibi davrandık hastalara. Onun cerrahiye yaklaştığı gibi yaklaştık, iletişimimiz de onunki gibi” (A4)

“Hani üst düzey bi insan yani, iletişimi çok iyi sıcakkanlı bir insan aynı zamanda çalışkan bir insan azimli bir insan. Çoğu insanın saygı duyduğu bir hoca, doktor hani. Ama onun gibi olabilir miyim ben, onun gibi olamam, Çok üst perde, ben o şekil olamam” (İ9)

Klinik eğitim süreçleri ve hastanın yeri ile ilgili kullandıkları metaforik ifadelerde öğretim üyeleri arasında farklı bakış açılarının olduğu görülmüştür. Örneğin bir öğretim üyesi

“(Öğrencilere) hastaya dokunması, hastanın hayatına değmesi gerektiğini söylüyorum.” ifadesiyle özen, anlama, temas etme ve empati vurgusu yaparken bir başka öğretim üyesinin *“Hastalar, öğrenci ve asistanların eğitimi için ‘kullanılacak bir meta’dır”* diyerek “meta” metaforuyla hastayı eğitim materyaline indirgediği gözlenmiştir.

“Hastayla konuşmak hastaya dokunmak, hastanın hayatına değmesi gerektiğini, değmeleri gerektiğini söylüyorum... yani biraz da hekimliğin yanında da insanlık özelliklerini artırmaları gerekiyor, konuşmaları, derdi dinlemeleri, dertlerini anlamaları gerekiyor (ÖÜ4)

“Benim kafamda hasta eğitim malzemesi olduğu için kabul edilip kullanılması gereken bir şey. Yoksa öğretim üyeleri hastalar için olmamalı, sadece hastalar öğrenci ve asistanların eğitimi için kullanılacak bir metadır... Siz öğrencileriniz için hasta çağırıp muayene etmelisiniz. Yoksa öğrencileri hastalar için çağırmayacaksınız” (ÖÜ5)

Hemşirelik öğrencileri ve eğitimcilerinin metaforik anlatıları, klinik eğitim süreçleri ve hastanın yeri ile ilgili temada yoğunlaşmıştır. Eğitimciler, öğrencilerin kliniğin ilk başlarında, hasta bakım planlarını kendilerine sunmanın bir aracı olarak *“Acaba ne bulsam da hocama söylesem diye bi merakla hastayı böyle problem gibi çözmeye çalışıyor”* ifadesiyle hastalara “ödev odaklı” baktıklarına vurgu yapmışlardır. Hastanın eğitim için araçsallaştırılmasını bir öğrenci de *“Hep hastayı robot olarak görüyordum.”* metaforuyla dile getirmiştir. Hemşirelik öğrencileri hastalarla temas ettikçe, bakım deneyimlerinde iletişim becerilerinin hastalar açısından önemini *“Bi günaydın demem bile onlar için dünyaları bağışlamışsınız gibi oluyordu.”* metaforuyla dile getirmişlerdir. Yine, hemşirelik öğrencilerinin metaforik anlatılarında *“dünyadan kopma”* metaforunun farklı anlamlarda kullanıldığı görülmüştür. *“(Hastalar) ağrılarına sızılarına yoğunlaştıkları için dış dünyadan bihaber oluyorlar.”* ve *“Hastayla ilgilenirken dış dünyadan kopuyorum.”* ifadeleriyle hastaların ağrısı üzerinden iki farklı anlama işaret etmişlerdir. Yine başka bir anlatıda, *“(Hastaların) duygularını paylaşmak, mutluluklarını, endişelerini, kaygılarını paylaşmak şuraya dokunuyordu.”* metaforuyla hastayla duygusal ve insanca yakınlık kurmayı metaforik olarak betimlemişlerdi. Hemşirelik öğrencileri klinik eğitim deneyimlerinin profesyonel kimlikleri oluşturmadaki etkisini de *“Bir hemşire olarak yol haritamı çiziyorum.”* metaforuyla anlatmışlardır. Aynı zamanda bu deneyimlerin kendileri için önemini *“İlk deneyimlerim, ilk göz ağrılarım.”* metaforuyla betimlemişlerdir.

“Hastalar beni çok etkiliyor, hastaları görünce hani böyle acaba neler yapabilirim. ...işte bi günaydın demem bile onlar için dünyaları bağışlamış gibisiniz. Çünkü ağrılarını sızılarını dinledikleri için ve onlara yoğunlaştıkları için dış dünyadan bi nevi bihaberler.” (HÖ2)

“İlk deneyimlerim, ilk göz ağrılarım. ...damar yolu açabiliyorum artık, serum takip çıkarabiliyorum, hastayla daha rahat iletişim kurabiliyorum, çünkü ilk başlarda biraz çekincelerim vardı ama şuan onların hepsini aştım.” (HÖ3)

“Onların duygularını paylaşmak (hastaların), mutluluklarını, endişelerini, kaygılarını paylaşmak (burda kalbini gösteriyor) “şuraya dokunuyordu” gerçekten. Onların dualarını almak.” (HÖ5)

Klinik ortam, iklim ve kültür bağlamına ait üçüncü ana tema “kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler” olarak belirlenmiştir. “Anabilim dalı başkanının baskınlığı, aile ilişkisi ve ekip olamama”, “uç duygusal deneyimler, aşırı duygusal yük, baş etme şekilleri ve sonuçları” ve “meslek algıları, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme” alt temalar olarak belirlenmiş ve bu temalarla ilgili metaforların asistanların ve hemşirelerin anlatılarında yoğunlaştığı gözlenmiştir.

Asistanlar, anabilim dalı başkanı ile ilgili olarak “baş model” ve “başrol” ifadeleriyle onun baskın rolünü ifade etmişlerdir. Asistan ve hemşire anlatılarında öne çıkan bir diğer hâkim motif “aile” ve “baba” gibi kültürel motifler olmuştur. Örneğin asistanlar, “Ona baba gözüyle bakıyorum.” diyerek bir taraftan bu durumu olumlarken; “Hoca, Mevlâna mübarek. Ne olursan ol gel diyor herkese.” metaforik anlatısı ile, hoca ile hastalar arasında oluşan bu kültürel motifli ilişkilenenin aynı zamanda klinik iş yüklerinin artmasının sebebi olduklarını belirtmişlerdir. Aynı şekilde hemşirelerin de “Aile babası gibi” ve “Bir baba şefkatiyle” gibi metaforlarla klinik anabilim dalı başkanıyla ilişkilennemelerini kültürel motifler üzerinden ifade ettikleri görülmüştür. Ayrıca hemşireler kendi aralarındaki ilişkilene tarzlarını da “Bir aile ortamı” ve “Ailem” gibi ifadelerle metaforlaştırmışlardır. Klinik anabilim dalı başkanının da “benim evimi kirletmişler, kimse bakmıyor benim evime” anlatısıyla kliniği sahiplenme, korumacılık üzerinden kendine yönelik “aile” ve “baba” metaforunu sahiplendiği görülmüştür.

“Ona baba gözüyle bakıyorum. ...hocanın bana kızması, kaşlarını çatması yani yüreğimi parçalar. ... hocamız abimiz, başımızın tacı.” (A5)

“Hocamız bizim burdaki aile babası gibi. Gerçekten bize bir baba şefkatiyle yaklaşıyor, sağ olsun hastalara da zaten çok ayrı bi iş sevdasıyla yaklaşan bi hocamız, çok değerli hocamız.” (H5)

Aile metaforu üzerinden anabilim dalı baskın bu ilişkilene ortamına eleştirel yaklaşım ekipteki diğer öğretim üyelerinden ve hemşirelik eğiticilerinden gelmiştir. “Bir kişiyle, bir çiçekle bahar olmuyor.” metaforuyla bu durumu, kendilerinin yaşanan süreçlerde ikinci planda

kalmalarının, aynı zamanda profesyonel olması gereken bir ilişkilenden ve ekip olmaktan uzak olmanın, ekibin bir üyesi olarak süreçlere yeterince müdahil olamamalarının nedeni olarak dile getirmişlerdir.

“Bir hekim (Hoca), arkasında kocaman bi insan. ...bir hekim arkasında bir yığın kalabalık. Açıkçası bu beni biraz da rahatsız ediyor hani, sonuçta paylaşılabılır bilgi yani, şahsi bir şey değil, hani bilgi paylaşılabılır. Yani başka alternatifler geliştirilebilir, bu daha güzel olur.” (HÖÜ3)

“Eski alışkanlıklar hani can çıkar huy çıkmaz derler ya, eski alışkanlıklara geri dönmüş burda...bir kişi üzerinden dönüyor (her şey).” (ÖÜ1)

Klinikte yaşanan “uç duygusal deneyimler, aşırı duygusal yük ve bunun etkileri” tüm katılımcıların anlatılarında yoğun metaforik betimlemelerle yer almıştır. “Buz gibi tenler” gibi soğuk ve ürkütücü metaforlarla betimlenen kliniğin bu uç deneyimlerinin (kötü haber, terminal dönem, ölüm vb.) hemşire ve asistanlarda derin izler bıraktığına yönelik, “Bi yara olarak kalıyor.”, “Bi ukde olarak kalıyor.”, “Bütün hastalar insanda birer iz bırakıyor.” ve “İnsanın yüreğini parçalıyor.” gibi çok sayıda anlatı bulunmaktadır.

“Bütün hastalar insanda birer iz bırakıyor aslında, derin bir iz bırakıyor, yeri geliyor insanın yüreğini parçalıyor.” (A5)

“Mesela o pre-ex olan hastaların ölümünden önceki o konuşmaları, bize dua etmeleri, o güzel söyledikleri şeylerden sonra saatler sonra vefat etmeleri falan beni en çok etkileyen olaylardan biri o oluyor.” (H1)

Öğretim üyesi anlatılarında benzer deneyimler, “Beklenen ömrünün çok kısa olduğunu söylemek çok ağır bir duygu, belki ağırlık ağzımızdan çıkan sözlerde değil karşının gözlerinde kaybolan umutta” ifadeleriyle dile gelmiştir. İntörn anlatılarında da cerrahi yoğun bakımla ilgili “Çok kasvetli bir ortam.”, “Ölülerin arasında geziyormuşum gibi.” ve “Buz gibi tenleri böyle.” gibi ifadelerde yoğun bir şekilde ölümle karşılaşma duygusuna ilişkin deneyimler betimlenmiştir. İntörnler gibi hastalar da yoğun bakım deneyimlerini “İnsan kokusu var.” gibi metaforlarla dile getirmişlerdir. Hemşirelik öğrencileri, “O çizgide durmak biraz zorluyor beni.” ve “İlk defa öyle açık yara gördüm, soğuk ter attım.” metaforlarıyla hastalarla uç duygusal karşılaşmaları yönetmede ve duygularıyla başetmede zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Hasta ve hasta yakınlarının metaforik anlatılarında da uç deneyimlerin daha çok duygusal açıdan deneyimledikleri görülmüştür.

“Yoğun bakıma girdiğimde hani çok kasvetli bi ortam , böyle hani girmek istemiyorum açıkçası hani o ortama. Çok korkutuyor beni, sanki hani ya biraz ölümlerin arasında geziyormuşum gibi oluyor, biraz ürkütüyor bu beni insanların halini gördükçe, bir şey yaparken çekiniyorum açıkçası yani buz gibi tenleri böyle” (İ8)

“Gerçekten onu çok sık yaşıyorum yani, o çizgide durmak biraz zorluyor beni, serviste bence en fazla zorlandığım nokta o, bi yandan soğukkanlı olmam gerekiyor, bi yandan da hastaların o hissettiği acıyı kendimde hissediyorum yani duygusal olarak o biraz zorluyor beni.” (HÖ1)

“Hani sanki dünya durmuş etrafınızda, sadece orda bekliyorsunuz (ameliyathane kapısı). Ruh olarak, beyin olarak, kalp olarak bile yoksunuz. Sadece, yani bi ruh, bi iskelet diyelim, başka hiçbir şey yok.” (HY6)

Katılımcılar bu uç deneyimlerle baş etme şekilleri “yeni bir sayfa açma”, “şalteri indirme, kaldırma” gibi çok sayıda metaforla betimlenmiştir. Söz konusu duygusal deneyimlerin en belirgin sonucu ise “duygusal duyarsızlaşma” olarak belirlenmiştir. Örneğin asistanların baş etme yollarının, “Uyku bize her şeyi unutturuyor, yeni bir sayfa açıyorsun” ve “hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır.” gibi metaforlarda dile geldiği gibi daha çok duygularından kaçış, duyguları örtme, öteleme yönünde olduğu görülmüştür. Hemşire anlatılarında da uç deneyimler için “travma” metaforu belirgin olarak kullanılmış ve bu tür durumlarla baş etme yolu olarak mesleğin bir gerekliliği vurgusu ile kabullenme davranışında oldukları görülmüştür.

“Bizler hekimiz, profesyonelliğimizi korumak zorundayız yani bu tür olaylar karşısında...Yani yutkunsak da üzülsek de içimiz parçalansa da mecburiyetten insanların duygusunu, acısını paylaşıyor, hissettiriyoruz da karşı tarafa yani bizim de üzüldüğümüzü, bizim de yüreğimizin parçalandığını ama, bir yere kadar olduğunu söylüyoruz... yorgunluk vaktimizin olmaması bazen de fırsatımız yok bunları düşünmeye gerçekten, o kadar yoğun bir tempoda çalışıyorsun, eve gidiyorsun yatıyorsun. Uyku bize her şeyi unutturuyor, yeni bir sayfa açıyorsun ertesi güne, tekrar başlıyorsun. Yani bu şekilde unutuyoruz.” (A5)

“İster istemez psikolojik travmalar yaşadık, ancak hani insanın kendi olduğu zaman bu psikolojik travma bi beşe katlanıyor, daha da bi şiddetleniyor insanda, kendi babamın CPR'ına şahit oldum burda. Kostaların kırılmasına. ...babamın bi yandan elini tutuyordum, bi şekilde tutmaya çalışıyordum. Tüm hastalara her müdahale ettiğimizde gözümüzün önüne geliyor, yani unutulmaz şeyler yaşıyoruz. Sağlık personeli olmak belki de bunları gerektiriyor, yapacak bir şey yok, kabulleniyoruz.” (H5)

Hastalar, uç deneyimlerle ilgili başa çıkma ve deneyimin etkisi ile ilgili anlatısını “*Dedim burda kalsam kafayı yerim, çıkmak istiyorum.*”, “*servis cennettir*” gibi metaforlarla dile getirmişlerdir.

“Ya korkuyor adam. Her akşam valla adam biri rahmete gidiyor, çıktım servise, yahu dedim burası cennettir ya.” (HS4)

“Gerçekten yoğun bakım da çok güzeldi ama gene insan korkusu var... Ben dedim burda kalsam kafayı yerim, çıkmak istiyorum.” (HS3)

Son alt tema olan “meslek algıları, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme”ye ilişkin metaforlar hemşire anlatılarında yoğun bir şekilde dile gelmiştir. Klinik süreçlerde iletişimde sınır koymayla ilgili bir hemşire “*O çizgiyi aşmak istemem.*” ifadesiyle doktorlar ile hemşireler arası kalın/geçişken olmayan sınırlara işaret ederken; diğerleri “*Serumla aynı kefeye konma*”, “*Günah keçisi olma*”, “*Fiyat olarak görülme*” ve “*Bi çöp tenekesi kadar bile kıymet görmeme.*” gibi metaforlarla doktorlar arasındaki kendilerine yönelik değersizleştirme dilinin, güç odaklı hiyerarşik söylemin ve yaptıkları işin, bir uzmanlık alanından çok teknik/yardımcı bir işe indirgenmesi tutumunun altını çizmişlerdir.

“Bir TPN eşittir bir hemşire... buna çok kırıldım... bizim bizi fiyat olarak mı görüyorlar, biz insan değil miyiz?... can acıtıcı...iğneleyici bir laf... benim bir tane serumla aynı kefeye koydurma bir cansız şeyle bir canlı varlığı eş değer görebilme yani bu bu nasıl bir cüret diyebileceğim noktaya getirdi ama yutkundum (H2)

Hastaların anlatılarında da “*Kraldan (çok) kral oluyorlar.*” metaforunda olduğu gibi hem hekimler arasında daha düşük statüsü olanlar (asistan, diğer hocalar) hem de hemşireler aleyhine işleyen hiyerarşik bakış açısının işaretleri görülmektedir. Nitekim hemşirelerin, “*Hastalar bize gelince kavga, doktorun yanına götürdüğümüzde el pençe duruyorlar, peki siz bilirsiniz diyorlar.*” anlatısında görüldüğü gibi “kavga” ve “el pençe durma” metaforik anlatım karşıtlığı üzerinden hasta ve yakınlarıyla etkileşimlerinde mesleklerarasındaki aynı hiyerarşiyi dile getirmektedirler. Hemşireler için olumsuz bir kurumsal ve toplumsal iklim ve kültür oluşturan bu hiyerarşik söylemin, bir öğretim üyesinin anlatısında olduğu gibi, geminin kaptanı ve mürettebat metaforu üzerinden nasıl içselleştirildiği ve normalleştiği görülebilmektedir. Bu söylem, hemşirelik mesleğinin ekipte birlikte çalışılan ikinci bir meslek alanından çok yardımcı elaman, teknik elaman gibi görüldüğüne işaret etmektedir.

