



Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Kültürel Çalışmalar

HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİNDE HEKİMLERİN BAKIŞ AÇISIYLA ÇATIŞMA SÖYLEMLERİNİN İNCELENMESİ

Avni Alper YÜKSEL

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2025

HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİNDE HEKİMLERİN BAKIŞ AÇISIYLA ÇATIŞMA SÖYLEMLERİNİN İNCELENMESİ

Avni Alper YÜKSEL

Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Kültürel Çalışmalar

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2025

KABUL VE ONAY

Avni Alper YÜKSEL tarafından hazırlanan “Hasta-Hekim İlişkilerinde Hekimlerin Bakış Açısıyla Çatışma Söylemlerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 17.03.2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet AKKUŞ (Başkan)

Dr. Öğr. Üyesi Robabeh TAGHIZADEHZONUZ
(Danışman)

Doç. Dr. Yusuf GÖKKAPLAN (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Sinan AKILLI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Kapadokya Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / Kapadokya Üniversitesi tarafından açık erişime açılır.

- ☐ Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.
- ☐ Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir.
- ☐ Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

...../...../.....

Avni Alper YÜKSEL

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Robabeh TAGHIZADEZONU** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Kapadokya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, ğretim ve Araştırma Enstitüsü Tez ve Dönem Projesi Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Avni Alper YÜKSEL

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasına başladığım zaman sağ olan sevgili eşim rahmetli Emine Yüksel'e teşekkür ederim. Yine bu tez çalışmasına başladığımda sağ olan bütün hayatımı onun takdirini kazanmak için yaşadığım rahmetli babam Ali Rıza Nur Yüksel'e bu tez çalışması nedeniyle ona ayırdığım zamanın azalmasına tahammül ettiği için kızım Hira Deniz Yüksel'e, Dr Hatice Çeliker Bozkurt'a ve bu zorlu süreçte maddi manevi desteği nedeniyle Dr. Fatma Tekir'e teşekkürü borç bilirim.



ÖZET

YÜKSEL Avni Alper. *Hasta-Hekim İlişkilerinde Hekimlerin Bakış Açısıyla Çatışma Söylemlerinin İncelenmesi* Yüksek Lisans Tezi Nevşehir, 2025.

Bu araştırmada Türkiye’de hasta hekim ilişkilerinde çatışma ve şiddete varan uyuşmazlıklarda dilin etkisinin, özellikle hasta ve hekim arasındaki kültürel farklılık, hekimlerin kullandığı mesleki jargon, hasta ve hekim beklentilerinin ifadelerindeki söylem açısından incelenmesi ve çatışmaya varan söylemlerin analizi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışma, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanılması ile karakterize edilen karma yöntemler araştırma modeli üzerine yapılandırılmıştır. Araştırmanın nitel aşamasında yaşları 27-60 arasında değişen toplam 23 hekim ile nicel aşaması ise 96 hekimden oluşan bir örneklem grubu oluşturulmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak, nitel aşamada araştırmacı tarafından geliştirilen “Hekimler için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu”ndan yararlanılmıştır. Verilerin analizinde nitel aşama için “MaxQDA 24” bilgisayar programından yararlanılarak veri analiz aşamaları takip edilmiştir. Nicel aşama ise beşli likert yapı üzerinden oluşturulan anket sorularıyla oluşturulmuştur. Sorulara beş adet cevap şıkkı koyularak basit ve anlaşılır bir şekilde sorular sorularak sağlıkta şiddette ilişkin süreçler konusunda bilimsel veriler elde etmek amacıyla tasarlanmıştır. Yapılan analiz sonucunda hem nitel hem nicel veriler ortaya koyulduğunda hekimlerin çatışmanın iletişim sırasında ortaya çıktığını kabul ettiği görülmüştür. Hekimlerin kullandığı jargon ve hegemonya dilinin hekim hasta ilişkisini önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir. Acil Polikliniklerinde hem sistemsel hem sosyo – ekonomik problemlerin olduğu, acil servislerin tabiatı gereği bu alanda ayrı bir dil yapısı kullanılmasının elzem olduğu gözlemlenmiştir. Sosyo – ekonomik şartların etkisinin gerek kültürel dil kodlarının farklılığı gerekse hastaların olağandışı isteklerinin varlığı sebebiyle göz ardı edilmemesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra Medya ve siyaset dilinin hekimlere olan sözel ve fiziksel şiddeti etkilediği bu dilin ayrıca hasta hekim ilişkisinde uzaklaşmaya yol açtığı tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Söylem, Söylem Analizi, Eleştirel Söylem Analizi, Sözlü Şiddet, Hekim Dili, Sağlık Çalışanları, Mesleki Jargon

ABSTRACT

YÜKSEL Avni Alper. *A Sociolinguistic Analysis of Conflictual Discourses in Doctor-Patient Relationships*, Master's Thesis Nevşehir, 2025

This study investigates the role of language in conflicts and disputes—some escalating to violence—within doctor-patient relationships in Turkey. It focuses on cultural differences, doctors' use of professional jargon, and the linguistic expression of mutual expectations.

A **mixed-method research model** was employed, combining qualitative and quantitative approaches. In the qualitative phase, 23 doctors aged 27–60 were interviewed using a **semi-structured interview form** developed by the researcher. The data were analyzed using **MaxQDA 24** software. In the quantitative phase, 96 doctors participated in a survey based on **five-point Likert scale** questions, designed to gather clear and scientific data on healthcare-related violence.

Findings from both phases indicate that doctors recognize conflict often emerges through dialogue. The **professional jargon** and **authoritative language** commonly used by doctors were found to negatively impact communication with patients. Moreover, emergency departments were identified as particularly problematic areas due to systemic and socio-economic pressures. These departments require a distinct linguistic approach, shaped by urgency and stress.

The study also found that **socio-economic conditions** and **cultural language differences** significantly influence patient expectations and communication breakdowns. In some cases, patients' extraordinary demands further complicate the interaction.

Finally, the **language used in media and politics** was found to contribute to both verbal and physical violence against doctors, while also increasing emotional distance between doctors and patients.

In conclusion, language—shaped by both professional practice and broader socio-cultural factors—plays a critical role in the emergence and escalation of conflict in doctor-patient relationships

Keywords: Discourse, Discourse Analysis, Critical Discourse Analysis, Verbal Violence, Medical Language, Healthcare Professionals, Professional Jargon

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	6
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1. SÖYLEMAN ALİZİNE GİRİŞ	6
1.1.1. Dil	6
1.1.2. Dil ve Dilbilim	7
1.1.2. Dilbilimin Mikro Alanları.....	10
1.1.3. Dilbilimin Makro Alanları	10
1.1.4. Dilbilim, Söylem ve Söylem Analizi.....	11
1.1.5. Söylem Analizinin Tarihsel Gelişimi ve Söylem Kuramları	15
1.1.5.1 Yapısalcılık	17
1.1.5.2 Post – Yapısalcılık	18
1.1.5.3 Postmodernizm.....	18
1.1.5.4 Hermeneutik.....	18
1.1.6. Söylem Analizinin Temel Kavramları	20
1.1.6.1. Semantik.....	20
1.1.6.2. Gösterge	21
1.1.6.3. Sentaks	22
1.1.7. Pragmatik Eylem ve Söz Eylemler	22
1.1.8. Söylem Analizinin İlkeleri.....	25
1.1.9. İletişim Çalışmalarında Söylem Analizi	26
1.1.10. Söylem Analizi Konusunda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar	27
1.1.11. Söylem ve Şiddet	28
1.2. ŞİDDET	30

1.2.1. Şiddetin Seyri.....	31
1.2.2. Şiddet Türleri	33
1.2.3. Şiddeti Açıklayan Kuramlar	34
1.2.4. Şiddetin Sınıflandırılması	34
1.2.5. İşyerinde Dilsel Şiddet.....	35
1.2.6. Dilsel Şiddette Kutuplaşmanın ve Ötekileşmenin Etkisi.....	36
1.2.7. Sağlıkta Şiddet	39
1.2.8. Sağlıkta Şiddetin Tarihçesi	40
1.2.9. Bugüne Kadar Yapılan Çalışmalarda Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	43
1.2.10. Sağlıkta Şiddette Günah Keçisi	45
1.2.11. Sağlıkta Şiddette Ciddi Bir Bahane: Mahremiyet	46
1.2.12. Sağlıkta Dil ve Şiddet	47
İKİNCİ BÖLÜM	53
YÖNTEM.....	53
2.1. ARAŞTIRMA DESENİ: KARMA YÖNTEMLER	53
2.1.1. Karma Yöntemler Araştırma Modelinin Seçilmesinin Mantıksal Gerekçeleri.....	53
2.2. NİTEL AŞAMA	54
2.3. ÖRNEKLEM	54
2.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	56
2.4.1. Veri Toplama Aracı	56
2.4.2. Veri Analizi.....	57
2.5. ARAŞTIRMACININ ROLÜ	60
2.6. METODOLOJİK KESİNLİK, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK.....	60
2.7. İNANDIRICILIK	60
2.8. AKTARILABİLİRLİK.....	61
2.9. TUTARLILIK.....	61
2.10. NİCEL AŞAMA	62
2.10.1. Evren ve Örneklem	62
2.10.2. Veri Toplama Araçları	63
2.10.3. Verilerin Toplanması	63
2.10.4. Verilerin Çözümleme Yöntemleri	63

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	65
BULGULAR	65
3.1. NİTEL BULGULAR	65
3.1.1. Tema 1 Randevu ve Şartlar	65
3.1.2. Tema 2 Acil Olgusu	69
3.1.3. Tema 3 Sosyo- Ekonomik Şartlar	71
3.1.4. Tema 4 Adli Caydırıcılık ve Cezalar	77
3.1.5. Tema 5 Siyasal Dil veya Medya Dili	79
3.1.6. Tema 6 Hekimin Dili	81
3.1.7. Tema 7 Hastanın Uygun Olmayan İstekleri	84
3.2. NİCEL BULGULAR	86
SONUÇ	100
KAYNAKÇA	122
EK 1. ORJİNALLİK FORMU	132
EK 2. ETİK KURUL FORMU	133
KAPADOKYA ÜNİVERSİTESİ	133
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ	133
EK 3. BEYAZ KOD TUTANAK ÖRNEĞİ	134
EK 4. KATILIMCI ONAM FORMU	136
EK 5. HEKİMLER İÇİN YARI-YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	137
EK 6. ETİK KURUL BAŞVURUSU EK 3'ÜNDE YER ALAN ANKET	
SORULARI	141
EK 7. GÖRSELLER	143

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHEK	: Aile Hekimi Uzmanı
ASL	: (American Sign Language) Amerikan İşaret Dili
AVM	: Alışveriş Merkezi
BEV	: (Black English Vernacular) Siyahlara Özgü İngilizce
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
EKG	: Elektrokardiyografi
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları
ILO	: (International Labour Organization) Uluslararası Çalışma Örgütü
KBB	: Kulak Burun Boğaz
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MI	: (Myokard Infarktus) Kalp Krizi
MR	: Magnetic Rezonans
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TED	: (Technology Entertainment Design) Teknoloji, Eğlence , Tasarım
TTB	: Türk Tabipler Birliği
WHO	: (World Health International) Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Nitel Katılımcı	55
Tablo 2. Cinsiyet	86
Tablo 3. Yaş Aralığı	86
Tablo 4. Katılımcı Branş	87
Tablo 5. Anket Sorusu 1	88
Tablo 6. Anket Sorusu 2	88
Tablo 7. Anket Sorusu 3	89
Tablo 8. Anket Sorusu 4	89
Tablo 9. Anket Sorusu 5	90
Tablo 10. Anket Sorusu 6	90
Tablo 11. Anket Sorusu 7	91
Tablo 12. Anket Sorusu 8	91
Tablo 13. Anket Sorusu 9	92
Tablo 14. Anket Sorusu 10	92
Tablo 15. Anket Sorusu 11	93
Tablo 16. Anket Sorusu 12	93
Tablo 17. Anket Sorusu 13	94
Tablo 18. Anket Sorusu 14	94
Tablo 19. Anket Sorusu 15	95
Tablo 20. Anket Sorusu 16	95
Tablo 21. Anket Sorusu 1	96
Tablo 22. Anket Sorusu 18	96
Tablo 23. Anket Sorusu 19	97
Tablo 24. Anket Sorusu 20	97
Tablo 25. Anket Sorusu 21	98
Tablo 26. Anket Sorusu 22	98
Tablo 27. Anket Sorusu 23	99

GİRİŞ

PROBLEM

Günümüzde “sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet” adı altında pek çok vaka ve haber kitle iletişim araçları aracılığıyla karşımıza çıkmaktadır. Bu şiddet olaylarının arkasında temel olarak iletişim ve iletişim aracı olarak dilin kullanımı ve seçilen sözcükler ön plana çıkmakta mıdır? Hekimlerin kullandığı mesleki jargon ve bu jargonun Latince ve Türkçe ile birleşen ifadeler içermesi neticesinde bazen bu dili hasta ve yakınları için anlaşılmaz kılması hasta hekim ilişkisinde bir etkisinin var olup olmadığı konusu araştırılmaktadır. Bu çalışmada kullanılan tek bir Latince sözcüğün dahi hasta ve yakınlarının anlama odağını dağıtıp sonraki kelimeleri kaçırmaya neden olması bu iletişimi bozup bozmadığı incelenecektir. Bu gibi basit görünen iletişim eksikliklerinin dilin yetersiz kullanımından kaynaklanıp kaynaklanmadığı açıklanmaya söylem analizi üzerinden çalışılacaktır. Hekim ile hasta arasında olan sosyal ve kültürel farklılık dile yansımakta ve sosyolekt’in etkisi ile hasta ve hekim farklı dilleri konuşmaktadırlar. Bu farklılık söylemlere de yansımaktadır. Hall’a göre iki insanın aynı kültüre ait olduğunu söyleyebilmek için dünyayı aynı şekilde yorumladıklarını, duygu ve düşüncelerini birbirinin anlayacağı şekilde ifade ettiklerini söylemek gerekir (2017:9). Bu düşünceden yola çıkarsak hasta ve hekimin iki ayrı kültürden geldiğini ve farklı sosyolektlere sahip olduklarını söylemek mümkündür. Bu farklılığın ve şiddete yol açmasının söylemsel açıdan etkisi nedir? Bu iletişim probleminin dilsel bir sebebi var mıdır? Sorularına eleştirel söylem analizi ekseninde de cevap aranmaktadır. Ayrıca bu farklı kültürel farklılıklara bilgi asimetrisi de eklenmektedir. Hastanın erişemediği bilgi ve arada olan bu asimetri farklılığı arttırmaktadır. Bu noktada oluşan farklılıklar anlaşmazlıklara, çatışmalara ve şiddete yol açmaktadır. Buna ek olarak hekimlerin bu kültürel fark nedeniyle geniş kod, hastaların dar kod kullanması gibi dilbilimsel farklılıklar da iletişimde sorunlara yol açabilmektedir. Hasta, sadece içinde bulunduğu olumsuz durumdan dolayı, dil edimi değiştiği için, problemler yaşamaktadır (Huber, 2013:72). Tüm bu problemlerin söylemlere yansımaları, söylem analizi ve eleştirel söylem analizi açısından incelenmiştir.

AMAC

Hekim ile hasta ve hasta yakını arasındaki dilsel iletişim toplumdilbilimin alanına sosyolojik ve kültürel olarak ta girmektedir. Dağabakan’a göre dil kullanımının sosyal tabakalara dağılım özellikleri toplumdilbilimin özgün araştırma dizinini oluşturur...” (2019:19). Buradan da anlaşılabacağı üzere dil ve söylem sosyal tabakalar arası iletişim ve çatışmalarda, belirleyici analiz imkanları sunar. Bu çalışma bu nedenlerle Söylem (Discourse) ve Söylem Analizi (Discourse Analysis) alanına girmektedir. Bundan dolayı söylemsel açıdan hasta-hekim ilişkisine yaklaşmak daha farklı veriler ortaya koyacaktır.

Takak ve Baydar Arslantaş’ın çalışmasında sonuç noktasında “Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri üzerinde mutlaka detaylı çalışmalar yapılmalı, bu konuda kalitatif çalışmalara ağırlık verilmelidir.” (2018:114). Bu çalışma bu konudaki çalışmalara destek olmak amacıyla yapılmıştır.

ÖNEM

Söylem Analiz ülkemizde oldukça yeni bir alandır. Bu noktada bu alanda yapılan çalışma nispeten azdır.

Bu çalışmada çatışmaların söylemsel analizi amaçlanmıştır. Ancak gerek medya da gerekse yapılan çalışmalarda sağlık alanındaki çatışmalar şiddet adı altında sınıflandırılmıştır. Bu nedenle sağlıkta şiddet ve hekime karşı uygulanan şiddet terimleri çalışmanın önemi açısından kullanılmak zorunda kalmıştır.

Sağlıkta şiddet ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığı zaman şiddette bir artış olup olmadığı veya şiddet olaylarının ve sağlıkta şiddetin birinden ayrı yükseliş ve düşüş gösterip göstermediği ile ilgili doğrudan bir çalışma bulunmamaktadır. Sağlıkta yaşanan şiddet olaylarında hasta hekim arasındaki diyalogun ve sağlıkta şiddete ilişkin hasta hekim ilişkisinde kullanılan dil ile ilgili etkinin ölçüldüğü bir çalışma bulunmamaktadır. Sağlıkta şiddet ile ilgili Türk Tabipler Birliğinin yapmış olduğu çalışmaya göre bu çalışmaya “...310 sağlık çalışanı katıldı. %57’si kadın, %43’ü erkek

idi. Çalışmamıza katılanların %68'i kadrolu, %32'si sözleşmeli çalışmakta idi. Çalışma sonuçlarımıza göre “son bir yıl içerisinde toplumda şiddet olayları arttı” diyenler %86 oldu. “Sağlık hizmetlerinde şiddet olayları arttı” diyenler %72, “Görev yaptığı kurumda şiddet olayları arttı” diyenler %51 çıktı. Bu artış oranlarının çoğunluğunu söyleyenler kamu sağlık hizmetlerinde çalışmaktaydı Sağlık personelinin %91'i son yıllarda ülkemizde şiddetin yaygınlaştığı fikrinde. %78'i toplumda şiddetin yaygınlaşmasının en önemli ilk üç sebebi olarak ekonomik sıkıntıları, sosyo-kültürel problemleri, eğitim problemlerini sıraladı.”(2019:4) Bu çalışma sağlıkta şiddetin Türkiye'deki boyutunun bir kesitini göstermektedir. Oldukça ciddi bir biçimde sağlık sektöründe şiddete maruz kalma söz konusudur. TBMM Araştırma Komisyon raporuna göre dünyada sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı %54 ile %86,8 arasında değişmektedir. Şiddet vakaları öncesinde bir diyalog bir konuşma söz konusudur. Burada oluşan dilsel sorunlar sözlü şiddete ve sonrasında fiziksel şiddete yol açmaktadır.

Bu dilsel bir iletişim probleminin irdelenmesi ve sağlıkta şiddet ile ilgili olarak konunun medya ekseninde yer alması sosyal medya da çok fazla yer tutması sebebiyle pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların pek çok kısmında hekim dışı sağlık çalışanlarına da yer verilmiştir. Yapılan bu çalışmalar hekimin yanı sıra çoğunlukla sağlık çalışanları grubundan en çok şiddet gören hemşireler ve bunun yanı sıra hasta bakıcılar ve acil tıp teknisyenlerini de içermektedir. Bunun nedenlerinden biri sadece hekimlere yönelik çalışmalar daha az yapılmasıdır. Hekimin bu tür çalışmalara zaman ayırmasının güçlüğü de bu nedenlerden bir başkasıdır.

Bu çalışmada çatışma kelimesi kullanılsa da medya organlarında bilimsel çalışmalarda ve araştırma komisyonların ve yüksek lisan tezlerinde konu ağırlıklı olarak sağlıkta şiddet ve şiddet teması üzerinden incelenmiştir. Türkiye'de şiddetin toplumsal bir yönünün olduğu ve arttığına dair söylemin sağlıkta şiddetle ilişkisini ortaya koyma çabası nedeniyle bu çalışma hastanın otoriteye karşı çıkışının sözlü veya fiziksel ifadesi olarak doktorları seçmesi nedeniyle de hekimlerle yapılmıştır. Türkiye'de yaşanan pandemi, deprem, mülteci sorunu ve ekonomik zorlukların etkisinin sağlıkta şiddete ve çatışmalara olan etkisini de belirlemek gibi bir öneme sahiptir.

ARAŞTIRMA SORULARI

Bu tez çalışmasında cevap aranan araştırma soruları şu şekilde belirlenmiştir. Sağlık sektöründe özellikle sözlü veya fiziksel şiddet olgularında toplumdilbilimsel açıdan iletişim aracı olan dilin kullanımı ve söylemin etkisi bulunmakta mıdır? Hasta ve hekim arasında yaşanan diyalogun şiddete yönelmesinde kullanılan söylemin etkisi nedir? Farklı kültürel altyapıların varlığı, mesleki jargonun etkisi var mıdır? Bu farklı dil kullanımını ortadan kaldıracı için ve iletişimi geliştirebilmek için uygulanabilecek çözüm önerileri neler olabilir? Sağlıkta yaşanan şiddet münferit olayların bir araya gelmesi ile mi oluşmuştur yoksa toplumsal bir şiddet dalgasının parçası mıdır?

VARSAYIMLAR

Örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

Araştırmaya ve ankete katılan bütün katılımcıların ölçme ve değerlendirme sorularına içten ve tarafsız olarak yanıt verdikleri varsayılmaktadır.

Kullanılan ölçme ve değerlendirme araçlarının ölçme özelliklerinin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

Yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında sonuçlar dil ile bağlantılı çıkmayabilir ancak bu sonuçlarda dili etkilemekte veya dil yardımı ile dil dışı sorunların çözülebileceği olasılığı öngörülmektedir.

SINIRLILIKLAR VE KISITLILIKLAR

Bu çalışmada:

Nitel aşaması 27-60 arasında değişen toplam 23 hekim ile nicel aşaması ise 96 hekimle sınırlıdır.

Araştırma örneklem grubunun veri toplama araçları kapsamındaki ölçeklere ve yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda verilen yanıtlarla sınırlıdır.

Yapılan çalışmanın hekimlerle ilgili yapılması sağlık çalışanlarının özellikle hemşire, danışma ve güvenlik çalışanları gibi daha sık şiddete uğrayan alanların dışında kültürel olarak farklılığı göz önünde tutulmuştur. Bu farklılığın bir parçası olan dilsel farklılığa sahip hekime şiddetle ilgili nispeten daha az çalışma yapılan sağlık çalışanları içerisinde hekimler tercih edilmiştir.

Hekimlerin tercih edilmesi sadece çalışma azlığından değil, eğitime açık ve sosyo-ekonomik olarak gelişmiş bir grup olduğunun toplum tarafından varsayılması üzerine eğitimin bu gruba daha hızlı ulaşabilmesi açısından da tercih edilmiştir. Bu nedenle iletişim ve dil ile ilgili çözüm önerilerinin daha uygulanabilir olması yönünden çalışmada söylem analizinin öznesi olarak hekimler tercih edilmiştir. Ayrıca hekimler hastanın şikâyetini dinlerken her seferinde bir söylem analizi yapmaktadırlar.

Hekimler sağlık bakanlığına bağlı bir çalışan olmasına rağmen herhangi bir devlet memuruna göre daha açık bir şekilde ve sansürsüz bir biçimde cevap verebilmişler ve gönüllü bir şekilde verdikleri yanıtlarda hükümeti eleştirmesi gereken konularda açık ve net olmuşlardır.

Çalışmada psikiyatri hekimleri ve psikiyatri hastaları sağlıkta şiddetin farklı bir boyutunu temsil ettiği için buradaki şiddet rakamlarının yüksek olması, şiddet uygulayanların cezai ehliyetinin bulunamaması gibi nedenlerle istatistiki verileri bozmaması için çalışmaya katılmamıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SÖYLEMAN ALİZİNE GİRİŞ

1.1.1. Dil

Homo Sapiens'in konuşması onlara diğer canlılardan daha fazla ne kazandırdı. Sadece sosyalleşmesi olarak düşünülürse bugün şempanze ve bonobo gibi gelişmiş canlılarda da bir dilsel çağrı sistemi bir sosyal ortam bulunmaktadır. Sosyal canlı kelimesinde insanlardan daha sosyal olan arılar ve karıncalar bulunmaktadır. Arıların birbirlerine nerede bulunduklarını nerede yiyecek olduğunu kovana olan uzaklıklarını birbirlerine ilettiği saptanmış ve çözümlenmiştir (Huber 2013:14). Karıncaların iletişimi bizimki gibi fiziksel değil kimyasaldır. Bir karıncanın canı yanıyorsa ve feromonlar aracılığıyla bunu kimyasal olarak diğer bir karıncaya iletmesi o karıncanın da canının aynı şekilde yanmasına yol açmaktadır. Bu sosyal ilişkiye göre bir mide ağrısı bundan daha mükemmel anlatılamayacağı akla gelmektedir.

Bu noktada insanlar farklı olarak dili sadece bir çağrı dili olarak kullanmamış onu biçimlendirmiş bir takım geliştirmeler yapmıştır. Eklemlendirme bunlardan biridir. Ama asıl çift eklemlendirme sadece insanda olan bir özellik olarak dilin insanlarda gelişmesini sağlamıştır (Huber 2013:15). Bu gelişme ile dil artık insanlar için sadece sosyalleşmenin bir parçası olmaktan çıkmıştır. İnsanların iletişimini çok yönlü geliştirmiş ve uygarlık düzeninin bir parçalı toplumsal yapılarının özü haline gelmiştir (Huber 2013). İnsan kültür yaşamının bir parçası olmuş diğer toplumların dilini öğrenmek istemiş bu konuda çalışmalar yapmaya başlamış hatta zaman zaman dili öğrenmek bir dili yasaklamak toplumsal asimilasyonun bir parçası haline gelmiştir.

Özellikle hayvan dili ele alındığında insan dilinin farkı anlık olarak bir tehlikeyi bir işaret belki bir çığlık ile ses ile anı anlatmak dışında mağara dışında vurmuş olduğu

ama tek başına taşıyamadığı bir av için yardım istemesini sağlayacak şekilde gelişmiştir.

İnsan dili türünden dili olmayan, daha doğrusu dil yetisi olmayan dolayısıyla da kendi türünden olana farklı zaman boyutları dikkate alındığında pek de bağlanamayan öteki canlılara göre insan, işte bu dil aracılığıyla bedenini aşabiliyor; içinde işte tam da şu anda yaşadığı dünyanın sınırlarının dışına çıkabiliyor; geçmiş dediğimiz zaman dilimine yönelebildiği, orada bile kendini konumlandırabildiği gibi, geleceğe yönelik tasarlama yapabiliyor ; öngörülerde bulunabiliyor (Çotuksöken 2002: 70-71).

Çotuksöken bu yorumuyla insanın hayal dünyasının ve gelecek tasavvurunun da dille oluştuğunu vurgulamıştır. Bu noktada artık dilbilim ve toplumdilbilimin ortaya çıkması kaçınılmaz olmuştur.

1.1.2. Dil ve Dilbilim

Söylem hem zihinsel hem de fiziksel olarak var olan bir olgudur. Söylemi belirleyen doğrudan dilin kendisidir.

Dil Homo Sapiens'in temel iletişim aracıdır. Sözlü ve yazılı olarak iki şekilde karşımıza çıkmaktadır (Kotak 2014:302). “Dil, tüm toplumsal olguların varlayıcısıdır. Dil, olguların düşün dünyasında bir varlık alanı kazanmasını dilsel göstergeler ile sağlar; dil kullanarak nesne, olgu ve olayları adlandırmak, aslında dünyayı yaşadığımız topluma göre oluşturmaktır” (Akata2018:66). Son birkaç yüzyılda artık sembolik dil, işaret dili gibi birçok başka grup konu da dil konusunun içerisinde yer almaya başlamıştır. Yazının icadı altı bin yıl öncesine dayanırken dilin icadı için binlerce yıl öncesine kadar gitmek gerekir. Dil, kelimler ile temsil ettikleri şeyler arasında keyfi ve öğrenilen bağlantılara dayanır. Homo Sapiens'e benzer bir ağız yapısı olmadığı için konuşamadığı düşünülen primatlara uzun süre dil öğretilmeye çalışılmıştır. İsmi Viki olan şempanze sadece 4 kelime konuşabilmiştir. Ama primatlar Amerikan İşaret Dili (ASL)'ni daha çabuk öğrenmiş ve 400 kelimeye çıkan Şempanzelere rastlanmıştır. Hatta Lucy isimli bir maymunun ASL ile şakalar yaptığı ve kedilere küftettiği saptanmıştır. Koko isimli bir başka şempanze ise parmak ve bilezik kelimelerini

biliyordu ve kendisine verilen bir yüzüğün ne olduğu sorulduğunda parmak bileziği demiştir. Bu da insan gibi dilsel üretim yapabildiğini göstermiştir. Primatlarda işaret diline yatkınlık bu kadar iyiymken konuşmanın neden olmadığı sadece çağrılarının olduğu incelendiğinde FOXP2 gen mutasyonu kilit öneme sahiptir. Konuşma bozukluğu olan ailelerde yapılan taramada Şempanzelerde olan FOXP2 genine rastlanmıştır. Bu gen açık olarak konuşma bozukluğu olan bireylerde -anlaşılabilir şekilde- konuşmak için gerekli olan dil ve dudak hareketlerine engel olmaktadır (Kotak 2014:304-305). Konuşmayı belirleyen genler insanlarda o kadar önemli yer tutmaktadır ki 5 günlük bebeklerin bile kendisi ile konuşulan farklı dilleri ayırabildiği Mehler Deneyi aracılığıyla gösterilmiştir (Sigman 2020:28) .

“Tanınmış dil bilimci Noam Chomsky insan beyninin dili düzenlemeye yarayan sınırlı bir dizi kurala sahip olduğunu dolayısıyla tüm dillerin ortak temelli bir dil olduğunu ileri sürmüştür. Chomsky bu kurallara evrensel gramer adını vermiştir. İnsanların yabancı bir dil öğrenmesi ve kelime ve görüşlerin bir dilden diğerine çevrilebilmesi Chomsky’nin her insanın benzer dilbilimsel yeteneklere sahip olduğunu ve benzer düşünce süreçlerine sahip oldukları görüşünü destekler niteliktedir.” (Kotak 2014:308).

Sovyetler Birliğinde insanların birbiri ile iletişimi arttıkça bu evrimsel sürecin tersine işleyerek tek bir dilden gelen tüm dillerin yeniden tek bir dile dönüşeceğine dair bir görüşte mevcuttu. Dünya üzerinde ister tek bir dilden doğsun isterse farklı kökenlerden gelsinler pek çok farklı dil bulunmaktadır (Uzman 2017:47).

“Ethnologue’un 29 Şubat 2019’daki 22. baskısına göre dünya üzerinde 7.111 dil olduğu ileri sürülmektedir (www.ethnologue.com). Dillerin dağılımı da kıtalara göre farklılık göstermektedir: Yaşayan dillerin %30,1’i (n=2.140) Afrika’da, %32,4’ü (n=2.030) Asya’da, %14,9’u (n=1,058) Amerika’da ve %18,6’sı (n=1.322) Pasifik’te yer alırken yaygın dillerin (spread languages) pek çoğunun ev sahipliğini yaptığı Avrupa’da dünya üzerindeki dillerin sadece %4,1’i (n=288) yer almaktadır. Bu çeşitlilik karşısında, dünya üzerinde Ethnologue’un verilerine dayanarak 239 ülke olduğunu varsayarsak (1), her ülkede aşağı yukarı 30 dil konuşuluyor demektir. Söz konusu dağılım homojen olmamakla birlikte, yine de tek bir dilin konuşulduğu ülke yok denecek kadar azdır(2). Dolayısıyla çok dillilik aslında hiçbir ülkeye yabancı olmayan bir kavramdır.”(Dinçer ,Sözeri ,Aydın 2019:136).

Küçük ada ülkelerinde bile birden fazla dil konuşulmakta ve birden fazla dil birden fazla kültürel yapıya işaret etmektedir. Dil ve Toplum birbirinden ayrılamayan iki olgudur. Bir topluluğu ortak bir birlikteliği olması sayesinde grup olarak tanımlayabiliriz. Toplulukları grup yapan ortak özelliklerden biri de dildir. Toplum içerisinde aynı dil konuşulsa bile toplumun farklı katmanlarında dilin yapısı değişebilir, sınıflar arası konuşulan dil değişir kadın ve erkeğin konuştuğu dilde farklılıklar gözlemlenebilmektedir.

Neticede dil insanların evrimleşme sürecinde sosyalleşmesi ve çetin doğa koşullarında ayakta kalması dil sayesinde olmuştur. Bu konuda Çotukkesen sadece evrim ve hayatta kalmayı değil insanın anlam sahibi olabilmesini de dile bağlamıştır. İnsan varlığının farkında olması bunun anlamlanması dil sayesinde olmuştur.

“İnsan birey olarak, ilkin düşünmesi, ama özellikle dili sayesinde kendisi oluyor; özne oluyor. Bu noktaya nasıl geldik? Türsel yapıya karşılık gelmek üzere insana özgü olan dil yetisinden, topluma karşılık gelmek üzere de dilden söz edebiliriz. Bu açıklamalar yaparken özellikle dil olgusuna eğilen filozoflarla, dilbilimcilerden yardım almamız gerekiyor. Dilbilimciler ya da dille uğraşan filozoflar -iyi birer gözlemci oluşlarına dayalı olarak topluluğun bir üyesi olarak insanın ancak dil yetisi gibi türsel niteliğini, bağlı olduğu topluluğun dili aracılığıyla özel bir biçimde yaşama geçirmesiyle bir bakıma kendisini var ettiğini ortaya koyuyorlar ” (2002:67).

Dil konusundaki farklılıklar o kadar önemlidir ki dilin yapısı düşünme şeklini belirler. “Hint Avrupa dillerinde (...) o dil ailesinden herhangi bir dili konuşan bireyin söylemini oluştururken bile düşünme payı vardır. Türkçe için böyle bir kolaylık yoktur. Zira nesneler fiilden önce gelmek durumundadır ve konuşan birey ne söyleyeceğini tam olarak kararlaştırdıktan sonra söze başlayabilir. Araya birçok nesneyi eklemesi halinde fiilin öznesini unutabilir, ya da fiil ile özne uyumsuz olabilir. Türk toplumu ne söyleyeceğine bütün olarak önceden karar verir ve söze böyle başlar.”(Günay:1995:4-5). Bu ise Batı dilleri ile doğu dilleri arasındaki farkın insanın düşüncesini düşünce akışını belirlemesine basit bir örnektir.

“Dilbilimin alanları mikro (micro) ve makro (macro) alanlar olarak ikiye ayrılır. Mikro alanlar dilbilimin ana alanlarıdır ve dil denilen sistemin

yapılarını inceler. Makro alanlar ise dil ve bir başka disiplinin ilişkisini inceler.” (Güven: 2015).

1.1.2. Dilbilimin Mikro Alanları

Mikro alanlarımızın belirli bir düzeni vardır. Dilbilim ve ana çalışma alanlarını bir çember şeklinde düşünecek olursak çemberin en ortasında ses bilgisi (phonology) vardır ve insanların kullandığı söylev/konuşma sesleri üzerinde çalışır. Sesbilim (phonetics) ise onu takip eder ve ses örüntüleri üzerinde çalışır, farklı dillerdeki farklı ses örüntülerini ve biçimlerini inceler. Sonrasında sırasıyla biçimbilim (morphology) gelir, kelimelerin yapısını inceler. Sözdizim (syntax), ise dillerdeki cümle kurma kurallarını inceler, sözcük sırası (word order) dâhil olmak üzere bir dilde cümlelerin yapısını yöneten kuralları ele alır. Anlambilim (semantics), sözcüklerin ve/veya sözcük öbeklerinin anlamına ve anlam ilişkisine dair mantık çerçevesinde açıklamalar yapar ve son olarak mikro alanlardan edimbilim (pragmatics), iletişimde dil kullanımını, tümcelerle bağlam ve durumlar arasındaki ilişkileri inceler. Bu dallar hep birlikte çemberin alalarını oluşturur.

1.1.3. Dilbilimin Makro Alanları

Dilbilim mikro alanların dışında birçok disiplinler arası (makro) alanları da inceler. Mikro alanlarımızın aksine makro alanların belirli bir sıralaması yoktur. Bu alanları çemberin en dış halkası olarak düşünebiliriz. Bu alanlar; ruhdilbilim (psycholinguistics), toplumdilbilim (sociolinguistics), uygulamalı dilbilim (applied linguistics), bilgisayar dilbilimi (computational linguistics), üslupbilim (stylistics), antropolojik dilbilim (anthropological linguistics), dil felsefesi (philosophical linguistics), dil-dilbilim tarihi (historical linguistics), tipoloji-tiplendirme (linguistic typology), bilişsel dilbilim (cognitive linguistics), nörodilbilim (neurolinguistics), söylem çözümlemesi (discourse analysis), derlem dilbilim (corpus linguistics), sözlükbilim (lexicography), çeviribilim (translating and interpreting), matematiksel dilbilim (mathematical linguistics) ve adli dilbilimdir (forensic linguistics)”(Gencal 2015)

Buradan da anlaşılacağı üzere Söylem Analizi Dilbilimin Makro Alanlarından biridir.

1.1.4. Dilbilim, Söylem ve Söylem Analizi

“Dil (language) Aksan’ın ifadesiyle, bir toplumun bireyleri arasında anlaşma sağlayan yerleşik dizgedir. Haberleşme aracı olan insan dilinin bilimsel bir şekilde incelendiği çalışma alanına dilbilim (linguistics) denir. Dilbilim, dilin nasıl çalıştığını inceleyen ve dili merkeze alarak dille ilgili her türlü çalışmayı yapan, dildeki hataların üstüne kural koymadan giden detaylandırılmış bir alandır.” (Güven 2015: 1). Güven’in Aksan aracılığıyla ilettiği bu genel tanım dil ve dilbilim için geçerli bir tanımdır. Güven’e göre dil ve toplum birbirinden ayrılamayan iki olgudur. Bu noktada “Toplumdilbilim; dilin sadece dilbilgisi kuralları bilinerek açıklanabileceği, yapısı (Yapısalcılık) veya zihinle ilişkisi kavranarak açıklanabileceği (Üretici Dönüşümsel Dil Kuramı) görüşlerine tepki olarak doğmuştur. Çünkü dil öğrenilirken sadece dilbilgisi kuralları, yapısı veya zihinle ilişkisi öğrenilmez. Aynı zamanda dilin toplumsal kuralları da öğrenilir” (Canpulat Özşavli 2019:432). tespiti oldukça önemlidir. Toplumdilbilim ise basitçe : “Toplumsal dilbilim, dil ve toplum adına ortada bulunan her türlü varlığın kesişim kümesini oluşturan elemanlarının sebep-sonuç ilişkine dayalı tüm olgularını derinlemesine inceleyen dilbilim dalıdır. ” Diye tanımlanabilir (Güven 2012:55). Tabii burada şu konuya dikkat çekmek gerekir Tannen’e göre hiçbir dil herkesin aynı şekilde konuştuğu homojen bir sistem değildir. Toplumdilbilim : Farklı insanlar aynı dili ne şekilde kullanırlar ? Dilbilimsel özellikler toplumun farklı sınıflarında farklı meslek gruplarında farklı cinsiyetlerde nasıl bir ilişiklik vardır ? gibi sorulara cevap aramaktadır (Kottak 2014: 13). Hadumod Baussman’a göre toplumdilbilim dil sistemi ve dilin sosyal anlamını birbirine olan bağımlılığını inceleyen dilbilim ile sosyoloji, antropoloji, sosyal psikoloji, eğitim bilimlerinin kesişme noktasındaki bir bilim disiplini (Dağabakan 2019:15). Söylem analizi ile ilgili farklı yaklaşımlar onun bir toplumdilbilimsel çalışmamı, bir metin analizi mi, bir sosyal analiz mi yoksa eleştirel analiz mi olduğuna dair çeşitli soruları beraberinde getirmektedir. Konuya farklı açılardan yaklaşılsa da söylem analizi temelde bir toplum dil bilim çalışma, metin analizidir.

Söylem analizi sosyal bir analiz ve bütün bu analiz çeşitlerini kapsayan refleksif ya da eleştirel bir analizdir. Söylem analizi dili bir eylem, iletişim formu, sosyal-pratik olarak görme ve yorumlama özelliklerini bünyesinde barındırmaktadır. Günümüz modern dünyası mücadeleler ve çelişkilerle karakterize edilir. Homojenlik hiçbir yerde mevcut değildir, buna karşın ideolojik ikilemler, parçalılık/bölünmüşlük, çoklu kimlikler mevcuttur (Akt. Çelik ve Ekşi, 2002:99). Söylemin pek çok tanımı ve kavram olarak farklı kuramlara göre farklı açılımları mevcuttur. “Söylem belirli kurallar, terminoloji ve konuşmalardan oluşan sistematik dilsel düzenleri betimlemek üzerine kullanılan bir kavram olarak kategorize edilir.” (Tonkiss, 2006). Sözen ise söyleme bir eylem olarak şu şekilde yaklaşır: Söylem bir meta-eylemdir ve ideoloji, bilgi, diyalog, anlatım, beyan tarzı, müzakere, güç ve gücün mübadelesiyle eyleme dönüşen dil pratiklerine ilişkin süreç/lerdir. Söylem sosyal, siyasi, kültürel, ekonomik alanlar gibi, sosyal hayatın tüm yönleri ile ilişkilidir (1999:12).

“Söylem, farklı yaklaşımlara dayanarak farklı açıklanmalar getirilmesi mümkün olan bir kavramdır. Bazı araştırmacılara göre söylem, bütün konuşma ve yazma eylemleri olarak değerlendirilirken, bazı araştırmacılara göre ise sadece konuşma ağı türevlerinden oluşan uygulamalar olarak değerlendirilir Foucault ise, söylemi daha genel, tarihi ve gelişmekte olan dil uygulamaları olarak görür (Potter & Wetherell, 1987). Foucault (1969)’a göre her birey farklıdır bu ve bu farklılık bireylerin söylemlerinin de farklı olmasına kaynaklık eder. Farklı tarihsel zaman dilimlerinde insanlık, birbirlerinden farklı kendilik maskeleri kullanmışlardır. Ve dolayısıyla her bireyin söylemi, hem tarihsel açıdan, hem de içinde bulunulan zaman açısından birbirinden farklıdır (Parker, 2002).” (Akt. Çelik ve Ekşi, 2002:100).

Söylemi sadece konuşma türevleri üzerinden ele alan araştırmacılar olmakla beraber dil dışı (paralanguage) unsurlarda oldukça önemlidir. Ses tonu, vücut dili, vurgu, konuşurken verilen uzun esler söylem analizinde önemlidir.

“Söylem belirli kurallar, terminoloji ve konuşmalardan oluşan sistematik dilsel düzenleri betimlemek üzerine kullanılan bir kavram olarak kategorize edilir. (Akt. Çelik ve Ekşi, 2002:100). Söylem bir iletinin tüm boyutlarını, sadece iletinin içeriğini değil, onu dile getireni (kim söylüyor), otoritesini (neye dayanarak), dinleyiciyi (kime söylüyor?) ve amacını (söyleyenler söyledikleri ile neyi başarmak istiyor) kapsar. Söylem belirli bir zaman dilimi içinde belli insan grupları arasında olan ve diğer insan grupları ile ilişkili olarak geliştirilen fikirleri ifadeleri ve bilgileri içerir. İktidarın

uygulanması böyle bir bilginin kullanımına içkindir. Söylem, konuşma ve sohbet dâhil olmak üzere tüm iletişim biçimlerini kuşatır. Bununla birlikte sohbet ve konuşma münhasır söze dökülen önermelerle sınırlı değildir, günlük uygulamalar içinde sosyal dünyayı görme, sınıflandırma ve ona tepki verme yollarını da içerir.” (Akt. Çelik ve Ekşi, 2002:100).

Anlamı ve bağlamı inşa eden söylemdir. Söylem son derece güçlü bir oluşumdur. Düşünceler ve zihindeki bağlantılar söylem ile anlam bulur. Söylem sayesinde söylemin alıcısı yeni düşünceler ve bağlantılar ve anlamlar üretir. Sözen’e göre “Söylem, yalnızca dille birlikte düşünülebilir ve yalnızca dil olarak mümkündür” (1999:14).

Dil bilim alanında yapılan çalışmalar ile ortaya çıkan söylem kavramı, edebiyattan psikolojiye, felsefeden siyasete, iletişimden sosyolojiye kadar birçok disiplinde karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda kavram, disiplinler arası bir niteliğe sahiptir. Söylemin disiplinler arası bir çalışma alanı olması ve farklı bilim dallarında nasıl tanımlanması gerektiğine dair farklı bakış açılarının bulunması nedeniyle birbirinden farklı birçok anlamı bulunmaktadır. Bu sebeple de söylem, tanımlanması oldukça zor bir kavramdır. Basit bir şekilde “kullanılan dil ve dil pratiği” (Sözen, 2014: 18) olarak ifade edebileceğimiz söylem kavramı, etimolojik olarak Latince “discurrere” (oraya buraya koşuşturma; gidiş gelişler) ile “discursus” sözcüğünün ‘uzaklaştırma’, ‘eritme’ ve ‘yayılma’ anlamlarına tekabül etmektedir (İnceoğlu ve Çokmak, 2009: 22). Türkçede oldukça farklı anlamlarda kullanılan söylem kavramı, Türk Dil Kurumu Sözlüğü” nde (TDK, 2023) “bir düşünceyi ortaya koymaktaki yaklaşım tarzı; kalıplaşmış,

klişeleşmiş söz, ifade; bir veya birçok cümleden oluşan, başı ve sonu olan bildiri” olarak tanımlanmaktadır. Kocaman (2003: 4-5) ise Türkçede kullanılan söylem kavramının anlamlarını “(1) söz bilim, etkili söz söyleme sanatı; (2) anlatım biçimi, felsefe, görüş açısı, öğreti; (3) düşüncü, öğreti, kavramsal dizge; (4) sözlü, yazılı anlatım türü, iletişim değerli birim; (5) birey dil (idiolecte), anlatım biçimi, biçim; (6) dil, bakış açısı; (7) sav ve görüş” olmak üzere yedi farklı şekilde ifade etmektedir. Berke Vardar ve arkadaşları tarafından hazırlanan Dil Bilim ve Dil Bilgisi Terimleri Sözlüğü’ nde ise söylem kavramı nın tümce olarak terimbilim tanımlaması “(1) söz; dilin sözlü ya da yazılı

gerçekleşmesi, konuşan bireyin kullanımı; (2) sözce; bir ya da birçok tümceden oluşan, başı ve sonu olan bildiri; (3) tümce sınırlarını aşan, tümcelerin birbiri

ne bağlanması açısından ele alınan sözce”(Vardar vd., 1980: 131-132) biçiminde ortaya koyulmuştur. Üstte açıklanan tanımlar göz önüne alındığında açıkça görülmektedir ki söylem kavramı tek bir anlam üzerine inşa edilemez, tek ve bütün bir şekilde bir terminolojik tanım üzerinde uzlaşmaya varılamaz bir kavramdır.

Söylem için literatürde yapılan bazı tanımlar ele alındığında: Söylem, iktidarı/gücü elde etmek ve bilinçleri yönlendirmek için belirli bir yer, belirli bir zaman dilimi ve belirli koşullar altında üretilmiş iddia ve yargılardan oluşan önermeler bütünüdür(Elbirlik ve Karabulut, 2015: 47-48). Söylem, insanların dili iletişim kurmak amacıyla kullanımının ötesinde bir anlam üretme pratiğidir. Söylem aracılığıyla insanlar dili kullanımlarına göre şekillendirmekte, yani dile çeşitli anlamlar yükleyerek yeniden üretmektedir. Söylem; zihni, tarihi, psikolojik, sosyal ve kültürelçeşitli bileşenleri bünyesinde barındıran, iletişimin gerçekleştiği dil pratiklerinde ortaya çıkan, insanların kendisini ve dünyayı anlamlandırma şeklidir (Küçükalkan, 2022: 30). Başka birtanıma göre ise söylem, toplumsal yapı içerisinde var olan iktidar ilişkilerine-dilin anlamlandırma mücadelesi üzerinden bakmayı öneren ve böylece toplumsalyapı içerisindeki gerçeklik tanımlarının bu anlamlandırma mücadelesi ile devamlı bir şekilde değiştiğini varsayan bir kavramdır (Durna ve Kubilay, 2010: 48). Söylem, esas itibariyle kültürel ve toplumsal bağlam çerçevesinde dil kullanımının incelemeye alınmasıdır. Söylemi inceleyenlerin temel amacı ise insan iletişimini bütünlüğü içinde kavramak (Süllü, 2007: 38), yani söylemi anlam bağından uzaklaştırmadan toplumsal bir eylem biçimi olarak tanımlama çabasıdır.

Söylem, dile getirilen bir olgu, bir kişi ya da bir grup insan ile ilgili üretilmiş olan farklı anlamalar, benzetmeler, simgeler, semboller, imajlar, hikâyeler grubuna dayanır.

Söylemi oluşturan dil sosyal yaşamın vazgeçilmez bir unsurudur. Bazı araştırmacılara göre dil olmadan düşüncenin anlamı yoktur. Dile getirilmeyen düşünce muğlâk, belirsiz ve kişinin içsel sesidir dolayısı ile zihinde var olan bir resim bir

fenomendir. Düşünce dile getirilince dil ile ifade edilince tam olarak varlık bulmaktadır. Dolayısı ile dil ve aracılığı oluşturulan söylem varoluşsal bir oluşturucu görevi görmekte ve insan yaşamının merkezinde yer almaktadır. Söylem ile sosyal yapı oluşturulur ve tekrar tekrar yaratılır. Wood ve Kroger’a göre söylemin temeli olan Dil/konuşma bir eylemdir ve bu eylemler; 1) tabirsel ya da gösterimsel anlam (ne söylendiği), 2) illocutionary güç (konuşan söyledikleri ile ne yapmaktadır), 3) perlocutionary güç/baskı (söylenenlerin dinleyiciler üzerindeki etkisi) olmak üzere üç temel bileşenden meydana gelmektedir. (Akt. Çelik ve Ekşi, 2002:101).

Sosyal bilimlerde önemli bir kullanım alanına sahip olan söylem analizi, öncelikle dil bilim alanında ortaya çıkarak sosyoloji, felsefe, sosyal psikoloji, siyaset bilimi ve iletişim gibi çeşitli akademik disiplinlerde yaygınlık kazanmış ve giderek çok disiplinli veya disiplin aşırı bir yaklaşım haline gelmiştir (Evre, 2009: 107).

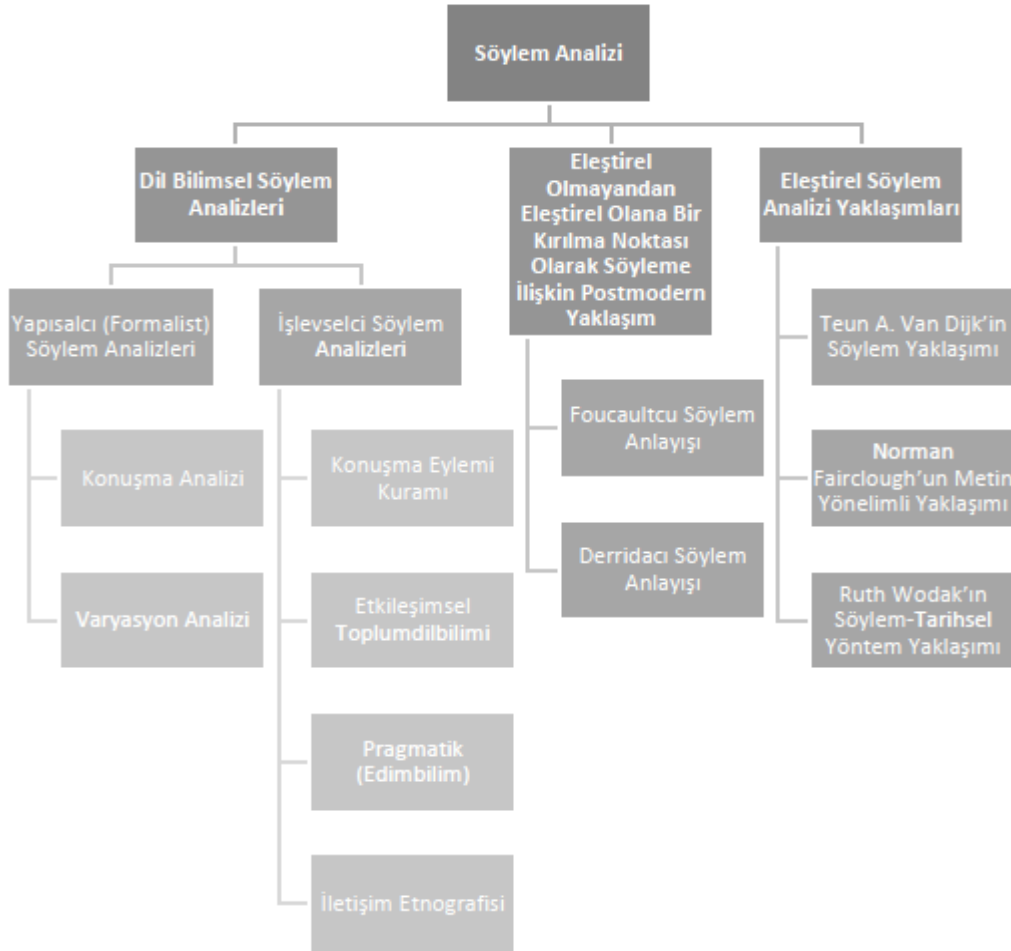
1.1.5. Söylem Analizinin Tarihsel Gelişimi ve Söylem Kuramları

Söylem incelemesinin tarihsel geçmişi Aristoteles’den bugüne kadar gelen ve söylemin inandırıcı-ikna edici özelliklerini konu alan klasik retorik araştırmalarına kadar dayanmakla birlikte (Mutlu, 2017: 298), söylem kuramlarının oluşumunun arka planında 1918’li yıllarda Almanya’da Wittgenstein, 1920’lerde ise Sovyet Rusya’da Mikhail Bahktin çevresinde gelişen dil felsefesi ve dil bilimi teorileri ile 1960’larda çoğu Fransız, bir kısmı İngiliz olan toplum bilimci, antropolog, psikanalist, dil felsefecisi, dil bilimci ve edebiyat teorisyeni “J. Austin (1961), J. Searle (1969, 1979), M. Foucault (1966, 1969, 1976), J. Derrida (1967, 1973, 1993), Levi Straus (1964, 1973, 1985), Althusser (1966), Michel Pêcheux (1969), J. Lacan (1970-1989), J. Kristeva (1969) vb. tarafından ortaya konan görüşler” yer almaktadır (Elbirlik ve Karabulut, 2015: 33). Yukarıda da ifade edildiği üzere söylem analizi ile ilgili çalışmaların tarihsel geçmişi antik yıllardaki retorik bilimine dayanmakla birlikte günümüzde çok disiplinli bir alan olarak ortaya çıkması yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra olmuştur. Söylem analizi ile ilgili çalışmalar, 1960’lı yıllarda sonra söylemi oluşturan söylem analizinin temeli olan dilbilim konusunda yapılan çalışmalar

ile ivme kazanmış, metodolojisinin çerçevesi tamamıyla ortaya çıkmıştır. 2000’li yıllara doğru söylem analizi çalışma alanı olarak

Örneğin Foucault güç, bilgi, dil ilişkisini ele alırken, Fairclough metinler arasılığa yoğunlaşarak metin ve söylemler arasındaki etkileşimi göstermeye çalışmaktadır (Küçükalkan, 2022: 29-30). Bu bağlamda birçok söylem analizi yaklaşımdan bahsetmek mümkündür. Evre (2009: 107-152) söylem yaklaşımlarını ve bu yaklaşımlara bağlı olarak gelişen analiz tekniklerine yönelik bir sınıflandırma girişiminde bulunmuştur ve her bir söylem analizini eleştirelilik, yapısallık, işlevsellik ve toplumsallık ölçütleri çerçevesinde şu şekilde sınıflandırmaktadır: (Demirata ve Taşdemir 2023) .

Şekil 1.Söylem Analizinin Sınıflandırılması



Kaynak : (Demirata ve Taşdemir 2023:171)

Söylemi oluşturan ve Söylem Analizinin temeli olan dilbilim konusunda yapılan çalışmalar pek çok kuramın ortaya çıkmasını da sağlamıştır. Söylemi esas alan söylem analizinin temellerine bakıldığında teorik ve uygulama açısından yapısalcılık, post-yapısalcılık, post-modernizm ve hermeneutik'ten beslendiği görülmektedir (Çelik ve Ekşi 2009: 102).