“Ben kliniğin bir gemi olduğunu düşünüyorum. Gemide mürettebata da ihtiyaç var, kaptana da ihtiyaç var.” (ÖÜ3)

6.4.1.3. Yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür bağlamı ile ilgili bulgular

Bu bağlam altında katılımcı anlatılarının analizlerinden “cerrahi kliniğe ilişkin algılar” ve “hasta, hasta yakını: algılar, yerel ve toplumsal davranışlar” şeklinde iki ana tema belirlenmiştir. Özellikle ilk temayla ilgili tüm katılımcı grupların, kliniğin kurumdaki yerini ve önemini yerel motifler dahil çeşitli benzetmelerle betimledikleri ve kliniğin kurumsal konumundan memnun oldukları gözlenmiştir. Örneğin asistanların anlatılarında cerrahi klinik “(kurumda) en tepede”, “kral odası, şark odası”, “üniversitenin göz bebeği, olmazsa olmazı” ve “bu bölgede burası lordlar kamarası” gibi metaforlarla betimlenmişlerdir. Hemşirelik öğretim üyeleri ve hemşireler de “hastanenin bel kemiği”, “kurumun omurgası” ve “tüm bu hastanenin yükünü sırtlanan klinik” gibi benzer metaforik ifadeler kullanmışlardır. Hasta yakınları, kliniğin bölge için önemini “toplama merkezi gibi” ifadesiyle dile getirmişlerdir. Yine öğretim üyelerinde bu önem, örneğin “genel cerrahlar hastanenin makrofajıdır” benzetmesi ile ortaya konmuştur. “Mevlâna mübarek...” diye betimlenen kliniğin Hocasının (anabilim dalı başkanı) kurumda olduğu kadar toplumda da “aile” ve “baba” metaforu üzerinden neredeyse tek belirleyici olduğu görülmüştür. Hemşire deneyimlerinde de benzer şekilde “aile” metaforu üzerinden anlatıların yoğun olduğu görülmüştür.

“Bi iş ortamı gibi değil de, bi aile ortamı gibi çalışıyoruz. ... hocamız bizim burdaki aile babası gibi, gerçekten bize bir baba şefkatiyle yaklaşıyor.” (H5)

İkinci ana temada asistan, hemşire ve intörnlerin, hasta ve yakınlarına ilişkin yerel ve kültürel metaforlar üzerinden metaforik betimlemeleri yer almaktaydı. Bunların bir kısmı, “Hasta markete gelir gibi hastaneye geliyor.” ve “Yüzyıllık ağrısı, şikâyetiyle acile geliyor.” gibi metaforlarla hastalara ilişkin olumlu olmayan algılara işaret etmekteydi. Hasta yakınlarına yönelik algı da benzer nitelikteydi. Örneğin intörn anlatılarının birinde hasta yakını, “köy ağası” metaforu üzerinden “Her hasta yakını sanki bir köy ağasıymış gibi.” şeklinde betimlenmişti. Hemşirelik öğretim üyeleri, “Biz de ekibin bir yapı taşıyız, yani hepimiz kilit şeklinde anahtar kilidi şeklinde birbirimize bağlıyız.” metaforuyla toplumdaki hekimlik ve hemşirelik algısına ve hemşirelik mesleğine yönelik hiyerarşik, hak ettiği değeri vermeyen bakış açısına sitemini “ekibin biz de bir parçasıyız” söylemiyle dile getirmişlerdi. Yine hemşireler, “Bize gelince kavga, doktora gelince el pence.” benzeri metaforik anlatımlar üzerinden toplumdaki doktorluk ve hemşirelik mesleği algısındaki soruna, güç odaklı tutum ve davranışlara işaret etmekteydiler.

“Hasta yakını pis bi konuşma yaptı. Onu duyduktan sonra değil burayı, mesleği bırakıp, istifa edip gitmeyi düşündüm. Hani bayanım adam susar utanır, diye ama daha kötüsünü söyleyince kalakaldım böyle.” (H6)

6.4.1.4. Metaforik anlatılarda öne çıkan örüntüler

Yukarıda üç bağlam içinde, anlatılarda dile gelen metaforlar dikkate alındığında, üçüncü araştırma problem kapsamında, birden fazla ana örüntüye işaret edildiği görülmektedir. Bu örüntülerden ilki hekimlik mesleğin, her ne kadar “bilgelik” metaforu üzerinden de tanımlanmış olmasına rağmen bunun dilde kaldığı, uygulamada mekanik metaforlar üzerinden “mekanik bir hekimlik ve meslek” tanımının geçerli olduğu görülmüştür. Cerrahlik mesleği daha çok kesip, biçme, yapıştırma, araba tamiri gibi mekanik, teknik, el beceresi gerektiren bir örüntüyle anlatılandırılmıştır.

İkinci örüntü, gerek klinik işleyiş gerekse meslekiçi ve mesleklerarası söylem, tutum ve davranışta geçerli olan “güç odaklı hiyerarşik, disiplinli ilişkilene ve davranış” örüntüsüdür. Askeriye, pramit düzen, kaptan, mürettebat, çizgiyi aşmama gibi metaforik anlatılar bu örüntüye işaret etmektedir.

Klinik işleyiş, meslekleriçi ve arası ilişkiler ve sağlık çalışanları-hasta/hasta yakını ilişkilerinde ortaya çıkan bir diğer örüntü “aile ortamı ve ilişkisi”dir. Bu örüntü, bir yanıyla taraflar arasında, “baba şefkati”, “aile babası”, “biz bir aileyiz” metaforlarında olduğu gibi insani, yakın ilgiye işaret etmektedir. Ancak aynı örüntünün, “bana kızsız da babam”, “baş rol”, “evimi kirletmişler”, “bir çiçekle bahar olmaz”, “herşeyin bir kişi üzerinden dönmesi”, “bir hoca ve arkasında bir yığın kalabalık” metaforik anlatılarında dile geldiği gibi aynı zamanda ikinci örüntüyü (güç odaklı hiyerarşik, disiplinli ilişkilene ve davranış) bu aile ortamı ve ilişkisi örüntüsü üzerinden yeniden ürettiği görülmüştür.

Metaforik anlatılarda ortaya çıkan son ana örüntü “mevcut olanı kabullenme ile karakterize pasif ilişkilene örüntüsü” olarak belirlenmiştir. Tarafların klinik yoğunluk, yoğun duygusal deneyimler, güç odaklı hiyerarşi ve disiplin vb. durumlarla ilişkilene tarzlarının sorunu dile getirme, çözme, ortadan kaldırma gibi değiştirici/dönüştürücü aktif bir ilişkileneden çok mecburiyetler, işin gereklilikleri gibi kabullerle idare etme, hızlıca eritme, otamatiğe bağlama, halletme/ bir hal çaresi bulma, unutma, yok sayma, öteleme gibi mevcut olanı değiştirmeden, olanlar üzerinden yürüyen pasif ilişkilenemeler olduğu görülmüştür.

6.4.2. Yorumlar

Metaforlar üzerinden okumada, katılımcı anlatılarının bağlamsal analizi sonucunda üç ana bağlam, yedi ana tema ve 21 alt tema belirlenmiş; bu temalara ilişkin anlatılarda zengin metaforlar kullanıldığı görülmüştür. Hekimlik/cerrahlık algısı ve baskın söylem temasıyla ilgili bir taraftan bilgelik dili kullanılırken aynı zamanda hiyerarşi ve iktidar dili ile mesleğin daha çok teknik ve mekanik bir boyuta indirgendiği ortaya çıkmıştır. Örneğin asistanlar, cerrahi branşı “*araba tamir etmek*”, “*bina yapmak*” gibi teknik ve mekanik boyut üzerinden tanımlamış ve bu durumu söylemlerinde normalleştirmişlerdir. Teknik olana indirgeme öğretim üyelerinde de gözlenmiştir. Aynı zamanda öğretim üyeleri, “*doktorlar, cerrahlar ve diğerleri*” anlatısında olduğu gibi mesleklerini iktidar dili ve hiyerarşik söylem üzerinden tanımlamışlardır. İntörnler için cerrahi alan, “içinde ne olduğu belli olmayan karışık bir kutu”, “kopan, bozulan yerleri yapıştırma” olarak betimlenmiştir. Cerrah olmayı öğrenme de yine “el becerisi” üzerinden teknik olana indirgenmiş; klinikte yaşam ise “mecbur olunan, aması olmayan koşullar” bağlamında “bir nikah sözleşmesi” yapmak gibi değerlendirilmiş, “hayatımı bıraktım” gibi anlatılarla, bireysel hayatın ortadan kalktığı bir süreç olarak öykülendirilmiştir. Hekimliğin mekanik, teknik, mühendislik ağırlıklı algılanışı diğer çalışmalarda da ortaya çıkmıştır. Örneğin, doktor algıları üzerine yapılan metafor analizine dayalı bir çalışmada hastaların, hekimler için “sağlık mühendisi”, plastik cerrahlar için “artist” metaforu kullandıkları görülmüştür (Yang ve ark., 2021). Başka bir çalışmada, öğrenciler tarafından “bilinmeyenle yüzleşme” metaforu üzerinden bir tanımlama yapıldığı görülmüştür (Buckner Capone, 2023). Bu durum, genel olarak doktorluk, daha özelde cerrahlıkla ilgili baskın söylemin daha çok mekanik, teknik bir söylem olduğu; insani yönünün zayıf olduğunu ve “bilgelik” dilinin ise daha çok söylemde kaldığını, hayata geçmediğini akla getirmektedir.

Çalışmada, metaforik anlatı en yoğun şekilde “klinik ortam iklim ve kültür” bağlamında dile getirilmiştir. Tüm katılımcıların anlatılarında, özellikle klinik yoğunluk, hiyerarşik işleyiş ve duygusal ortamla ilgili alt temalarda zengin metafor grupları kullandığı görülmüştür. Hiyerarşik işleyiş, “askeri hiyerarşi” ve “piramit düzen” gibi metaforlar üzerinden betimlenmiştir. Klinik yoğunluk ve hız “cumhuriyet caddesi”, “kaos”, “baş döndürücü yoğunluk” gibi metaforlar ile anlatılırken, bununla başa çıkma yolları ile hiyerarşik işleyişin ve klinik yoğunluğun sonuçları için “şalteri indirme/kaldırma”, “robotlaşma”, “duyguların ve insanın geride kalması” gibi çok sayıda metafor kullanılmıştır. Klinik işleyişin yoğun süreçleriyle ilgili en yoğun metaforlar asistan ve hemşire anlatılarında dile gelmiştir. Kendilerini makine ve robota benzeten asistan

ve hemşireler, bu hızlı döngü/sirkülasyon ve yoğunluğun duygusal açıdan yıpratıcı olduğunu, süreci yönetmekte zorlandıklarını ve bu durumun nitelikli ve insani hasta bakımının önünde engel olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgularla benzerlik gösterecek şekilde, literatürde klinik süreçler ve etkileşimle ilgili “savaş”, “makine” ve “hiyerarşi” metaforlarının kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Rees ve ark., 2007).

Klinik eğitim ortamı metaforik anlatılarda “hızın eğitimi”, “okyanusta yüzme” ve “boğularak öğrenme” metaforları üzerinden daha çok olumlu, destekleyici, yönlendirici ve güvenli olmayan ortamlar olarak değerlendirilmiştir. Bu ortamlarda, asistanlar ve intörnlerdeki baskın hissin değersizlik, yararsızlık, görülmeme gibi olumlu olmayan hisler olduğu, hastaların ise yer yer birer “eğitim malzemesi” gibi algılandığı görülmüştür. Kendini “topun ağzındaki kişi” olarak gören, her işe koşturan “servis çömezi” ve “melek” asistan, “parasız personel” olarak “el ayak işleri”ne koşturulduğunu düşünen intörn olumlayıcı olmayan klinik ortama işaret eden metaforlardan sadece birkaçıdır.

Hemşirelik öğrencileri, klinik eğitimlerinin ilk başlarında hastaları “ödev yapma aracı, eğitim malzemesi” olarak görme eğilimindedirler. Bu durum hem eğitimcilerinin “öğrenci hastayı problem gibi çözüyor” hem de öğrencilerin “hastayı robot gibi görüyordum” ifadeleriyle dile getirilmiş olması öğrencilerin yüksek not alma aracı olarak kullanılan ve teknik bir sürece indirgenen hasta bakım süreci ve “meta” olan hasta algıların olduğu söylenebilir. Hastayı klinik eğitim malzemesi olarak görme, klinik öğretim üyelerinde de “hasta öğrencilerin eğitimi için kullanılan bir metadır” ifadesiyle benzer şekilde dile getirilmiştir. Tüm bunlar hem intörnler ve asistanlar hem de diğer öğrenenler için uygun klinik eğitim ortamları oluşturulamadığına, hatta yer yer ortaya çıkan etik sorunlara işaret etmektedir. Örtük eğitim ve öğrenme bağlamında, böyle bir klinik eğitim ortamının profesyonelliğe yönelik öğrenmeler açısından ne kadar sorunlu olduğu ortadadır. Bu bağlamda hemşirelik öğrencileri klinik eğitim ortamında yaşadıkları deneyimleri “iz bırakan, unutulmaz deneyimler” olarak olumlama eğiliminde olmaları ile eğitim ortamını intörnlerden farklı algıladıklarını da göstermiştir. Aynı zamanda hemşirelik öğrencileri mesleği öğrenme açısından da “yol haritamı çiziyorum, bir hemşire olmayı öğreniyorum” diyerek ortamı olumlu değerlendirmişlerdir.

Analizlerde, kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler bağlamında ortaya çıkan durumlar anabilim dalı başkanı baskınlığı, aile ilişkisi ve ekip olamama, aşırı duygusal yük ve mesleklerarası ilişkilerde hemşireler aleyhine hiyerarşik ve değersizleştirici ilişkiler olarak belirlenmiştir. İlişkilerde en belirgin örüntülerden birisi “aile ortamı ve ilişkisi” olarak

belirlenmiştir. Buradaki ilişki, “aile” ve “baba” metaforları ile anabilim dalı başkanı baskınlığı üzerinden ilerleyen, “başrol”, “baş model”, “aile ortamı”, aile babası” gibi metaforik anlatılarla betimlenen bir ilişki tarzıdır. Bu örüntü bir yanıyla ekip içinde yakın ve sahiplenici bir ilişki ortamı oluşturmuştur. Ancak aynı zamanda bir diğer ana örüntü olan iktidar dili, “aile ortamı ve ilişkisi” üzerinden klinikte yeniden kurulmuştur. Bu durum, ekipteki diğer öğretim üyelerinin, “*bir kişiyle, bir çiçekle bahar olmuyor*” metaforik anlatısında işaret ettiği önemli bir sonuç ortaya çıkarmaktadır: ekip olamama, süreçleri ekip olarak yürütmede zorluklar. “*Bir çiçekle bahar gelmez*”, “*Bir hekim arkasında bir yığın kalabalık*” gibi metaforik anlatılar, profesyonelliğe, meslekler arası sınır ve saygı gibi etik tutum ve davranışlara yönelik bir dizi soruna gönderme yapmaktadır.