Söylem analizinde temel amaç, söylem içindeki anlamı tüm yönleriyle açığa çıkarmaktır. Bu bağlamda Michel Foucault, Norman Fairclough, Teun A. van Dijk gibi teorisyenlerin sistematikleştirdiği farklı söylem analizi tekniklerinden yararlanmak mümkündür.

1.1.5.1 Yapısalcılık

Yapısalcılık, ölmekte olan varoluşçuluğun yerini alan bir fikir akımı olarak Yirminci Yüzyılın ortalarında Fransa'da doğmuştur. Yapısalcılık bir hümanizm eleştirisi olup, özneyi sıfıra indirger ve özneyi yok sayar. Yapısalcılığın temelleri Saussure tarafından atılmıştır. Saussure geleneksel dilbilim yaklaşımını yanlış bulur. O'na göre dilbilimin nesnesi, dilin sistemi, yapısıdır. Dili bilimsel olarak incelemek gerekir. Bu ise dili nesne durumuna getirmekle mümkündür. Dili anlamak demek, dilin öğeleri arasındaki o andaki bağıntıların oluşturduğu sistemi açıklamak demektir. Dil düşüncenin aracı değil, aksine düşünce dilin aracıdır. Dil gerçekliği yansıtmaz, gerçekliği üretir ve sözcüklerin anlamını nesneler değil, dil belirler. Yapısalcılık dili tarihsel gelişiminden bağımsız kapalı bir sistem olarak ele alıp inceleyen bir dilbilim temeli yaratmıştır (Orkunoğlu, 2007).

Günümüzde söylem teorileri Saussure'cü dilbilim sistemini kabul eder, ancak bütün söylemlerin ardında tek ve genel bir sistem fikrini reddeder (Sözen, 1999) ve diğer dilbilim açıklamalarından beslenir

1.1.5.2 Post – Yapısalcılık

Post-Yapısalcılık, Yapısalcılığa gelen eleştirilerin sonucu ortaya çıkmak zorunda kalmış bir akımdır. Post-Yapısalcılıkta dil kapalı ve sınırları belirli bir sistem olarak görülmez daha çok açık, değişen ve esnek bir yapıdır.

Post-yapısalcı yaklaşım metin merkezli bir yaklaşımdır. Bu görüş, her metnin arkasında bir yapının bulunduğunu iddia ederek okuyucunun önemini hiçe sayan yapısalcı görüşün aksine, okuyucu merkeze alır. Metnin anlamını yazar değil, okuyucu belirler. Birden çok okuyucu olduğu için, metnin de birden çok anlamı vardır.

Yazar artık, modernitede olduğu gibi otorite kaynağı değildir. Yapısalcılık, yazarı öldürmüştür. Pos-yapısalcılık ise, bu öldürme faaliyetini genişletmiş, yazarı öldürerek metni ve okuyucuyu ön plana çıkarmıştır. Post-yapısalcı anlayışta, metni oluşturan yazar değildir, metni oluşturan okuyucudur. Post-yapısalcılığa göre her okuma, aynı zamanda yazmadır (Sözen, 1999).

1.1.5.3 Postmodernizm

Postmodernizm özneyi artık belirleyici bir öge olmaktan çıkaran. Özneyi gücün ve hegemonyanın dilinin inşa ettiğini öne sürmektedir. “Postmodernizm farklılaşan, bölünen kitlelerin kültürünü daha doğrusu “aşağı” kültürlerle yönelmiş, kitle kültürlerini azizleştiren bir yaklaşımdır (Bolay, 1998). Modernist dünyanın konvergenz, çift değerlilik, bilginin hakimiyeti, konsensüs, ve öznelerarasılık, elit kültür anlayışına karşı olan postmodern dünya; çoğalma, mitosun rehabilitasyonu, uyumsuzluk ve kitle kültürü ile karakterize edilir (Hesapçıoğlu, 1998).” (Akt. Çelik ve Ekşi 2009: 103).

1.1.5.4 Hermeneutik

Hermeneutik temel olarak Yorumbilim olarak bilinir etimolojik kökeni olarak Hermes’ten alır (Aktay, 2020). Antik Yunan da Tanrıların bir tür gizem dili konuştuğu düşünülmüştür. Hermes isimli Tanrı hem tanrılar katına çıkarak hem de insanlar arasına inerek Tanrıların mesajını insanlara anlatmıştır. Hermes hem aşağıyı hem yukarıyı bilen

ve deneyimleyen bir Tanrı olmuştur. Hermes Tanrılarının dilini insanlara tercüme etmiştir. Bu sebeple Yunanca da Hermenion bir tür tercüme anlamı taşır. Hermeneutik bir metni yorumlama şeklidir. Bir metni her okuyanın farklı bir yorumu olduğu için metin ile yorum arasında bir uyum olması gerekir. Yoksa her metnin sonsuz bir yorum olması gibi bir sonuç ortaya çıkabilirdi. Hermeneutik kopabilir. Farklı bir yorum yapılabilir. Konu sağlık olduğunda bu anlam bütünlüğündeki bozulma hayati sonuçlara yola açabilir.

Görüldüğü üzere dil artık yaşamın temel unsuru haline gelmiştir. “Hatta öyle ki içinde bizzat yaşanan gerçekliğin yerini sanal yani sadece varmış gibi kabul edilen, tasarımılanan gerçeklik alıyor. Artık modern adını alan ortamda, dil dolayımında yeni iletişim bildiririm olanakları ile yeni ilişkiler kuruluyor” (Çotuksöken 2002:77). Bunu hermeneutik açıdan incelersek insanların dil ile söylediği bir özne insan kafasında bir imgenin oluşmasını sağlıyor. Çotuksöken bu konuda

“Bizler hep bir şeyleri dile getiririz; dile çeviririz. Bir an için onları kendi yapılarına uygun olarak dile getirip getirmediğimiz konusunu bir yana bırakalım. Dile getirdiğimiz anda, bireyler arasında ortak olan bir kalıba dökmüyor muyuz var olanları? Çünkü dil bireysel değil, dilin ancak kullanımı bireysel. Biz örneğin masaya "masa" derken, masa nesnesini dildeki bir yapının, kalıbın içersine oturtuyoruz; onu, masa sözcüğünün, bir bakıma dilsel bir tümelin altına koyuyoruz; hatta temelde, onu zihnimizdeki, bilme yetimizdeki masa kavramının, masa sınıfının altına yerleştiriyoruz. Öyleyse, düşünmek ve dile getirmek, bir bakıma tek tek var olanlar düşünsel ve dilsel kalıpların altına yerleştirmek onlarla ilişkili kılmak değil midir ? ”

Bu paragrafı konumuzla ilgili olarak düşünürsek doktor denildiği zaman hastanın kafasındaki doktor imajı olarak ne uyanıyor. Otuz yıl öncesine kadar elinde siyah çantası ile evlere gelen yaşlı babacan ve tecrübeli Nubar Terziyan’ın oynadığı bir karakter uyanırken şimdi televizyondaki meşhur popüler bir hekim veya iletişim kurulamayan, erişilemeyen (randevu sıkıntıları, hekime ulaşma güçlükleri Bkz. Resim 01) bir olgu canlanabilmektedir.

1.1.6. Söylem Analizinin Temel Kavramları

Söylem farklılıklar şebekesidir. Söylemler, dilin biçimsel seviyedeki farklılığından ziyade, bakış açısını dilin anlam seviyesindeki farklılığına çevirir. Söylem analizi, farklılıkları keşfeder ve bir söylem içinde dönüşen, değişime uğrayan, mübadele edilen bilgi yapılarını incelemeye alır (Sözen, 1999).

Söylem analizi, metinlerin veya dilin semantik ya da sentaktik yapısını inceler ve söylemlerin hem dilbilimsel hem de sosyo-kültürel boyutlarını ele alır. Dilbilimdeki gelişmelere paralel olarak bu alanın disiplinler arası çözümlemelere açık olarak gelişmesi yaygınlık kazanmıştır. Verilen mesajların anlamının ne olduğu ortaya konulması için anlambilimsel (semantik), sözdizimsel (sentaks) ve göstergebilimsel (semyoloji) yazılı, sözlü ve görüntülü mesaj üzerinden çözülmesi gereksinimi doğmuştur. Bu kapsamda söylem analizinin temel kavramları aşağıdaki başlıklar altında toplamak mümkündür: (Baş ve Akturan, 2008:27).

1.1.6.1. Semantik

Semantik dilimize anlambilim olarak aktarılabilir bir kelimenin veya metnin dinleyen veya okuyanda oluşturduğu anlamı inceleyen bilim dalıdır.

Semantik analiz, metnin anlamını deşifre etmeyi amaçlar. Metnin anlamını kavramaya çalışmak, metindeki niyeti/maksadı keşfetme sürecinin bir parçasıdır (Düzgün 2018 : 48).

Kelimelerin semantik tahlili, onları hem konuşmak ve düşünmek hem de kendilerini kuşatan dünyayı yorumlamak için kullanan insanların dünya görüşlerini ele verir. Bu yönüyle semantik, üretilen ve düşüncenin anahtarı haline dönüştürülen terimlerin tahlili üzerinden, dünya görüşlerinin yapısını çözümleme sürecidir. Semantik sadece dile değil dilin yüklenip bize taşıdığı anlama odaklanır (Düzgün 2018:49).

1.1.6.2. Gösterge

Gösterge anlam olarak kendisi dışında bir anlama işaret eden söz, çizim, yazı, ya da işaret içeren diğer taraftan kendisinden uzaklaştırılmış bir anlamı taşıyan iz olarak tanımlanabilir.



Üstteki fotoğraftaki işaret kırmızı üzerine beyaz bir çizgi olarak görülmektedir. Burada yuvarlak kırmızı vardır. Buradaki anlam ise kendisinden uzak bir anlamdır. Trafik tabelası olarak veya kapalı alanlarda da bu alanın veya yolun girilmemesini ifade eder. Bir çizim ve işaret olarak kendisinin dışında bir anlama değinmektedir.

Buradan hareketle gösterge iki bileşenden oluşur Gösteren (ad, işitsel imgelerin tümü işaret yazı) ve Gösterilen yani zihindeki anlam. Burada insan zihninde oluşan anlam

Dil kavramları belirten göstergeler dizisidir. Evet göstergeler kendisinden uzaklaştırılmış anlamları taşıyan işaretler rütbelere trafik lambaları bir gösterge olduğu gibi bu çalışmada Beyaz önlük, mor – yeşil cerrahi takım da bir göstergedir. Bir kişinin boynunda asılı bir stetoskop bu kişinin sağlık personeli olduğuna dair bir göstergedir. Bu çalışmada ise göstergelerin en önemli malzemesi olan dil üzerinden ve dil bilimin toplumdilbilim alanından faydalanılacaktır.

Bir gönderici ile alıcı arasındaki özel sistemle bilgi alış veriş yapılan her şeyde bir gösterge vardır. Yapılan çalışmada hekim hasta arasındaki diyaloglardaki işitsel kalıpların bütünü bir göstergedir. Senin hastan gayet iyiydi hastanı hekim hatası öldürdü

anlamını inşa edersen ve insanların manevi acılarını bu kurulum üzerinden karşılasan bunun sonucunda şiddet doğması mümkündür. Bu anlamı kuran dildir.

Buradan hareketle gösterge iki bileşenden oluşur Gösteren (ad, işitsel imgelerin tümü işaret yazı) ve Gösterilen yani zihindeki anlam. Burada insan zihninde oluşan anlam konusunda İnsan önce nesneleri algılar sonra bunu zihninde bir anlam bütünü haline getirmeye çalışır. Anlam da gösteren gösterilen bütünlüğü varsa bu gösterge diğer göstergelerle birleşerek bir sıra oluşturur ve bu da bir anlam sırası oluşturarak bütünsel bir anlamı ortaya çıkarır. Eğer bir gösteren gösterilen bütünlüğü yoksa insan kendisi için yabancı olan göstergeleri tanıdık olanlarla ilişkilendirir. Hekimin söylediği hastanın anlamadığı her cümle gösteren gösterilen ilişkisi kurulmamış bir anlam bütünlüğü olamayan yanlış anlaşılmalara oldukça açık bir iletişim ortaya koyar. Burada hasta hekimden gelen işitsel metni kendisinde var olan göstergeler aracılığıyla yorumlar. Ve bu noktada anlam sürekliliği bozulur. Burada yorumbilimden de faydalanabilir. Toplum hangi söylemleri hakaret veya aşağılama ile yorumlamaktadır? Hangi söylemler çatışmaya yol açmaktadır.

1.1.6.3. Sentaks

Anlambilimsellik söylemleri, sözcük ve cümlelerin dilbilimsel anlamlarıyla ilişkilendirmek suretiyle açıklamayı içermektedir. Anlambilim, metnin veya söylemin içinde ve dışında yer alan bütün anlam ilişkilerini inceleyen bir bilim dalıdır. Anlambilimde bu inceleme yapılırken metin ile kullanıcısı arasındaki ilişkiler de göz önünde tutulmaktadır (Çelik ve Ekşi 2009: 103).

1.1.7. Pragmatik Eylem ve Söz Eylemler

Söz Eylem (utterance) cümleden farklı olarak cümlelerin realize edilmiş vücut dili, duruş ile hem vücut hem söz ile birleşerek yaşam bulmuş halidir. Cümle kurallı basit bir hali örnek verilecek olursa özne nesne yüklem bileşenlerinden oluşan bir olgu iken söz eylem onun hayat bulmuş halidir. Çakır'ın Searle'den alıntılanarak söz eylemleri altı sınıfta toplamıştır.

Bunlardan birincisi tanımlayıcılarıdır. Tanımlayıcılar bir durumu ortaya koyar veya tanımlar

- Ölüm saati 14.45'dir

Üstleniciler ise bir işi üstlenme anlamında kullanılır. Tehdit, söz verme, yeminler bunlara örnektir

- Hadi bakalım, yarın taburcusun
- İlaçlarını düzenli içmezsen külahları değışiriz

Emrediciler bir işi yaptırmak için kullanılan söz eylemlerdir. Emir, rica nasihat dua ve hatta yalvarma emredici söz eylemlerdir.

- Bayrama girmeden mutlaka polikliniğe uğrayın
- Lütfen siz de diyetinize dikkat edin ki geçirdiğiniz operasyon boşa gitmesin
- Hastaya pozisyon verin

Değıştiriciler var olan bir durumu ortadan kaldırıp yeni bir durum ortaya koyan söz eylemlerdir.

- Taburcusunuz
- Sizde Tip-1 diyabet var. Ömür boyu ilaç kullanacaksınız

Dışavurumcular zihinsel ve psikolojik dolayısı ile duygusal tepkilerin dışavurumunda kullanılan söz eylemlerdir. Tebrik, teşekkür ve özür dileme bu söz eyleme örnek verilebilir.

- Gözünüz aydın ! Anne de bebek de gayet sağlıklı

- Bravo ! Bu yaşıta kan şekeriniz kontrol altında

Yargılayıcılar bir yargı bir değerlendirme içerir ve dolayısı ile konuşmacının değer yargılarını ifade eden söz eylemlerdir.

- Doğru, uzun süre ayakta kalmak varislerin ana sebebidir.
- Bu kitleye müdahale edilmekte geç kalınmış

Çakır’a göre söylemlerin bağlamdan kaynaklanan pragmatik yapısı göz önüne alınmalıdır (2020:38). Günaydın diyen bir kişinin havanın aydınlığından bahsetmediği bir selamlama eylemi içinde olduğu anlaşılmaktadır. Tadınız kaçır sonra söylemindeki tehdit yapısı bağlamdan pragmatik bir şekilde anlaşılmaktadır. Canın sağ olsun söyleminin bir teselli cümlesi olması da bu örneklerle eklenebilir.

Bağlam ile kastedilen diyalogdaki tarafların zihinlerindeki bilgilerin ortaklığı ile mümkündür. İki tarafın arasında bilgi farklılığı varsa bağlamdan kopuk bir iletişim yaşanır. Hasta hekime bilgi verirken kalıp bilgilerden faydalanır. Hekimin bilgisinin yüksekliğinden dolayı hekimin konuyu bildiğini düşünebilir. Hâlbuki hekim için o anda her ayrıntı önem teşkil edebilir. Hekim ise hastanın bilgi eksikliğinin farkında olduğu için örneğin bir anjiyo işleminden bahsederken hastanın konuya hakim olmadığını bilirse ve ortak bağlam oluşmasını sağlamak için kalıp bilgi kullanmadan konuyu aktarabilir

“Eğer birinci taraf ikinci tarafın dil yetisinde olmayan ifadeler kullanırsa, ikinci tarafın hiç bilmediği konuda konuşursa veya onun aşına olmadığı sosyal-ilişki ifadeleri kullanırsa yani karşı tarafın neyi bilip bilmediği değerlendirmesinde yanılırsa iletişimde problemler oluşur, ortak bağlam oluşturulamaz” (Çakır 2020:49) .

Bazen bu bilgi farklılığı bilinçli bir kod değişimi ile başkalarının anlamayacağı bir şekilde şifrelemeye yarayabilir. Profesör ve Asistan hekim hastanın teşhis net olmadığından kafası karışmasın diye Latince ve yunanca terimler içeren ağır bir jargon kullanabilirler.

1.1.8. Söylem Analizinin İlkeleri

Van Dijk eleştirel söylem analizine yeni bir boyut getirerek kendine has bir eleştirel söylem analizi modeli geliştirmiş ve geliştirmiş olduğu bu model ışığında, söylem analizi alanında temel ilkeleri belirlemesi ile ön plana çıkan araştırmacılarıdır.

“Van Dijk ideolojilere sadece fikirler sistemi olarak görmez. Ona göre ideolojiler temel algılama çerçeveleri olup belli grup tutumlarını organize etmekte, gözlemlemekte ve kontrol etmektedir.” (Akt. Devran, 2010: 18).

Van Dijk’e göre söylem bir tür “ ‘Metinler takımı’dır. ‘Metin’ yazılı olmak, ‘söylem’ de sözlü olmak zorunda değildir.” (Sözen 1999).

Van Dijk’e söylem analizi ise “söylem analiz konuşma ve metinler aracılığıyla oluşan anlam ürünleri ile ilgilenen geniş kapsamlı sosyal ve kültürel araştırmalar içinde kullanılan bir araştırma yöntemidir.” (Akt.Çelik ve Ekşi 2009: 103).

Çelik ve Ekşi Dijk’in söylem analizi ilkelerini Barker ve Galanski’den alıntılararak

“Dijk (1997), söylem analizinin gözden geçirilmiş ilkeleri şöyle sıralar: (Akt: Barker ve Galasinski, 2001, s.63-64).

- Söylem analizi doğal olarak metin (yazılı) ve konuşma (sözel) halinde bulunan söylemler üzerinde odaklanır. Bu yazılı ve sözlü halde bulunan söylemler herhangi bir ekleme ya da sterilizasyondan geçmeyen, gerçekliğinden; doğallığından ve olduğu şekilden mümkün olduğunca kayıp vermeyen gerçek datalardır.

- Söylem, söylemin yerel ve genel bağlamı içinde incelenir. Bu bağlamı meydana getiren parçalar: söylemin geçtiği yer ve zaman, taraflar ve bu tarafların ilişkileri ve sosyal roller, konuyla ilişkili sosyal bilgiler, normlar ve değerler, kurumsal ve örgütsel yapılar olarak sıralanabilir.

- Söylem, sosyo-kültürel bağlam içinde sosyal uygulamanın doğal bir biçimi olarak meydana gelir. Dil kullanıcıları bireylerden soyutlanmaz, grupların, kurumların ya da kültürlerin bir üyesi olarak iletişim faaliyetlerinde birbirleriyle ilişkilidirler.

- Söylemin başarısı lineer ve ardıdır. Yani, söylem birimleri birbiri ardına gelen birimlere (her birim bir önceki ya da sonraki birimle ilişkili olarak) bağlı olarak açıklanır. Ayrıca söylem dizininde daha sonra yer alan unsurlar kendinden önce gelen unsurlara nazaran daha özel işlevlere sahip olabilme özelliğini de (ör: cevaplar soruları takip eder) taşıyabilirler.

- Söylem analizi, söylemin düzeyi ve katmanlarıyla ilgilenmenin yanı sıra bunlar arasındaki karşılıklı ilişki ile de ilgilenir. Söylem düzeyleri söylem bileşenlerinin (sesler, kelimeler, sözdizimsel biçimler) farklı türlerini betimlemekle beraber söylemin farklı boyutlarını da (dilsel eylemler, etkileşim biçimleri) gözler önüne serer.

- Dil kullanıcıları ve analistler “anlam” la ilgilenir ve özel iki soru türü üzerinde odaklanır: “bu durumda bunun anlamı ne”, “neden bunu söyledi ya da bu durumda aslında kastettiği şey ne?”

- Genelde dil, söylem ve iletişim kurallı, hüküm verici etkinliklerdir. Bunlar, hem katı/kuralcı “her şey ya da hiçbir şey” dilbilgisi kurallarından, hem de esnek tartışılabilir etkileşim ilkelerinden oluşmaktadır.

- Söylem analizi sadece katı kurallar ya da ilkeler üzerinde odaklanmaz, buna ek olarak söylem içinde bireylerin neleri ihlal ettikleri, görmezden geldikleri ve muallâkta kaldıkları üzerinde de durur”

1.1.9. İletişim Çalışmalarında Söylem Analizi

İletişim ve diyalog alanında yapılan söylem ile ilgili bağımsız çalışmalar 1960 ve sonrası yıllara dayanmaktadır. Dil içerisinde yer alan söylem a toplumbilim çalışmalarının bir parçası iken sonrasında bağımsız ve disiplinler arası bir alan olarak öne çıkmıştır. Söylem analizinin bugün en çok kullanıldığı alan olan iletişim ise 1960

lara kadar sosyoloji içerisinde yer alırken iletişim teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte iki kişinin iletişimini aşmıştır. Artık iletişim bir kaynaktan pek çok alıcıya ulaşan bir olgu olarak pek çok araştırmaya konu olan ayrı bir disiplin haline gelmiştir. Yapılan çalışmalarda iki kişinin söyleminin karşılıklı konuşma diyaloglarının söylem analizi esnasında bile bu diyalogların iletişim organları tarafından etkilendiği gerçeği göz önüne alınabilir.

Bir alıcı ve verici arasında geçen karşılıklı konuşma ve söyleşilerin söylem analizi iletişimin en temel modeli olarak görülebilir. Söylem türleri içerisinde monologdan sonra ikinci bir tür olan diyalog incelemeleri bazı ilkelerle ele alınır. Bu ilkeler : nicelik ilkesi, nitelik ilkesi, alaka ilkesi, tarz ilkesi gibi ilkelerle ve bu ilkelerin ihlali ile oluşan iletişim kazaları söylem analizi disiplininin araştırma konularındandır.

1.1.10. Söylem Analizi Konusunda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Söylem analizi konusunda Türkiye ‘de yapılan çalışmaları inceleyen Burak bu alanda yapılan çalışmaları incelemiş ve . "Türkiye’de Eleştirel Söylem Analizi Çalışmaları: İmkânlar, Esaslar ve Kısıtlılıklar" isimli çalışmasında Türkiye’de yapılan söylem analizi, eleştirel söylem analizi çalışmalarının örneklerini Türk Akademisi özelinde derlemiştir. Bu çalışmada Burak şu sonuçlara ulaşmıştır :

“Yüksek Öğretim Kurulu’nun çevrimiçi veri tabanında 2003 yılından günümüze dek yayımlanmış eleştirel söylem analizi çalışmalarının toplamda 54 adet yüksek lisans ve doktora tezini kapsadığı saptanmıştır. Bu tezlerin içinde Türkçe dilinde hazırlanan tez sayısı 23’tür. 2003 yılından günümüze yapılan Türkçe araştırmaların sayısının ise Google Akademik taraması sonucunda 90’dan fazla olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Bu çalışmaların içinde en fazla atıf alan araştırma 2008 yılında yayımlanan “Söylem Analizi” başlıklı makaledir. Türkçe dilinde hazırlanmış eleştirel söylem analizi çalışmalarının önemli bir bölümünün temel kısıtlılığı, bu disiplini geliştiren yukarıda bahsi geçen uzmanların [Teun A. van Dijk(d. 1943), Norman Fairclough’tır (d.1941), Ruth Wodak (d. 1950)] eserlerinin çevirilerinden faydalanılmasıdır, bu da yönteme dair ulaşılan kaynakları kısıtlı hale getirmektedir zira her temel eser Türkçeye tercüme edilmemiştir.”

Görülebileceği üzere çalışmalar son derece nadir ve siyasi söylem, TV ve reklam söylemlerinin analizi gibi dili çok az ilgilendiren alanlarda ve kuramsal olarak da Van Dijk, Fairclough, Wodak gibi en bilinen araştırmacıların sadece Türkçeye çevrilen eserleri göz önüne alınmış orijinal kaynakların tamamına bakılamamıştır. Türkçeye has söylem analizi çalışmaları gibi özgün çalışmalar yetersiz kalmıştır. Bu noktada Çakır'ın Söylem Analizi: Ne Demek İstiyorsun isimli çalışması söylem analizi alanında son gelişmelerin Türkçeye uyarlanması alanında etkili olmuştur. Ayrıca ilgili çalışma söylem analizi alanındaki bilgileri derli toplu bir şekilde ortaya koymaya çalışmıştır.

1.1.11. Söylem ve Şiddet

Bir konuda şiddet oluşması için bir iletişim problemi olması gerekir “...Kodlama ve kod çözme sağlıklı iletişimi etkileyen önemli faktörlerdendir. Bu süreçte kaynak ve alıcı ancak aynı sistemi veya dili kullandığında başarılı bir iletişim kurmuş olur. Diğer türlü iletişim başarısız olur. İletişim probleminin büyük bir kısmı kodlama veya kod çözme sürecinde ortaya çıkar. (frekansları tutmamak deyiminden anlatılmak istenen budur) Mekan, zaman duygu durumu ve yaşantılarımıza uygun olmayan şartlarda hatalı kod çözmeye sebebiyet vermektedir.”(Ghiase2021:7), üstelik ünlü Dil Felsefecisi Wittgenstein'in dediği gibi dil anlamaktan çok yanlış anlamaya hizmet etmektedir (Edgerton 2019:49).

Genel anlamda dil ve konuşma insanı hayvandan ayıran temel özellik olduğu için dil sosyalleşmenin, hümanizmin, kültürün bir göstergesi iken şiddet daha çok doğada gözlenen bir olgu gibi algılandığından medeniyet dışılığı, asosyal olmanın, kültürsüzlüğün bir göstergesi olarak görülmektedir. Bu durumda bu iki unsur bir araya gelerek nasıl Şiddet Dili veya Sözlü Şiddet gibi kavramlara yol açmaktadır? Bu konuda Karabağ Alfred Hirsch'den yapmış olduğu bir alıntıda Hirsch'in “Dil ve şiddet birbirinden bu denli ayrılmış olsalardı, o zaman insanın insana ya da insanın diğer canlılara uyguladığı şiddet anlamsız mantıksız ve değersiz olurdu.” Alıntısı üzerine “İnsana özgü olmayan yani sembolik ve dilsel anlam bütünlüğünden bağımsız hiçbir şiddet göstergesi yoktur. Söylem dilinde büyük bir etkiye sahip bu ikili yapı, yani dil ve şiddet arasında kesin bir ayrımı ortaya koymak zordur.” (2010:17-18) şeklinde konuya

yaklaşmaktadır. Dil ve şiddet birbiri içine geçmiş iki yapı olarak görülmektedir. Antropoloji kaynaklı olan ve konuşmayan insanlar sorunlarını şiddetle çözerler ifadesi uygulanan bir şiddetin bahanesi olarak dil ile retorik ile ikna etmekten, direk dil ile şiddet uygulamaya dönmüş durumdadır.

Dilsel şiddet denildiği zaman ilk etapta dil ile yapılan hakaret ve aşağılamalar akla gelmektedir. Hâlbuki haksız eleştiri, ihtar, yüksek ses ile hitap etme, alay etme, lakap takmak, söz ve cümlelerle değersizleştirme yaptığı işi ve emeği değersizleştirme, hatta yalan söyleme ve bu yalanın ortaya çıkması ile beraber iletişimin kopması, aksaması da ırkçı cinsiyetçi söylemler ve ağır sözlü saldırılar kadar dilsel şiddetin içindedir.

Humbolt’a göre dil her diyalogda yeniden üretilen dinamik bir organizma olduğunu belirtir ve toplumsal ilişkilerin bu diyaloglar üzerinde önemli etkisi olduğunu vurgular. Humbolt’a göre her ifade her konuşma aslında riskli bir girişimdir. Hatta Humbolt bunu tehlikeli bir deneme olarak ifade eder ve bu girişimin karşılık bulup bulmaması ideal olarak önceden belli değildir (Karabağ 2010:34).

Habermas dünyadaki tüm şiddet ve karşıtlıkların tüm şiddete dönen sorunların ancak karşılıklı uyumlanma sayesinde oluşturulan bir iletişim sistemiyle aşılabileceğini düşünmüştür (Karabağ 2010:37). Bu noktada Habermas şiddetin panzehiri olarak dil ve iletişimi görmüştür.

Şiddete yol açan söylem oldukça sık görülen bir durumdur. Yani Habermas gibi şiddeti önlemek için kullanılması gereken dil bir noktadan sonra şiddetin asıl sebebi olabilmektedir. Özellikle şeref, namus, karakter vb kavramların önemli olduğu toplumlarda bir kişinin canını yakmak için o kişinin şeref, namus ve karakterine yönelik girişimlere kişinin itibarını yok edecek söylemlere başvurulduğu görülmektedir. Burada edilen küfür kişinin karakterine kişiliğine fiziksel bir etkisi olmasa bile olumsuz etkisi tartışılmazdır. “Başlangıçta söz vardı” (John 1:1) veya “eğer lisan güzelse efendisi onu temizlediği içindir.”(Laporte 2021:18), gibi dile dönük dinsel atıflar varsa da küfür ve kötü söz hayatın her noktasında duyulmaya devam etmektedir. Küfür, Melissa Mohr’un Küfür Etmenin Kısa Tarihi eserinde Sözün Gücü bölümünde Gökhan Yavuz Demir

tarafından şu şekilde tanımlanmıştır: “çaresizlik, tikslenme, iğrenme, hırs, kıskançlık, tükenmişlik, kandırılmışlık, aşağılanmışlık, benzeri duygular ruhu kısıp kavurmaya başladığında iki dudağın arasından firar eden kelimeler vardır.” (2015:7) . Mohr yapılan çalışmalar ile bu tabu kelimelerin kullanıldığı anda yapılan beyin görüntülemelerinde beyindeki cinsel alanın uyarılmasından çok beynin psikolojik duygularımız uyaran bölümünde etki gösterdiğini ortaya koyuyor (2015:284). Bu da kullanılan küfür içerikli dilsel şiddetin namus şeref gibi duygulara hitap etmesini açıklar. Köknel bu konuda “Araştırmalar adam öldürme suçundan hüküm giyenlerin %10 unun ailenin onurunu, namusunu, şerefini kurtarmak amacıyla cinayet işlediğini ortaya koymuştur.” (2013:98), verisini paylaşmaktadır. Burada bu hükümlerin hepsi sözlü şiddete karşı yapılmamış bazı eylemlere karşılık yapıldığı düşünülse de aslında sonrasında o aile hakkında konuşulacak ve sözlü şiddete yol açacak unsurları önlemek için yapılmıştır. Araştırmancının sadece adam öldürme üzerine yapıldığını yaralanmalar vs de katıldığında dilin yol açtığı şiddet unsurunun daha fazla olduğu görülebilecektir. Bu noktada dilsel şiddete (küfür) uğrayan kişinin cezasının düşmesi nedeniyle bu bahaneye sarılması ihtimalinin bu istatistiği bozduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

1.2. ŞİDDET

Şiddet kelimesi dilimize Arapça dan geçmiş olup etimolojik olarak Arapça Şadda kökünden sert ve katı anlamından gelmektedir (Nişanyan 2018: 811). Şiddet sözlük anlamı olarak “Türk Dil Kurumunun yayımlamış olduğu sözlükte bir hareketin bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik; mec. (duygu ve davranış için) aşırılık ve karşıt görüşte olanlara, inandırma veya uzlaştırma yerine kaba kuvvet kullanma anlamlarıyla açıklanmaktadır.” (Karabağ 2010:15), yine Karabağ’ın aktarımıyla “Afşar Timuçin’in felsefe sözlüğünde şiddet terimi aşırı korku yaratma bir toplumun ya da topluluğun hatta bir kişinin direncini kırmak için bozgun yaratıcı maddi ve manevi yöntemler uygulama”(2010:15). Olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre Şiddet tanımı daha geniş olarak tanımlanmış sadece fiziki bir müdahalenin dışında manevi sözlü unsurlar da dahil edilmiştir.

Sağlıkla ilgili dünyadaki en büyük ve en önemli örgütlenme olan Dünya Sağlık Örgütüne göre şiddet “Kişinin kendine, bir başkasına grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması” (Ghiasee 2021: 25) olarak tanımlanmış. Yine çalışma hayatının en büyük örgütü ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) şiddeti şu şekilde tanımlamıştır. “Bir kişi ve gruba karşı fiziksel,zihinsel,ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.” (Ghiasee 2021: 25). Tanımı yapılmıştır. Hekimler çalışma şartları açısından ILO ya bağlı olduklarından bu tanım da önemlidir.

1.2.1. Şiddetin Seyri

İnsanlık var olduğu sürece şiddet daima var olmuştur. Bir takım toplumsal sözleşmeler dinsel ve toplumsal ahlak normları ile bu şiddetin seyri zaman zaman kontrol altına alınmış gibi gözükse de Dünya Savaşları ve Küresel Terörizm gibi olgular bu düşünceyi baltalamaktadır. Bu konuda en kapsamlı araştırmayı evrimsel psikolog Steven Pinker yapmıştır. Pinker’ın Doğamızın İyilik Melekleri – Şiddet Neden Asıldı isimli eserinin girişinde şöyle söylemiştir. “Bu kitapta belki de insanlık tarihinde yaşanan en önemli sayılabilecek bir olgu ele alınıyor. İster inanın ister inanmayın – çoğunluğun bana inanmadığın farkındayım- uzun bir zaman diliminde bakıldığında şiddet giderek azalıyor ve belki de türümüzün en barışçıl dönemini yaşıyoruz.” (Pinker 2019:9). Bu oldukça iddialı bir cümledir. Pinker bu tezini Homeros’un Yunan’ından Roma döneminden Modern Avrupa’nın erken döneminden örnekler vererek. İlk insanın yaşam mücadelesini günümüz primitif kabilelerinin uygulamalarıyla karşılaştırarak vurgulamıştır. Tez bu kadar iddialı olunca bu teze karşı çıkanlarda o kadar fazla olmuştur. Edgerton Hasta Topluluklar – İlkel Düzen Efsanesine Bir Meydan Okuyuş isimli eserinde Pinker’ın örneklemini ve değerlendirmesini hatalı bulmuştur (2019). Ryan ve Jetha ise Cinselliğin Şafağı isimli eserde Pinker’a Profesör Pinker Kan Revan içinde isimli bir bölüm ayırmıştır. Bu bölümde şiddetin azaldığına ilişkin örneklemin seçildiği yerli toplulukların bizim avcı ve toplayıcı atalarımızdan çok farklı bir yaşam sitiline sahip oldukları hatta modern silah araç ve yakıtları olduğundan bahsederek

“Pinker buna rağmen izleyicilerin önüne çıkıp efendi bir ifadeyle elindeki tablonun tarih öncesi savaşlarda tipik avcı-toplayıcı arasındaki ölüm oranını doğru şekilde yansıttığını öne sürebiliyor. Bu kelimenin tam anlamıyla akıl almaz”(2019:230-231).nŞeklinde bahseder. Bu süreçte şiddet Pinker’ın dediği gibi azalıyor veya karşıtlarının söylemiyle artıyor olabilir. Ama dünyanın her yerinde aynı oranda değişim göstermemektedir. Dünyanın bazı bölgeleri şiddet sarmalından daha fazla etkilenmektedir. Bu da toplumsal şiddet veya bir toplumda şiddetin artma nedenlerini akla getirmektedir. “Saldırganlığı benimsemiş toplumlarda çevreden gelen küçük bir uyarı şiddet eğiliminin ortaya çıkmasını sağlar.” (Balcıoğlu 2000:29). Gerçekten de günümüzde 3. Sayfa haberleri olarak geçen günlük şiddet olaylarının gündem olduğu haber ve yayınlarda olayların çok basit bir uyarı üzerine gerçekleştiği görülebilmektedir. Bazen bu uyarı bir cümle kelime olmamakta jest veya korna, selektör gibi ikincil uyarılar bile olmaktadır. “Bazı toplumlarda bu tip şiddet delikanlılık ve mertlik simgesi olarak değerlendirilir.” (Balcıoğlu 2000:29). Anadolu toplumu da bazı yönlerden bu tür algılara yatkındır. Yine Balcıoğlu’nun editörlüğünü yaptığı eserde Kocabaşoğlu ve arkadaşlarının aktardığına göre “Çocuğun ve gencin içinde yer aldığı alt kültürde şiddetin değer kazanması, yüceltilmesi, insanlar arasında kin, kıskançlık, düşmanlık duygularının körüklenmesini ve şiddeti arttırır”(2000:29). Buna bir de ekonomik sosyal zorluklar eklenerek oluşan bir sosyal fark söz konusu olduğu zaman şöyle bir tanım söz konusu olur “İnsanda ihtiyaçların kendi çabasıyla ve diğer insanlarla rekabet ederek elde etmesi durumu ‘ekonomik bireysellik’ olarak isimlendirilmektedir. (Balcıoğlu 2000:29) Bunun sonuçlarını ise aynı eserde Kocabaşoğlu ve arkadaşları şu şekilde belirlemişlerdir. “...Ekonomik bireysellik... kişide sıkıntıya yol açar Bu durum çok belirgin şekilde kırsal alanlardan ve tribal yaşam sürdüren bölgelerden büyük şehirlere gelen bireylerde ortaya çıkar. Terk ettiği bölgenin atavik geleneksel otoritesinin kaybolması sonucu kişilerde kontrolsüz bir serbesti ve hürriyet anlayışı meydana gelmekte ve yeni yerleşim bölgesinde karşılaştığı zayıf otorite karşısında bir sorumsuzluk duygusuna kapılmaktadır.” (2000:29). Türkiye’de de göç unsurunun yüksek olması nedeniyle bu söylem çalışmamızın yapıldığı alanı da kapsamaktadır. Tüm bunların özeti olarak yapılan çalışmada ekonomik bireysellik ilke yaşayan insan “Yapamayacağı, yetiştiremeyeceği, ve başkalarından geri kalacağı korkusu saldırganlığı ortaya çıkarır.” (Balcıoğlu 2019:29) .

1.2.2. Şiddet Türleri

Şiddet içeriği bakımından ve ceza kanunlarının etkisiyle bazen sosyal ve kültürel nedenlerle araştırmacılar tarafından farklı farklı şekillerde sınıflandırılmışlardır. Etkilediği ve etkilenen tarafa göre veya şiddetin etkenine göre şiddet dört şekilde sınıflandırılır.

1) Fiziksel Şiddet: Şiddetin en yaygın bilinen ve en kolay tanımlanan türü fiziksel şiddettir. ILO ve WHO bu şiddeti “Başka bir kişiye veya gruba fiziksel, psikolojik olarak zarar veren fiziksel kuvvet kullanma olarak tanımlar.” (Ghiasse 2021:26) .

2) Psikolojik Şiddet: Kişinin manevi dünyasına ahlaki ve sosyal yaşamına etki eden psikolojik sağlık halinin bozan kişinin manevi gelişimini engelleyen hakaret, mobbing, tehdit ve tacizleri içerir. Yeşildal psikolojik şiddeti “Kurbanın kendisine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, kokutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran kişinin şiddet mağdurunu kontrol altına aldığını hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türü” (2005:280), olarak tanımlamıştır. Psikolojik şiddetin alt dalları

a-) Mobbing

b-) Irkçı Şiddet olarak özetlenebilir.

3) Sözel Şiddet ise psikolojik şiddetten farklı olarak Güz tarafından şu şekilde tanımlanmıştır: Bireye yüksek sesle aşağılayıcı sözler söyleme öfke ve kinini belirtme, küfür etme, suçlayıcı konuşma tarzı ile konuşma tarzı ile sözlü olarak yapılan davranıştır (Ghiasee 2021:27).

4) Cinsel Şiddet kişiyi baştan sona rahatsız eden cinsel ve cinsiyetçi tavırların eşlik ettiği kişinin kendini tehdit altında hissetmesine neden olan aşağılanma ve utanma duygularına neden olan cinsel davranışlardır.

1.2.3. Şiddeti Açıklayan Kuramlar

Şiddeti açıklayan kuramlar temel olarak üç şekilde özetlenebilir. (Ghiasee 2021:28).

1) Biyolojik Kuram: Bu kurama göre şiddet gösterme veya şiddete yatkın olmanın bazı biyolojik sebepleri olduğu ileri sürülmektedir. Örneğin amigdalanın boyutu gibi doğuştan gelen sebepler olduğu gibi hormanel bozukluklar ve değişimler sonradan gelişen nörolojik hastalıklar temel etken olarak görülür.

2) Sosyal Öğrenme Kuramı: Bu kurama göre şiddet sonradan öğrenilen bir davranış kalıbıdır. Şiddete yatkın bir ailede büyümek, şiddeti yücelten toplumun bireyleri ve en önemlisi geçmişinde şiddete uğramış kişiler şiddete daha yatkın olarak görülürler.

3) Zedelenme ve Saldırganlık Kuramı: Önemli beklentilerin karşılanmaması sistematik olarak haksızlığa uğramak saldırganlığa yol açar şeklinde açıklanabilen kuramdır. Ghiasee'ye göre sağlık kurumlarında meydana gelen şiddetin açıklanması çoğunlukla bu kuramla açıklanır (2021:28).

1.2.4. Şiddetin Sınıflandırılması

Pinker şiddet konusunda çok fazla sınıflandırmanın olduğunu vurgular ve kendisi Baumeister'in dörtlü şiddet temasını bir temayı ikiye bölerek toplam beş alanda tanımlamıştır.

“Birinci şiddet kategorisini pratik, araçsal, istismarcı ya da yırtıcı şiddet olarak nitelendirebiliriz. Bu en basit şiddet türü : belli hedefe ulaşmak için güç kullanmak . Bu kategori de [aç gözlülük], şehvet ya da hırs gibi bir hedefe ulaşmak için Arayış sistemi temelinde şiddete başvuruluyor ve şiddete kişinin zekasının bütünü rehberlik ediyor...

İkinci şiddet kategorisinde hakimiyet yani rakiplerine üstün gelme dürtüsü söz konusudur. Şiddetin kökeninde üçüncü olarak intikam, yani verilen bir zararın aynen geri uygulama dürtüsü var...Dördüncü şiddet kategorisinin kökeninde sadizm yani acı vermekten zevk almanın bulunduğu

görüyoruz...Şiddetin beşinci ve en büyük dolaylı zararları doğuran kökeninse ideoloji olduğunu görüyoruz.”(2019:560).

Şeklinde tanımlar. Bu basit sınıflandırma aslında ayrıntılı ve karmaşık bir sınıflandırmadan daha etkili görülmektedir. Her teknoloji gelişmesi her bilimsel yenilik yanında bir şiddet unsuru olarak karşımıza çıkıyor. Sosyal medyanın etkisi ve haber almadaki anonimliği bir özgürlük havası yaratırken aynı anda bir sosyal medya zorbalığı ortaya çıkmaktadır. Kameralı dronlar ile haritalama ve ölçekleme konusunda yol alınması düşünülmüşken, özel hayatın gizliliği kapsamını aşan cinsel şiddetin bir ögesi olmakla başlayan ve askeri ve terör içerikli bir saldırı cihazına dönüşmüştür. Tüm bunlar sınıflandırmaların sürekli yetersiz kalması sürekli yenilenmesini de gerektirebilmektedir.

1.2.5. İşyerinde Dilsel Şiddet

Mobbing “İşyerinde, işverenin veya çalışanların bir ya da bir grup çalışana uyguladığı zorbalık ve şiddet içeren uzun süreli ve sistematik davranışlardır.”(Wardetzki 2022:14). İş yerinde aşağılanma, azarlanma, dedikodu sistematik değilse de incinmelere yol açar. Bu incinmelerle “...ilgili taraflar arasındaki çatışma çözülmezse taraflardan biri kendisini kendini çaresiz bir pozisyona itilmiş hisseder veya kendini düşürürse incinme mobbinge dönüşebilir.” (Wardetzki 2022:14).

Son dönemde mobbing olarak anılan işyerinde dilsel şiddet özellikle tıp gibi yapılan mesleğin aynı zamanda bir beceri gerektirmesi gibi durumlarda sıklıkla rastlanmaktadır. Örneğin damar yolu açarken zorlanan bir intern¹ hekim kıdemlisi tarafından huzursuz edici ve özgüvenini sarsacak biçimde eleştirilirse hasta ve hasta yakınlarına karşı tahammülü azalabilir

¹ Tıp fakültesinin 6. sınıfına bir şekilde ulaşmayı başarmış bireylerine intern doktor denir. Normalde hekimliğe başlamadan önce pratik anlamda kendilerini geliştirmelerinin beklendiği senedir. (Keskin 2017)

1.2.6. Dilsel Şiddette Kutuplaşmanın ve Ötekileşmenin Etkisi

Özellikle belli bir grubun diğerini öteki gördüğü durumlarda şiddete yönelme daha fazla olabilmektedir. Çotuksöken'e göre "Kendini toplumsal ilişkiler bakımından güvenli hisseden birey işte bu güven duygusuyla kendini kuşatan çevrenin diğer özelliklerini göğüsleyebiliyor. Böylesine keskin özellikleriyle birbirinden ayrılan küçük gruplar arasında olabilecek gerginliklerin boyutunu düşünün artık."(2002:75). Çotuksöken bu yorumu yaparken cemaat ve kabile tarzı feodal gruplar üzerinden yapmış günümüzdeki sosyal medyanın bilemediği toplumsal kutuplaşmanın etkisi konusunda öngöründe bulunmamıştır. Günümüzdeki sosyal medyanın etkisi ve diğer yazılı görsel basının etkisi ile hekim ve hasta arasında ciddi bir biçimde kültürel farklılık varmış gibi bir düşünce yapısı empoze edilmiş hasta ve hekim grupları iki ayrı grup ve birbirleriyle karşı karşıya kalmak durumunda olan kişiler olarak algılanabilmektedir.

Şiddette toplumsal ve kültürel yapı da ötekileştirmenin hızına etki etmektedir. Çalışmanın yapıldığı coğrafyanın toplumsal ve kültürel değerlerinin şiddete olan etkisi üzerine en acımasız eleştiri Solak'ın aktarımıyla Ayan tarafından yapılmıştır.

"Toplumsal kültürel yapımız şiddeti öğreten, meşrulaştıran ve insanlarımızı farkında olmadan duyarsızlaştıran sosyal değerlerle doludur. Cinsiyetçi rol farklılaşmasına kaynaklık eden erkek egemen bir aile ve toplum yapılanması, buna bağlı olarak meşrulaştırılan töre ve namus cinayetleri, kan davaları, toplumsal dayanışma ve yardımlaşma anlayışının ötesine taşan ve bir gösteriye dönüşen dinsel ritüellerimiz bunlar arasında sayılabilir. Bunlara ek olarak, kitle iletişim araçlarının kendilerini cazip kılma ve seyredilme oranlarını arttırma adına şiddet olaylarını bir araç olarak kullanılması, hatta şiddet olaylarını bireyle toplum arasında aracılık eder bir pozisyonda sunması, şiddetin tanık olarak öğrenilmesinde etkili bir başka gelişme olarak değerlendirilebilir." (2016:144).

Bu toplumsal eleştiride Türkiye'de şiddete yol açan tüm unsurlar cesaretle ve acımasızca ortaya koyulmuştur. Kocabaşoğlu, Savrın ve Konuk'un yapmış olduğu çalışmada "Saldırganlığı benimsemiş toplumlarda çevreden gelen küçük bir uyarı şiddet eylemlerinin ortaya çıkmasını sağlar." (Balcıoğlu 2000:28). bu noktada Türkiye'de son dönem yaşanan hızlı kentleşme ve bunun şiddet noktasına etkisi ile ilgili ekonomik

bireyselleşme sürecinin de etki ettiğini vurgulamaktadırlar. “İnsan ihtiyaçlarının kendi çabasıyla ve diğer insanlarla rekabet ederek elde etmesi durumu ekonomik bireysellik olarak isimlendirilmektedir. Bu kişide sıkıntıya yol açar. Bu durum çok belirgin şekilde kırsal alandan ve tribal yaşam sürdüren bölgelerden büyük şehirlere ve merkezlere gelen bireylerde ortaya çıkar.”(2000:29). Burada Kocabaşoğlu ve arkadaşları Türkiye’deki göçün büyükşehirre kayan nüfusun “Terk ettiği bölgenin lokal atavik ve geleneksel otoritesinin kaybolması sonucu kişilerde kontrolsüz bir serbesti ve hürriyet anlayışı meydana gelmektedir.”(2000:29). Sonucuna varmaktadır. Bu temel algı sonucu kural tanımayan bir kitle aslında sadece kural tanımaz olmak dışında yazılı olmayan bir kurallar silsilesinden yazılı kurallar tarafına geçiş sürecinin bir zaman almasıyla da ilgilidir. Burada şehre gelmiş bir kişi tamamen iyi niyetli olsa bile bir adaptasyon süreci yaşayacaktır. Bu noktada Kocabaşoğlu ve arkadaşları burada adaptasyon sürecindeki insanlar için “zayıf otorite karşısında kendini sorumsuz hissettiğini” (2000:29), iddia etmiş ve sonuç olarak bu durumdaki insanların “Yapamayacağı, yetişemeceği ve başkalarından geri kalacağı korkusu saldırganlığı ortaya çıkarır.” Tezini savunmuşlardır. Bu savunma sadece göç ve kural adaptasyonu ile değil eğitim seviyesi ile de ilgili Türkiye’de eğitim eşitsizliği konusunda kırsal bölgenin dezavantajı da göz önüne alınmalıdır. Bu noktada sadece dayanamayacağı kadar hasta olunca hekime giden insanlarla anti-aging² amacıyla düzenli hekim kontrolleri yaptıran bir kişinin sağlık okur-yazarlığının aynı olması beklenmez. Burada oluşan süreçte özellikle negatif kimlik denilen yabancılaşma sürecini ortaya çıkarır ki bunun etkilerini zaten medyaya yansıtan “artık doktor bile dövebiliyoruz” açıklaması da genele aktararak sosyal medyada örneklendirilmektedir. “Sosyal sınıfların yansıması, köy şehir farklılaşması kuşaklar arası hayat tarzı ve felsefeler, gelir gruplaşmaları büyük toplumda birtakım yan kültürler yaratır. Burada yetişme biçimi eğitim ve öğretim süreciyle de negatif bir kimlik oluşur ki...toplum normlarına karşı koyma davranışı olarak nitelendirebilecek davranış kalıpları meydana gelebilir.” (Balcıoğlu 2000:31). Hekime olan saldırıların arkasında bu yan kültür vardır demek için bir başka çalışmaya ihtiyaç vardır. Ancak hekime olan şiddetin sosyal medyada yaygın olarak övülmesi bu yan kültürün ve negatif kimliğin etkisi olma ihtimalini güçlendirmektedir. “gecekondu toplumunda uyumsuzluğun doğurduğu şiddetli nefret ve intikam duygusu vardır. Bu toplumun insanı nefret ile

² Anti-Aging : Yaşlanmanın etkilerini hafifletme ve yaşlılık belirtilerini azaltma amacını taşıyan bir kavramdır (Acıbadem 2024) .

doludur ve bunu şiddet yolu ile dile getirir.” (Balcıoğlu 2000:63). Önerme ne kadar sert bulunsa da bu kitlenin dinlediği müzik dilinde ve oluşturduğu altkültürde, bu altkültürün dizilerinde bile şiddet ciddi bir yer tutmaktadır. Bu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu altkültür bazı durumlarda baskın hale gelince bu sefer buna tepki gösteren bir başka azınlık meydana getiriyor ve bu grupta kendi nefret kültürünü oluşturarak karşı tarafı cahillikle, iş bilmezlikle, eğitimsiz ve yoz diye, suçlaması toplumun kültürel olarak ikiye bölünmesi şiddetin bu unsurunu yani toplumsal kısmını göz ardı etmememiz gerektiğini göstermektedir. Bu konuda Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu bu konuda Balcıoğluna paralel olarak bu süreci şu şekilde raporlamıştır. “Kent yoksulluğu ve şiddetin bir arada değerlendirildiği, özellikle yoksulluğun ne zaman şiddete dönüşebileceği ve hangi yoksulların şiddete eğilim gösterdikleri üzerinde derinlemesine çalışılan konulardır. Günümüzde yoksulluk çalışmalarının ortak özelliği; 1980’ler sonrası yaşanan yoksulluk şekillerindeki farklılaşmalar, işsizlik ve göç olguları üzerine yoğunlaşmalarıdır. 1980 sonrası küreselleşmecî politikaların etkisi ile yoksulluk giderek artan ölçüde sadece “geçim araçlarına erişememek” ya da “asgari temel ihtiyaçları karşılayamamak” nitelikleri ile değil; “toplumsal dışlanma”, “marjinalleşme”, “sınıf-altı (underclass)” boyutları ile ele alınmaktadır.” (2013:112).

Elbek ve Adaş Şiddetin Gölgesinde Hekimlik adlı çalışmalarında bu durumu şu şekilde özetlemişlerdir: “Belirsizliklerin eşlik ettiği kültürel, toplumsal ve siyasal değişim süreci, toplumda bireyler ve gruplar arasında güven ilişkisini zayıflatmakta ve karşılıklı gerilimi, çatışmayı ve kuşkuları derinleştirmektedir. Köklü kurumsal değişimlerin yaşandığı dönemlerin belirsizlik ve endişe üretmesi kaçınılmaz olmakla birlikte, değişimi deneyimleyen sosyal aktörlerin yeni koşullar altında endişe ve beklentilerini yönlendirmede süreci doğru kavrama ve etkin müdahale araçları geliştirmelerinde bilimsel verileri derlemek son derece önemlidir.” (2012:8) Özellikle Türkiye gibi toplumsal değişim ve dönüşümün hızlı olduğu göç ve mülteci ile nüfus ve demografik yapısı değişen ve gelişmekte olan toplumlarda ekonomik, sosyal belirsizlikler bireylerde şiddete başvurma riskini artırmaktadır. Hem Balcıoğlu

çalışmasında hem de Meclis Komisyon Raporu, Elbek ve Adaş'ın söylemlerini destekler niteliktedirler.

1.2.7. Sağlıkta Şiddet

Sağlık Kurumlarında şiddet “Hasta, hasta yakınları veya herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı açısından risk içeren; tehdit davranışı, fiziksel veya cinsel saldırı” (Sainess 1999: 8), olarak tanımlanmaktadır. ILO ve WHO ya göre sağlık alanındaki şiddet tüm şiddet olaylarının %25 ini oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları bu oran ile normal bir çalışandan 16 kat fazla saldırıya uğrama riskine sahiptir. Bu oran polis ve gardiyanların şiddete uğrama oranından daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Bakanlığın verdiği rakamlar, ortalama olarak günde en az 30 sağlık çalışanının fiziksel veya sözel şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Bu rakamlar sadece Sağlık Bakanlığı'nın Beyaz Kod³ birimine yapılan başvuruları göstermekte olup gerçekte sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet olaylarının çok daha fazla olduğunu da dikkate almak gerekmektedir

Bu oran oldukça kafa karıştırıcı ve ciddi bir orandır. Şiddete uğrama riskine karşın silah taşınması serbest bırakılmış ve silah kullanması kanunlarla sınırlı serbest olan çalışanlardan daha fazla risk grubunda olan bir grup olmuştur sağlık çalışanları. 2016 yılında Ayrancı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre sağlık çalışanlarına şiddet en yoğun acil servislerde ikinci sırada ise psikiyatri kliniklerinde gerçekleşmektedir (Ghiasee 2021:28-29).