Duygusal ortamda, uç duygusal deneyimler ve aşırı duygusal yük öne çıkmıştır. “Kasvetli ortam”, “buz gibi tenler” ile betimlenen bu ortamın, tüm katılımcılarda acıyla ilişkilene, derin etki, iz, empati, muhatabını görme, açık olma, anlama, hissetme gibi duygu ve düşünceler doğurduğu görülmüştür. Katılımcıların bu aşırı duygusal yüklerle baş etme şekillerinin duygulardan kaçış, üstünü örtme, askıya alma, erteleme, uyutma, hissizlik, işi mekanik olana indirgeme, görmezden gelme, kabullenme gibi daha çok duygularla “kopukluk üzerinden giden mesafe” almalar şeklinde olduğu görülmüştür. Örneğin bir asistanda bu durum “*Hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır.*” şekline ifade edilmiştir. Bir diğerinde “*uykuya sığınma*” ve ertesi gün re-setlenerek “*yeni bir sayfa açma*” olarak anlatılandırılmıştır. Travmatik kalıcı iz bırakan duygusal deneyimler hemşirelerde, örneğin “*sağlık personeli olmak belki de bunları gerektiriyor*” denerek mesleklerinin bir gerekliliği olarak görme ve “kabullenme” ile sonuçlanabilmiştir. Nordon ve Hari (2021), metaforların, acil veya kritik durumları sembolize ederek, duygularla baş etmede, onları daha yönetilebilir hale getirmede ve duygusal olarak yoğun deneyimleri anlamada güçlü ve güçlendirici bir araç olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, zor deneyimler üzerinden hastalara bakım vermeye ilişkin metaforların “mesleki farkındalık” ve “zor bir süreç/direnç” temalarında yoğunlaştığı görülmüştür (Akgül-Gündoğdu ve ark., 2022). Toplum ruh sağlığı çalışanlarıyla yapılan bir diğer çalışmada ise “güç ve kontrol” metaforları üzerinden sağlık bakım süreçlerinin doğası gereği zorlayıcı ve karmaşık bir süreç olduğu ve hastanın iyiliğini amaçlayan bir müdahalenin yarattığı etik gerilimlerin zor durumlar yaşattığı belirtilmiştir (Lawn ve ark., 2016).

Bu tezde, özellikle hemşire anlatılarında ön plana çıkan bir diğer tema hemşirelik mesleği aleyhine olan meslek algısı, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme olmuştur. Doktorlar arasındaki ve toplumdaki hemşireli meslek algısı, mesleklerarası sınırın yeterince

korunmaması, saygı gösterilmemesi ve hak ettiği değerin verilmemesi şeklindedir. Hemşire anlatılarında doktorlarla ilişkideki hiyerarşi ve değersizleştirme, “çizgiyi aşmama”, “günah keçisi olma”, “bir çöp tenekesi kadar değer görmeme” gibi metaforlarla dile getirilmiştir. Ayrıca böyle bir duygusal, sosyal ortamın aşırı klinik yoğunlukla bir arada deneyimlenmesi değersizlik hissi yanında eldeki işin eritilmesine odaklanmanın getirdiği “muhatabını görmeme/körleşme” benzeri durumlar ortaya çıkardığı görülmüştür. Literatürde, hemşirelerle yapılan metaforik çalışmalarda, hemşirelerin ağır çalışma koşullarının etkisiyle yapılan hataların ilk sorumlusu olarak görüldüklerine; “günah keçisi”, “kum torbası” ve “robot” gibi metaforlar üzerinden hem hasta yakınları hem de diğer sağlık çalışanları tarafından olumsuz algılandıklarına yönelik benzer bulgular elde edilmiştir (Kale ve Çiçek, 2015).

Yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür bağlamıyla ilgili iki tema cerrahi kliniğe ilişkin kurumdaki ve yereldeki algılar ile hasta ve yakınlarına ilişkin algı ve davranış örüntüleri olmuştur. Cerrahi kliniğin hastanenin “bel kemiği”, “makrofaji”, bölgenin “lordlar kamarası”, “şark odası”, bölüm başkanının ise “*ne olursan ol gel*” diyen Mevlana ile betimlendiği anlatılarda hasta ve yakınlarına ilişkin sağlık çalışanının algıları da “köy ağası” gibi yerel ve kültürel motiflerle dile getirilmiştir.

Metaforların söylemi ve anlamının arkasında bir sosyal grubun hem kolektif hafızası hem de mevcut değer ve yargıları bulunduğu varsayımından yola çıkan bir çalışmada, metaforik ifadelerin sosyal, tarihi ve kültürel bağlamlar gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği ve aynı zamanda dil, düşünce ve insani değerler arasındaki ilişkiyi belirlediği vurgulanmıştır (Xu, 2023). Ayrıca sağlık süreçlerinde profesyonel düşünce ve eylemleri belirlemede anlatı ve metaforların profesyonel tutum ve sağlık okuryazarlığı açısından önemli olduğu ifade edilmiştir (Talley, 2016). Yine, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin etik anlayışlarının metafor analizleri üzerinden ortaya konduğu çalışmalarda tıp öğrencilerin etiği “toplumsal düzen sağlayıcı”, “teorik-pratik çatışma” ve “değerlerle ilişkili” boyutlar üzerinden ele aldıkları bulunmuştur. Hemşirelik öğrencileri ise etik karar vermenin bireye özgü olabileceğine ama bireyin ahlak ve diğer değerlerinden etkilenebileceğine dikkat çekmişlerdir (Keskin ve ark., 2019; Dilek Turan, 2022). Tüm bunlar, klinikte yaşanan deneyimlerin içinde yaşandığı yerel, toplumsal ve kültürel bağlamla, bunlara ilişkin değer ve söylemlerle çerçevelendiğini ve anlam bulduğunu düşündürmektedir. Yerel, toplumsal kültürün en önemli taşıyıcılarından birisi de metaforlardır. Sağlık süreçleri kişilerarası ve meslekler arası yoğun etkileşim ortamlarıdır. Bu ortamlarda edebi bir tür üzerinden (öykü, anlatı, metafor, şiir gibi) duyguları ve düşünceleri örtük veya açık bir şekilde dile getirmek, sağlık alanındaki başta etik konuları olmak üzere çatışma ve ilişkileri

anlama gibi birçok konuda meseleleri gündeme getirmenin bir yoludur. Özellikle sağlıkta şiddet konusunun yoğun yaşandığı günümüzde, bu türden edebi anlatımlarla sağlık ortamının zorlu koşullarının ele alınması hem sağlık çalışanları arasında hem de toplumdaki algı ve davranışlar üzerinde olumlu katkılar sağlayacaktır (Erbay, 2017).

7. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

7.1. Genel Tartışma

Anlatı desenli nitel tez çalışmasında, bir cerrahi klinikte, tarafların yaşadığı deneyim ve tarafların/ekibin bu deneyimlere ilişkin anlatıları üç katmanlı bağlamsal analizle değerlendirilmiştir. Genel olarak, elde edilen bulgular, deneyimi bağlamsal ve düşünümsel bir yaklaşımla yaşamamanın sonuçlarına, dolayısıyla bağlamsal ve düşünümsel yaklaşımla yaşanan deneyimleri kendi bağlamları içinde, bağlamsal farkındalıkla yaşamamanın ve üzerinde düşünmenin önemine işaret etmektedir. Yine bu tez çalışmasıyla, bireysel, ekipsel, kurumsal veya toplumsal deneyimlere ve durumlara ilişkin nitel araştırmaların aynı yaklaşımla tasarlanmasının, analizin ve yorumlamasının nitel araştırmalara farklı bir çerçeve sunabileceği görülmüştür.

İlgili literatür dikkate alınarak bulgular üzerinden ortaya çıkan sonuçları genel olarak şu şekilde toparlamak mümkündür. Sağlık bakımından eğitime ve yönetimine kadar tüm deneyimleri, bağlamsal ve düşünümsel bir yaklaşım ele almak taraflara farklı ve yeni çerçeve sunmaktadır. Bu yeni çerçeveye göre süreç ve sonuçları/çıktıları ile birlikte yaşanan deneyimlerin niteliğini belirleyen üç ana nokta; yaşanan deneyimin kendisi, deneyimin içinde yaşandığı bağlamların nitelikleri ve ekibin/tarafların bunlarla nasıl ilişkilendiği; dolayısıyla tüm bunlar üzerine düşünümledir (Gülpınar, 2021; Gülpınar, 2024a; Sanders, 2009; Schrewe ve ark., 2018). Nitekim bulgular, genel olarak iki önemli noktaya işaret etmektedir:

- Deneyimi bağlamsal ve düşünümsel yaklaşımla yaşamama bir dizi olumsuz, hatta yer yer yıkıcı sonuçları ve etkileri beraberinde getirmektedir.
- Benzer bağlamsal nitelikler asistan, hemşire, öğrenci ve eğitimcilerde farklı şekillerde deneyimlenebilmekte ve tarafların bunlarla ilişkilene şekillerine göre sonuç ve etkiler farklılaşabilmektedir.

Bu genel değerlendirmeden sonra, ileri analizlerden elde edilen bulguların yorum ve değerlendirmeleri şu şekildedir. Hatırlanacağı gibi bu tezde, ilk analiz sonucunda ortaya çıkan üç ana bağlam ve boyut üzerinden ikinci aşamada bağlamsal okuma ve analizler gerçekleştirilmiştir.

Bu üçlü okuma ve analizin ilkinde tarafların yaşadıkları sağlık bakım ve klinik eğitim süreçleri kurumsal, toplumsal, ulusal ortam, iklim, kültür ve sistem bağlamında ele alınmıştır. Birinci

araştırma sorusu kapsamında yaşanan deneyim ve anlatısına ilişkin öne çıkan noktalar klinik sistem (yapı, işleyiş, yük) özelinde sağlık hizmeti baskınlığı, klinik yoğunluk ve disiplin odaklı hiyerarşik işleyiş olmuştur. Anlatılarda, araştırma probleminde belirlenmiş olmasına karşın klinik eğitim sistemi kendi başına ayrı bir bağlam olarak ortaya çıkmamış, bu yönde temalar belirlenmemiş; eğitim sistemi daha çok sağlık bakım sistemi dolayımında dile getirilmiştir. Bu durumu, klinikte sağlık bakım süreçlerinin baskınlığı ve bu baskınlığın, eğitim ve araştırmanın geri plana itilmesiyle sonuçlandığı şeklinde yorumlamak mümkündür.

Tezde elde edilen diğer sonuç klinik ortam, iklim ve kültüre ilişkindir. Bulgulara göre klinikte aile ilişkisi ve özverili ortamın yanında çoğunlukla insani olmayan zorlayıcı, stresli, yıkıcı bir duygusal ve sosyal ortam/iklim söz konusu olduğu ileri sürülebilir. Bu yöndeki bir diğer ana bulgu, klinik yoğunluk ve buna eşlik eden güç odaklı hiyerarşik ve disiplinli bir klinik ortam ve kültürün varlığı yönündedir. Aile ortamı ve ilişkisi bir taraftan taraflar arasında samimi ve yakın bir ilişkilenebilirken aynı zamanda klinik ortamdaki güç odaklı hiyerarşik ve disiplinli ortamı yeniden üretilebilmektedir. Bu durum, mesleki ve mesleklerarası ilişkilerde zorluklar, yer yer diğerlerinin içinde bulunduğu duruma karşı körlükler oluşturabilmektedir. Ekip olmayı ve klinik süreci, mesleklerarası sınırlara saygılı bir şekilde ekip olarak yürütmeyi, bu yönde bir kurumsal kültürün oluşumunu zorlaştırabilmektedir. Profesyonel ve etik olmayan durumları ve davranışları besleyebilmektedir.

Yerel, toplumsal, ulusal bağlam özelinde öne çıkan noktalar ise bölgenin sağlık yükü, ulusal politikalar ve sağlık sistemi ile geniş aile yapısı ve ilişkileri özelinde yerel kültürel özellikler olmuştur. Bulgular, bu bağlamsal özelliklerin ve bunlarla pasif bir şekilde ilişkilenebilirliklerinin bir dizi olumsuz sonuç ve etkilerine işaret etmektedir. Örneğin bu etkilerden birisi, özellikle hemşirelik mesleğine yönelik son zamanlarda daha da güçlenen olumsuz toplumsal algı ve davranıştır.

İkinci araştırma sorusu kapsamında tarafların, birinci araştırma problemi çerçevesinde ortaya çıkan bağlamlar ve bunların ortaya çıkardığı durumlarla nasıl ilişkilendiği, nasıl baş etmeye çalıştıkları analiz edilmiştir. Bu yöndeki ana örüntüler ortaya çıkarılmıştır. Bu kapsamda tarafların karşılaştıkları durumları/problemleri daha çok hızlı, algoritmik, palyatif, ara çözümler üreterek, bir hal çaresini bularak, süreci mekanik olana indirgeyerek, rutin süreçlere dönüştürerek, duygularını ve insanı olanı dışarıda bırakarak, rasyonel gerekçeler üreterek, yumuşatarak, idare ederek veya kabullenerek çözmeye çalıştıkları görülmüştür. Tarafların yaşadığı deneyimle ve bağlamla ilişkilenebilirlik tarzının daha çok, mevcudu değiştirmeye çalışan,

bu yönde çaba gösteren aktif ilişkilendirmelerden çok mevcudu kabul eden bunun üzerinden palyatif çözüm arayışlarına giden pasif ilişkilendirmeler şeklinde olduğu görülmüştür. Taraflarda bağlamı, süreç ve etkileriyle dikkate alan, üzerinde düşünen ve değiştirmeye çalışan bağlamsal ve düşünümsel aktif bir ilişkilendirme şeklinin olmaması mevcut sorunların devam etmesine ve yeni sorun ve olumsuz sonuçlar ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Üçüncü araştırma sorusu kapsamında ortaya çıkan analizlerde gözlemlendiği gibi, zorlayıcı deneyimler ile bu deneyimlerle ve bağlamıyla düşünümsel ve bağlamsal olmayan bu pasif ilişkilendirme şeklinin taraflar üzerindeki sonuç ve etkileri çoğunlukla olumsuz yönde olmuştur. İş doyumu ve mesleğe aidiyette artma gibi olumlu sonuçlardan çok tüketici ve yıkıcı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Anlatılarda bölüme bağlılık ve çalışma isteğinde artma daha az dile gelirken değersizlik hissi, bölümü/işi bırakma, nefret, zayıf sosyalleşme gibi olumsuz duygusal, motivasyonel, ruhsal ve davranışlar sonuçlar daha fazla ifade edilmiştir. Yine bu durumun eğitim ve bilimsel süreçlerde zayıflamaya, hastalarla ilişkinin niteliğinde düşmeye neden olduğu bildirilmiştir.

İkinci bağlamsal okuma ve analiz, tarafların yaşadıkları duygusal deneyimler, bu deneyimlerin içinde yaşandığı bağlam ve bunların etkileri odağında yapılmıştır. Birinci araştırma problemi kapsamında yapılan analizde klinikte yaşanan sağlık bakım ve klinik eğitim süreçlerinin duygusal olarak yoğun süreçler olduğu ve bunların kişilerde yapıcı ve yıkıcı çok sayıda duyguyu ortaya çıkardığı görülmüştür. Ortaya çıkan yapıcı duygular memnuniyetten, heyecana, merhamete ve şefkate kadar; yıkıcı duygular ise sitem ve tükenmişlikten hayal kırıklığı ve öfkeye kadar çok geniş bir yelpazeye sahiptir.

İkinci araştırma sorusu kapsamında duygusal deneyimlerin, yerel ve ulusal bağlamdan kurumsal bağlama kadar geniş bir bağlamda yaşandığı gözlenmiştir. Kurumun fiziksel, sosyal duygusal ortamı ile kurumda/klinikte geçerli olan sisteme; yerel sosyo-kültürel yaşam ve ulusal sisteme ilişkin pek çok faktör yaşanan duygusal deneyimlerde ve ortaya çıkan duygularda belirleyici olmuştur. Bu faktörler klinik yoğunluk, iş yükü ve yönetiminden cerrahi disiplin ve hiyerarşiye, etkileşimsel (ekipiçi, mesleklerası, hasta ve yakınları ile), duygusal ve mekânsal ortamlardan toplumdaki sosyo-kültürel etkileşim ve mesleklere ilişkin algılara kadar çeşitlilik göstermiştir. Analizler sonucunda ortaya çıkan bu tablo sağlık bakım ve klinik eğitim deneyimlerinin sadece mesleğe ve klinik eğitime ilişkin düşünsel ve teknik süreçler değil aynı zamanda yoğun duygusal süreçler olduğunu göstermektedir. Ancak bu süreçlerde duygusal olan genellikle göz ardı edilmekte, hesaba katılmamakta, hatta ortaya çıkardığı duygusal yükü

hafifletmek amacıyla dışarıda tutulmaya çalışılmaktadır. Oysa üçüncü araştırma problemi kapsamında ortaya konduğu gibi, duygusal deneyimlerle nasıl ilişkilendiğimiz, onlara karşı ne tür düşünsel (anlam verme veya mevcut durumu kabullenme), duygusal (kaçınma veya duyuşsal, motivasyonel cevaplar üretme), ve davranışsal (çözüme yönelik aktif veya pasif davranışlar sergileme) örüntüler geliştirdiğimiz deneyimi tüm boyutlarıyla olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, yaşanan duygusal deneyimlerimiz, bu deneyimlerin bağlamları ve bunlarla ilişkilene şekillerimiz üzerinde düşünme (düşünümsel sağlık bakım ve klinik eğitim deneyimleri), hem kurumundaki ve toplumdaki duygusal ortamın ve iklimin, hem de yaşanan deneyimlerle birlikte ortaya çıkan duygularımızın ve duygusal iyilik hallerimizin olumlu yönde değişmesini sağlayacaktır. Bu şekilde, duygusal ortamı ve deneyimleri olumsuz yönde etkileyen bağlamsal faktörlerde ve duygusal deneyimlerimizle uygun olmayan ilişkilene tarzlarımızda düzenlemelere/iyileştirmelere gitmek mümkün olabilecektir. Sağlık bakım ve klinik eğitim süreçlerinde, duygulara ve anlatılara açık daha insani, destekleyici ve olumlayıcı karşılaşmalar ve etkileşimler yaşanabilecektir.