“Hemen hemen tüm sektörlerde çalışma ortamlarında şiddet olayları yaşanabilmektedir ve bu yaşanan şiddet vakaları çeşitli akademik çalışmalara konu olmaktadır. Pınar ve Pınar (2013) tarafından yapılan bir çalışmada özellikle sağlık sektöründe çalışanların, hasta, hasta yakını ve başka kişilerden şiddete maruz kalma risklerinin gardiyanlar, polisler, banka çalışanları, perakende çalışanları, ulaşım sektöründe çalışanlar gibi diğer sektör çalışanlarından 4 ila 16 kat daha fazla olduğu

³ Beyaz kod; sağlık çalışanlarının sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldığı durumlarda şiddeti önlemek için kullanılan acil durum yönetim aracıdır. Sağlık personeli sadece hakaret, tehdit durumunda değil can güvenliğini tehdit eden her durumda beyaz koda başvurabilir. (Hekimsen 2023)

ileri sürülmektedir” (Elliott 1997 akt., Pınar & Pınar, 2013, s.319). Burada Polis Selahiyeti Kanunu ve yaptırımın etkisi büyüktür. Sözlü veya fiziki şiddet mahkeme istediği karar çıkmayan bir şüphelinin hüküm giymesi sonrası uygulayamaması örneğinde hem yaptırım çok ağırdır hem de güvenlik çok sıkıdır. Bir kişi hekime ettiği cümleyi bir savcıya karşı dile getirince yaptırım farklı olabilmektedir.

1.2.8. Sağlıkta Şiddetin Tarihçesi

Sağlıkta şiddet konusuna baktığımızda tarihte Anadolu coğrafyasında ciddi bir veriye rastlayamıyoruz. Hacı Paşa'nın Şifa-ül Askam ve Deva-ül Alam'ında, Bereket Hekim'in Tuhfe-i Mübarizi, Tutmacı'nın Tabiatnâme'sinde , Geredeli İshak'ın Edviye-i Müfrede'sinde, Sabuncuoğlu'nun Cerrahiye-i İlhaniyye'sinde , Tabib İbn Şerif'in Yadigâr'ında her hangi bir şekilde halkın hekimlere karşı gösterdiği tepki sitem vb. veriye rastlanmamıştır.

Son derece kısıtlı bir şekilde yazılı olan bu verilerin yazarları hakkında bile çok fazla bilgiye ulaşılamamaktadır. Bunun yanı sıra Anadolu'nun en uzun süreli ve ilk tıp gazetesi olan Hekim gazetesi taranmıştır. Bu gazetede 1910 yılında Trabzon da çıkmaya başlamıştır. 1911 yılının sonuna kadar çıkmaya devam etmiş 15 günde bir yayınlanmıştır (Çulfaz 2007:XXXV). Bu eserde hekim sorunları açısından şiddete rastlanmadığı gibi bölgede hekimler sadece hekimlik görevlerini yerine getirmemekte, toplumsal sorunlar ile de ilgilenmekte ve koruyucu hekimliğin ötesine geçerek adeta mülki erkan gibi toplumsal sorunlarla yakından ilgilenmişlerdir. .(Çulfaz 2007:XXXIX) Bu gazetede hekimlerin sorunu ile yakından ilgilenmiş ama asıl sorunun Atina ve İstanbul ekolü hekimler arasındaki maaş farklılıkları. Maaş alamama, maaşların yetersiz ve düşük olması şeklinde olduğu tespit edilmiştir. İdare ile yaşanan sorunlar nedeniyle istifalar söz konusudur ve tek bir hekime şiddet vakası bile yaşanmamıştır. Kültürümüzde hekimliğe yönelik bir tepki olmadığı gibi hekimlere yüksek saygı duyulduğu birçok eserde görülebilmektedir. Sadece hekimlere değil halk arasında kullanılan ocak, sağaltma, el almış kişilere karşı bile yüksek saygı mevcuttur (Görgeç 2019:199). Osmanlı döneminde hekime şiddeti araştıran Araştırmacı Doktor Tokaç 4. Murad döneminde bir hekim olan Emir Çelebi'nin afyon ile yakalanması sonucu

afyonun zorla içirilmesi sonucu vefatı ve Şanizade'nin şansızlık sonucu vefatı üzerine iki veriden başkasını bulamamıştır (2021: 8-9) .

Cumhuriyetin ilk döneminde yarı edebi eserlere bakıldığında realist ve belgeler kullandığı için örnek olarak sağlık ile ilgili olarak Cumhuriyet dönemi pozitivist akımının aydınlanmacı yazarlarından Makal'ın eserlerinde Ocaklara olan inancın köylerdeki varlığından bahsedilmiştir. Makal bazı eserlerinde hastanın ocağa gitmeden önce yaptığı ritüelleri bile anlatılır (2019:91). Aile Sağlığı Merkezleri'nin eski ismi Sağlık Ocaklarındaki Ocak kelimesi Anadolu'daki Sağaltma geleneğinden gelmektedir. Bu eserlerde Makal sağlık konusunda cahilliğe yer verir ama bir sağlıkçının sözlü fiziksel saldırı, alay küçümseme gördüğünü söylemez. Ebeye bile büyük saygı vardır.

Tokaç'ın yakın tarihte sağlıkta şiddetin medyaya yansımış önemli vakaları ise aşağıda yer almaktadır.

“Kamuoyunda bilinen yakın tarihimizden sağlıkta şiddete dair başka örnekler de verebiliriz. 1988 yılında ülkemizin yetiştirdiği en önemli kalp cerrahlarından Doç. Dr. Edip Kürklü, açık kalp ameliyatı yaptığı ve uyuşturucu kullandığını gizlediği için anestezi komplikasyonu sonucu hayatını kaybeden gaziocu bir mafya babasının yakını tarafından öldürülmüştü. 2005 yılında ise ülkemizde ilk akciğer naklini gerçekleştiren göğüs cerrahlarından Prof. Dr. Göksel Kalaycı, akciğer nakli yaptığı ve ameliyat öncesinde “Ben ölürsem sen de ölürsün” diye tehdit eden bir kabadayının ameliyat sonrası ölmesi üzerine hastanın yakını tarafından kendi üniversitesinin bahçesinde öldürülmüştü.” (2021;8-9).

Tokaç bu çalışmasında kendi çevresinden ve hekimlik yapmış insanların anlatımında şiddet vakalarına rastladığını anlatır. Ancak bunlara basından örnek getiremez. Buradan da o dönem sağlıkta şiddet çok nadir gerçekleştiği için basında karşılık bulmadığı anlaşılır.

Bu konuda Ehrenreich ve English'in Cadılar, Ebeler ve Hemşireler isimli eserin önsözünde İleri şu ifadeleri kullanmıştır. “Anadolu coğrafyası pek çok bilimin doğduğu, büyüdüğü geleneksel yollarla aktarıldığı şifa veren kim olursa olsun büyük bir saygıyla karşılandığı bir coğrafya olmaktan gittikçe uzaklaşıyor.”(2013:13). Bu ifadeden de anlaşılabilceği gibi İleri'ye göre Anadolu coğrafyasında sağlıkta şiddet son yıllarda

önplana çıkmıştır. Bunu şu ifadesi ile de desteklemiştir. “...yıllar öncesinde başlayan ve Covid pandemisi nedeniyle neredeyse çığırından çıkan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet.” (2013:13). Bu noktada İleri’nin beşeri tıp bilimleri ve Tıp tarihi konusunda çeviriler yapan farmakoloji alanına hakim bir çevirmen olduğu da göz önüne alınmalıdır.

Bu konuya ilişkin olarak hekimin sosyal konumunu anlatan serbest makalesinde Prof. Dr. Karamehmet Yıldız konuya tarihsel olarak şu şekilde bakmaktadır.

“Son on yıllık sürece bakacak olursak, toplumda hekim düşmanlığı eğiliminin yükseldiğı apaçık ortadadır. Bu aşamaya nasıl gelindiğini özetlemeye çalışacak olursak, Ülkemizin son 50 yılını on yıllara ayırarak irdelemek gerekiyor. 1980 öncesi, hekimler ve sağlık personeli için “altın yıllar” olarak nitelendirilir. Kısıtlı sayıda hekimin 24 saat mesai esasıyla, “tam gün yasası” kapsamında fedakarca hizmet verdiği, muayenehanelerin kapatıldığı, sağlık personelinin doyurucu ücretlerle taltif edildiğı yıllardır. Bu yıllarda toplumda hekimlik mesleğine karşı yaklaşımı “hekim hayranlığı” olarak nitelemek mümkündür. 1980 sonrasında, “tam gün yasası”nın kaldırılması ve hekimlerin merkezi idareden koparılarak taşra teşkilatına bağlanmasıyla, hekimlik mesleğinin niteliksiz personel statüsüne geçirilme süreci başlamış oldu. Böylelikle gelirleri kasıtlı uygulamalarla azaltıldı, muayenehaneler yeniden açıldı ve bu yıllar adeta sağlık hizmetlerinin kamudan özel sektöre paslandığı yıllar olarak yakın tarihimize kaydedildi. Bu dönemde toplum nezdindeki hekim hayranlığı da, “hekim kıskançlığı”na evrilmiş oldu. 1990’ların ortası, 2000’ler arasında hekim kıskançlığının “hekim karşıtlığı”na evirildiğine tanık olduk. Kanaatimce devlet ricalinin bu dönemde, hekimlerle ilgili olumsuz ve yakışıksız beyanlatları söz konusu evirilmenin nedenlerinden biridir. Bu dönemde, henüz gündemimizi meşgul edecek seviyede şiddet olgusuna rastlamıyoruz.

2000’lerden sonra hekim karşıtlığı, hızla “hekim düşmanlığı”na evrilmiş olarak karşımıza çıkar. 2000’lerden sonraki dönem, olumlu yönlerini sık sık dile getirdiğimiz, devrim niteliğindeki uygulamalarını alkışladığımız “sağlıkta dönüşüm” yıllarıdır. Burada dikkate değer husus, “sağlıkta dönüşüm”ün aslında hekimlerin kahir ekseriyetinin de taraftar olduğu, katkıda bulunmak istediğı ve heyecanını yaşadığı bir dönüşüm paketi olmasına rağmen, merkezi sağlık otoritesinin bunu hekim ordusunu arkasına alarak gerçekleştirmek yerine, hekimlere rağmen kamuoyu lehine gerçekleştirilen kapsamlı bir değişim olarak takdim etmeyi tercih etmesidir.” (2022).

Bu satırlar hekimlerin sağlıkta şiddete uğrama süreçlerini onar yıllık periyotlarla nasıl geliştiğini bir hekim gözünden net bir şekilde anlatmaktadır.

1.2.9. Bugüne Kadar Yapılan Çalışmalarda Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Sağlıkta şiddet konusunda son dönemde artan medya ilgisi hekimlerin tepkisi ile birlikte çözüm arayışları geliştirilmiş, bu arayışa dönük makaleler yazılmış ve çalıştaylar yapılmıştır. Bu çalışmalar ışığında sağlıkta şiddete çözüm aramak için önce nedenler sorgulanmış ve literatürlerde aşağıdaki sebepler öne çıkmıştır.

1) Yeşil veya kırmızı reçeteli ilaçların yazılmaması (Turkan 2013:53). (TTB 2009:12). (Takak 2018:108).

2) Kayıt esnasında bekletilme (Ghiasse 2021:30). (Özcan, F.ve Yavuz, E. 2017:70). (Eyitmiş ve Sezer 2023 : 253). (Bedir 2021:332). (Solmaz ve Duğan 2018:190). (Duğan 2015:83). (Yücens ve Kalkan Oğuzhanoğlu 2020: 322). (Takak 2018:108).

3) Poliklinik kapısında, hekim kapısında bekleme (Ghiasse 2021:30). (Turkan 2013:53). (TTB 2009:12). (Özcan, F.ve Yavuz, E. 2017:70). (Eyitmiş ve Sezer 2023 : 253). (Bedir 2021:332). (Solmaz ve Duğan 2018:190). (Duğan 2015:83). Aydın Tabip Odası (2012). (Yücens ve Kalkan Oğuzhanoğlu 2020: 322). (Takak 2018:108).

4) Randevu alamama (Ghiasse 2021:30) .

5) Hekime ulaşmada güçlük (Ghiasse 2021:30). (TTB 2009:30). (Özcan, F.ve Yavuz, E. 2017:70). (Eyitmiş ve Sezer 2023 : 253). (Solmaz ve Duğan 2018:190). (Duğan 2015:83). Aydın Tabip Odası (2012).

6) Yatak sayısının yeterli olmaması (Ghiasse 2021:30). (Solmaz ve Duğan 2018:190). (Duğan 2015:83). (Takak 2018:108).

7) Hastanelerde altyapı ve donanım eksiklikleri (Ghiasse 2021:30). (TTB 2009:12). (Seyran F, Gözlü M, Ready FN.2018: 23). (Eyitmiş ve Sezer 2023 : 253). (Solmaz ve Duğan 2018:190). (Duğan 2015:83). (Aydın Tabip Odası (2012). (Takak 2018:108).

8) Hastaya yeterli zaman ayrılamaması (Ghiasse 2021:30). (TTB 2009:30). (Eytmiş ve Sezer 2023 : 253). (Bedir 2021:332). (Solmaz ve Duğan 2018:190). (Duğan 2015:83). Aydın Tabip Odası (2012). (Yücens ve Kalkan Oğuzhanoglu 2020: 322).

9) Basit ilaçların zorla hekime yazdırılmak istenmesi (Turkan 2013:53). (Özcan, F.ve Yavuz, E. 2017:70). (Duğan 2015:83). (Takak 2018:108).

10) Uygun olmayan rapor veya istirahat belgesi talebi (Turkan 2013:53). (Özcan, F.ve Yavuz, E. 2017:70). (Duğan 2015:83.)

11) Bir kişiye iltimas ve ayrıcalık tanınması (Ghiasse 2021:30).

12) Sağlık uygulama prosedürlerinin sıklıkla değişmesi (Ghiasse 2021:30). (Solmaz ve Duğan 2018:190). Aydın Tabip Odası (2012).

13) Hastane güvenliğinin yetersizliği (Ghiasse 2021:30). (Seyran F, Gözlü M, Ready FN.2018: 23). (Solmaz ve Duğan 2018:190). Aydın Tabip Odası (2012).

14) Hastaya sürecin yeterli bir biçimde anlatılmaması (Turkan 2013:53). (TTB 2009:11). (Takak 2018:108).

15) Hastanın mahremiyetinin ihlal edildiği iddiası (Yücens ve Kalkan Oğuzhanoglu 2020: 322).

16) Hastanın kendisinin hastalığının daha önemli olduğunu düşünmesi (Turkan 2013:53). (Seyran F, Gözlü M, Ready FN.2018: 23). (Eytmiş ve Sezer 2023 : 253). (Duğan 2015:83).

17) Hastanın kaybı (Eytmiş ve Sezer 2023 : 253). (Takak 2018:108).

18) Siyasal erkin kullandığı şiddet dili (TTB 2009:30). Aydın Tabip Odası (2012).

19) Medyada sağlık çalışanları aleyhine haber yapması (Bedir 2021:332). (TTB 2009:30). (Özcan, F.ve Yavuz, E. 2017:70). (Solmaz ve Duğan 2018:190). (Duğan 2015:83). (Aydın Tabip Odası 2012 : 14). (Yücens ve Kalkan Oğuzhanoglu 2020: 322). (Takak 2018:108).

Yapılan literatür taramalarında karşılaşılan temel başlıklar bunlardır. Bunların dışında bazı noktalar da literatüre geçmese de mutlaka vardır.

1.2.10. Sağlıkta Şiddette Günah Keçisi

Sağlık konusunda hastalıklar özellikle salgın hastalıklar Asurlulardan beri Tanrı'nın bir gazabı olarak günahların karşılığında gönderildiği düşüncesi insanoğlunun bilinçaltında yer almaktadır. Kutsal kitapların bunu destekler ayetlerinin etkisi ile insan bilincinde bu kavram iyice yer kaplamıştır. “Veba salgınında bu salgına neden olduğu düşünülen 200 den fazla Yahudi cemaati yok edildi, ayrıca Kahire’de vebaya kadınların neden olduğu iddiası ile kadınların sokağa çıkması yasaklandı.” (Campbell 2020: 121-122).

Ölüm düşüncesine anlam vermeye çalışan insanoğlu ölümün bilinen bir son olmasına rağmen ölüm nedenini ve ölüm biçimini önemsemektedir. İnsanoğlu yakınında bir kişi öldüğü zaman onun ölümü ile ilgili bir neden sonuç ilişkisi kurmak zorunda hisseder. Bunu bazen bilim sayesinde doğru olarak kurgularken bazen bu neden sonuç ilişkisini daha soyut bir biçimde kurar. Bu bazen “Takdir-i İlahi”, “Alacak nefesi bu kadarmış”, “Ölüm için her şey bahane” gibi yumuşatıcı, rahatlatıcı bir söylem iken bazen burada bir günah keçisi aramaya yönelik sebep –sonuç ilişkileri kurulmaktadır. Bu sebep sonuç ilişkilerinden bazıları haklı olduğu için tüm medeni ülkelerde malpraktis⁴ davalarına sebep olmaktadır. Bu durum kanun önünde sorun çözülmeye çalışılırken çoğunlukla bu konu malpraktis dışında yanlış sebep sonuç ilişkisine neden olmakta sadece ölüm haberini veren hekim, bazen müdahaleyi yapan acil grubu, acil tıp teknisyenleri, hemşireler katil muamelesi görerek bu şiddetten nasibini almaktadır. Bazen hiç kimseye ulaşamazsa hasta yakınları öfkesini acilin camlarından alabilmektedir.

⁴ Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında malpraktis kavramı; bilgisizlik, tecrübesizlik ya da hekimin hatasından dolayı hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlanmıştır.(Değdaş 2018:41).

1.2.11. Sağlıkta Şiddette Ciddi Bir Bahane: Mahremiyet

Özellikle kültürel olarak kadın mahremiyetine önem veren toplumların, mevcut olması nedeniyle hekime ilişkin şiddetin bir bahanesi olarak kadın bedenine olan müdahalenin ortaya koyulması gözlemlenmektedir. Ancak bu sadece kadın bedeninin tabu olduğu toplumlarda sorun değil her toplumda bir sorun teşkil etmektedir. Yükselen kadın hakları ve cinsel ayrımcılığa karşı tepki aynı zamanda kadın bedenin meta olarak görülmesi konusunda da artan bir tepki oluşturmuştur. Bu konuda en sert ve açık bir tepki Barbara Ehrenreich'ten gelmiştir. Ehrenreich Sağlık Salgını isimli eserinde Abraham Verghese'nin New York Times'taki makalesi ve tez konuşmasından aldığı kesitlerde hasta hekim arasındaki muayene esnasındaki içeri girişten muayene kısmına ve çıkışa kadar belli bir rutinin olduğu ve bu rutinin bir ritüelin parçası olduğunu iddia etmektedir. Verghese TED konuşmasında mahremiyetle ilgili kısma geliyor ve bunu da ritüelin bir parçası olarak görüyor: “Bir kişinin bir başka insana gidip, rahip veya hahama söylemeyeceği şeyleri söylemesi ve bunun üzerine inanılmaz şekilde soyunarak kendine dokunulmasına izin vermesi - bunun son derece önemli bir ritüel olduğunu ileri sürüyorum” (Ehrenreich 2020:38). Verghese bir hasta ile yapmış olduğu sohbette çok ciddi bir kanser araştırma merkezinde bir hasta meme kanseri teşhisi ile ilgili elle muayene edilmediği konusunda şikayet etmesi üzerine Verghese yapılan tarama ile meme kanserinin moleküler seviyede tespit edildiğini vurgulamış elle muayenenin doğal olarak yapılmamasının kadını rahatsız ettiğini söylüyor (Ehrenreich 2020:39). Buradan da anlaşılmaktadır ki diyor Ehrenreich bazı hastaların asıl beklentisinin ilgi ve alaka olduğunu görürüz (2020:40). Türkiye’de bu noktada çok fazla çalışma yapılamamıştır. Mahremiyet ile ilgili şiddet unsurları medyadan görülmekte ama konu mahkeme salonlarına taşınmakta yayın yasağı vb gibi hukuki süreçlerle serbest araştırmacıların ulaşımına uzak kalmaktadır. Burada özel bir bilimsel çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2.12. Sağlıkta Dil ve Şiddet

Tedavi için birçok şey anlatılır bu bazen ayrıntılı formlar doldurmak bazen de uzun uzun bir hekime bilgi vermek olabilir. Anamnez⁵ denilen bu hastalıkla ilgili sözel bilgi çok önemli olduğu halde dilsel iletişimin doğru kurulamadığı durumlarda çok ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Anamnez teşhis için tıptaki en önemli alanlardan biridir. Ve tamamen dilsel bir iletişime ve diyaloga dayanır. “ABD’de Ebola’dan ölen ilk kişi olan Thomas Duncan, acil servisteki hemşireye hastalığın merkez üstlerinden biri olan Liberya’dan yeni geldiğini söylemişti. Ancak bu bilgi tedaviyi üstlenen hekime ulaşmadı. Hekim de Tylenol⁶ almasını söyleyerek Duncan’ı eve yolladı.”(Ehrenreich 2020:53). Bu gibi oldukça önemli hususlar konusunda dilin, dil kullanımının, iletişimin önemini görmekteyiz. Buradaki hemşire Liberya ayrıntısının kendisine niye verildiğinin farkında değil ve önemini anlamamış olmakta iken hasta belki Afrika ziyaretleri öncesi rutin tropikal hastalıklar hakkında bilgilendirilmesi nedeniyle belki de Ebola gibi ağır bir enfeksiyon geçirdiği için her türlü bilgiyi ayrıntıyı vermeyi gerekli gördüğünden bu verileri paylaşıyor. Ancak doğru bir iletişim kurulamıyor. Bunun sonucu olarak sadece Duncan’ın hayatı riske girmiyor Amerika kıtasında Zero Patient⁷ atlanarak tüm Amerika kıtasındaki insan sağlığı tehlikeye giriyor. Anamnez ve dilsel diyalog bu derece önemlidir. Atlanması veya bir iletişim kazasına kurban gitmesi bir veya birden çok insan hayatına mal olabilir. Anamnez alan hekim tam anlamıyla bir söylem analizi yapmaktadır. Bu disiplini mesleğine fark etmeden uygulayan hekim hastanın anamnez sırasında verdiği her ayrıntıyı analiz eder ve değerlendirme süzgecinden geçirerek teşhis için kullanır.

Özellikle hekim hitaplarında hasta ismi yerine hastalıktan bahsedilmesi veya oda numaralarından bahsedilmesi hasta üzerinde olumsuz bir etki bırakabilmekte ve hatta hekim ile hasta arasına hastayı nesneleştiren bir duvar örmektedir. Bununla ilgili Ehrenreich “bilimsel indirgemecilik...bütün insanı görmek yerine hastasından 302 numaralı odadaki safrakesesi diye bahsediyor...Tıbbi eğitim hastayla hekim arasındaki herhangi bir duygusal bağı koparmak konusunda kararlı gözüküyor.”(2020:109). Bu

⁵ Anamnez, doktorun hastaya teşhis koyma amaçlı olarak hastaya sorduğu sorular sonucu elde ettiği hastanın öyküsüdür.(Pekkafalı 2024)

⁶ Parasetamol bazlı basit bir ağrı kesici (Ehrenreich 2020:53)

⁷ Bulaşıcı bir enfeksiyonun tespit edilen ilk hastası (Ehrenreich 2020: 53)

gibi hitaplar genelde hasta ile hekim arasında duygusal bağ olmamasının hekimin teşhis ve tedavisinde objektif olmasını sağladığı düşünülüyor olabilir ancak bu hasta için yabancılaşma ve kendini dışarıda hissetmeye yol açabilmektedir. Bu durum hitabı ve dili etkilemekte hekim ile hasta arasına bir iletişim özellikle dilsel bir duvar örebilmektedir. Peki hekim burada ne yapmalı? Bütün hastaların ismini tek tek ezberlemeli mi ? Bir gün,iki gün yatan hasta var. On ıla on beş gün yatan hasta var? Bu mümkün değil belki de uzun süre yatan hastaların ismi hekim tarafından ezberleniyor ve onlara ismi ile hitap ediliyor bile olsa da Ehrenreich burada genel bir soruna sadece gösterge yapmakta ama çözüm sunmamaktadır.

Hekim hastaya nasıl bir bilgi vermelidir. Hastaya yapılan geri bildirimin tamamı bilgi midir ? Çotuksöken'e göre bilgi "...en genel yapısı içinde bileni bilineni ve bu iki yapı arasındaki ilişkinin belli bir dil formu içerisinde dile getirilmesini içeriyor. Dilin gücü dilin bir söylem olarak çözümlenmesi gereğini ortaya koyuyor" (2002:124), şeklinde tanımlanmıştır. Yani bilgi dil ile iç içedir. Bilgiyi anlamak için bile dilin çözümlenmesi gerekiyor. Peki bilgi dil aracılığıyla hasta tarafından nasıl algılanıyor.

"Bilgi ile sanı/doğru sanıyı birbirinden ayırma konusunda Platon'un verdiği savaşı anımsayalım. İsterseniz sürdürelim böyle bir girişimi: bilgi ile bilgi olmayan birbirinden nasıl ayırt edilecek ? Bilgi olmayan kavramı içine neler sokulabilir? Tahmin, haber, yorum söylenti kanaat vb. ile bilgi arasındaki farklar nelerdir? Bunların hepsi bilgi ise neden böyle ayrı ayrı değişler ortaya çıkıyorlar? Aynı şey değillerse bunlar arasındaki ayrımlar nasıl temellendirilebilir?" (Çotuksöken 2002:125).

Üstteki paragraf ışığında bir kanser hastasını düşünelim. Hekim hastanın durumunu açıklıyor. Hasta böyle sıkıntılı bir durum ile karşılaştığından dolayı ilaç prosedürlerinden ödenemeyen ilaçların maliyetine, tamamlayıcı tıptan, ne kadar yaşayabileceğine dair onlarca soru soruyor. Hekimin söylediği her şey hasta tarafından bilgi olarak algılanır. Hekimin bu durumdaki hastaları 3-4 yıl yaşattığımız oluyor cümlesi 3 yıl ömrü kalmış olarak bir tahminin ötesinde kesin bir bilgi olarak algılanmaktadır. Hâlbuki bu bilimsel bir bilgi değil bir tahmindir. Hastanın kekik yağı içmemin zararı olur mu sorusuna hekimin içebilirsin demesi hasta tarafından kekik yağının kansere iyi geldiği şeklinde algılanabilir hâlbuki bu bir kanaattir. Bu nedenle dil kullanımı konusunda hekimler dikkatli olmak durumundadır. Bu nedenle onkoloji

hekimleri, kalp damar cerrahları ve hematoloji gibi bu tip sıkıntılı konularla ilgili hekimler bazı tecrübelerinden dolayı fazla konuşkan olmamakla suçlanabilmektedirler.

Hasta hekime giderken beklentisi nettir ve ne yapması gerektiğini bilir hastanın olması gereken amacı ve hekimin yapması gerekenler Çotuksöken tarafından bilişsel ve dilsel açıdan net bir şekilde özetlenmiştir.

“Sağlık yönünden kendini iyi hissetmeyen biri bu konudaki kuşkularını gidermek için ve durumunu ya da şikâyetlerinin ne denli yerinde olduğunu anlamak için doktora gider. Başlayan bu sürecin doktora giden kişi bakımından söz konusu olan yüzü, günlük yaşama, varılan sonuçlar da o kişinin yaşamına, durumunun hakikatine ilişkindir. Kişi burada sağlığı hakkında doğru olanları, durumunun hakiki yüzünü ortaya çıkarmaya yönelmiştir. Elde edilen sonuç, o kişinin sağlık durumuna ilişkin gerçeği, doğruları ortaya çıkaracak ya da belki de çıkaramayacaktır. Burada esas vurgulanan nokta, sağlıkla ilgili yakınmalarda, ilgili kişileri ve "doğru kişileri" bulma konusundaki yönelimdir. Böyle bir tutumun bu yönü, doktora giden kişiyle, hasta ile ilgilidir. Hastanın doktora gitmesiyle başlayan süreç, başvurduğu kişinin yani doktorun, sorunu nasıl ele aldığıyla ilgilidir. Doktor, hastanın durumunu ortaya koymak, doğruya varmak, hakikati elde etmek için ve yapılması gerekenleri saptamak için ne türden eylemleri gerçekleştirmelidir? Sıkı bir araştırmaya girişmesi gerekmektedir doktorun; tüm bu işlemleri yaparken doktor, sahip olduğu bilgileri bir bakıma "sınamaktadır"; doktor, hastanın hastalığını teşhis edecektir, bulgulayacaktır; bilgileriyle, karşılaştığı somut durumu ilişkilendirecektir. Felsefi deyişle, dış dünya durumu ile dilsel olanı karşılaştıracaktır. Doktorun bunu titiz bir biçimde durumu rastlantıya bırakmadan yapması gerekmektedir. Kimi durumlarda doktorun sahip olduğu bilgiler yetmeyecektir bile; günlük yaşamda sık sık karşılaşıyoruz böyle durumlarla. Doktor, hakikate ulaşmak için yeni bağlantılar kurmak ve kurduğu her türlü bağlantıyı mutlaka sınamak zorundadır; o burada his bir şekilde salt dilsel düzeyde kalamaz. Öncelikli olarak zihninde kurduğu ilişkileri, dış dünya ile ilişkilendirmek zorundadır. Burada hakikat, doğruluk; upuygunluk ya da daha temkinli bir deyişle dış dünya ile uygunluk ilişkisi içinde kurulmak zorundadır.” (Çotuksöken 2002:139-140).

Konu bu kadar ayrıntılı bir şekilde zihinsel olgularla dil arasında geçmektedir. Hekim zihinsel bağlantılar ile kurduğu ve oluşturduğu veriyi dile aktarmak bunu da hastanın sosyo - ekonomik şartlarına göre uyarlamak zorundadır. Hasta bu süreç boyunca sadece dilsel boyutta kalmakta ve sadece kendisine söyleneni algılamaya çalışmaktadır.

Genel Cerrah Tankut Akay bir cerrah için performans sanatçısı benzetmesini yapar : “Bir performans sanatçısı veya bir konuşmacı kendisini alkışlamaya hazır gelmiş bir topluluğa hitap eder. Cerrah da bir performans sanatçısıdır; ama o hasta ve hasta yakınlarından oluşan ve kafası acabalarla dolu bir toplulukla iletişim kurar. Hasta streslidir ve ‘kendimi bu doktora emanet edebilir miyim ? endişesiyle dinler. Ve cerrahlık... ‘Şurada hata yaptım bir daha deneyeyim’ diyemediğin bir alandır. (Tantekin 2024)

Bu noktada semantikin etkisi de büyüktür. Semantik basitçe anlamın ne olduğunu ve ne olması gerektiğini belli bir akademik ve bilimsel disiplin çerçevesi içinde anlamaya çalışmaktır (Palmer, 2020:21). İnsan kendi profilini veya sosyal statüsünü dil ile belirler şiveler aksanlar bazen doğduğumuz yetiştiğimiz coğrafyayı bazen de niyetimizi ve amacımızı belirler aşağıdaki paragraf buna çok net bir örnektir.

“Çoğu zaman dil çeşitli sosyal ilişkilerle derinden ilişkilidir. Biz zaman zaman kaba veya kibar olabiliriz ve bunlardan hangisi olacağımıza da konuştuğumuz kişiyle olan sosyal ilişkilerimize bağlı olabilmektedir. Dolayısıyla Kapa çenenini ! Sessiz ol ! Lütfen sessiz olur musunuz? Ve Lütfen sesinizi biraz alçaltır mısınız ? gibi ifadelerden herhangi biriyle sessiz olunmasını isteyebiliriz.” (Palmer 2020:64).

Bu kelimelerin anlamına dair bilim dalı kelimelerin bağlamını anlamını da incelemektedir. Bir hekimin bahsettiği bazı konuların hastadaki bağlamı net olmayabilir. Neticede arada son derece büyük bir oranda bir bilgi farkı vardır. Hekimin anlattığı her konu hasta tarafından bu şekilde anlaşılamayabilir veya daha kötüsü yanlış anlaşılabilir. “Genci hayvanat bahçesinden geri alacak mıyız ?... [bunu] anlamak için bizim... genç hakkında geniş bir bilgiye sahip olmamız gerekir.”(Palmer 2020:77). Bu durumda bir hekimin MR çektiği yarın MR sonucuna göre tekrar bir konuşalım dediği zaman hasta MR konusunda MR çekiminin süreci konusunda geniş bir bilgiye sahip değildir. Bu süreçte MR için yedi ay sonraya gün alabileceğini öğrenen hasta ertesi gün için hekimle olan sözleşmesine sadık kalamayacağını anlamak oldukça sarsıcı olacaktır. Hekimler kendi yakınları için MR çekirmek istediklerinde öncelik sahibi oldukları için bu sürece tam olarak hâkim olamayabilirler. Hasta özelde MR çekirmek için randevu almak istese bile bir gün sonrası için randevu/sonuç verecek görüntüleme merkezi bulamayabilir. Hasta yeniden hekime dönüp süreci özetlemek için bir kez daha randevu

alamaz mecburen onlarca kişinin beklediği sırada hekime sadece bir soru soracağım diye izin istemek zorundadır ve bu durum ise yeni bir kavga ve tartışma ortamı doğurmaktadır. Bunun yanı sıra Hasta pek çok kişi tarafından klostrofobik sayılabilecek MR cihazına ulaşsa bile bu cihazda hareketsiz olarak minimum 15-20 dakika hareketsiz kalması gerektiğini MR teknisyeninden öğrenir. Hekim tüm bunların hasta tarafından bilindiğini varsayar veya bu süreci yoğunluktan atlar. Hasta tüm bunların gerginliğinin sebebini temel bir mantıkla hekimden kaynaklandığını düşünebilir ve hekime karşı bir öfke biriktirebilir. Bu duruma ilişkin bir örnek Resim 02 de verilmiştir. Bu örnekte İbn-i Sina Hastanesinde 2 Kasım 2022 de çekilen bir fotoğrafta MR’ a göre daha az teknoloji içeren Ultrason işleminin randevularının 2024 yılına kadar dolduğu görülmektedir.

Acil ile ilgili İstanbul Tabip Odası tarafından yapılan çalışmanın çalıştaydaki sunumundan bir bölümde: “Burada ben sadece hekimleri değil de, sağlık çalışanları ve hemşireleri de çalışma kapsamına aldım. 24 doktor, 16 hemşire, 7 hizmetliyle anket yaptık, yüz yüze. Sonuç: Sözlü saldırılar %100. yani çok, aşırı miktarda sözlü saldırı var acilde. “Violent voice” lafı çok hoşuma gitti; yani ses sahiden şiddet içerebiliyor ama mimik de yani aşağıda, köşede gördüğünüz gibi mimik de bazen yeterli olabiliyor. İlla sesli olması gerekmiyor. .” (TTB 2009:13) Aren’in yapmış olduğu bu çalışmada göz önüne aldığı sağlıkta şiddetle ilgili sözlü yani dilsel şiddet Acil polikliniğinde %100 çıkıyor bu çok ciddi bir oran. Burada sözlü şiddet için kullandığı bir tabir var Aren’in kullandığı Violent Voice diye değerlendirdiği bu psikolojide yükseltici cümle olarak ele alınan diyalogdaki öfke seviyesini yükseltecek cümleler olarak görülebilir. Bunun yanı sıra göz devirmek küçümseyici bakış gibi mimik ve jestlerin de sağlıkta şiddet içerisinde görülmesini savunuyor. Özellikle ters baktığı için tartışan bir kültüre sahip bireylerin olduğu toplumlarda bu şiddet unsuru olarak görülebilir. Burada kullanılan dil ve şiddete neden olan dil sözlü bir dilden çok beden dili ve kaş göz ile belirginleşen mimikler yani farklı bir dil olmuştur.

Mesleki jargonun ve tıp dili olan Latince ve Yunanca kelimelerin hastaya yönelik kullanılması dil ile şiddet arasında bir korelasyon olduğu gösteren bir başka noktadır. İnsanların aynı dili konuşmadığı bir noktada iletişim söz konusu değildir. Nitekim Psikolog G. Richard Tucker, Wallece Lambert ve Kinzler’in yapmış olduğu deneylerde bu tezleri destekler niteliktedir. Bu deneylerde önyargıları en kolay harekete

geçiren ögenin konuşma olduğu ortaya koyulmuş ve insanların alışılmadık bir aksanla konuşan kişilere kuşkuyla yaklaştığını vurgulamışlardır. (Pinker 2019:577) İnsanlar konuşamadıkları kişilere dilini anlamadığı için Barbar, Acem demişlerdir. Bu mesleki jargon ve dil ile ilgili Solakoğlu'nun çalışmasında hekimle iletişim kurmak zorunda değilim anlarsa anlar anlamazsa gider şeklinde yaklaşan öğrencilere Latince Yunanca veya mesleki jargon ile ilgili olarak katıldığı çalıştayda Solakoğlu şu şekilde bir örnekle karşılaştığını belirtmiştir. "...birinci sınıf olduğu için terminolojiyi iyi bilmiyor ve ben ona son derece karmaşık bir dille ameliyat edilmesi gerektiğini anlatıyorum. Dehşete kapılıyor. Peki "Ben hekimim, sana bunu dedim, sen ne yaparsın?" diye soruyorum. "Sizi döverim" diyor. Yani kendi tavırlarıyla yüzleştikleri zaman da farklı davranışta bulunabiliyorlar." (TTB: 2009:26) Burada çok net görülmektedir ki dilsel uyumsuzluk şiddeti çağırmaktadır. Bu anlamda tıp jargonu yoğun bir Yunanca ve Latince terim içermektedir. Hekimler zaman zaman hastayla farkında olmadan Latince veya Yunanca kelimelerle iletişim kurabilmektedir. Bu hekim jargonunun istemsizce hastaya yansımalarının göstergesidir. Larenks, Farenks, Fibula gibi kelimelerin Türkçede karşılığı vardır. Hatta hastalar bu organların hastalığını Larenjit, Farenjit diye biliyor olabilirler ama bazı hastalık veya kasların dilimizde bir karşılığı yoktur. Bu ifadeler kullanıldığı zaman hasta bu ifadeye takılabilir ve konuşmanın sonraki kısmını kaçırabilmektedir. Sonrasında bu ifadeyi hekime sormak için belleğinde tutarken diyalogun geri kalanında geçenleri ne kadar zihnine aktarabilecektir. Bu önemli bir sorundur. Bu karşılıklı anlaşılabilirlik şiddete yol açabilmektedir. Hastaların yaptığı en büyük iletişim hatası kesinlikle doktoru dinlememeleridir. Haziran 2024'te MHRS⁸ sistemi hekimlere 10 dakika da bir randevu vermektedir. Tetkiklerin işlenmesi bekleme süresi bir önceki günün hasta sonuçları derken bu hasta ve hekimin sağlıklı diyalogu 3 – 3,5 dakika civarına düşmektedir. Bu durumda hasta hekimi dinlememekte hekime soracağı soruları kafasında tekrar etmekte hekim konuşurken hekime soracağı konuları kafasından geçirmektedir. Bu çok ciddi bir iletişim kazasıdır. Dilsel iletişime yansımaları ise geri dönülmez bir biçimde bozuk bir dilsel iletişim ve karşılıklı anlamsız kısa monologlar biçiminde gözlemlenmiştir.

⁸ Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına muayene randevu hizmeti sunan sistem. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS 2021)

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMA DESENİ: KARMA YÖNTEMLER

Bu çalışma nitel ve nicel araştırma metotlarının bir arada kullanılmasıyla karakterize edilen karma yöntemler üzerine yapılmıştır “(Creswell, 2003). Creswell ve Clark’a (2011) göre karma yöntemler araştırması araştırma problemini anlamak için hem nitel hem de nicel verilerin tek başına veya birden fazla çalışma dizisi içerisinde toplanması, analiz edilmesi ve birbiriyle bağdaştırılması için geliştirilmiş olan araştırma yöntemidir.” (Akt Çelik 2015). Bu durumda karma yöntemler araştırmasından elde edilen veriler tek başına yapılmış olan nitel veya nicel bir çalışmanın sonuçlarına göre daha zengin daha kapsamlı ve daha güvenilir bilgiler sunacaktır. Bu çalışmada karma yöntemler araştırması desenlerinden gömülü bütünleşik desen kullanılmıştır. Gömülü/bütünleşik desenin temel alındığı bu çalışmada nitel verilerden elde edilecek olan bulgular önemi ve öncelik değeri birincil değer, nicel verilerden elde edilecek olan verilerin önemi ve öncelik değeri ise ikincil (destekleyici) olarak belirlenmiştir.

2.1.1. Karma Yöntemler Araştırma Modelinin Seçilmesinin Mantıksal Gerekçeleri

Sağlıkta şiddet ve dil üzerine yapılan bu çalışmada hekimlerin sağlıkta şiddete yol açan dilsel faktörleri açıklayan ifadelerin, anket sonuçlarının incelendiği araştırmada mevzu bahis değerleri en verimli şekilde ölçülebilecek yöntem olduğu düşünülmüştür. Nitel çalışmanın ve söylemlerin gömülü olarak nicel çalışma ile desteklenerek bütünleşik bir yapı elde edilmeye çalışılmıştır. Nitel çalışmanın pilot uygulamalarının yapıldığı Ahi Mesut 2 no.’lu Aile Sağlığı Merkezi anket sorularının oluşmasında ve nicel verilerin oluşmasına yardımcı olmuştur. Nicel anket soruları tez danışmanı ve pilot çalışmanın sonucu olarak belirlenmiştir. Bu şekilde araştırma probleminin daha iyi anlaşılacağı, örneklem grubunun nereden seçileceği ve örneklem grubuna ulaşımındaki güçlüğü nasıl ortadan kaldırılacağı amaçlanmıştır. Ayrıca nicel ve nitel verilerin bir

araya getirilerek probleme ilişkin net bir resmin nasıl ortaya çıkacağı hedeflenmiştir. Bununla birlikte nitel verilerin tek başına araştırma problemine daha sübjektif veriler getirerek araştırmanın tarafsızlığının ortadan kaldırma riskine karşı nicel verilerle objektif sonuçlara ihtiyaç duyulması amaçlanmıştır. Tüm bu nedenlerle karma araştırma yöntemi kullanılmıştır.

2.2. NİTEL AŞAMA

Bu çalışmada Türkiye örnekleme için hekime fiziki ve sözlü şiddete yol açan unsurların toplumdilbilimsel olarak ele alındığında hekimlerin hasta ve hasta yakınlarıyla kurmuş oldukları iletişim, bu iletişimdeki problemlerin hekim tarafından incelenmesi hedeflenmiştir. Yine toplumdilbilimsel açıdan sağlıkta şiddet konusu genişletilmeye ve zenginleştirilmeye de çalışılmıştır.

2.3. ÖRNEKLEM

Çalışmanın nitel aşamasında birçok durumda olgu ve olayların açıklanmasına yararlı olduğu bildirilen amaçlı örnekleme (Patton 2002 Akt. Çelik 2013), yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örneklemede amaç çalışılan olgudaki varyasyonun yeterince anlaşıldığından emin olunması ve o olguya ilişkin gelişen fikirlerin, bu fikirlerin geçerliliğinde merkez olan fenomenlerin seçimiyle test edilmesidir (Maxwell 2005 Akt. Çelik 2013). Bu bağlamda sağlıkta şiddete ilişkin hekimlerden şiddet yaşamış veya şiddete şahit olmuş örneklem grubuna ulaşabilmek için Aile Sağlığı Merkezleri, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Acil, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kardiyoloji, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Dahiliye, Konya Şehir Hastanesi, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Trabzon Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Acil'inde görev yapan 23 kişiye ulaşılmış ve bu kişilere hekimler için yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Bu kişilere ölçekler uygulanmadan önce araştırmanın temel amaçlarının neler olduğu açıklanmıştır. Ardından gönüllü olan katılımcılara hasta – hekim ilişkilerinde çatışmaya varan söylemlerin toplumdilbilimsel açıdan incelenmesi hakkında derinlemesine görüşmeler yapılması planlandığı bilgisi verilmiştir.

Bu çalışmada hekimlerin bağlı olduğu kurumlar dışında Adana Yüreğir Devlet Hastanesi, Antalya Gazipaşa Devlet Hastanesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Acil, Ankara Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Acil, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil, Konya Şehir Hastanesi Acil gibi kurumlardaki tecrübelerimden bahsedilmiştir. Çalışmada görüşme yapılan bireylerin sayısı, ortaya çıkan temel kavramlar ve süreçlerin belirli bir doygunluğa ulaşması nedeniyle sonlandırılmıştır.

Gönüllü olarak görüşmeyi kabul eden yaşları 27-60 arasında değişen toplam 23 hekim ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine görüşmelerden önce gönüllülerle ortalama 10 dakika süren ön görüşmeler yapılmış ve bu ön görüşmelerde araştırmanın temel amacı, araştırmanın gizliliği ve görüşmenin genel içeriği hakkında bilgiler verilmiş ve gönüllülerin hekime şiddet ile ilgili fikirleri hakkında ön bilgi alınmıştır. Aşağıda sunulan tablo 1’de nitel aşama için ulaşılan örneklem grubuna ilişkin demografik bilgilere yer verilmiş olup etik amaçlara hizmet etme amacıyla görüşmecilerin isimleri değiştirilip kısaltılarak harf kodlarıyla adlandırılmışlardır.

Tablo 1. Nitel Katılımcı

İsim	Yaş	Cinsiyet	Medeni Hal	Memleketi / Doğum Yeri	Çalıştığı Şehir	Branş	Görev Süresi	İstek
HB	55	Kadın	Bekar	Hatay	Ankara	AHEK	30	Evet
SM	39	Kadın	Evli	Rize	Ankara	AHEK	16	Hayır
FB	34	Kadın	Evli	Adana	Ankara	AHEK	11	Evet
GS	42	Kadın	Evli	Tokat	Ankara	AHEK	19	Evet
MBK	45	Kadın	Evli	Kars	Ankara	Acil	20	Hayır
EE	30	Erkek	Evli	Ankara	Ankara	Genel Cerrahi	7	Evet
İT	27	Kadın	Bekar	Ankara	Ankara	Acil	1,5	Evet
EK	31	Erkek	Evli	İzmir	Ankara	Acil	7	Evet
SD	60	Kadın	Bekar	Erzurum	Ankara	KVC	35	Hayır
HMK	29	Erkek	Bekar	Ankara	Konya	Dahiliye	6	Evet
IHI	29	Kadın	Bekar	Hatay	Ankara	Dahiliye	4,5	Evet
BCA	31	Erkek	Evli	Ankara	Ankara	Nöroşiruji	7	Evet
CT	40	Erkek	Bekar	Kırşehir	Ankara	Acil	15	Evet
İA	34	Erkek	Evli	Yalova	Ankara	Adli Tıp Uzmanı	7	Evet
ÜY	34	Erkek	Evli	Ankara	Ankara	Acil	8	Evet
ŞY	29	Kadın	Evli	Sivas	Ankara	Dahiliye	5	Evet
FT	37	Kadın	Bekar	Giresun	Trabzon	AHEK	15	Evet
SSK	41	Kadın	Evli	Tebriz	Ankara	Dahiliye	18	Evet
MZ	46	Erkek	Evli	Tebriz	Ankara	Kardiyoloji	23	Evet
BAA	27	Erkek	Bekar	Kıbrıs	Ankara	Genel Cerrahi	3	Evet
AYK	28	Erkek	Evli	Kayseri	Ankara	Genel Cerrahi	3	Evet
AS	31	Erkek	Evli	Gaziantep	Ankara	Genel Cerrahi	6	Evet
OÖ	31	Erkek	Bekar	Ankara	Ankara	Genel Cerrahi	5	Evet

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada verilerin toplanmasında nitel veri toplama tekniklerinden yararlanılmıştır. Kullanılan veri toplama aracı ve görüşme kayıtları aşağıdaki gibidir.

2.4.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmada sağlık sektöründe şiddete yol açan şiddet unsurlarıyla ilgili hekimlerin deneyimleri ve görüşleri hakkında veri toplamak amacıyla gönüllülere sorular yöneltilmiştir. Bu görüşmede sağlık sektöründeki şiddetin önlenmesi için hekimlerin görüşlerini ve deneyimlerini tespit etmek, bu süreçte karşılaştıkları zorluklar ve bu zorluklarla baş etme yollarını ve sağlıkta şiddetin hekimler üzerindeki yansımaları hakkında araştırmacı tarafından açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşme soruları hazırlanırken hasta hekim ilişkilerinde çatışmaya varan söylemlerin toplumdilbilimsel açıdan incelenmesi amaçlanarak her bireyin kendi tecrübeleri doğrultusunda inşa ettiği anlamı ortaya çıkartmaya yönelik özen gösterilmiştir. Görüşme soru listesi pilot çalışmalar sonucunda tez danışmanının görüşleri yanı sıra etik kurulun görüşlerinden faydalanarak hazırlanmıştır. Hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu Ankara Pursaklar Devlet Hastanesi'nde pilot çalışmayla test edilmiş. Tekrar tez danışmanına sunularak onaylanmıştır. Adı geçen yarı yapılandırılmış görüşme formu (bkz.Ekler) aşağıda yer alan sekiz ana başlık esas alınacak şekilde hazırlanmıştır.

- 1) Katılımcıların bakış açısından sağlıkta şiddetin nedenleri
- 2) Oluşan sağlıkta şiddet vakalarının engelleyecek faktörler
- 3) Sağlıkta şiddete yol açan unsurların temel kaynakları
- 4) Hekime karşı uygulanan şiddeti önlemek için yapılması gereken bireysel eylemler

5) Hekime karşı uygulanan şiddeti düşünülünce kavramsal olarak akla gelen cümlelerin tespiti

6) Hekime karşı uygulanan şiddeti düşünülünce kurulan diyaloglar

7) Hekime karşı uygulanan şiddeti düşünülünce kullanılan iletişim modeli ve dil

8) Hekime karşı uygulanan şiddeti düşünülünce iletişimde yapılabileceklerin tespiti

Bu kapsamda Ocak 2022-Ağustos 2024 tarihleri arasında en az 20 dakika en çok 58 dakika süren bireysel yüz yüze gelişmeler neticesinde araştırmanın verileri toplanmıştır. Yüz yüze görüşmeler esnasında açık uçlu sorular katılımcıya yöneltilirken bu olgu nerede oldu? Bunu ne zaman yaşadınız? Gibi sorularla yer ve zaman tespitinde şüpheye yer bırakılmamış gerektiğinde sizin yaşadığınız bir olaya örnek vermek gerekirse gibi sondaj sorularla yarı yapılandırılmış görüşme formu desteklenmiştir.

Bu çalışmada derinlemesine görüşmeler gönüllülerin izin ve bilgileri doğrultusunda ses kayıt cihazıyla kayıt altına alınmıştır. Ses kayıtları tekrar dinlemeye ve doğrudan alıntı yapmaya uygun olduğu için çoğunlukla tercih edilmeye çalışılmıştır. Ancak gönüllülerin tamamına yakının devlet memuru olması nedeniyle bazı gönüllüler ses kaydı alınmasından ziyade fikirlerin sadece yazıya geçirilmesine izin vermişlerdir. Gönüllülere fikrin önemli olduğu açıklaması yapılmış ve gerçekleştirilecek görüşmenin gizliliği ve isimlerin gizli kalması hususunda katılımcılara garanti verilmiştir.

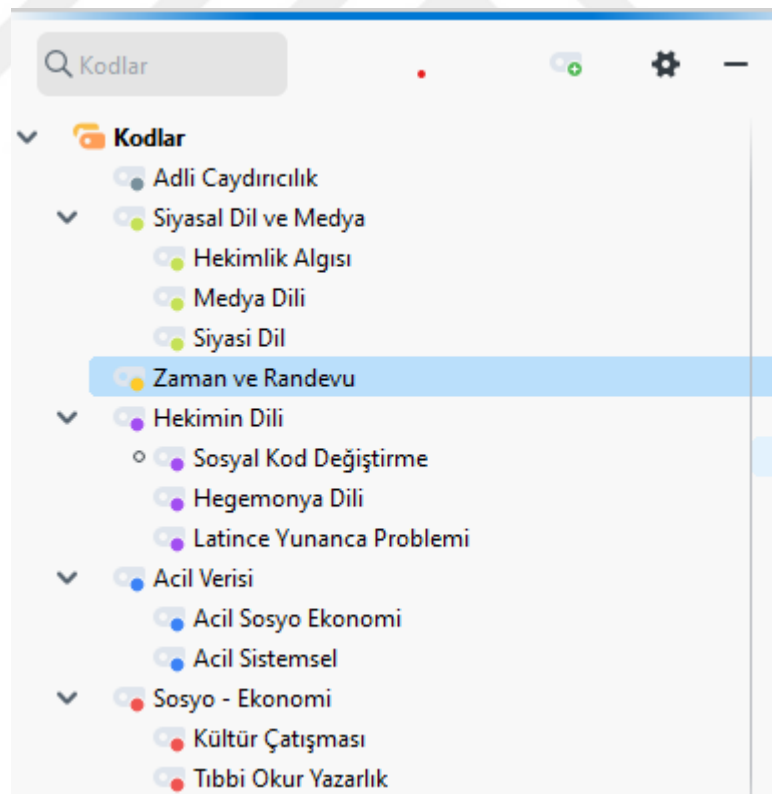
2.4.2. Veri Analizi

Toplanan veriler eş zamanlı olarak analiz edilmiş her veri bir sonraki görüşmenin yol göstericisi olarak kaynak olarak kullanılmıştır. Yapılan derinlemesine görüşmenin ardından elde edilen ses kaydı araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine deşifre edilerek matbu metin haline dönüştürülmüştür. Araştırmacı ses kaydını deşifre ederken aynı zamanda yazılı notlar oluşturmuştur. Elde edilen veriler satır satır kavramsal olarak kodlanmıştır. Kodlanan her bir veri eş zamanlı olarak

kodlar arasındaki bağlantıların kurulması kolaylaşmıştır. Bunun yanı sıra, MaxQDA 24, araştırmacının kodlar ile alt kodlar arasındaki ilişkileri ve çekirdek kodun oluşumunu kontrol etme yeteneğini güçlendirmiştir.

Çözümlenen tüm hekim görüşmeleri MAXQDA 24 programına yüklenmiş belirlenen ana kategoriler ve alt kategoriler MAXQDA 24 programının aracılığıyla kodlar verilmesi ile karşılaştırılmıştır. Araştırmacının MAXQDA 24 öncesi belirlediği ve görüşmelerde sık geçtiğini düşündüğü bazı kategoriler MAXQDA 24 programında ön planda görülmemiş veya başka bir olgunun alt kümesi olarak belirlenmiştir

Çözümlenen veriler hekimlerin vurguladıkları konulara göre renklere ayrılmış sonra bu renkler MAXQDA 24 programına kodlar olarak eklenmiş program katkısı ve Adli Caydırıcılık, Siyasi Dil ve Medya, Acil Olgusu, Hekimin Dil Kullanımı, Zaman ve Randevu (Sistemsel Olgular) ve Sosyo-Ekonomik şartlar olarak kodlar belirlenmiştir.



Katılımcıların isimleri değiştirilerek harf kodları ile gizlenmiştir.

Tüm bu işlemler yapılırken temaların oluşması esnasında bağımsız bir değerlendirme için tez danışmanı Robabeh Taghizadehzonuz doğru temaların çıkarıldığını teyit etmiştir.

2.5. ARAŞTIRMACININ ROLÜ

Nitel araştırmanın temel enstrümanı araştırmacının kendisi ve araştırmaya katılan bireylerdir (Patton 2002 Akt. Çelik 2013). Bu tip araştırmalarda araştırmacının nesnel ve yansız tutumu araştırmanın geçerliliğine katkı sağlar. Araştırmacı yirmi yılı aşkın süredir sağlık sektöründe olması sebebiyle hekime karşı şiddette kendi deneyimleri ve gözlemleri mevcuttur. Buna rağmen araştırmacı kendi duygu ve düşüncülerini titizlikle geride tutmayı ve objektif olmayı ön plana almıştır. Ancak araştırmacının öznel deneyimi gönüllülerin kullandığı jargona Latince ve Yunanca terimlere aşina olması araştırmanın veri analizi ve veri yorumlama kısmında yardımcı bir araç olarak değerlendirilmiştir. Öte yandan tez danışmanının dilbilim konusunda çalışmalar yapmış olması araştırmanın nesnelliğine katkı sağlamıştır. Araştırmacının nicel ve nitel araştırmalar üzerine yüksek lisans dersleri alması ve toplumdilbilim dersini almış olması analizlerin mümkün olduğu kadar doğru yapılmasına katkı sağlamıştır.