Üçüncü bağlamsal okuma ve analiz, anlatılardaki metaforlar üzerine yapılmıştır. Birinci ve ikinci araştırma problemi kapsamında, belirlenen şu üç bağlam altında çok sayıda metafor kullanıldığı görülmüştür: “cerrahi alan, habitus ve söylem”, “klinik ortam, iklim ve kültür” ve “yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür”. İlk bağlamla ilgili bilgelik (hikmetli olma), teknik olana indirgeme (araba tamiri), cerrahi hüner (piyona çalışıyormuş gibi), mecburiyet ve motivasyon (ya bu deveyi güdersin), bireysel hayatın ortadan kalkması (hayatımı bıraktım) hiyerarşi ve iktidar dili (küçük tepeleri ben yarattım) temalarında çok sayıda metafor kullanıldığı görülmüştür. Klinik ortam, iklim ve kültür bağlamında yine, hiyerarşi (askeriye gibi), klinik yoğunluk (kaotik servis, makineleşme), duygusal/insani olanın geride kalması (robot gibi davranma, hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır, beyniniz o kadar hızlı ki duygularınız geride), asistan algısı (topun ağzındaki kişi), boşunalık, değersizlik (el yak işleri), aile ilişkisi (aile babası) duygusal yük (derin bir iz), meslek algıları ve sınır (o çizgiyi aşmak istemem) temalarına ilişkin metaforlar belirlenmiştir. Yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültüre ilişkin metaforlar ise kliniğin önemi ve yereldeki algısı (hastanenin bel kemiği, göz bebeği), hasta/hasta yakını davranışları, sağlık çalışanları arasında farklılaşan tutumları ve kültürel/yerel etki (her hasta bir köy ağası, hemşireye gelince kavga doktora el pençe) temalarında metaforlar kullanımı vardır. Hemen her alanda çok çeşitli ve anlam yüklü, yaşanan deneyimlere ilişkin önemli anlamlara, örüntülere işaret eden metafor kullanımı söz konusudur.

Üçüncü araştırma problemi kapsamında, kullanılan metaforların dört ana örüntüye işaret ettiği belirlenmiştir. İlki, mekanik metaforlar üzerinden “mekanik, teknik bir hekimlik ve meslek” örüntüsüdür. İkinci ve üçüncü örüntü, gerek klinik işleyiş gerekse meslekiçi ve mesleklerarası söylem, tutum ve davranışlarda geçerli olan “güç odaklı hiyerarşik, disiplinli ilişkilene ve davranış” ile “aile ortamı ve ilişkisi” örüntüleridir. Son ana örüntü ise, deneyim ve içinde bulunduğu bağlamla “mevcut olanı/bağlamı kabullenme ile karakterize pasif ilişkilene örüntüsü” olarak belirlenmiştir. Bu zengin metafor kullanımı ve işaret ettiği hususlar, sağlık bakım ve klinik eğitim süreçlerinde yaşanan deneyimleri anlamak için metaforlar üzerinden yapılacak nitel çalışmaların ne kadar önemli olduğunun altını çizmektedir. Metaforik anlatıların bireye, ekibe, profesyonel topluluklara ve kurumlara yönelik durumları/problemleri derinlemesine anlamak ve değerlendirmek için kullanılabileceği göstermektedir.

7.2. Sınırlılıklar

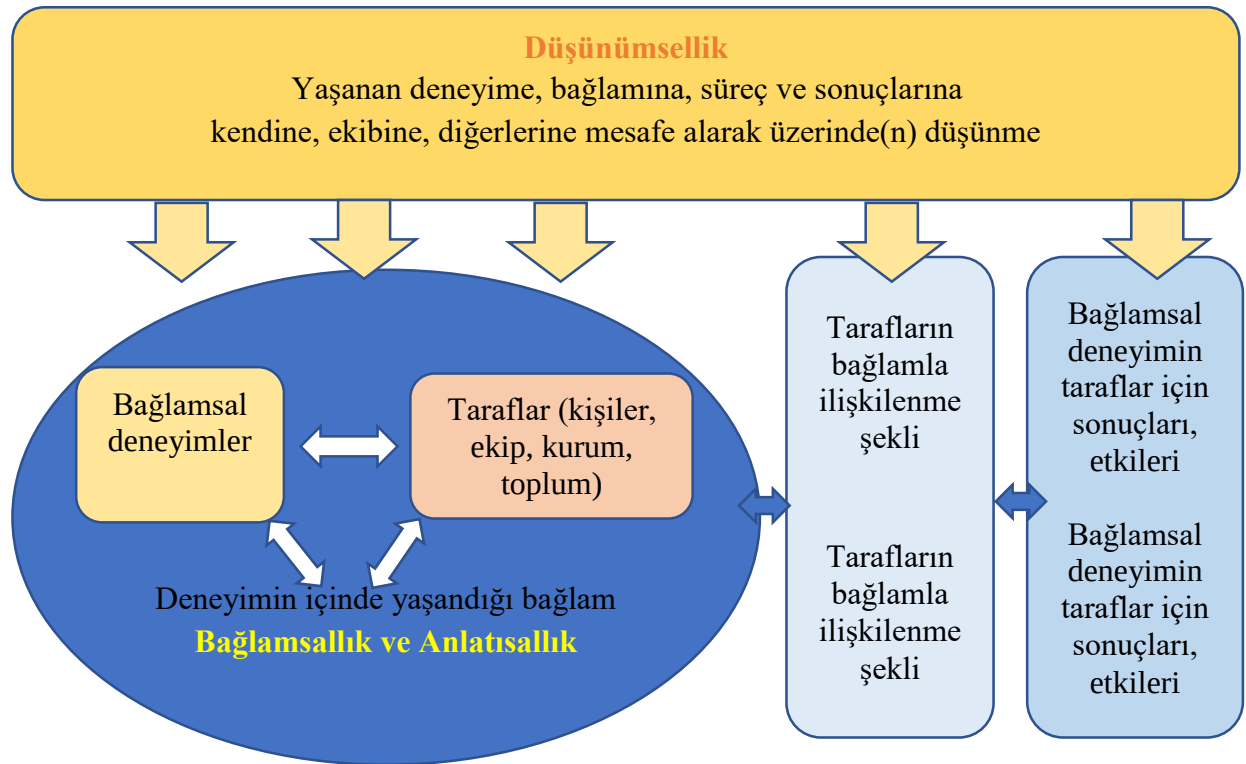
Nitel araştırmaların genel olarak amacı, araştırma konusu olan durumu, fenomeni, problemi kendi bağlamı (bireye, kuruma, uzmanlık alanına, yerel, toplumsal, ulusal vb. olana ait bağlam) içinde “anlama”, belli bir mesafe alarak, bu bağlamlar ve bağlamsal deneyimler üzerine eleştirel olarak düşünme ve yorumlama çabasıdır. Bu noktada, elde edilen nitel verilerin, bağlamsal analizle, kendi bağlamı içinde kalarak yapılması ve bulguların bu bağlam dikkate alınarak değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışmanın en genel anlamıyla kurumsal, yerel, toplumsal ve ulusal bağlamı; yoğun iş yükü, aile metaforun üzerinden yaşanan ve yer yer yerel motifler taşıyan sosyal, duygusal etkileşimler ve katı disiplin/hiyerarşidir. Dolayısıyla bu çalışmada anlatılarda betimlenen deneyimlerin ve ortaya çıkan bulguların bu bağlamlar çerçevesinde okunması ve yorumlanması gerekir. Farklı bir bölgede (Marmara, Ege veya Orta Anadolu Bölgesi) ve kurumda (devlet veya vakıf tıp fakültesi ve hastanesi) yürütülecek benzer çalışmalarda öne çıkan bağlamlar ve tarafların bu bağlamlarla ilişkilene şekilleri, dolayısıyla bulgular ve yorumlamaları farklı olabilecektir. Dolayısıyla bir duruma, fenomene ilişkin anlatıların farklı bağlamlarda araştırılması, bu yönde çok sayıda araştırma yapılması, anlatılar arası karşılıklı okuma ve yorumlamalarla ele alınan durumun daha derinlikli anlaşılmasına hizmet edecektir.

Bu çalışmada ortaya çıkan bulgular ve yorumlar aynı zamanda araştırma ekibinin bağlamı ve araştırmacıların kendi bireysel bağlamlarıyla (eğitimi, deneyimleri, baskın teorik yönelimleri vb.) çerçevelendirilmiştir. Bir yönüyle, araştırmacıların tıp eğitimcisi olması ve birincil araştırmacı dışında klinik sağlık bakım hizmeti sunumunda yer almamış olmaları araştırma ekibine,

araştırılan deneyime ve araştırmaya konu olan durumlara dışarıdan, belli bir mesafeden bakma ve eleştirel düşünüm imkanı vermiştir. Ancak aynı durum, araştırma ekibinde aktif olarak çalışan bir klinisyenin olmaması ile birlikte düşünüldüğünde, içeriden bakışla fark edilebilecek noktaların kaçırılmasına neden olmuş olabilir. Analizlerde ortaya çıkan bulguların ve yorumların içeriden bir göz ve zihinle farklı şekillerde yorumlanabilme ihtimalini dikkatlerden kaçırmış olabilir.

7.3. Sonuç ve Öneriler

Bu tezde elde edilen bulgular ve ilgili literatür dikkate alınarak araştırmaya konu olan duruma (klinik süreçlerde tarafların deneyimleri ve anlatıları) ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeve Şekil 6’da yeniden çerçevelendirilmiştir (Gülpınar, 2021; Gülpınar 2024a; Gülpınar, 2024b).



Şekil 6: Bağlamsal düşünümsel deneyim ve sürekli gelişime ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeve

“Bağlamsal Düşünümsel Deneyim ve Sürekli Gelişim” olarak tanımlayabileceğimiz bu şema, bireylere, ekiplere ve kurumlara sağlık bakım hizmeti sunumu ve eğitim süreçlerinden sağlık süreçlerin yönetimine kadar tüm deneyimleri için şu şekilde bir çerçeve sunmaktadır:

- Yaşanan her deneyim bağlamsaldır. Kendi özel bağlamında yaşanır ve bu bağlam tarafından belirlenir/çerçevenir. Tarafların (birey, ekip, mesleki toplulukları, kurumlar) anlatıları, dolayısıyla duygu ve anlam dünyaları, değerleri, davranışları ve kimlikleri bu bağlam içinde inşa edilir.

- Bağlamlar, bireysel bağlam, çalışma topluluğuna ve ekibe ait bağlam, kurumsal, bölgesel, toplumsal ve ulusal bağlamlar olarak sınıflandırılabilir. Bunlar kendi içlerinde fiziksel/teknolojik, duygusal, sosyal ve ilişkisel, kültürel, politik, söylemsel vb. ortam, iklim kültür ile çeşitli düzeylerdeki sistem (kurumsal, ulusal) olarak alt gruplara ayrılabilir.
- Deneyimi yaşayan taraflar, kendi kararları olan, irade sahibi birer aktör ve yaşanan deneyimde bağlam gibi belirleyicidirler.
- Dolayısıyla, ne içsel yapılandırmacı yaklaşımda olduğu gibi daha çok bireysel olanın ne de yapısalcı veya sosyokültürel yapılandırmacı yaklaşımlarda olduğu gibi daha çok bağlamsal olanın esas kabul edildiği tek yönlü belirlenimler yerine tarafların, deneyimlerin ve bağlamların “karşılıklı etkileşimi ve dönüşümü” ile ilerleyen “birlikte belirlenim”den, “karşılıklı belirlenim”den söz etmek daha uygundur.
- Yaşanan deneyimde, bağlam ve süreç iç içedir. Bu iç içelik, karşılıklı etkileşim ve dönüşüm ve bağlamsal, düşünümsel yaklaşım ile kendi özel sonuç ve çıktıları ortaya çıkarır.
- Dolayısıyla yaşanan deneyimin süreç ve çıktılarıyla niteliği, içinde bulunulan bağlam kadar, tarafların kendi bağlamları (bireyin, ekibin, kurumun, mesleki topluluğun/alanın) ve yaşanan somut deneyimin içinde gerçekleştiği bağlam ile ilişkilene şekilleri tarafından belirlenir.
- Yaşanan deneyim, düşünümsel yaklaşımla birer gelişim ve dönüşüm sürecine dönüşür. Taraflar, yaşadığı deneyimine ve deneyimin bağlamına, süreç ve sonuçlarına; bu süreçte ekibe ve kendine mesafe alarak, belli bir mesafeden bunlar üzerine/üzerinden düşünerek kendilerini sürekli gelişime ve dönüşüme açık tutarlar.
- Bağlamını dikkate almadan yaşanan deneyim mesleki tükenme, aidiyet kaybı; düşünümsel olmayan deneyim ise eksik, yanlış öğrenmeler, vasatlık, yetkinleşememe ve mesleki hata gibi durumlarla sonuçlanacaktır.
- Bireyler, ekipler, kurumlar, mesleki topluluklar bağlamsal ve düşünümsel deneyimlerle kendi seslerine ve tavırlarına, kendi anlatılarına/hikâyelerine kavuşurlar. Bu anlatılar üzerinden gelişir ve mesleki, kurumsal vb. kimliklerini inşa ederler.

Şekil 6’da çizilen yeniden çerçevelendirmeyi (Bağlamsal Düşünümsel Deneyim ve Sürekli Gelişim) somutlamak adına, bulgular kısmında sunulan asistan anlatısı (Anlatı 1), bu yeni çerçeve üzerinden aşağıda yeniden öykülendirilmiştir. Bu şekilde, bağlamsal olanı hesaba katmadan yaşanan düşünümsel olmayan bir deneyimin bağlamsal ve düşünümsel bir yaklaşımla nasıl yaşanabileceğinin ve bu deneyimin anlatısının nasıl farklılaşabileceğinin olası bir

örneğinin verilmesi amaçlanmıştır. Yeniden anlatılamada değiştirilen bölümlerin altı, çıkarılan kısımların ise üzeri çizilmiş haliyle EK.3'te sunulmuştur.

Yeniden çerçeveleme ve anlatılama

Bu bölüme gelme isteği bende öğrenciliğimden başlamıştı, seviyordum. Ama aynı zamanda farkındaydım başıma geleceklerin. Zor branştayım, zor ama en azından beni tam tatmin edecek bir bölümdeyim. Ancak, şimdi geriye dönüp bakıyorum da, ben daha çok mesleğin zorluğunu hesaba katarak ve karşılaştığım sorunlara, kendimce, bir şekilde bir hal çaresi bulurum diyerek/bularak gelmişim ve devam etmişim bölüme. Koşulları, koşulların ne kadar belirleyici olabileceğini çok da hesaba katmamışım. Bunların üzerinde durmamışım, hatta durmaktan çok kaçınmışım. Şimdiki aklım olsaydı, farklı yaşanabilir miydi geçen iki yıl, bilmiyorum. Ama en azından denerdim diye düşünüyorum.

Nasıl bir yer mi burası? Bu hastanenin, bu kurumun lokomotifi. Hocamızın sayesinde en düzgün işleyen kliniklerden bir tanesi. En tepede, “kralın şark odası” (yeni anlatıda tırnak içine alındı) gibi. Disiplinsizliği asla kabul etmeyen bir branş. Hiç ummadığım kadar ciddiyeti olan bir klinik, belki tıbbın her alanı için herkes bunu söyleyebilir ama buradaki süreç hiçbir hatayı, hiçbir eksiği, gözden kaçmış hiçbir şeyi affedemeyecek kadar ciddi bir klinik. Bu klinik işleyiş, yoğunluk, disiplin ve hiyerarşi ilk başlarda çarpıyor insanı, ters geliyor. “Sonra alışıyorsun, alışmak, kabullenmek durumunda kalıyorsun, başka ne yapabilirsin ki, etin ne budun ne.” diye devam ederdim önceleri. Ancak şimdi, “Acaba diyorum, başka türlü olabilir mi?” Zor, farkındayım ama en azından, kendi kendime de olsa (gülerek), bu soruyu yöneltecek cesareti buldum sanırım.

Evet, belli bir disiplin çerçevesinde işin yürümesi gerekiyor. Benim için anlam ifade eden bir şey, işin bu yönü. Yani sürekli alarmda olman gerekiyor. Ama aynı zamanda eğlenceli, biraz da elle tutulur, somut bir iş yapıyor olmam. Diğer kliniklerden en önemli farkı bu bence. Dışardan bir perde arkasından bakmak gibi değil de, bire bir o patolojiyle temas etmek, daha böyle insana heyecan veriyor. Hayal ettiğin şeylerin güzelliğini yaşıyorsun yani.

Burada normalde her asistanın başlama sürecinde ilk başlarda istifa etme ya da o kliniği terk etme gibi düşünceleri oluyor. İnsanın modu düşebiliyor. Bir hocanın sözleri senin bütün şevkini yerle bir edebiliyor. Ben neden istifa etmiyorum diyebiliyorsun. Ben bir keresinde çok yorgundum, böyle yorgun yorgun yoğun bakımdayım. Hoca içeri girdi, dedi “*Hayırdır.*” dedim, “*Hocam, valla çok yorgunum, hiç dinlenemiyorum, kronik yorgunluk oldu, ne yapayım*

bilmiyorum.” “*Ben yirmi beş yıldır hiç dinlenemiyorum*” diye karşılık verdi Hoca. Ben de kendi kendime, “*Bu adam yapıyorsa ben de yaparım.*” demiştim o zamanlar. Şimdi olsa, “*Hocam, gerçekten, değen birşeyler için yorulmaya evet ama işten çok diğer konular yoruyor, katlanılmaz kılıyor, tüketiyor insanı...*” diye bir cümleye başlar mıydım! Deli olmam gerekirdi sanırım, ama delilik iyidir belki de bazı durumlarda (gülerek). Hakketen, iş yormuyor insanı. Hatta bazen tüm yorgunluğunuza rağmen, yani bazen hocalardan birinin bir sözü, insana iyi gelen, içinde bulunduğumuz şartları gören bir sözü, bir davranışı ile seni buraya şevkle bağlıyor ve üç ay deposu yeni doldurmuş araç gibi gidebiliyorsun. Enerji de veriyor hocan sana. Heyecanımı hiçbir zaman kaybetmedim. Sonuçta bir aile olarak iç içe yaşıyoruz. Ben annemi babamı hocalarımdan daha az görüyorum. Bu aile ortamı ve ilişkisi, bu yakınlık iyi geliyor insana, sarıp sarmalıyor. Ama aynı zamanda profesyonelce, hekim-hekime ilişkiyi de zorlaştırıyor, mesafeyi flulaştırıyor, farkında olmadan istenmeyen tutum ve davranışlara, olumsuz sonuçlara yol açabiliyor. Bunlar üzerine konuşmak isterdim mesela hocalarımla. Bunları konuşabilecek bir ortam, bir kültür olsun isterdim bölümde, kurumda ve hatta toplumda.

Bizim bölümü diğer dâhili bölümlerden ayıran birçok yönü var. Ameliyathane denen koca bir yük. Diğer bölümlere bazen konsültasyona gittiğimde koridor bomboş. “*Acaba bu serviste hasta mı yok*”, diyorum kendi kendime. Doktor odasını açıyorum, birkaç kişi oturuyor. Dosya hekimliği yapıyorlar aslında. Biz hiç servisi boş görmedik, hiç oturmadık, illa birileri koşturuyor. Diğer bölümlerin yoğunluğu belki var ama bizim kocaman yüklerimiz, farkımız var. O kadar bariz bir fark ki, bir gün birimizi alıp dâhiliyeciyi yapsalar, onların altı yedi saatte yaptıkları işi biz bir saatte yapar, gider uyuruz muhtemelen. Benim öyle bir lüksüm yok, olabildiğince hızlı olacaksın bu bölümde. Önceleri bu şekilde düşünürdüm. Şimdi? Biraz farklı sanırım. Örneğin, “*Dosya hekimliği yapıyorlar aslında*” demezdim herhalde, o nasıl üstenci, değersizleştirici bir ifade öyle (gülüyor kendine). Yoğunluğu bu denli normalleştiren, değişmez kabul eden bir dil kullanmazdım, daha bir acabası olan bir yaklaşımım olurdu. “*Acaba içinde bulunduğumuz bu yoğunluk...*”, “*tövbe, tövbe, kanıma susadım galiba*” (yine gülüyor kendine). Neyse seviyorum işimi, bölümde elini çok hızlı bulduğum, çok beğendiğim arkadaşlarım var, bazen sanki piyano çalabiliyormuş gibi bakıyorum onlara. Gerçekten diyorum yani, ne kadar güzel, ne kadar hızlı çalışıyor.

Aynı zamanda duygusal yükü de ağır bir bölüm burası, çok yoğun ve stresli. Bir noktaya kadar anlaşılabilir bir durum bu. Duygusal olarak yoğun, zaman zaman uçlarda, çok iz bırakan olaylar yaşıyoruz. Ben bir hastamı kaybettikten sonra aylarca ameliyathaneye gidemediğimi bilirim.

Yemeden içmeden kesildim, depresyona girdim, hiçbir şeyden zevk almadım, aylarıma mal oldu bu süreç. Tek başıma kaldım ve kendimce hal çareleri aradım ve buldum. Ama, kaçmak, ama üstünü örtmek, ama kendini işe, işin rutinine, yoğunluğuna vermek, düşünmeden Keşke bu duygularımı konuşabileceğim zamanlarım olsaydı, bu süreçte bana destek ve rehberlik edecek eğiticiler, belki bu yönde eğitimler. Keşke bu uç duyguları, bir de aşırı ve yeterince planlı olmayan klinik yoğunluğun getirdiği yük, gereksiz, adil olmayan iş yüküyle yaşamıyor olsaydım. Sonuçları hiç de olumlu olmadı bu şekilde yaşamamın. Üstelik, çok da üzerinde konuşmadan, öylesine, mecburuz diye sırtlandığımız o yoğun temponun başka sonuçları da oldu. O temponun içinde ben pratik eğitimin de bazen şey olduğunu düşünüyorum, geri planda kaldığını. İşleri yetiştirmeye çalışırken eğitimi geri planda bırakıyorsunuz. *“Bu da hızın eğitimi yani! Hızlı olmanın gerektirdiği eğitim.”* diye rasyonelize ederdim önceleri, bir nebze de olsa kendimi rahatlatırdım, gazımı alırdım bir süre içi. Ya şimdi, sizin kullandığınız terminoloji ile, neydi o, “ben de bağlamsal ve düşünümsel yaklaşım” hastalığı yakalandım galiba (gülerek).

Şimdi, şöyle bir düşünüyorum da, tüm bu koşuşturmaya, çabalamaya rağmen, tüm hayatını bu bölümde, işte bırakmana rağmen asistan aslında üniversite hastanelerinde topun ağzındaki kişidir. En çok çalışan, yorulan ama emeği, hakkı ödenmeyen, görülmeyen... Sistem baştan kokuyor, balığımız yani. Kendinden fedakârlıkla bu iş yapılıyor, hakkı da ödenmiyor. Biraz mecburiyetten. Biraz da vicdan olmasa yapılacak şeyler değil bunlar. Dediğim gibi, *“Valla hayatımı bıraktım burada!”* Çok şey götürüyor insandan. Dışarda bir hayat yok açıkçası. Başka türlü olabilir miydi? Olabilirdi sanırım, olabilirdi, bu kadar yıkıcı yaşanmayabilirdi. *“Bir şekilde geçer, deveyi gütmeye devam”* demeseydik; hatta bundan, bizden önce, hocalarımız içinde bulunduğumuz durumu normalleştirmeseydi bir zamanlar kendi yaşadıkları üzerinden, “Siz yine iyisiniz, biz asistanlıkla neler yaşadık” anlatıları ile...

Şekil 6’da çizilen çerçeve dikkate alınarak tıp/sağlık alanında eğitim, sağlık bakım, yönetim ve araştırma deneyimlerine ilişkin genel olarak şu öneriler sıralabilir:

- Eğitim süreçlerinde bireysel, sosyal, duygusal, ruhsal, mesleki gelişim için son zamanlarda öne çıkan yaklaşım bağlamsal ve düşünümsel yaklaşımdır. Bu yöndeki öğrenmeler ve gelişimler için öğrenenlere bağlamsal, düşünümsel ve anlatısal eğitim deneyimleri sunmak önemlidir.
- Sağlık bakım hizmetine ilişkin deneyimlerin bağlamsal, düşünümsel ve anlatısal bir yaklaşımla yürütülmesi, daha etkin ve insani süreçlerle, hem sağlık çalışanları hem de hasta

ve yakınları için olumlu sonuçlar üretebilecek; sağlık bakım ortamı ve kültürünü daha insani hale getirebilecektir.

- Yine sağlık ve eğitim süreçlerinin yönetiminde bağlamsal, düşünümsel ve anlatısal bir yaklaşım benimsenmesi, değişim ve yönetim süreçlerini tüm taraflar için kendilerini iyi ve değerli hissedecekleri, süreç ve çıktılarıyla daha etkin/müdahil olabildikleri deneyimlere dönüştürecektir.
- Dolayısıyla tıp/sağlık alanında eğitim, sağlık bakım ve yönetimle ilgili bağlamsal, düşünümsel ve anlatısal bir yaklaşımla nitel araştırmalar yürütmek, bu çalışmalarının sayılarını arttırmak önemlidir. Anlatıların gerek toplumsal gerekse kurumsal ölçekte sosyo-kültürel zeminde inşa ediliyor ve etkili oluyor olmasından dolayı hem klinik ortam, iklim ve kültürün hem de kliniğin içinde yer aldığı toplumsal kültürün anlatısal yaklaşım içinde analiz edilmesi ve bunun diğer kültürlerde yapılacak benzeri çalışmalarla desteklenmesi kültürlerarası farklılıkları ortaya çıkarmak açısından önemli olacaktır.
- Araştırmada ortaya çıkan kavramsal ve kuramsal çerçeve ile nitel veri analiz yöntemi uluslararası ve ulusal alanda bu türden araştırma yapmak isteyen araştırmacılara yeni bir bakış açısı kazandırabilecektir.

Bu önerileri, tıp ve hemşirelik öğrencilerine, uzmanlık öğrencilerine ve eğitimcilerin eğitici gelişimi ve sağlık çalışanlarının mesleki gelişim programlarına yönelik eğitim süreçleri ve eğitim programları özelinde daha somut olarak şu şekilde sıralamak mümkündür.

- Öncelikle, klinik eğitim başta olmak üzere eğitim programlarının düşünümsel, bağlamsal ve anlatısal yaklaşımla geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi. Bununla öğrenenlerde düşünümsel, bağlamsal ve anlatısal yeterliklerinin geliştirilmesi.
- Bu çalışmada öne çıkan noktalardan ilki klinikte sağlık bakım ve eğitim süreçlerinin ne kadar bağlam bağımlı olduğudur. İkincisi sağlık bakım ve eğitim süreçlerinin duygu yoğun süreçler olmasıdır.
 - Bu iki ana bulgu dikkate alınarak eğitim süreçlerinin ve programlarının bu yönlerden desteklenmesi. Örneğin hem bu durumları konuşabilir kılmak hem de yaşanan klinik deneyimleri birer öğrenme fırsatlarına çevirmek için düşünümsel ve anlatısal oturumlar ile düşünümsel ve anlatısal yazımların klinik eğitim programlarına yerleştirilmesi.
 - Sistem temelli yaklaşımın ve ilgili yeterliklerin sağlık bakım ve klinik eğitim süreçlerine dahil edilmesi, bu yönde eğitim programlarının güçlendirilmesi.
 - Yine bu çerçevede, hem öğrenenlerin hem de eğitimcilerin ve sağlık çalışanlarının duygusal iyilik hali dahil olmak üzere genel iyilik hallerinin geliştirilmesine yönelik

programların ve uygulamaların planlanması. Bunlarla duygusal farkındalık ve duygu yönetimi, stresle başa çıkma, belirsizlik ve çatışma durumlarını yönetebilme vs. yeterliklerin geliştirilmesi.

- Çalışmada ortaya çıkan üçüncü ana nokta ekip içi ve ekiplerarası, mesleklerarası etkileşimlerin ve bu etkileşimle birlikte yürüyen sosyalleşme süreçlerinin sağlık bakım ve klinik eğitim süreçlerinde ne kadar belirleyici olduğudur.
 - Bu noktada, ekiplerle birlikte çalışmaya ve karar vermeye ilişkin yeterlikler ile sürece, yönetime, liderliğe ilişkin yeterlikler gibi profesyonelliğe ilişkin yeterlikleri odağına alan mesleklerarası eğitim programları ve uygulamalarının klinik eğitim programlarına yerleştirilmesi.
- Dördüncü nokta, klinik süreçlerin kurumsal ve toplumsal ortamı, kültürü ve iklimi ile birlikte öğrenenlerin etik, mesleki sınırlar ve saygı, insani ve kültürel duyarlılık ve kültürlerarası yeterlikler gibi profesyonelliğe yönelik diğer yeterlikler ile tutum ve davranışlarını geliştirdikleri, hekim ve hemşire olmayı öğrendikleri ve profesyonel kimliklerini geliştirdikleri süreçler olmasıdır.
 - Bu noktada, özellikle profesyonel kimliğin inşası ve profesyonel olmayan davranışlar başta olmak üzere örtük programın ve örtük öğrenmelerin hesaba katılması; klinik eğitim programlarına bu yönde, profesyonelliğe ve etiğe yönelik uygulamaların eklenmesi. Düşünümsel, bağlamsal ve anlatsal eğitim etkinliklerinin (düşünümsel, anlatsal oturumlar ve yazımlar, kritik durum tartışmaları vs.) bu amaçlarla kullanılması.
- Yine elde edilen bulgular ışığında, sağlık bakım hizmetleri süreçlerinde insani ve sosyo-kültürel açıdan nitelikli sağlık bakım süreçlerine yönelik sürekli mesleki gelişim ve hizmet içi eğitim programlarının dahil edilmesi.

8. KAYNAKLAR

- Adam, T., & de Savigny, D. (2012). Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. *Health Policy Plan*, 27 Suppl 4:iv1-3. doi: 10.1093/heapol/czs084.
- Ajjawi, R. & Higgs, J. (2007). Using hermeneutic phenomenology to investigate how experienced practitioners learn to communicate clinical reasoning. *The Qualitative Report*, 12 (4) 612-638. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1616>.
- Ajjawi, R., Olson, R. E., & McNaughton, N. (2022). Emotion as reflexive practice: A new discourse for feedback practice and research. *Med Educ*, 56(5), 480-488. doi:10.1111/medu.14700
- Akçaoğlu, A. (2022). Sağlık sosyolojisinde yeni bir perspektif: Sağlık sermayesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(3), 475-482. doi: 10.31020/mutftd.1108050
- Akgül-Gündoğdu, N., Filiz, T. A. Ş., & Selçuk-Tosun, A. (2022). Nursing care experiences with syrian refugees in southern Turkey: A metaphor analysis. *Journal of Nursing Research*, 30(3), e208. doi: 10.1097/jnr.0000000000000489
- Anderson, A. (1996). Nurse-physician interaction and job satisfaction. *Nurs Manage*, 27(6):33-4, 36. <https://doi.org/10.1097/00006247-199606000-00009>.
- Arkan, B., Ordin Y., & Yılmaz, D. (2018). Undergraduate nursing students' experience related to their clinical learning environment and factors affecting to their clinical learning process. *Nurse Education Today*, 29, 127-132. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.005>
- Arpacı, M. (2016). Foucault, biyopolitika ve biyotarih: Tarihsel çalışma alanları olarak tıp, beden ve nüfus. *ViraVerita E-Dergi*, (3), 80-97.
- Arrow, H., & Henry, K. B. (2010). Using complexity to promote group learning in health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(4), 861-866. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01500.x>.
- Arthur, P., Bochner, A. P., & Riggs, N. A. (2014). Practicing narrative inquiry chapter 11. *Narrative inquiry, field research and interview methods part 3*. Newgen. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199811755.013.024>.
- Artino, A.R. Jr., Holmboe, E.S. & Durning, S.J. (2012). Control-value theory: using achievement emotions to improve understanding of motivation, learning, and performance in medical education: AMEE Guide No. 64. *Med Teach*, 34(3): e148-60. doi: 10.3109/0142159X.2012.651515
- Aslantürk, H. (2016). Türkiye’de biyo-iktidar açısından sağlık hizmetleri ve kadın. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 20(3), 573-595.