2.6. METODOLOJİK KESİNLİK, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK

“Tüm nitel araştırma yöntemlerinde metodolojik bütünlük ve kesinlik katılımcıların görüşlerinden elde edilen verilerin analizi önemli bir süreçtir. Ayrıca Lincoln ve Guba’ya (1978) göre nitel araştırmalarda güvenilirlik, tatmin edici düzeyde elde edilen “inandırıcılık (credibility)”, “aktarılabilirlik (transferability)” “tutarlılık (dependability)” ve “teyit edilebilirlik (confirmability)” yoluyla elde edilir ve bu 4 özellik birlikte araştırmanın “uygulanabilirliğini, tutarlılığını ve tarafsızlığını” da sağlar.” (Çelik 2013: 124.)

2.7. İNANDIRICILIK

İnandırıcılık nitel verilerde oldukça önemli bir olgudur. Bunu sağlamanın en önemli yolu çeşitlemedir. Çeşitleme ile amaç belli bir grubun peşin hükümlü görüşlerini

filtrelemektir. Bu bağlamda bu çalışmada 23 hekim ile derinlemesine görüşme yapılmış her bir görüşme kaydı bizzat araştırmacı tarafından titizlikle deşifre edilmiştir. Veriler analiz edilirken kavramlar oluşturulmuş, bu kavramlar kategoriler ve alt kategorilere bölünmüş ve birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada veriler oluştururken, deşifre edilirken verilerin yorumlanması sürecinde tez danışmanı ile fikir alışverişinde bulunulmuştur. Bu fikir alışverişiyle konunun ön yargılardan uzak bir halde desenin ve dizaynının dışına çıkmadan incelenmesi amaçlanmıştır.

2.8. AKTARILABİLİRLİK

“Nitel araştırmada aktarılabilirlik araştırma sonuçlarının farklı katılımcılar ve konteks üzerinde de uygulanabilirliği anlamına gelmektedir (Lincon ve Guba, 1985; Marshall ve Rossman, 1995 Akt. Çelik 2013). Bu araştırmada, aktarılabilirliği sağlamak üzere, bulguların sunumunda katılımcıların duygu düşünce ve duygularını yansıtan doğrudan alıntılara yer verilerek, verinin ayrıntılı betimlenmesi yoluna gidilmiştir. (Lincoln ve Guba, 1985; Merriam, 1995 Akt. Çelik 2013). Bunun yanı sıra bu çalışmada amaçsal örneklemeden yararlanılmış olup örneklem grubunun nasıl seçildiğine ve katılımcıların özelliklerine ilişkin detaylı bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmanın amaçları doğrultusunda hangi bulgulara ulaşıldığı ayrıntılı olarak bulgular bölümünde sunulmuştur. Bu sayede benzer bir örneklem grubu üzerinde çalışıldığında, benzer sonuçlara ulaşp ulaşmadığının denetim yolu da açık hale gelmiştir. (Merriam, 1998; Marshall ve Rosman, 1995 Akt. Çelik 2013).”

2.9. TUTARLILIK

Bu çalışmada tutarlılığın elde edilebilmesi için etik kurulun 26 Eylül 2022 tarihinde yapmış olduğu toplantının E-64577500-050.99-27170 numaralı toplantısında hasta hekim söylemlerinde çatışmaya varan söylemlerinde toplumdilbilimsel açıdan incelenmesi başlıklı çalışmayla ilgili karardaki katılımcı bilgilendirme onay formu, anket ve hekim görüşme soruları ışığında çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada problemin bütün boyutlarıyla ele alınıp alınmadığı araştırmanın arka planındaki teoriksel

çerçevenin yeterince açıklanmadığı, kapsamlı bir veri elde edilip edilmediği tez danışmanı ile gözden geçirilmiştir.

2.10. NİCEL AŞAMA

Araştırmanın nicel aşaması hasta hekim ilişkilerinde çatışmaya varan söylemlerin toplumdilbilimsel açıdan incelenmesi amacına hizmet etmek için beşli likert yapı üzerinden oluşturulan anket sorularıyla oluşturulmuştur. Sorulara beş adet cevap şıkkı koyularak basit ve anlaşılır bir şekilde soruların sorularak sağlıkta şiddette ilişkin süreçler konusunda bilimsel veriler elde etmek amacıyla tasarlanmıştır. Yaş cinsiyet ve branş gibi basit demografik sorular ile başlayan çalışma hekimlerin şiddet yaşama sıklığı, vakaların oluşma şekli, vakalardaki diyalogun ne olduğu, iletişim yöntemlerinin vakaya etkisi, kullanılan dil, kodun, söylemlerin vakaya etkisi, sosyo-ekonomik şartlar, ortam ve iletişimle ilgili sorular sorularak bir araştırma tasarlanmıştır.

Bu araştırmada korelasyon, değişkenler arasındaki ilişkiler gibi iki yöntemden faydalanılmıştır. Bu soruların sonuçlarına göre ortaya konulan verilerle nitel aşamadaki elde edilen bulgular sağlam ve gerçekçi bir eksene oturtulmaya çalışılmıştır.

2.10.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye’de Ankara Aile Sağlığı Merkezleri, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Acil, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kardiyoloji, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Dahiliye, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Pediatri, Konya Şehir Hastanesi, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi, Trabzon Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Acil, Antalya Başkent Üniversitesi Alanya Hastanesi, İzmir Başkent Üniversitesi Hastanesi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Acil gibi bölümlerde görev yapan hekimlerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini 51’i Kadın 45’i Erkek toplam 96 hekim oluşturmaktadır. Bu hekimlerin iki tanesi 18-25, 40 tanesi 25-35, 42 tanesi 35-50 yaş aralığında 12 tanesi ise 50 yaşın üzerindedir. Çalışmada tespit edilen yaş ortalaması 38,42 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların 12’si aile hekimi, 9’u dahiliye, 6’sı kardiyolog, 6’sı acil tıp uzmanı, 6’sı pediatrist, 5’i

acilde görev yapan genel pratisyen, 2'si göğüs hastalıkları uzmanı, 1'i dermatolog, 49'u ise cerrahi, KBB, nöroloji, ortopedi olmak üzere diğer branşlardandır.

2.10.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Google Forms'dan faydalanılmıştır. Bu uygulamada hekimlere yönelik yaş, cinsiyet ve branş gibi korelasyon çalışması için gerekli unsurlar barındıran 3 soru dışında nitel çalışmayı desteklemek amacıyla 23 adet ek soru sorulmuştur.

2.10.3. Verilerin Toplanması

Araştırmaya dair anket çalışması 4 Temmuz 2024 ile 12 Ağustos 2024 tarihleri arasında belirlenen örneklem grubuna uygulanmıştır. Anket çalışması Google Forms aracılığı ile ilgili hekimlere whatsapp üzerinden direkt gönderilmiş olup hekim olmayan hiçbir kişiye ulaşmaması titizlikle sağlanmıştır.

2.10.4. Verilerin Çözümleme Yöntemleri

Veriler Google Forms aracılığıyla e-tablolara aktarılmıştır. Buradan Excel programına aktarılan veriler cevaplara göre renklendirilmiştir. İstatistiki çalışmalara tabii tutulmuştur. Sonuçlar diyagrama sunulmuş daire dilimler grafiği haline getirilmiştir. Verilerde yaş gibi sayısal veriler aritmetik ortalamaya tabii tutulmuştur.

Gözlenen frekanslar tablolardan alınır:

Örnek Frekans Listesi

- Tamamen Katılıyorum: 32
- Çok Katılıyorum: 16
- Orta Derecede Katılıyorum: 28

- Az Derecede Katılıyorum: 14
- Hiç Katılmıyorum: 5

Ki-kare (chi-square) testinde genellikle beklenen frekansların eşit dağılım varsayımı yapılır. Bu durumda, toplam yanıt sayısı 95 olduğundan ve her kategori eşit olasılıkla varsayılırsa:

Beklenen Frekans bu durumda toplam yanıtın kategori sayısına bölümünden elde edilir. Örnekte $95 / 5$ işleminde ki kare sonucu 19 olarak tespit edilir.

$\chi^2 = \sum E_i (O_i - E_i)^2$ formülünden ki kare test sonucu elde edilmiştir.

Bu formülde:

- O_i : Gözlenen değer (observed frequency)
- E_i : Beklenen değer (expected frequency)
- $\sum$: Tüm kategoriler için toplam anlamına gelmektedir. (Dişçi 2012:127)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. NİTEL BULGULAR

Araştırmada araştırmanın nitel sonuçlarına yönelik 7 önemli temaya ulaşılmıştır. Bu bölümde 1)Randevu ve Şartlar 2) Acil Olgusu 3) Sosyo Ekonomik Şartlar 4) Adli Caydırıcılık ve Cezalar 5) Siyasal Dil ve Medya Dili 6) Hekimin Dili'ne ilişkin sonuçlar 7) Hastaların Uygun Olmayan Talepler derlenmiştir. Bu 7 tema araştırmanın hedefi doğrultusunda oluşturulmuştur. Elde edilen verilerin aktarılmasında, derinlemesine görüşmelerden elde edilen ifadeler mümkün olduğunca doğrudan alıntılanmaya çalışılmıştır. Bu şekilde katılımcıların deneyimlerinin, duygularının ve algılarının temeline ulaşmak mümkün olduğunca sağlanmaya çalışılmıştır

3.1.1. Tema 1 Randevu ve Şartlar

Tez çalışmasının amaçlarından biri şiddetin ortaya çıkmasında dilin rolüdür. Ancak hasta hekim ilişkisinde dilin sertleşmesine ve fiziki çatışmaya kadar varan bazı unsurların katkısı reddedilemez. Hastanelerdeki randevu sisteminden dolayı veya fiziki yetersizliklerden etkilenen (örneğin fazla sıra bekleme, ayakta sıra bekleme) dilini sert ve kaba bir biçimde kullanabilmektedir. Bu temaya ilişkin hekimlerin ifade örnekleri aşağıdaki gibidir.

Ama mesela kompleks hastaneler hastaları çok gerebiliyor. Hastaların çoğu sevk vereceğim zaman şehir hastanelerine gitmek istemiyor. Orayı sevmiyorlar. Herkesin kendi semtinde butik hastaneler olsa bu kadar şiddet olmaz diye düşünüyorum. Sağlık ocaklarında bu kadar şiddet yok zaten. Şehir hastaneleri için şöyle söylemler çok sık oluyor: Biz oraya gidemiyoruz, hastanede kayboluyoruz. Kimseyi bulamıyoruz. Hastanın bir tanesi ölecekti gerçekten. KOAH hastası, saturasyon⁹ 60'larda. Çok zor

⁹ Satürasyon : Kandaki oksijen doygunluğunu

nefes alıyor ve bana şöyle diyor nefes nefese: “Hocam beni kesinlikle oraya gönderme.” (FB)

Vesaite binip gidecek. Sıcak veya soğuk hava fark ediyor. Zaten kronik hastalar, ağrıları sızıları oluyor. Doktora ulaşana kadarki prosedürler var: triyajdır¹⁰. EKG’dir bunların peşinde koşuyorlar. EKG’yi çekecek personeli yerinde bulamıyor. 10-15 dakika orda bekliyor. Sonra tekrar sıraya girmek zorunda kalıyor. Muayene sırasında da bir-bir buçuk saat bekliyor. O arada birileri içeri girip çıkıyor. Hasta geriliyor yani. Bir de şeye geriliyor, güven duygusu yok yani Türkiye’de her yerde var bu. (FB)

Sağlıkta dönüşümün son basamağı olarak görülen şehir hastanelerinin durum ve şartları araştırmaya katılan pek çok hekimin vurguladığı bir durum. Son derece nitelikli danışman desklerinin olduğu yön gösteren birey ve tabelaların olduğu sistemin nispeten düzenli işlediği bu kompleksler halka karışık geliyor. Küçük semt polikliniklerinde hasta tedavisini ve hizmetini daha kolay sağlıyor düşüncesi hekimlerde hakim olarak gözlemlenmiştir.

Konversif¹¹ hastalarda, sağlık kuruluna gelen hastalarda ve acil polikliniğe gelen hastalarda en çok sorun yaşadım. Annesi babası tansiyon hastası, 20 tansiyonla acile getirmişler. Triage olmayan bir yerde bir saat bekliyorlar. Çünkü arada MI¹² ve trafik kazası vb. durumlarda var. Triage olsa bile bazen bekliyor hasta bundan dolayı. Troponin¹³ bakmak için kan alınırken bayılan hasta bile var. Bunların hepsi sürece etkiliyor (FB)

Hasta muayene süreleri son derece kısıtlı. Yardımcı personel evet yardımcı oluyor ama iş hekimde bitiyor. Hastanın eğitim vb. şekilde düzeleceğini sanmıyorum. Genele yapılan kamu spotu vb. şeylerle bu iş düzelmez. Belki kısmen önler ama bu işin sorunu sistemsel. Çözümün de sistemsel olması gerekir. Çok daha az hasta bakarsam eğer hiçbir şiddet olayı yaşanacağını düşünmüyorum. Hastanenin düzensiz olması,

¹⁰ Triage : Tıbbi müdahale önceliğinin belirlenmesi (Mariam Webster)

¹¹ Çeşitli ruhsal sıkıntılar (üzüntü korku utanç öfke) bedensel sorunlara (konuşamama, bayılma, felç, güçsüzlük duyu kaybı vb) dönüşmesi (BDPD 2024)

¹² MI: Miyokard Enfarktüs / Kalp Krizi

¹³ Troponin : Kalp krizi emaresi gösteren kandaki bir protein

aradan sonuç almak zorunda kalmamız, yardımcı personel ve güvenliğin yetersiz olması daha doğrusu hiç olmaması temel problemlerimiz. Sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin hiçbirisi hekim kaynaklı değil bence. (ŞY)

Sağlıkta triyajın by-passı bir insan sadece bir demir eksikliği için direkt hematolojiye gidememeli. Hekime olan şiddet hekim günde 25 hasta bakarsa hekimin tolere etmesi nedeniyle ortadan kalkar. Ben günde 400 hasta baktığımı biliyorum. Bu ne demek biliyor musunuz? 3- 3,5dakikada bir hasta bakıyorum demek. Bu noktada ben hastayı tolere edemiyorum. Çok fazla beyaz kod vermek zorunda kalıyoruz. Ben kız kardeşimin ishali var niye serum bağlamıyorsunuz diye şiddete uğradım. İsmimi soy ismimi Google a yazarsanız dava ortaya çıkar. Çok fazla küfür yedim ve hepsinde davacı oldum ve hepsinde kovuşturmayaya gereği yoktur kararı çıktı.(ÜY)

Randevu sisteminin sorunlu olması ve benim kontrolümün dışında olması en temel problem (OÖ)

Randevu sürelerinin çok kısıtlı olması hastanın beklemesini artırıyor. Özellikle son dönemde randevu sisteminde oluşan gecikmeler ve bunu bir şikayet unsuru olarak görmek istemeyen sağlık yönetimi randevu aralığını 10 dakikaya düşürmüştür. Bu durumda hekim ile diyalogunuz çok kısa sürmektedir. Sonuç getirdiğiniz zaman sistem size tekrar randevu vermemekte sonuç randevunuzu şehir hastanelerinde deskten eğitim araştırma hastanelerinde ise bölüm sekreterinden alıyorsunuz bu sefer başka bir hastanın zamanına girilmiş olunmakta ve o hastanın 10 dakikalık süresi azalmış olmaktadır.

Tabi triyajın atlanması da önemli. Hastane şartlarının da etkisi var. Açıkçası özel hastaneler dışında şartlarımız çok iyi değil. Adli vakalarda ben adli evraklara imza atıyorum. Orada ismim var. Hasta beni bu rapor böyle çıkacak yoksa kötü çıkacak diye tehdit ediyor. Ben bu süreçte ne yapabilirim? (İA)

Birinci basamakta çözülebilecek bir problem bu. İnsanlar direkt hematolojiye, hepatolojiye randevu alabiliyorlar ve sadece bir hematolog gezerek de tatmin olmuyorlar. Birden fazla görüş almak istiyorlar. Bu aracı bozulan birinin tamirci tamirci gezmesi gibi bir şey. Bu olmamalı. Dünyada hiçbir yerde de yok zaten. (ÜY)

Temel sıkıntı hekime çok kolay ulaşılması bir banka memuruna bile bu kadar kısa sürede ulaşamıyorlar (FT)

Sevk sisteminin olması gerek. Önce birinci basamak sağlık ocağı, sonra az yataklı semt hastanesi ondan sonra şehir hastanelerine gitmeli hasta. Eğer hasta direkt şehir hastanesine giderse sağlık sistemi tıkanıyor. Bekleme süreleri artıyor ve bu da şiddete yol açıyor(EE)

Çözüm olarak iki farklı ekol var. Bir tanesi %100 özelleştirme yani Amerika ekolü. Çünkü insanlar bankada da sıra bekliyor. Uçakta da sıra bekliyor ama hiç şiddete başvurmuyorlar. Özel hastanelerde de daha az sorun yaşanması buna bir örnek. İkinci ekol ise basamak sistemi. Yani triyaj sistemi. Hastaların bunu öğrenmesi gerekiyor. (HMK)

Trijaj ile ilgili söylemler de sıklıkla analizlerde karşılaşılmıştır. Triyaj, tıbbi bir terim olarak, acil durumlarda hastaların durumlarının ciddiyetine göre önceliklendirilmesi sürecini ifade eder. Bu yöntem, özellikle kaynakların sınırlı olduğu acil durumlar veya kitlesel kazalar gibi durumlarda, en acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastaların önce tedavi edilmesini sağlar. Triyaj, sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde sunulmasını ve mümkün olan en fazla hastanın en iyi şekilde tedavi edilmesini amaçlar. (Meriam Webster) bu durum Türkiye’de geçerli değildir. Birinci basamak bir sağlık kurumunun tedavi edebileceği hafif karaciğer yağlanması için direk Hepatoloji’den randevu alabilmekte hastalar bu triyaj basamaklarını atlamak anlamına geliyor. Ve spesifik karaciğer rahatsızlıkları ve ileri derecede karaciğer yetmezliği ile uğraşması gereken hepatoloji uzmanı ve hastaları gereksiz bir biçimde meşgul edilmiş olmaktadır.

Temel sıkıntı karşılıklı iletişimsizlik. İletişim sağlansın hiçbir sorun olmaz. Ama günde 300 hasta bakan hekimden sağlıklı iletişim kurulması beklenemez. Kendisine 3,5 dakika ayrılan hastadan da sağlıklı iletişim kurulmasını bekleyemeyiz. (MGK)

Hastaların çok bekledikleri iddiasıyla sözlü şiddete ugradım. 1-5 nöbet değişim süresi muayene süresi bu arada benim anamlez notu almam lazım ki kendimi de hukuki

olarak güvence altına almam lazım. Hastalıkla ilgili yorum yapabilmek için bir süreye ihtiyacım var. Bunların hepsi zaman alıyor. Ama bunu dışarıdaki hasta bilmiyor. (iHÖ)

Yöneticinin tutumundan bahsettim zaten. Teknik destek de önemli. Çünkü bilgisayar bozulduğu anda hasta beklemek zorunda kalıyor ve kavga çıkıyor. Sistem bozulunca iki üç dakika içinde kavga çıkar. Yine ben eğitimden kaynaklı olduğunu düşünüyorum. Çünkü sistem bozulduğunda hastanın sakince beklemesi gerektiğini bilmesi gerekiyor diye düşünüyorum. Zaten çok acil bir durum söz konusuysa öncelik veriliyor. (GS)

3.1.2. Tema 2 Acil Olgusu

Hekimlerin sağlıkta şiddet ile ilgili pek çok deneyimi ve tanıklığının acil ile ilgili olması analizlerde ön plana çıkmıştır. Kodlarda ilk etapta acil konusuna yer verilmemesine rağmen acil kelimesinin çoklukla geçmesi “en büyük problemi ben acilde yaşadım” tarzı ifadeler acil için hekimlerin farklı bir dil farklı bir kod kullanması gerektiğini akla getirmektedir. Türkiye’de acil olmayan hastaların sosyo-ekonomik şartlardan dolayı acilde tedavi olmak istemesi etkilidir. Ancak acildeki hastanın veya hasta yakının ajitasyonunun yüksek olduğu göz önüne alınmalı buna göre kod kullanması gerekliliği akla gelmektedir. Acil de yaşanan şiddet olguları ve acilin problemleri ile ilgili hekimlerin söylemlerinden örnekler şu şekildedir.

Konversif hastalarda, sağlık kuruluna gelen hastalarda ve acil polikliniğe gelen hastalarda en çok sorun yaşadım. Annesi babası tansiyon hastası, 20 tansiyonla acile getirmişler. Triyaj olmayan bir yerde bir saat bekliyorlar. Çünkü arada MI ve trafik kazası vb. durumlarda var. Triyaj olsa bile bazen bekliyor hasta bundan dolayı. Troponin bakmak için kan alınırken bayılan hasta bile var. Bunların hepsi sürece etkiliyor.(FB)

Sağlık okuryazarı olan da birkaç tane belirti üzerine Google a bakıp endişelenerek ambulans çağırabiliyor. Ondan sonra da şunu söyleyebiliyor. Ben buraya ambulansla geldim! Ambulansla gelmiş olması ona öncelikli hasta olduğunu düşündürüyor. MI’ya müdahale edilirken tek doktordum. Hasta kapıyı yumrukluyor.

İçeride müdahale var diyorum. Tekrar hastaya dönüyorum. Dışarı çıktığımda kapıyı yumruklayan hastanın endikasyonu boğaz ağrısı. MI Arrest'te müdahale edilirken kapıyı açıp içeri girip hasta zaten ölmüş biz de mi ölelim? Diyen hasta gördüm. Bir erkek yanında eşi varken ve çocuğu söz konusu olunca gerçekten çok saldırgan olabiliyor.(FB)

Acil serviste hekimin de sıkıntıları var. Acil sadece hastanın problemleri olarak geldiği bir yer değil. Düzenli yemek yiyemiyoruz ve şekerimiz düşüyor. Acil servise 56 kilo başlayıp 48 kiloya düştüm. Nöbet sürem 24 saat ve uyanık kalmam gerekiyor. 24 Saat uyanık kaldıktan sonra OFF'um yok. Yoğunluk ve koşullar etkili. Evet şiddeti hasta yaratıyor ama yardımcı parametrelerde var.(FB)

Acil nöbetinde gece 11:30'da kepek için gelen hasta var. Hasta yakını anne ve babasıyla ilgilenmez. Onların kontrollerini yaptırmaz. İlaçlarını yazdırmaz. Belli bir yaşta ortaya çıkacak olan hastalıkların tetkiklerini yaptırmaz. Bu nedenle anne ve babanın sağlık düzeni bozulur. Vicdanını rahatlatmak için acile getirip her şeyiyle ilgilenmemizi istiyorlar.(CT)

Temel problem eğitimsizlik ve eğitim yetersizliği. Bunu acillerde çok net olarak görebiliyoruz. Her türlü toplumsal olayın öncesinde ve sonrasında acildeki hastanın da bu toplumsal olaya göre yaklaşımı değişiyor. Bunu acillerde gözlemlemek çok kolay. Biz acil geldik. Burada boş boş oturuyorsunuz cümleleri bende motivasyon kaybına yol açan en önemli cümleler (EK)

Ben poliklinikte [acil] hasta bakarken dışarıdan beni gözleyen hasta var. Yerime bir arkadaşım gelip ben çay molasına çıktığımda gezin gezin hiçbir şey yapmayın gezin diyor. Az önce gözünün önünde hasta bakıyordum hâlbuki. Bir çay molasını bile bize fazla görüyorlar. Neticede triyaj boş kalmıyor. Hasta bakılmaya devam ediliyor. Buna rağmen bana bu şekilde davranabiliyor. Şiddete uğrayacağımı hissettiğim zaman dışarı çıkarak ortamdan uzaklaşmayı tercih ediyorum. (İT)

Kesinlikle kendi olaylarımda elimden geleni yaptım ben. En çok problemi acilde yaşadım. Orda ufak tefek şeyi olan hastalar daha sıkıntılı. Bir tane adamla öyle böyle değil kavga ettik. Güvenlikler araya girip benim odamda beklediler. (FB)

Kavga çıkarma sebeplerini düşünüyorum acilde mesela. Yakının öldüğünü söylediğimiz zaman sıkıntı çıkartıyor. Hastanın başka bir hastaneye gitmesi gerektiğini söylediğimizde sıkıntı çıkıyor. Yani ortaya bir çaresizlik hissi çıktığında sorun çıkıyor (GS)

Hastanenin acilinde sürekli ağlayan bir bebek düşünün, hasta insanların en ajite hallerine maruz kalan bir hekim düşünün. Bu bizi çok etkiliyor. Hasta yakını hastadan daha ajite ve ayrıca kendini sorumlu hissettiği için kendini daha korumacı davranabiliyor. Sorunların çoğunu hasta yakınlarıyla da yaşayabiliyoruz (HB)

3.1.3. Tema 3 Sosyo- Ekonomik Şartlar

Türkiye'deki sosyo-ekonomik şartların durumu otomatik olarak bir gelir eşitsizliği ile beraber eğitim eşitsizliği ve eğitimde fırsat eşitsizliği gibi unsurlarla desteklenerek sağlık konusunda şiddete yol açan unsurlar arasında toplumdilbilimsel açıdan çok daha önemle rol oynamaya başlanmış Tıbbi okur yazarlık, eğitim durumu, kültürel farklılıklar bu alanda analiz edilmiştir. Hekimlerin hastaların eğitimsizliği bilgisizliği gibi verdiği yanıtlar analiz sonuçlarında sıklıkla gözlemlenmiştir. Tüm bu kodlarla ilgili olarak gönüllü hekimlerden derlenen örnekler aşağıdaki gibidir.