- Atkinson, P., & Pugsley, L. (2005). Making sense of ethnography and medical education. *Medical Education*, 39: 228–234. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02070.x>.
- Baernholdt, M., & Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *J Nurs Manag*, 17(8):994-1001. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01027.x.
- Baran, G. A. (2011). *Pratik, kültür, sermaye, habitus ve alan teorileriyle Pierre Bourdieu sosyolojisi*. S. Suğur ve A. G. Baran (Ed.), *Sosyolojide Yakın Dönem Gelişmeler*, ss. 2-21. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Barret, L. F. (2018). *Beynimizin parmak izleri, duyguların ve zihnin gizemli öyküsü*. Y. Konyalı (Çev.). İstanbul: Timaş Yayınları.
- Bezuidenhout, J., & van Schalkwyk, S. (2015). Developing the research question: setting the course for your research travels. In: Cleland J. & Durning SJ. (Eds), *Researching Medical Education*. The Association for the Study of Medical Education, John Wiley & Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, UK. <https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch4>.
- Bleakley, A. (2010). Blunting Occam's razor: Aligning medical education with studies of complexity. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(4), 849-855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01498.x>.
- Bleakley, A., & Cleland, J. (2015). Sticking with messy realities: how ‘thinking with complexity’ can inform healthcare education research. In: Cleland J. & Durning SJ. (Eds), *Researching Medical Education*. The Association for the Study of Medical Education, John Wiley & Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, UK. <https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch8>.
- Boddice, R. (2023). *Duygular Tarihi*. A. Pala, (Çev.). (1. Baskı). Ankara: Fol Yayınları.
- Bould, M. D., Sutherland, S., Sydor, D.T., Naik, V., & Friedman, Z. (2015). Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: a qualitative study. *Can J Anaesth*, 62(6):576-86. doi: 10.1007/s12630-015-0364-5.
- Bourdieu, P. (2018). *Structures, habitus, practices*. C. Lemert, (Ed.), (Sixth Edition). *Social Theory*. 336-340. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429497643-2>.
- Bourdieu, P. (2021). *Ayrım*. D. Fırat & G. Berkkurt, (Çev.). (1. Baskı). Ankara: Nika Yayınevi.
- Bourdieu, P. (2023). *Sosyolojiyi düşünmek, düşünümseelliğe dönüş*. A. Sümer, (Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2021). *Düşünümsele sosyolojiye davet*. N. Ökten, (Çev.). (2. Basım). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Brockmeier, J., & Carbaugh, D. (2001). Introduction. (Edited: Jens Brockmeier & Donal Carbaugh). *Narrative and identity: Studies in autobiography, self and culture, Part 1 Chapter 1*, p1-22. <https://doi.org/10.1075/sin.1.01bro>.

- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18 (1), 1-21. <https://doi.org/10.1086/448619>.
- Bruner, J. (1997). A narrative model of self-construction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 818(1), 145-161. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48253.x>.
- Bruner, J. (2001). Self-making and world-making. (Edited: Jens Brockmeier & Donal Carbaugh). *Narrative and identity: Studies in autobiography, self and culture*, Part 1, Chapter 2, p 25-37. <https://doi.org/10.1075/sin.1.03bru>.
- Bruner, J. (2009). Culture, mind, and education. (Edited: Knud Illeris). Contemporary theories of learning. Chapter 11, (p159-168). Routledge, London and Newyork. https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2010.01125_7.x.
- Buckner Capone, A. (2023). Why i climb mountains with students: Using metaphor as a teaching tool. pedagogy in health promotion. doi:10.1177/23733799231179234.
- Bursch, B., Fried, J.M., Wimmers, P.F., Cook, I.A., Baillie, S., Zackson, H. & Stuber, M.L. (2013). Relationship between medical student perceptions of mistreatment and mistreatment sensitivity. *Med Teach*, 35(3):e998-1002. doi: 10.3109/0142159X.2012.733455.
- Bynum, W.E. 4th., Artino, A.R. Jr., Uijtdehaage, S., Webb, A.M.B. & Varpio L. (2019). Sentinel emotional events: the nature, triggers, and effects of shame experiences in medical residents. *Acad Med*. 94(1):85-93. doi: 10.1097/ACM.0000000000002479.
- Bynum, W.E. 4th., Teunissen, P. & Varpio, L. (2021). In the "shadow of shame": A phenomenological exploration of the nature of shame experiences in medical students. *Acad Med*. 96(11S):S23-S30. doi: 10.1097/ACM.0000000000004261.
- Calhoun, C. (2016). *Bourdieu sosyolojisinin ana hatları*. G. Çeğin, E. Göker, A. Arlı ve Ü. Tatlıcan, (Çev.). (4. Baskı). *Ocak ve zanaat Pierre Bourdieu derlemesi*, ss. 77-129. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Cappuccio, A., Napolitano, S., Menzella, F., Pellegrini, G., Policreti, A., Pelaia, G., Porpiglia, P.A. Marin, M.G., & Sound Group. (2019). Use of narrative medicine to identify key factors for effective doctor–patient relationships in severe asthma. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 14:26. <https://doi.org/10.1186/s40248-019-0190-7>.
- Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., & Wiesman, S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *J Nurs Adm*, 37(2):68-70. doi: 10.1097/00005110-200702000-00007.
- Charon, R. (1993). Medical interpretation: implications of literary theory of narrative for clinical work. *Journal of Narrative and Life History*, 3, 79–97. <https://doi.org/10.1075/jnlh.3.1.03med>.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., O'Sullivan, H. & Shaw, N. (2012). What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students? BEME Guide No. 17. *Med Teach*, 34(1):11-9. doi: 10.3109/0142159X.2011.614293.

- Chu, S. Y., Wen, C. C., & Lin, C. W. (2020). A qualitative study of clinical narrative competence of medical personnel. *BMC Medical Education*, 20:415. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02336-6>.
- Clark, J. A., & Mishler, E. G. (1992). Attending patients stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health and Illness*, 14, 344–71. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11357498>.
- Clay, A. S., Ross, E. Chudgar, S. M., Grochowski, C. O., Tulskey, J. A. & Shapiro D. (2015). The emotions of graduating medical students about prior patient care experiences. *Patient Educ Couns*, 98(3):344-9. doi: 10.1016/j.pec.2014.11.023.
- Collette, A. E., Wann, K., Nevin, M. L., Rique, K., Tarrant, G., Hickey, L. A., Stichler, J. F., Toole, B. M., & Thomason, T. (2017). An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. *J Interprof Care*, 31(4):470-478. doi: 10.1080/13561820.2017.1301411.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19, 2–14. <https://doi.org/10.3102/0013189x019005002>.
- Crawford, C. L., Omery, A., & Seago J. A. (2012). The challenges of nurse-physician communication: a review of the evidence. *J Nurs Adm*, 42(12):548-50. doi: 10.1097/NNA.0b013e318274b4c0.
- Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2008). Professional identity in community mental health nursing: a thematic analysis. *Int J Nurs Stud*, 45(7):1055-63. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.05.005.
- Creswell, J. W. (2020). Eğitim araştırmaları. Nicel ve nitel araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi. H. Ekşi, (Ed.). (3. Baskı). İstanbul: EDAM Yayınları.
- Creswell, J. W. (2023). Nitel araştırma yöntemleri, Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni. M. Bütün & S. B. Demir, (Ed.). (7. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Crowe, S., Clarke, N., & Brugha, R. (2017). 'You do not cross them': Hierarchy and emotion in doctors' narratives of power relations in specialist training. *Soc Sci Med*, 186:70-77. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.05.048.
- Çelik, Fatih. (2008). Sağlık kurumlarında iletişim; hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya.
- Das Gupta, S., & Charon, R. (2004). Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med*, 79:351–356. <https://doi.org/10.1097/00001888-200404000-00013>.
- Das Gupta, S., Meyer, D., Calero- Breckheimer, A., W. Costley, A., & Guillen, S. (2005). Teaching cultural competency through narrative medicine: intersections of classroom and community. *Teaching and Learning in Medicine*, 18(1), 14–17. https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1801_4.
- Demir, E. A. & Yücedağ, İ. (2022). Hekim-Hemşire ilişkisinin bourdieucu incelemesi. *Hafıza Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 4, 150-163.

- Dennick, R. (2012). Twelve tips for incorporating educational theory into teaching practices. *Medical Teacher*, 34(8), 618-624. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2012.668244>.
- Dickinson, K. J., Bass, B. L., & Pei, K. Y. (2020). What embodies an effective surgical educator? A grounded theory analysis of resident opinion. *Surgery*, 168(4):730-736. doi: 10.1016/j.surg.2020.04.056.
- Dilek Turan, F. (2022). Hemşirelikte etik dersini alan hemşirelik öğrencilerinin etik kavramına ilişkin algıları: Bir metafor çalışması. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 403-412. doi:10.38108/ouhcd.990016.
- Doll, Jr, W. E., & Trueit, D. (2010). Complexity and the health care professions. *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 16(4), 841-848. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01497.x>.
- Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Med Educ*, 16(1):312. doi: 10.1186/s12909-016-0832-9.
- Durning, S. J., & Artino, A. R. (2011). AMEE Guide no. 52: Situativity theory: A perspective on how participants and the environment can interact. *Med Teach*, 33: 188–199. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2011.550965>.
- Dyrbye, L. & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*, 50(1):132-49. doi: 10.1111/medu.12927.
- Egan, T., & Jaye, C. (2009). Communities of clinical practice: the social organisation of clinical learning. *Health*, 13:107–25. <https://doi.org/10.1177/1363459308097363>.
- Eğnli, A. T., & Çakır, S. Y. (2011). Toplum kültürünün kurum kültürüne yansıması. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 3(2), 37-50.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw L. L. (2015). *Alan çalışması, etnografik alan notları yazımı*. A. E. Koca, (Çev.). (2. Baskı). Ankara: Atıf Yayınları.
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal Of Educational Psychology*, 70(1), 113-136. <https://doi.org/10.1348/000709900158001>.
- Erbay, H. (2017). Tıp etiği, öykü ve yazmak üzerine. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 4, (1), 29-35.
- Etil, H., & Demir, M. (2014). Pierre bourdieu'nün bilim sosyolojisine katkısı. *Cogito*, 76(2), 312-349.
- Fancott, C. A. (2016). "Letting stories breathe": Using patient stories for organizational learning and improvement. institute of health policy. management and evaluation.. University of Toronto. Erişim tarihi 10.01.2024 <https://www.proquest.com/docview/1820835829?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>
- Fraser, S. W., & Greenhalgh, T. (2001). Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*, 323(7316), 799-803. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7316.799>.

- Freeman, M. (2001). From substance to story: Narrative, identity, and the reconstruction of the self. (Edited: Jens Brockmeier & Donal Carbaugh). *Narrative and identity: Studies in autobiography, self and culture, Part3 Chapter, p1-283-299*. <https://doi.org/10.1075/sin.1.16fre>.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *J Adv Nurs*, 59(4):427-38. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04340.x.
- Girvin, J., Jackson, D., & Hutchinson, M. (2016). Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. *J Nurs Manag*, 24(8):994-1006. doi: 10.1111/jonm.12413.
- Goodson, L., & Vassar, M. (2011). An overview of ethnography in healthcare and medical education research. *J Educ Eval Health Prof*, 8: 4. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2011.8.4>.
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine in an evidence-based world. *BMJ*, 318(7179), 323-325. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7179.323>.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Why study narrative? *BMJ*, 318(7175), 48-50. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>.
- Greenhalgh, T., Russell, J., & Swinglehurst, D. (2005). Narrative methods in quality improvement research. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 443-449. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014712>.
- Grojean, M. W., Resick, C. J., Dickson, M. W., & Smith, D. B. (2004). Leaders, values, and organizational climate: Examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics. *Journal of Business Ethics*, 55, 223-241.
- Gülpınar, M. A. (2024a). Triple approach to program evaluation and “contextual program evaluation model” proposal. *The Educational Review* (Yayın aşamasında).
- Gülpınar, M. A. (2024b). A model proposal for qualitative data analysis, interpretation, and reporting: contextuality, reflectivity and narrativity (Değerlendirme aşamasında, yayınlanmamış makale).
- Gülpınar, M. A. (2021). In search of a new paradigm. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 20 (60):82-100. <https://doi.org/10.25282/ted.772542>.
- Gülpınar, M. A. (2016). On the job learning, clinical culture/climate and creating confirmative learning climate. *Journal of Medical Sciences J Med Educ-Special Topics*, 1(1):48-58.
- Gülpınar, M. A. (2011). Yükseköğrenimin değişen paradigması ve eğitimde üç “c” yaklaşımı. Uluslararası Yükseköğretim Kongresi: Yeni Yönelimler ve Sorunlar (UYK-2011), 27-29 Mayıs 2011, İstanbul; 2. Cilt / Bölüm XI / Sayfa 1589-1596.
- Hamed, D. M., Elsayed, K. A. & Soliman, W. M. M. (2019). Evaluate nurse physician relationship and its impact on their perception of nurse role. *Mansoura Nursing Journal*, 6 (2). <https://dx.doi.org/10.21608/mnj.2019.176380>.

- Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, (2014). M. Resilience in nurses: an integrative review. *J Nurs Manag*, 22(6):720-34. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x.
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>.
- Healy, N. A., Cantillon, P., Malone, C., & Kerin, M. J. (2012). Role models and mentors in surgery. *Am J Surg*, 204(2):256-61. doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.09.031.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S. & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*, 38(9):934-41. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x.
- House, S., & Havens, D. (2017). Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration: a systematic review. *J Nurs Adm*, 47(3):165-171. doi: 10.1097/NNA.0000000000000460.
- Hsu, M. Y., & McCormack, B. (2012). Using narrative inquiry with older people to inform practice and service developments. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 841-849. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03851.x>.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: towards a more critical organisational perspective. *Nurs Inq*, 13(2):118-26. doi: 10.1111/j.1440-1800.2006.00314.x.
- Hyden, L. C. (1997). İllness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19 (1) 48–69. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934289>.
- Iacono, M. (2003). Conflict, communication, and collaboration: Improving interactions between nurses and physicians. *J Perianesth Nurs*. 18(1):42-6. doi: 10.1053/jpan.2003.50004.
- Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace--a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag*, 10(1):13-20. doi: 10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x.
- Jiménez-Herrera, M. F., Llauradó-Serra, M., Acebedo-Urdiales, S., Bazo-Hernández, L., Font-Jiménez, I. & Axelsson, C. (2020). Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: a qualitative study. *BMC Nurs*, 19:60. doi: 10.1186/s12912-020-00438-6.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2000). Narrative interviewing. *Qualitative Researching with Text, Image and Sound*, 57, 74. <https://doi.org/10.4135/9781849209731.n4>.
- Kale, E., & Çiçek, Ü. (2015). Hemşirelerin kendi mesleklerine ilişkin metafor algıları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2). doi:10.5222/SHYD.2015.142.
- Karabıyık, R. (2021). *Michel foucault'nun "disipline edici iktidar" kuramı çerçevesinde türkiye'de alınan covid-19 tedbirlerinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi. 10.12.2023 tarihinde YÖK TEZ kataloğundan erişildi.
- Karkabi, K., Wald, H. S., & Castel, O. C. (2014). The use of abstract paintings and narratives to foster reflective capacity in medical educators: a multinational faculty development workshop. *Medical Humanities*, 40(1), 44-48. <https://doi.org/10.1136/medhum-2013-010378>.

- Karsavuran, S., Kaya, S., ve Akturan, S. (2011). Hasta hekim iletişiminde güven: Bir genel cerrahi polikliniği örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2, 185-212.
- Kaya, B., Çelik, R., & Antalyalı, Ö. L. (2019). Hasta hekim iletişimi ile hekimin tekrar tercih edilmesi ilişkisi: Bir kamu hastanesi örneği. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(11), 801-814.
- Keskin, M. Ö., Yıldız, Ö. Ö., & Aksakal, E. (2019). Tıp fakültesi öğrencilerinin etik kavramına ilişkin metaforik algıları. *İhlara Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 300–313.
- Kremer, T., Mamede, S., Martin, M. A., Tempski, P. & van den Broek, W. W. (2019). Investigating the impact of emotions on medical students' learning. *Health Professions Education*, 5, 111-119. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.12.003>.
- Kumagai, A. K. (2008). A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Academic Medicine*, 83(7), 653-658. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181782e17>.
- Kutlu, M., Çolakoğlu, N., & Özgüvenç, Z. P. (2010). Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 127-143.
- Kyeremanteng, K., Robidoux, R., D'Egidio, G., Fernando, S. M., & Neilipovitz, D. (2019). An analysis of pay-for-performance schemes and their potential impacts on health systems and outcomes for patients. *Crit Care Res Pract*, 8943972. doi: 10.1155/2019/8943972.
- Lafçı, D., Pehlivan, S. & Demiray, G. (2016). Viewpoints of physicians and nurses working in surgical clinics on teamwork. *Journal of Health and Nursing Management*, 2 (3). <https://dx.doi.org/10.5222/SHYD.2016.055>.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2022). *Metaforlar Hayat, Anlam Ve Dil*. G. Yavuz, (Çev.). (1. Baskı). İstanbul: Minotor Kitap.
- Laschinger, H. K. S., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(5). Erişim tarihi 10.01.2024 <https://research.ebsco.com/c/ofvptc/search/results?q=AN%20107071986>.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511815355>.
- Lawn, S., Delany, T., Pulvirenti, M., Smith, A., & McMillan, J. (2016). Examining the use of metaphors to understand the experience of community treatment orders for patients and mental health workers. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0791-z>.
- Lerner, S., Lerner, S., Magrane, D., & Friedman, E. (2009). Teaching teamwork in medical education. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 76(4), 318-329. <https://doi.org/10.1002/msj.20129>.
- Lipsitz, L. A. (2012). Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. *JAMA*, 308(3):243-4. doi: 10.1001/jama.2012.7551.

- Ma, C., Shang, J., & Bott, M. J. (2015). Linking unit collaboration and nursing leadership to nurse outcomes and quality of care. *J Nurs Adm*, 45(9):435-42. doi: 10.1097/NNA.0000000000000229.
- Maanen, J. V. (2017). *Alanın hikayesi*. A. E. Koca, (Çev.). (1. Baskı). Ankara : Atıf Yayınları.
- Mann, K. & MacLeod, A. (2015). Constructivism: Learning theories and approaches to research. In: Cleland J. & Durning SJ. (eds), *Researching Medical Education*. The Association for the Study of Medical Education, John Wiley & Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, UK. <https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch6>.
- Mann, K. V. (2011). Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Medical Education*, 45: 60-68. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03757.x>.
- Marshall, G. (2020). *Sosyoloji sözlüğü*. O. Akınhay ve D. Kömürcü, (Çev.). (4. Basım). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39, 428-435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>.
- McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3) 233-238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>.
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Educ Today*, 32(4):378-84. doi: 10.1016/j.nedt.2011.04.012.
- McDonald, R., & Roland, M. (2009). Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *The Annals of Family Medicine*, 7(2), 121-127. <https://doi.org/10.1370/afm.946>.
- Mennin, S. (2010a). Self-organisation, integration and curriculum in the complex world of medical education. *Med Edu*, 44(1):20-30. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03548.x.
- Mennin, S. (2010b). Complexity and health professions education. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(4), 835-837. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01502.x>.
- Mennin, S. (2010c). Complexity and health professions education: a basic glossary. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(4), 838-840. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01503.x>.
- Misra-Hebert, A. D., Isaacson, J. H., Kohn, M., Hull, A. L., Hojat, M., Papp, K. K., & Calabrese, L. (2012). Improving empathy of physicians through guided reflective writing. *Department of Psychiatry and Human Behavior Faculty Papers, Paper 51*. <https://doi.org/10.5116/ijme.4f7e.e332>.
- Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T., & Özkan Tuncay, F. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 15 (5).

- Nardon, L., & Hari, A. (2021). Sensemaking Through Metaphors: The Role of Imaginative Metaphor Elicitation in Constructing New Understandings. *International Journal of Qualitative Methods*, 20: 1–10. <https://doi.org/10.1177/16094069211019589>.
- Nechita, F., Nechita, D., Pîrlog, M.C. & Rogoveanu, I. (2014). Stress in medical students. *Rom J Morphol Embryol*, 55(3 Suppl):1263-6. <https://doi.org/10.21468/scipost.report.2662>
- Nguyen, S. Q., & Divino, C. M. (2007). Surgical residents as medical student mentors. *Am J Surg*, 193(1):90-3. doi: 10.1016/j.amjsurg.2006.07.011.
- Ochberg, R. L. (1988). Life stories and the psychosocial construction of careers. *Journal of Personality*, 56, 173–204. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1988.tb00466.x>.
- Ochs, E., Taylor, C., Rundolph, D., & Smith R. (1992). Storytelling as a theory-building activity. *Discourse Process*, 15: 37-72. <https://doi.org/10.1080/01638539209544801>.
- Ordin, Y. S., Bilik, Ö., Turhan Damar, H., ve Çelik, B. (2018). Cerrahi kliniklerdeki hemşirelik öğrencilerinin yansıtma raporlarından elde edilen öğrenme deneyimleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 6(3), 106-120. doi:10.14689/issn.2148-2624.1.6c3s5m.
- Orri, M., Revah-Lévy, A. & Farges, O. (2015). Surgeons' emotional experience of their everyday practice: A qualitative study. *PLoS One*, 10(11): e0143763. doi: 10.1371/journal.pone.0143763.
- Özseven, M. (2020). Habitusun çoklu kurumsal mantıklar altında geliştirilen pratiklere etkisi. *Yönetim ve Organizasyon Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 57-88.
- Passi, V., Johnson, S., Peile, E., Wright, S., Hafferty, F. & Johnson N. (2013). Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach*, 35(9): e1422-36. doi: 10.3109/0142159X.2013.806982.
- Pentiado, Jr, J. A. M., De Almeida, H. O., Amorim, F. F., Facioli, A. M., Trindade, E. M. V., & De Almeida, K. J. Q. (2016). Love and the value of life in health care: A narrative medicine case study in medical education. *The Permanente Journal*, 20(2), 98. <https://doi.org/10.7812/tpp/15-067>.
- Polson, P. J. (2020). Emotions in teaching surgery to medical students: What do consultant surgeons feel, think and do about them?. *Royal College of Surgeons of England Bulletin*, 102 (2). <https://doi.org/10.1308/rcsbull.2020.e007>.
- Pope, C. (2005). Conducting ethnography in medical settings. *Medical Education*, 39: 1180–1187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02330.x>.
- Quillin, R. C., 3rd, Pritts, T. A., Davis, B. R., Hanseman, D., Collins, J. M., Athota, K. P., Edwards, M. J., & Tevar, A. D. (2012). Surgeons underestimate their influence on medical students entering surgery. *J Surg Res*, 177(2):201-6. doi: 10.1016/j.jss.2012.05.064.
- Radcliffe, C. & Lester, H. (2003). Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med Educ*, 37(1):32-8. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01405.x.
- Ravindra, P., & Fitzgerald, J. E. (2011). Defining surgical role models and their influence on career choice. *World J Surg*, 35(4):704-9. doi: 10.1007/s00268-011-0983-0.

- Rees, C. E., Knight, L. V., & Wilkinson, C. E. (2007). Doctors being up there and we being down here: A metaphorical analysis of talk about student/doctor–patient relationships. *Social Science & Medicine* 65, 725–737. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.044>.
- Remein, C. D., Childs, E., Pasco, J. C., Trinquart, L., Flynn, D. B., Wingerter, S. L., ... & Benjamin, E. J. (2020). Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through. *BMJ Open*, 10(1), e031568. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031568>.
- Ritzer, G. & Stepnisky, J. (2019). *Sosyoloji kuramları*. H. Hülür, (Çev.). (10. Edisyon). Ankara: De Ki Basın Yayın.
- Roberts, C., & Sarangi, S. (2005). Theme-oriented discourse analysis of medical encounters. *Medical Education*, 39, 632-640. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02171.x>.
- Rosenstein, A. H. (2002). Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs*, 102(6):26-34. doi: 10.1097/00000446-200206000-00040.
- Saipanish, R. (2003). Stress among medical students in a Thai medical school. *Med Teach*, 25(5):502-6. doi: 10.1080/0142159031000136716.
- Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685-695. <https://doi.org/10.1080/01421590903050374>.
- Saygılı, M., & Çelik, Y. (2011). The evaluation of relationship between job satisfaction and perceptions relating to working environment of health staff working in hospitals. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14 (1).
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse*, 29(1):74-83. doi: 10.4037/ccn2009436.
- Schrewe, B., Ellaway, R. H., Watling, C., & Bates, J. (2018). The contextual curriculum: learning in the matrix, learning from the matrix. *Acad Med*, 93(11):1645-1651. doi: 10.1097/ACM.0000000000002345.
- Schwartz, R., Osterberg, L.G. & Hall, J.A. (2022). Physicians, emotion, and the clinical encounter: A survey of physicians' experiences. *Patient Educ Couns*. 105(7):2299-2306. doi: 10.1016/j.pec.2022.03.001.
- Sfard A. (1998). On two metaphors for learning and the dangers of choosing just one. *Educ Res*, 27:4–13. <https://doi.org/10.3102/0013189x027002004>.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P.J., Sloan, J. & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*, 251(6):995-1000. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3.
- Shimazono, Y. (2003). Narrative analysis in Medical Anthropology. Institute of Social and Cultural Anthropology. M. Phil in Medical Anthropology. University of Oxford.
- Silkens, M. E., Arah, O. A., Scherpbier, A. J., Heineman, M. J., & Lombarts, K. M. (2016). Focus on quality: investigating residents' learning climate perceptions. *PLoS One*, 11(1), e0147108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147108>.

- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *ANS Adv Nurs Sci*, 31(2):E48-59. doi: 10.1097/01.ANS.0000319571.37373.d7.
- Şimşek, A. K., & Alpar, Ş. E. (2019). Image perception of the society for nursing profession: systematic review. *SAUHSD*, 2(1):32-46.
- Slattery, M. (2017). *Sosyolojide temel fikirler*. Ü. Tatlıcan & G. Demiriz, (Haz.). (9. Baskı). Ankara: Sentez Yayıncılık.
- Smith, C. S., Morris, M., Hill, W., Francovich, C., McMullin, J., Chavez, L., & Rhoads, C. (2004). Cultural consensus analysis as a tool for clinic improvements. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 514-518. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30061.x>.
- Smorti, A., & Fioretti, C. (2014). Bringing the doctor inside the care: the use of stories in doctor-patient communication. *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*, 5(1). <https://doi.org/10.1558/cam.v11i3.20369>.
- Somers, M. R. (1994). The narrative constitution of identity: a relational and network approach, *Theory and Society*, 23, 605–49. <https://doi.org/10.1007/bf00992905>.
- Sood, A., Rishel Brakey, H., Myers, O., Greenberg, N., Tigges, B., Sigl, D., & Wilson, B. (2020). Exiting medicine faculty want the organizational culture and climate to change. *Chron Mentor Coach*, 4(SI13):359-364.
- Srivastava, P. & Hopwood, N. (2009). A practical iterative framework for qualitative data analysis. *International Journal of Qualitative Methods*. 8(1), 76–84. <https://doi.org/10.1177/160940690900800107>.
- Stimpfel, A. W., Rosen, J. E., & McHugh, M. D. (2014). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm*, 44(1):10-6. doi: 10.1097/NNA.0000000000000015.
- Stone, P. W., Larson, E. L., Mooney-Kane, C., Smolowitz, J., Lin, S. X. & Dick, A. W. (2006). Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. *Crit Care Med*, 34(7):1907-12. doi: 10.1097/01.CCM.0000218411.53557.29.
- Stratton, T. D, Dunkin, J. W., Szigeti, E., & Muus, K. J. (1998). Recruitment barriers in rural community hospitals: a comparison of nursing and nonnursing factors. *Appl Nurs Res*, 11(4):183-9. doi: 10.1016/s0897-1897(98)80307-8.
- Talley, J. (2016). Moving from the margins: the role of narrative and metaphor in health literacy. *Journal of Communication in Healthcare*. 9(2), 109-119. <https://doi.org/10.1080/17538068.2016.1177923>.
- Tanaka, P., Hasan, N., Tseng, A., Tran, C., Macario, A., & Harris, I. (2019). Assessing the workplace culture and learning climate in the inpatient operating room suite at an academic medical center. *J Surg Educ*, 76(3):644-651. doi: 10.1016/j.jsurg.2018.09.014.
- Tanaka, M., Fukuda, S., Mizuno, K., Kuratsune, H. & Watanabe, Y. (2009). Stress and coping styles are associated with severe fatigue in medical students. *Behav Med*, 35(3):87-92. doi: 10.1080/08964280903231979.

- Taşçı, B. İ. (2013). Hekim hasta ilişkisinin psikolojik boyutları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 6(2), 25-36.
- Teasley, S. L., Sexton, K. A., Carroll, C. A., Cox, K. S., Riley, M., & Ferriell, K. (2007). Improving work environment perceptions for nurses employed in a rural setting. *J Rural Health*, 23(2):179-82. doi: 10.1111/j.1748-0361.2007.00087.x.
- Tekgöl, N. (2023). *Edebiyat ve duygular*. H. Bozyer (Ed.). *Duyguların tarihi: Edebi eser olarak osmanlı belgelerine yeni bir bakış önerisi*. (ss. 17-36). İstanbul: Vakıfbank Kültür Yayınları.
- Testa, M., Cappuccio, A., Latella, M., Napolitano, S., Milli, M., Volpe, M., & Marini, M.G. (2020). The emotional and social burden of heart failure: integrating physicians', patients', and caregivers' perspectives through Narrative Medicine. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20: 522. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01809-2>.
- Tortumluoğlu, G. (2011). Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. *Journal of Human Sciences*, 8(1).
- Türk, T., & Ekşi, H. (2017). *Nitel desenler : Etnografya*. (2. Baskı). İstanbul : EDAM Yayınları.
- Türker, N., & Karadağ, D. (2019). Kültürel farklılıklar: Hofstede'nin kültürel boyutları üzerine Trabzon ve Şanlıurfa illerinde bir uygulama. *Journal of Economy Culture and Society*, (61), 271-295. doi: 10.26650/JECS2019-0033.
- Ulrich, B. (2021). Imagine a world without nurses – Understanding our value and worth and upholding the standards of our profession. *Nephrology Nursing Journal*, 48(6), 523. <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2021.48.6.523>.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2): II57-66. doi: 10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a.
- Vanstone, M., & Grierson, L. (2019). Medical student strategies for actively negotiating hierarchy in the clinical environment. *Med Educ*, 53(10):1013-1024. doi: 10.1111/medu.13945.
- Wald, H. S., Reis, S. P., Monroe, A. D., & Borkan, J. M. (2010). 'The Loss of My Elderly Patient:'Interactive reflective writing to support medical students' rites of passage. *Medical Teacher*, 32(4), e178-e184. <https://doi.org/10.3109/01421591003657477>.
- Wallace, A. R. & Wolf, A. (2020). *Çağdaş sosyoloji kuramları*. L. Elburuz & M. R. Ayas, (Çev.). (8. Baskı). Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Wang, L., Tao, H., Bowers, B. J., Brown, R., & Zhang, Y. (2018). When nurse emotional intelligence matters: How transformational leadership influences intent to stay. *J Nurs Manag*, 26(4):358-365. doi: 10.1111/jonm.12509.
- Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J. & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians

- in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 33(8):467-76. doi: 10.1016/s1553-7250(07)33050-x.
- Weinberg, D. B., Miner, D. C., & Rivlin, L. (2009). 'It depends': medical residents' perspectives on working with nurses. *Am J Nurs*, 109(7):34-43; quiz 44. doi: 10.1097/01.NAJ.0000357167.63636.98.
- Wenger, E. (1999). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge university press. Erişim tarihi ve adresi: 09 Ocak, 2024, https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Wenger%2C+E.+%281998%29.+Communities+of+practice%3A+Learning%2C+meaning%2C+and+identity.+Cambridge%3A+Cambridge+University+Press.&btnG
- Wright, M. C., Phillips-Bute, B. G., Petrusa, E. R., Griffin, K. L., Hobbs, G. W., & Taekman, J. M. (2009). Assessing teamwork in medical education and practice: relating behavioural teamwork ratings and clinical performance. *Medical Teacher*, 31(1), 30-38. <https://doi.org/10.1080/01421590802070853>.
- Xu, Q. (2023). Comparing COVID-19 metaphors in chinese and english social media with critical metaphor analysis. *Front. Psychol*, 14,1198265. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1198265.
- Yang, Y., Jia, X., & Meirongzi, X. (2021). A Cognitive research on doctor metaphor and doctor-patient relationship metaphor. *Research Square*, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1083792/v1>.
- Yardley, S., Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2012). Experiential learning: AMEE guide No. 63. *Medical Teacher*, 34(2), e102-e115. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.650741>
- Yıldırım A. & Şimşek H. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. (9. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, M., & Gülpınar, M. A. (2019). Tıp eğitiminde insani boyut ve anlatı tıbbının imkânları. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 18(56), 123-137. <https://doi.org/10.25282/ted.569519>.
- Zahednezhad, H., Hoseini, M. A., Ebadi, A., Farokhnezhad Afshar, P., & Ghanei Gheshlagh, R. (2021). Investigating the relationship between organizational justice, job satisfaction, and intention to leave the nursing profession: A cross-sectional study. *J Adv Nurs*, 77(4):1741-1750. doi: 10.1111/jan.14717.
- Zhang, Y., Pi, B., Xu, X., Li, Y., Chen, X., & Yang, N. (2020). Influence of narrative medicine-based health education combined with an online patient mutual assistance group on the health of patients with inflammatory bowel disease and arthritis. *Psychology Research and Behavior Management*, 1-10. <https://doi.org/10.2147/prbm.s213587>.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1		
2		
3		

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

10. BİLİMSEL FAALİYETLER

Makale

Yıldız, M., Gülpınar, M. A. (2019). Tıp eğitiminde insani boyut ve anlatı tıbbının imkânları. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 18(56), 123-137. <https://doi.org/10.25282/ted.569519>

Saraçoğlu, M., İnanıcı Yıldız, S., Gülpınar, M.A. (2023). Bir cerrahi kliniğin klinik eğitim ve sağlık bakım deneyimlerini metaforlar üzerinden anlamak. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 10(4): 124-136.

Bildiri (Poster veya Sözel)

Saraçoğlu, M., İnanıcı Yıldız, S., Gülpınar, M.A. (2022, Mayıs 19-21). *Kliniğin duyguları ve duyguların bağlamı: Etnografi desenli çalışma* [Sözlü bildiri ödülü aldı]. XII. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, Türkiye.

Saraçoğlu, M., Emre, Ö., Layık, M.E., Gülpınar, M.A. (2022, Mayıs 19-21). *Anlatı tıbbi seçmeli programının değerlendirilmesi: Bir nitel değerlendirme* [Sözlü bildiri]. XII. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, Türkiye.

Saraçoğlu, M., İnanıcı Yıldız, S., Gülpınar, M.A. (2022, November 17-20). *Understanding clinical education and health care processes through metaphors* [Oral presentation]. II. International Conference on Medical and Health Sciences (ICMeHeS), Antalya, Turkey.

Saraçoğlu, M., İnanıcı Yıldız, S., Gülpınar, M.A. (2023, Eylül 20-23). *Çoklu bağlamsal okuma ve bağlamsal nitel analiz örneği: Tarafların klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerine ve bu süreçlerin yaşandığı sisteme ilişkin anlatıları* [Sözlü bildiri]. International Education Congress (EDUCONGRESS 2023), Ankara University, Ankara, Turkey.

11. EKLER

Ek.1. Etik kurul kararı

Ek.2. Derinlemesine görüşme soruları

Örnek Görüşme Soruları Formu

Çalışanlar için;

1. Genel cerrahi kliniğini, bu kliniğin iş hayatınızdaki yerini, rolünü nasıl betimlersiniz, öyküleyerek anlatabilir misiniz?
2. Klinik çalışma sürecinde sizi etkileyen, unutamadığınız bir deneyiminizi anlatabilir misiniz?
3. Bakım verdiğiniz hastalarla ilgili sizde iz bırakan bir öykünüzü anlatabilir misiniz?
4. Çalışma arkadaşlarınızla ilgili yaşadığınız, unutamadığınız bir deneyiminizi anlatabilir misiniz?
5. Klinikte çalışan farklı meslek grubundaki ekip arkadaşlarınızla ilgili bir deneyiminizi anlatabilir misiniz?

Öğrenciler için;

1. Genel cerrahi kliniğini, bu kliniğin eğitim/öğrenme hayatınızdaki yerini, rolünü nasıl betimlersiniz, öyküleyerek anlatabilir misiniz?
2. Klinik eğitim sürecinde bu kliniğe ait sizi etkileyen bir deneyiminizi anlatabilir misiniz?
3. Hastalarla etkileşim sürecinde sizde iz bırakan bir öykünüzü anlatabilir misiniz?
4. Klinik eğiticilerinizle ilgili yaşadığınız iz bırakan bir deneyiminizi anlatabilir misiniz?
5. Klinikte çalışan farklı meslek grubundaki sağlık çalışanlarıyla ilgili bir deneyiminizi anlatabilir misiniz?

Eğiticiler için;

1. Genel cerrahi kliniğini, bu kliniğin eğitim/öğrenme veya çalışma hayatınızdaki yerini, rolünü nasıl betimlersiniz, öyküleyerek anlatabilir misiniz?
2. Klinik eğitim süreçlerinizle ilgili deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
3. Hasta bakımına yönelik sizde iz bırakan bir öykünüzü anlatabilir misiniz?

4. Klinikte beraber çalıştığınız diğer eğitici arkadaşlarınızla ilgili deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
5. Klinikte çalışan farklı meslek grubundaki sağlık çalışanlarıyla ilgili bir deneyiminizi anlatabilir misiniz?

Hasta ve yakınları için;

1. Genel cerrahi kliniğine yatışlı hasta olarak kabul edildiğiniz gün itibariyle klinikle ilgili genel deneyimlerinizi ve duygularınızı anlatabilir misiniz?
2. Genel cerrahi kliniğinde yatarken size bakım veren çalışanlarla iletişim kurmayla ilgili duygularınızı anlatabilir misiniz?
3. Size bakım veren hekimlerinizle ilgili duygularınızı anlatabilir misiniz?

Ek.3: Yeniden çerçeveleme ve anlatılama

Bu bölüme gelme isteği bende öğrenciliğimden başlamıştı, seviyordum. Ama aynı zamanda farkındaydım başıma geleceklerin. Zor branştayım, zor ama en azından beni tam tatmin edecek bir bölümdeyim. Ancak, şimdi geriye dönüp bakıyorum da, ben daha çok mesleğin zorluğunu hesaba katarak ve karşılaştığım sorunlara, kendimce, bir şekilde bir hal çaresi bulurum diyerek/bularak gelmişim ve devam etmişim bölüme. Koşulları, koşulların ne kadar belirleyici olabileceğini çok da hesaba katmamışım. Bunların üzerinde durmamışım, hatta durmaktan çok kaçınmışım. Şimdiki aklım olsaydı, farklı yaşanabilir miydi geçen iki yıl, bilmiyorum. Ama en azından denerdim diye düşünüyorum. Bu şekilde kendimi avutarak devam ediyorum asistanlığa.

Nasıl bir yer mi burası? Bu hastanenin, bu kurumun lokomotifi. Hocamızın sayesinde en düzgün işleyen kliniklerden bir tanesi. En tepede, “kralın şark odası” (yeni anlatıda tırnak içine alındı) gibi. Disiplinsizliği asla kabul etmeyen bir branş. Hiç ummadığım kadar ciddiyeti olan bir klinik, belki tıbbın her alanı için herkes bunu söyleyebilir ama buradaki süreç hiçbir hatayı, hiçbir eksiği, gözden kaçmış hiçbir şeyi affedemeyecek kadar ciddi bir klinik. Bu klinik işleyiş, yoğunluk, disiplin ve hiyerarşi ilk başlarda çarpıyor insanı, ters geliyor ~~ama sonra....~~ “Sonra alışıyorsun, alışmak, kabullenmek durumunda kalıyorsun, başka ne yapabilirsin ki, etin ne budun ne.” diye devam ederdim önceleri. Ancak şimdi, “Acaba diyorum, başka türlü olabilir mi?” Zor, farkındayım ama en azından, kendi kendime de olsa (gülerek), bu soruyu yöneltecek cesareti buldum sanırım.

Evet, belli bir disiplin çerçevesinde işin yürümesi gerekiyor. Benim için anlam ifade eden bir şey de, işin bu yönü. Yani sürekli alarmda olman gerekiyor. Ama aynı zamanda eğlenceli, biraz da ~~mekanik~~ elle tutulur, somut bir iş yapıyor olmam. Diğer kliniklerden en önemli farkı bu bence. Dışardan bir perde arkasından bakmak gibi değil de, bire bir o patolojiyle temas etmek, daha böyle insana heyecan veriyor. Hayal ettiğin şeylerin güzelliğini yaşıyorsun yani.

Burada normalde her asistanın başlama sürecinde ilk başlarda istifa etme ya da o kliniği terk etme gibi düşünceleri oluyor. İnsanın modu düşebiliyor. Bir hocanın sözleri senin bütün şevkini yerle bir edebiliyor. Ben neden istifa etmiyorum diyebiliyorsun. Ben bir keresinde çok yorgundum, böyle yorgun yorgun yoğun bakımdayım. Hoca içeri girdi, dedi “Hayırdır.” dedim, “Hocam, valla çok yorgunum, hiç dinlenemiyorum, kronik yorgunluk oldu, ne yapayım bilmiyorum.” “Ben yirmi beş yıldır hiç dinlenemiyorum” diye karşılık verdi Hoca. Ben de kendi

kendime, dedim ki o zaman, “Bu adam yapıyorsa ben de yaparım.” demiştim o zamanlar. Şimdi olsa, “Hocam, gerçekten, değen birşeyler için yorulmaya evet ama işten çok diğer konular yoruyor, katlanılmaz kılıyor, tüketiyor insanı...” diye bir cümleye başlar mıydım! Deli olmam gerekirdi sanırım, ama delilik iyidir belki de bazı durumlarda (gülerek). Hiç umursamadım, Hakketen, iş yormuyor insanı. Hatta bazen tüm yorgunluğunuza rağmen, yani bazen hocalardan birinin bir sözü, insana iyi gelen, içinde bulunduğumuz şartları gören bir sözü, bir davranışı ile seni buraya şevkle bağlıyor ve üç ay deposu yeni doldurmuş araç gibi gidebiliyorsun. Enerji de veriyor hocan sana. Heyecanımı hiçbir zaman kaybetmedim. Sonuçta bir aile olarak iç içe yaşıyoruz. Ben annemi babamı hocalarımdan daha az görüyorum. Bu aile ortamı ve ilişkisi, bu yakınlık iyi geliyor insana, sarıp sarmalıyor. Yani bir aile olarak işte hocaların bazen kızması, bazen seni takdir etmesi, bunların hepsi olağan. Böyle ailesel bir şeye dönüşünce, yani o samimi boyut olunca, bir ebeveynin çocuğunu azarlaması gibi ya da işte takdir etmesi gibi, böyle yaşıyor işte. Ama aynı zamanda profesyonelce, hekim-hekime ilişkiyi de zorlaştırıyor, mesafeyi flulaştırıyor, farkında olmadan istenmeyen tutum ve davranışlara, olumsuz sonuçlara yol açabiliyor. Bunlar üzerine konuşmak isterdim mesela hocalarımla. Bunları konuşabilecek bir ortam, bir kültür olsun isterdim bölümde, kurumda ve hatta toplumda.

Bizim bölümü diğer dâhili bölümlerden ayıran birçok yönü var. Ameliyathane denen koca bir yük. Diğer bölümlere bazen konsültasyona gittiğimde koridor bomboş. “Acaba bu serviste hasta mı yok”, diyorum kendi kendime. Doktor odasını açıyorum, birkaç kişi oturuyor. Dosya hekimliği yapıyorlar aslında. Biz hiç servisi boş görmedik, hiç oturmadık, illa birileri koşturuyor. Diğer bölümlerin yoğunluğu belki var ama bizim kocaman yüklerimiz, farkımız var. O kadar bariz bir fark ki, bir gün birimizi alıp dâhiliyeciyi yapsalar, onların altı yedi saatte yaptıkları işi biz bir saatte yapar, gider uyuruz muhtemelen. Benim öyle bir lüksüm yok, olabildiğince hızlı olacaksın bu bölümde. Önceleri bu şekilde düşünürdüm. Şimdi? Biraz farklı sanırım. Örneğin, “Dosya hekimliği yapıyorlar aslında” demezdim herhalde, o nasıl üstenci, değersizleştirici bir ifade öyle (gülüyor kendine). Yoğunluğu bu denli normalleştiren, değişmez kabul eden bir dil kullanmazdım, daha bir acabası olan bir yaklaşımım olurdu. “Acaba içinde bulunduğumuz bu yoğunluk...”, “tövbe, tövbe, kanıma susadım galiba” (yine gülüyor kendine). Neyse seviyorum işimi, bölümde elini çok hızlı bulduğum, çok beğendiğim arkadaşlarım var, bazen sanki piyano çalabiliyormuş gibi bakıyorum onlara. Gerçekten diyorum yani, ne kadar güzel, ne kadar hızlı çalışıyor.

Aynı zamanda duygusal yükü de ağır bir bölüm burası, çok yoğun ve stresli. Bir noktaya kadar anlaşılabilir bir durum bu. Duygusal olarak yoğun, zaman zaman uçlarda, çok iz bırakan olaylar yaşıyoruz. Ben bir hastamı kaybettikten sonra aylarca ameliyathaneye gidemediğimi bilirim. Yemeden içmeden kesildim, depresyona girdim, hiçbir şeyden zevk almadım, aylarıma mal oldu bu süreç. Ama bir şekilde duygularımızla başa çıkmayı öğreniyorsunuz. Siz başa çıkamayan biriyseniz sistem başa çıkarttırıyor sizi. Sistem o kadar hasta yüklüyor ki size, robot gibi davranmadan yapamıyorsunuz. Bir yerden sonra robotlaşıyorsunuz, o kadar çok kötü hastan oluyor, kimse yok yardımcı olacak. O hızda ancak o kadar zaman ayırabiliyorsunuz ya da o kadar hızlı o işi halledip öbürüne geçmek zorunda kalıyorsunuz ki, beyniniz sizden o kadar hızlı ve o kadar önde gidiyor ki, duygularınız geride kalıyor, beyin hızına yetişemiyor. O duygu ne zaman yetişiyor beynin o hızına, eve gidip dinlendikten sonra. Kimi zaman kendini uykunun kucağına attığında. Tek başıma kaldım ve kendimce hal çareleri aradım ve buldum. Ama, kaçmak, ama üstünü örtmek, ama kendini işe, işin rutinine, yoğunluğuna vermek, düşünmeden Keşke bu duygularımı konuşabileceğim zamanlarım olsaydı, bu süreçte bana destek ve rehberlik edecek eğiticiler, belki bu yönde eğitimler. Keşke bu uç duyguları, bir de aşırı ve yeterince planlı olmayan klinik yoğunluğun getirdiği yük, gereksiz, adil olmayan iş yüküyle yaşamıyor olsaydım. Sonuçları hiç de olumlu olmadı bu şekilde yaşamamın. Üstelik, çok da üzerinde konuşmadan, öylesine, mecburuz diye sırtlandığımız o yoğun temponun başka sonuçları da oldu. O temponun içinde ben pratik eğitimin de bazen şey olduğunu düşünüyorum, geri planda kaldığını. İşleri yetiştirmeye çalışırken eğitimi geri planda bırakıyorsunuz. “Bu da hızın eğitimi yani! Hızlı olmanın gerektirdiği eğitim.” diye rasyonelize ederdim önceleri, bir nebze de olsa kendimi rahatlatırdım, gazımı alırdım bir süre içi. Ya şimdi, sizin kullandığınız terminoloji ile, neydi o, “ben de bağlamsal ve düşünümsel yaklaşım” hastalığa yakalandım galiba (gülerek).

Şimdi, şöyle bir düşünüyorum da, tüm bu koşuşturmaya, çabalamaya rağmen, tüm hayatını bu bölümde, işte bırakmana rağmen asistan aslında üniversite hastanelerinde topun ağzındaki kişidir. En çok çalışan, yorulan ama emeği, hakkı ödenmeyen, görülmeyen... Sistem baştan kokuyor, balığımız yani. Kendinden fedakârlıkla bu iş yapılıyor, hakkı da ödenmiyor. Biraz mecburiyetten. Biraz da vicdan olmasa yapılacak şeyler değil bunlar. Dediğim gibi, “Valla hayatımı bıraktım burada!” Çok şey götürüyor insandan. Dışarda bir hayat yok açıkçası. Biraz onu gerektiriyor gibime geliyor bu meslek, belki biz abartıyoruz. Yani bir fedai gibi olmak, hayatını götürüyor yani. Fakat beş yıl bir şekilde geçiyor... Başka türlü olabilir miydi? Olabilirdi sanırım, olabilirdi, bu kadar yıkıcı yaşanmayabilirdi. “Bir şekilde geçer, deveyi

gütmeye devam” demeseydik; hatta bundan, bizden önce, hocalarımız içinde bulunduğumuz durumu normalleştirmeseydi bir zamanlar kendi yaşadıkları üzerinden, “Siz yine iyisiniz, biz asistanlıkla neler yaşadık” anlatıları ile...