Çünkü ben 40 yaşındayım. Benim dönemimde bir doktora bırakalım şiddet uygulamayı insanlar saygı gösterip, el pençe divan duruyorlardı. Çünkü doktora ulaşması çok zordu. O yüzden bu sistemle alakalı olduğunu düşünmeye başladım. Toplumsal bir yozlaşmayla alakalı. Eğitimsizlikle alakalı olduğunu düşünüyorum. Kültürel yapı yani. Hekimden kaynaklı olduğunu kesinlikle düşünmüyorum. Çünkü o zamanki hekimler çok daha kötü ve kaba davranmalarına rağmen şiddete maruz kalmıyorlardı. O yüzden hekimden kaynaklı olduğunu düşünmüyorum. Parantez içindekilerden kaynaklı olduğunu da düşünmüyorum. Hastanın sosyo-kültürel durumundan kaynaklı olduğunu düşünüyorum. (GS)

Çünkü hasta gerçekten muhtaç olduğu dönemde hasta yakınlarının el pençe durduğunu görüyorum. Bazı durumlarda ajite olmakla gösteriş yapmayı karıştırdıklarını düşünüyorum. Fakat yine de ortada bir çaresizlik olduğu zaman hasta yakının o hissi doğru tanımlaması gerekiyor. Doğru hissi yaşayıp hekime doğru tepkiyi vermesi gerekiyor diye düşünüyorum.(GS)

Sağlık okuryazarlığı kesinlikle çok önemli. Sorun kişisel olsa bu ASM'(Aile Sağlığı Merkezi)de sadece bir hekim sorun yaşar. Çünkü sadece onun karakteri kavga etmeye müsaittir. Fakat bu ASM'de herkes sorun yaşıyor. Hastaya karşı çok uyumlu olan hekimler de sorun yaşıyor. Mesela ben uyumlu olduğumu düşünüyorum ama ben de sorun yaşıyorum. Örneğin bir hastaya maskesiz giremezsiniz dedim pandemi dönemleri. Ne demek giremezmişim gibi bir şeyler söyledi. İlaç yazdırmak istiyor ve telefondan okuyor ilacın ismini telefona bakmak istediğimde mesaja eliniz kirlidir diyor. Buradan bakın diyerek kendi elinde tutuyor telefonu. (FB)

Bir gerginlik oluşmaya başladığında yapacaksın! Edeceksin! Benim vergilerimle maaş aldın! Gibi söylemler. Mesela ben de vergi veriyorum ama o an diyemiyorsun bunu. Çok para alıyorsun ve benim sayemde alıyorsun algısı var. Birincisi ben o kadar çok para almıyorum. İkincisi ben senden çok vergi veriyorum. Senden daha da çok okudum bu da bir gerçek. Bu durumlar benim damarıma basıyor tabii.(FB)

Zaten hastanın basit bir tıbbi açıklamayı bile anlamadığını görüyoruz.(HB)

Benim vergilerimle maaş alıyorsun! –Acaksın – Eceksin! Gelir düzeyi yüksek bir toplumda bunlar olmaz bence. Artık üniversitedeki çocuklar ben hasta görmek istemiyorum. Diyebiliyorlar ve bunlar cildiye, fizik tedavi ve patoloji gibi nöbeti olmayan branşlar seçiyorlar. Şiddet olayı zaten çok hızlı geliyor. İlla burayı yakıp yıkmamız mı lazım diye cümleleri çok duyuyorum. Bu olay son on yılda ortaya çıkan bir olay. (FB)

Sorunun %90'ının hasta kaynaklı olduğunu düşünüyorum. Geri kalan %10'da sistemsal ve diğer problemler. Bu konu bu kadar gündemde değildi. Ben 2017'de mezun oldum. O zaman yılda bir defa şiddet olayıyla karşılaşıyordum. 2020'den sonra

ayda bir. Covid sonrası ise her gün karşılaşmaya başladım. Toplumsal olayların bunu çok etkilediğini düşünüyorum. Covid, depresyon, mülteci akını vb. süreçler insanları geriyor. Eskiden insanlar hastaneye saygı içerisinde gelirdi. Sırası gelene kadar saygı içerisinde beklerdi.(ÜY)

Sürekli sözlü saldırıya uğruyorum. Bunun nedeni saygısızlık. Eğitimsizlik. Bir hastayı muayene ederken bir başka hastanın içeriye girmesi. Buna tahammül edemiyorum. Çok fazla sözlü ve fiziksel saldırıya uğradım. Artık konu dili ve iletişimi açtı. 2-3 dakikalık diyalogla bu işin çözülecek hali kalmadı.(İA)

Bu problem toplumsal bir problem. Kendimi korumak için sakın kalmam gerekiyor. Ben genelde siz diye hitap ediyorum. Tabii çok yaşlı bir hasta gelirse teyze, abla dediğim oluyor ama sen diye hitap etmem. Müdahale ettiğim hastaya direkt bilgi vermek isterim. Yoz hasta bir şekilde yozdur. Bu hasta ve hekim odaklı bir sorun değil. Bir nefret dili var ve hasta da bu dili kullanıyor.(İA)

Bence sağlıkta şiddetin sebebi hastaların bilgi eksikliği ve cahilliğidir. Anlattığım unsurlar karşı tarafa hiçbir şekilde geçmiyor. Hasta hastalığını bilmiyor. İlacını bilmiyor. Sorduğum zaman küçük üçgen mavi hap diyor. Hekimler insanların hayatını onlardan daha fazla umursuyor sanki. Tetkik istiyorum. Benden niye kan alınıyor diye sormuyor. Hiçbir şüpheyle yaklaşmıyor. Antalya Gazipaşa'da hekimlik yaptım. Burada yabancı hastalara bakma şansım oldu. Bir tetkik istediğim zaman bu tetkiki neden istediniz hocam? Endişelenmeli miyim? Diye soru soruyor. Onlara bir ilaç yazdığım zaman bu ilacı neden yazdınız? Diye soruyor. Bunları anlatırken herhangi bir şüphe kalmadığı için daha sakın kalınıyor. Hekime şiddet toplumsal mı? Münferit mi? Bence bu olay toplumsal hatta artık hekimi de aştı. Öğretmeni vs. de bulaştı. Eskiden okuyana saygı duyuyorlardı. Şimdi okumuş kitleye çok ciddi bir şiddet var. İnsanlar bu olayın bir cezası olmadığını ve yanlarına kar kalacağını çok iyi biliyorlar. En çok zorlandığım konu her yerim ağrıyor diyen insanlar. Her yerine ilaç yazmam mümkün değil. Kişi kendisini bilmiyor. Hastalığını bilmiyor. İlaçlarını bilmiyor (CT)

Bütün sorun iletişimle ilgili. Bu nedenle tek taraflı değil. Hekimin dili de burada önemli. Ben hiç şiddete uğramadım. Şahit de olmadım. Bu yüzden bu işin iletişimle

ilgili olduğunu düşünüyorum. Bence sağlıkta şiddet münferit olayların bir araya gelmesiyle ilgili. Toplumsal bir süreç değil. Tabii ki ben de sizin maaşınızı biz ödüyoruz! Sizi dövüyorlar ya hiç de haksız değillermiş! Gibi cümleler duydum. Bu işin çözümü için sadece bir değişiklik yetmez. Ülkenin baştan dizayn edilmesi lazım. (BCA)

Ulaşabildiklerini bildikleri tetkikler konusunda özellikle Instagram'dan duydukları bazı minerallerin vücutlarında var olup olmadığının tespiti için acilden tetkik istiyorlar. Sağlık okuryazarlığının dezavantajlarından biri bu. Bundan dolayı eğitimimden farklı olarak insan faktörü daha önemli. Kırsal kesimden gelip çok saygın olan hasta var iken. Okumuş ve sağlık sistemini eleştiren aydın kesimli insandan bazen daha fazla sözlü şiddet görüyoruz. Sağlıkta şiddet toplumsal bir olay. Öfke ve nefret ön plana çıkmış durumda. İnsanların gelecek güvencesi olmaması. Adalet duygusunun olmaması sağlıkçılara uyguladıkları şiddetin bir bahanesi. Şiddete uğrama riskim olduğu zaman kendimi ifade ediyorum. Anlıyorsa bu yöntemi seçiyorum. Değilse yokmuş gibi davranıyorum. Risk almıyorum. İçerideki hasta çok uzadı cümlesi beni çok geriyordu. Bir asistan için en can sıkıcı cümle “hocanıza mı danışsanız.” Bu cümleden çok rahatsız oluyordum. Özgüvenim arttıkça bu duygu kayboldu. Bu kişiler benim öğrenci olduğumun farkında ve bunu bilerek gelmişler. İçlerini rahatlatmak için hocama danışmamı istiyorlar. Ben yetersiz olduğum için değil. Bunu anladığım zaman artık bu cümleye öfkelenmemeye başladım. Beni daha çok yoran şey küfürler, sürtük, şıllık denmesi ve vurmaya kalkılması. Hasta yakınıyla ilgili hasta kendini açıklayabiliyorsa kesinlikle içeri almıyorum. Bu benim ilk bariyerim. Bu durumda hasta yakınından şiddet görme olasılığım azalıyor. Sözlü ve fiziki çok şiddet gördüm ama aslında bu şiddeti uygulayanların hiçbiri hasta değildi. Gerçek hasta şiddet uygulayacak kadar enerjisi olan ve motivasyonu olan biri değil. Hasta yakınları ve gerçekten hasta olmayıp hastaneye gelenler şiddete daha meyilli. (IHÖ)

Hekime olan şiddet bence önlenemez. Bu hekime karşı 20-30 yıllık bir birikimin sonucu. Eğer başka bir şekilde olsaydı diğer devlet dairelerinde de şiddet yaşanırdı. Bir tapu dairesinde şiddet görmüyoruz.(EK)

Temel problem halkımızın saygı sınırlarını bilmemesi. Ben asla hastaya sen diye hitap etmem. Hep siz derim. Ama hasta bana sen diye yaklaşabiliyor. Temel problem

onun sen ya da siz demesi değil. Ama bu da temel bir gösterge. Hastanın bu şekilde yaklaşması daha sonra yaşanacakların da bir göstergesi oluyor. Bana sen diye hitap eden hastalar genelde bana yapmam gereken söyleyen, sipariş isteklerde bulunan hasta profilleri olarak karşıma çıkıyor(İT)

Sürekli bana maaşınızı biz veriyoruz. Senin adın ne? Seni Cimer'e vereceğim şeklinde tehditler geliyor.... Bu toplumsal bir durum ve çözümü de bir anda olmaz. (MGK)

Çok kısa sürede sosyo-ekonomik şartlar çok hızlı bir şekilde değişti. Tüm bunların toplumsal bir yansıması oldu. Şehir hastanelerinin var olması bile hastaların bakış açısını değiştirdi. Tüm bunların yansıması aslında sağlıkta şiddeti doğuruyor(EE)

Özellikle sipariş reçete ile gelip emir kipi ile konuşan bir kitle var. Hekime saygı duymadığı açık bir şekilde anlaşıyor. (OÖ)

Sosyo ekonomik şartlar deyince ekonomi akla gelmesin gelişmemiş bir hasta topluluğu var. Örneğin burası protokol hastanesi ve dolayısı ile protokol hastası geliyor özel hastane ilgisi bekliyor benden kendisinin ayrıcalıklı öncelikli hasta olduğunu düşünüyor. (AS)

Sosyo ekonomik şartlar çok etkili hastanın cehaletinden bahsetmiyorum. Dışarıda şartlar o kadar kötü ki meslek hastalıkları ile ilgili iş sağlığı güvenliği ile ilgili ciddi sıkıntılar var. Bana günde dört tane karın fıtığı hastası geliyor bu yüzden Avrupa'da bunu ayda bir defa bile göremezsiniz kimse vücudunu bu şekilde hor kullanmaz. Ben karın fıtığı ile ilgili bu kadar çok hastaya hizmet verince gerçek cerrahi müdahaleye ihtiyacı olan hasta beklemek zorunda kalıyor. Bu sadece karın fıtığı ile ilgili olan varın gerisini siz düşünün (BAA)

...dil ne olursa olsun oradaki üzüntü hissiyle, çaresizlik hissiyle öfkeyi karıştırmayan kişi olması gerekiyor. Yani burada yine halkın eğitimiyle alakalı. Bu yüzden dil ve model değil de halkın eğitimi ve güvenlik koruması değiştirilmeli hasta yakınına karşı. Hasta acı çektiği için ona bir şey söylediğinde mesela gerçekten

öfkelenebilir, kontrol de edemeyebilir ama o “hasta”. Hasta yakını daha stabil olması gereken kişi o noktada. (GS)

Kendisine her şeyi hak gören düşük sosyal seviyeli insanlarla sorun yaşıyoruz daha çok. Senin maaşını ben ödüyorum benim vergilerimle maaş alıyorsun en çok duyduğum cümleler (FT)

Eskiden doktora bu insan okumuş diye bir saygı vardı. Şimdi Google olduğu için birinci basamak hekimin hasta gözünde hiçbir önemi kalmadı. Hekim hastayı sekiz saniye dinleyebiliyor. Aslında temel problem bu.(HB)

Bence sağlıkta şiddetin sebebi siyasi atmosfer ve hastaların şımarıklığı. Düşünebiliyor musunuz %96sı Müslüman olan bir toplumda ölümün bu kadar kabul edilememesi nasıl açıklanabilir? Artık bu toplumsal bir hezeyan toplumsal bir çılgınlık haline geldi. Hastaların profili ağırlıklı olarak bakkala elma almaya gelir gibi. Senin işlevini bilmeden sen nasıl doktorsun? Sen adam mısın? Gibi tepkiler veriyorlar. (HMK)

Hekimlerin tamamının devlete bağımlı olması performans adı altında belli bir sayı doldurma çabası ve günü geçirmek istemesi problemlerin başında geliyor. Performans sistemi mide ameliyatını ne kadar iyi yaptığıma bakmıyor. Ne kadar çok mide ameliyatı yaptığıma bakıyor. Hasta hekimle bir tartışma yaşadığı anda hasta hakları hemen devreye giriyor. Konu Cimer’e gitmesin diye başhekim devreye giriyor. Hastayı sakinleştiriyorlar.(EE)

Şey var mesela illa doktorları öldürmek mi lazım gibi söylemler var. Kullanılan diller hep aynı dil oluyor.(FB)

Anne babası için gelen hasta yakınları anne ve babası için yılda bir defa gelmiş. Hocam ne gerekiyorsa yapılınsın diye bir cümle kuruyorlar. Bu insanlar 7-8tane kompleks hastalığı olan insanlar. Yılda üç dört defa bakımı yapılması gereken hastalar. Siz bunu yılda bir defa hastaneye getiriyorsunuz sonra da şu tenkit yapılmadı diye sorun

çıkarıyorsunuz. Aslında anne ve babaya bakmamanın verdiği sorumluluğu bizim üzerimizden atmaya çalışıyorlar. (EY)

3.1.4. Tema 4 Adli Caydırıcılık ve Cezalar

Yapılan nitel analizlerde hekime uygulanan şiddetin cezasız kalması ile ilgili pek çok veri elde edilmiştir. Burada temel olarak Türkiye’de ceza yasalarının yapılandırması nedeniyle kadına çocuğa ve hayvana şiddet gibi fiziki olarak nispeten zayıf korunması gereken gruplara yönelik şiddetin de cezasız kalması söz konusudur. Bu araştırma da hekimler hayat kurtarmak ve şifa vermekle ilgili önemli bir görevle ilgiliyken şiddete uğramasının önlenmesi ile ilgili bir caydırıcı bir süreçten bahsetmektedirler.

Hekimi dövenleri hapse atmayıp dışarı saldıklarını gördüler. Bu insanlarda bir şey olmuyor zaten diye düşünüyorlar. Hekime şiddet uygulamaya daha yakın oluyorlar. (SM)

Güvenlik önlemi artırılmalı diye düşünüyorum.(GS)

Çok fazla beyaz kod vermek zorunda kalıyoruz. Ben kız kardeşimin ishali var niye serum bağlamıyorsunuz diye şiddete uğradım. İsmimi soy ismimi Google’ a yazarsanız dava ortaya çıkar. Çok fazla küfür yedim ve hepsinde davacı oldum ve hepsinde kovuşturmayla gereği yoktur kararı çıktı. Yapamam, yatıramam gibi cümleler kurarken çok naif ve çok yumuşak bir şekilde söylemek lazım. Aksi takdirde şiddet kaçınılmaz oluyor. Hadi kardeşim bir saat oldu. Sıra hiç bize gelmeyecek mi? Şuna bak üniversite hastanesi diye geldik. Cümlelerini sık sık duyuyorum. (ÜY)

Hastane şartlarının da etkisi var. Açıkçası özel hastaneler dışında şartlarımız çok iyi değil. Adli vakalarda ben adli evraklara imza atıyorum. Orada ismim var. Hasta beni bu rapor böyle çıkacak yoksa kötü çıkacak diye tehdit ediyor. Ben bu süreçte ne yapabilirim? Beni kim koruyacak? Kurumun kapısında adli tıp kurumu yazıyor. Hasta içeri girdiği takdirde kapıda ismim yazıyor ve bu kişi her zaman, herhangi bir kesici delici, aletle içeriye girebilir. Ben genelde sakin kalmaya çalışıyorum. Bu problem toplumsal bir problem. Kendimi korumak için sakin kalmam gerekiyor (İA)

Sağlıkta şiddet toplumsal bir olay. Öfke ve nefret ön plana çıkmış durumda. İnsanların gelecek güvencesi olmaması. Adalet duygusunun olmaması sağlıkçılara uyguladıkları şiddetin bir bahanesi. Şiddete uğrama riskim olduğu zaman kendimi ifade ediyorum. Anlıyorsa bu yöntemi seçiyorum. Değilse yokmuş gibi davranıyorum. Risk almıyorum.(İHA)

Şiddete varan konular rapor yazdın yazmadın, sırada çok bekledim, o ilacı yazdın bu ilacı yazmadın, onu aldın beni almadın şeklinde küçük sorunlardan çıkıyor. Bunun önlenmesi için ceza yasasının değişmesi lazım. Şiddet uygulayan sağlık sigortası kapsamından çıkartılmalı, kişi şiddet uyguladıktan sonra ben yandım demeli.(EE)

Konu Cimer'e gitmesin diye başhekim devreye giriyor. Hastayı sakinleştiriyorlar. Konu Cimer'e giderse Cimer içeriğine bakmaksızın derhal kovuşturmaya dönük adım atılmasını istiyor ve buradan hekim ceza alabiliyor. Bu süreçte hekimin yanında ise hiçbir kimse yok. Bu nedenle son yıllarda sadece hekimleri temsil eden sendikalar kurulmak zorunda kalındı. Tabip odaları da destek veriyor bildiğim kadarıyla ama hasta haklarının hastaya ulaştığı hızda hekime ulaşamıyorlar. Bu noktada bazı sendikaların ücretsiz ve süresiz hukuki destek verdiğini, mobil uygulamalar kurduğunu, beyaz kod algoritması vb. hizmet içi eğitimler verdiğini görüyoruz. Hekime karşı şiddet öyle bir noktaya vardı ki Hekim birliği sendikasının mobil uygulamasında KADES benzeri panik butonu var. Hekim şiddete uğrayacağını hissetti ve uğradığı zaman bu butona basıyor. Bulunduğu ilin temsilcisi, hastane temsilcisi ve o ildeki ilgili avukat hemen haberdar ediliyor. Bunun olması bile hekime şiddetin ne kadar sıklaştığını göstermektedir.(EE)

Kimse savcıya veya polise karşı çıkamıyor çünkü bu sefer terörist olursunuz veya ağır bir ceza alırsınız ama hekime karşı bir tepki gösterirseniz bunun bir cezası olmadığını herkes biliyor.(EE)

İnsanlar bu olayın bir cezası olmadığını ve yanlarına kar kalacağını çok iyi biliyorlar.(CT)

Burada hekimlerin sürekli sorun yaşadıkları nokta Cimer ve yöneticilerin şikayetin Cimer'e ulaşmaması için önemli bir çabası söz konusu her Cimer şikayetinde hekimlere direk soruşturma açılabiliyor. Hekim Beyaz Kod verebilmek için iki şahide ihtiyaç duyması ve pek çok evrak yükünü karşılaması gerekiyor. Hâlbuki hastanın her türlü beyanını ciddiye alıp işleme koyan bir mekanizma mevcuttur. Hekimlerin bu noktada yaygın bir geri bildirimi mevcuttur.

3.1.5. Tema 5 Siyasal Dil veya Medya Dili

Hekime karşı uygulanan şiddetin bir kışkırtma hekimleri değersizleştirme söylemiyle olduğunu analizlerde son derece sık bir biçimde gördük. Bu dili kullanan siyasi erk veya medya ya da sosyal medyada hekime karşı örgütlenmiş bir kitle olsun bu hekimleri çok fazla etkilediğini analizlerde görmekteyiz. Bu analizlerde hekimler devlet memuru olmasına rağmen siyasal erk veya bağlı oldukları bakanlıkla ilgili söylemsel ve sistemsel eleştirilerden kaçmadıkları görülmüştür. Hekimlerin bu konudaki görüşlerine ilişkin örneklerin bir kısmı şu şekildedir :

Bu olay son on yılda ortaya çıkan bir olay. Bunda siyaset, medya ve yeni mezun çocukların çok etkisi var.(FB)

Siyasal sistem çok etkili. Bu artık toplumsal bir olgu. Toplumsal yozlaşma, kültürel yozlaşma etkili. Çünkü hekim eskiden daha kaba idi. Ama şiddete uğramıyordu. Ben biber gazı taşıyorum. (FB)

Genele yapılan kamu spotu vb. şeylerle bu iş düzelmez. Belki kısmen önler ama bu işin sorunu sistemsel. Çözümün de sistemsel olması gerekir. (ŞY)

Artık konu dili ve iletişimi açtı. 2-3 dakikalık diyalogla bu işin çözülecek hali kalmadı. Mutlaka hekimde de sorun var ama problemin %90'ı hastada ve hastayı bu noktaya getiren siyasetin sürekli hekimi değersizleştirme söylemi. (İA)

Bence bu olay toplumsal hatta artık hekimi de aştı. Öğretmeni vs. de bulaştı. Eskiden okuyana saygı duyuyorlardı. Şimdi okumuş kitleye çok ciddi bir şiddet var.(CT)

Bence sağlıkta şiddetin sebebi siyasi atmosfer ve hastaların şımarıklığı.(HMK)

Temel problem sağlık sistemi ve sağlık sistemini kuran siyasi yaklaşım. Bu artık tamamen toplumsal bir problem halinde (SD)

Hekime olan şiddet rasyonel bir problem. O yüzden rasyonel bir çözümü var ama şiddet siyaset ve medya tarafından sürekli teşvik ediliyor. (SD)

Sorun tamamen siyasetin şiddeti teşvik etmesi (EK)

Şehir hastanelerinin var olması bile hastaların bakış açısını değiştirdi. Tüm bunların yansıması aslında sağlıkta şiddeti doğuruyor. Siyasetin ve medyanın dili, sağlık sistemindeki tıkanıklıklar, çıkmayacak kavgalara, söylenmeyecek sözlere yol açıyor.(EE)

Toplumun üzerindeki ekonomik sosyal baskı halkta devlete karşı çıkılacak tek yer olarak hastane ve doktoru görmesine neden oluyor.(EE)

Eskiden doktor dövemiyorduk şimdi dövabiliyoruz algısı söz konusu... Sen hizmet veren birisin, ben hizmet alan birisiyim şeklinde değil de sen benim çalışanımsın modunda oluyorlar. (FB)

Medyadan kaynaklı. Hekimi dövenleri hapse atmayıp dışarı saldıklarını gördüler. Bu insanlarda bir şey olmuyor zaten diye düşünüyorlar. Hekime şiddet uygulamaya daha yakın oluyorlar.(SM)

3.1.6. Tema 6 Hekimin Dili

Hekimlerin görüşme formları analiz edildiği zaman hekimlerin zaman zaman kullandıkları dil ve kod ile ilgili özeleştirici yaptıkları veya meslektaşlarını eleştirdikleri gözlemlenmiştir. Bu eleştirici ve gözlemlere ilişkin örneklerden öne çıkanlar şu şekilde derlenmiştir.

Evet iletişim sorunu var. Ama mesela üniversitede iletişim dersi vardı. O dersi vermeden geçemedik seneyi. Zorunlu dersti. Model hastalar olurdu. Bir hasta kapıdan içeri girdiği andan itibaren provası yapıldı. Hasta taklidi yapan arkadaşlar farklı tiplere bürünürlerdi. Bazıları normal hasta olmazdı. Problem yaratan hasta olurlardı. O ilacı istemiyorum diye diretirdi. Bu noktada hekimin tutumu çok kıymetliydi. Mesela yazılan ilacı istemezdi. Hiddetli bir şekilde konuşurdu. Ailesiyle yaşadığı sorunu kendiyile birlikte getirmiş olabilirdi. Hocamız da bizim tepkilerimizi ve iletişimimizi izleyip notunu verirdi. Şu anda hizmet içi eğitimlerde bunlar konuşuluyor.(FB)

İşte bizim zamanımızda üniversitede öğretilirdi. Ama bence üniversitede öğretilmesi gerçekten mantıklıydı. 10 yıl sonra hizmet içi eğitimle verilen iletişim dersinin bir anlamı yok bence.(FB)

İletişim becerisi hastada da hekimde de kesinlikle önemli.(FB)

Doktora da güvenmiyorlar. Bir de doktorun görüntüsü çok önemli. Mesela bazı doktorları stajyer doktor sanıyorlar, öğrenci bu bize bu bakmasın diyorlar. Bir doktor beklentisi var aslında göbekli, şişko, yaşlı.(FB)

Bununla ilgili bir eğitim aldık sonuçta. Ama kapıyı açıp senin hastan öldü diyenler de varmış. Çok yanlış tabii bu da. Konuyla ilgili eğitim almayan hekimleri de eğitmek lazım. Mesela bazı hekimler ölüm haberini hasta yakınına verirken biraz daha samimiyet kurarak veriyorlar. Önce hastanın omzuna dokunup, üzgün olduğunu ifade ettikten sonrasında bu haberi vermek daha doğru. Çok güzel yaklaşım mesela. Tecrübe burada çok önemli. Zaman içerisinde bir şeyler yerine oturuyor. Yeni mezun hekimleri hastaneye veriyorlar, direkt hasta karşısına çıkıyorlar. 2. Sınıf bir öğrenci var mesela,

staj koymuşlar programına, hasta görsün diye. İki tip durum arasındaki fark ortaya çıkıyor. Ek olarak yolun başındayken hasta görme tecrübesi edinmek de öğrenci için çok faydalı. Bu mesleğin yapılabilir olmadığına dair önyargılar da mevcut hekimlerde. Böyle erkenden hasta gördüklerinde bu konuda daha erken fikir edinebilirler.(FB)

İlk senemde 15bin sıralamaya girdim. Tıp için yeterli değildi ama eczacılık veya diş için yeterliydi. Tekrar sınava girip Tıp için yetecek puanı aldım. Benim zamanımda çok kıymetliydi tıp fakültesi. Bir eğitimde 4.sınıf öğrencisi ben hastalara bakmak istemiyorum, hastalardan iğreniyorum diyor. Artık bırakamam da diyor. Belki eğitimci, araştırmacı olabilir ama doktor olmaz. Hastalardan uzak bir bölüm seçecek. Mesela hasta görmek istemiyorum diyen bir grup oluştu okullarda ve bu grup akademik olarak çok başarılı bir grup. TUS 2.si bir tanıdığım var en az hasta göreceği bölümü seçiyor.(FB)

Ama farklı bir dil kullanarak söylemek de hissiyatı çok değiştirmiyor bence. Çünkü annen öldü cümlesini ne şekilde söylersen söyle kişi için travmatik bir tablo ve üzüntü ile öfkeyi kişi karıştırıyorsa o zaman dil değiştirilmemeli. Güvenlik önlemi artırılmalı diye düşünüyorum. Çünkü en kibar söylediğin hastaya bile hiç önemli değilmiş gibi bir tavırla söylemiyorsun aslında. Sen de üzülerek söylüyorsun. İşte annenizi kaybettik. Yapacak bir şey yoktu diyorsun. Allah'ın dediği olur diyorsun ama buradaki cümleyi nasıl söylersen söyle annen artık öldü dedikten sonrası çok değişmiyor. İster gülerek söyleyin ister üzgünüm, maalesef ile başlayan bir cümleyle söyleyin fark etmiyor. Çünkü annen öldü figürü çok kötü bir figür.(GS)

Yani elbette hekimin de hastaya yaklaşımının da değiştirilmesi gerekebilir ama bu oran bence çok daha az. Çünkü hekimler çok kötü hekimler bile olmuş olsa yine de “Geçmiş olsun, ne şikayetin vardı?” diyor yani. Hastayla uzun uzadıya muhatap olmak zorunda da değil bence hekimler. Profesyonel olarak baktığımızda hastanın çocuğunun nasıl olduğunu veya gündelik sohbetleri konuşmamamız gerekiyor. Resmi konuşmanın daha keskin olması gerekiyor. Biz de bu yok. Belki bu öğretiler hem hastaya hem hekime. O hasta, sen hekimsin. Siz aile veya arkadaş değilsiniz. Birbirinize istediğiniz gibi davranamazsınız. Sizin aranızda samimiyet sınırı olması gerekir.(GS)

Doktorun tutumuyla ilgilidir. Ama doktorun da hastanın da birbirlerine karşı bir önyargısı vardır. Mesela devlet hastanesinde tartışma yaşayıp sağlık ocağına gelen bir hasta sağlık ocağındaki doktora olan tutumunu olumsuz anlamda etkiliyor. (SM)

Bu arada diğer çalışma arkadaşlarımız da çok etkiler. Mesela benim yapmadığım bir şeyi başka bir çalışma arkadaşım yaparsa hasta sen niye yapmıyorsun diye sinirlenebilir. Hekim arkadaşlarımızdan kaynaklı. Burada da bir hekim hastanın istediği bir şey yapmazsa diğer hekim arkadaşımız yaparsa kavga çıkar. (SM)

Çünkü geri çekilirse hasta daha çok üzerimize yürüyor. Hasta sesini yükseltirse biz de yükseltiyoruz böyle olunca hasta geri çekiliyor. Ben böyle düşünüyorum. “Bana bakacaksın!” diyen hastaya “bakmıyorum lan” dedim. Ben öyle söylediğimde “aa hocam pardon” demeye başladı mesela. Ama tamam gelin bakıyım dersiniz o zaman tepenize çıkıyorlar. Yani doktor engelleyecek bunu bu kadar basit. Doktor isterse şiddeti engeller. Ama şiddete meyilli veya şiddet başladıysa doktor sesini çıkartacak. Ama o noktaya gelme süreci önemli. (SM)

Öncelikle eğitimde üniversitelerin ekolleri farklı. Bazı tıp fakülteleri bilim adamı yetiştiriyor. Bazıları hekim yetiştiriyor. Bilim adamı olarak yetişenlerin hastaya bakışı vaka şeklinde. Hekim olarak yetiştirilenlerin bakışı insan şeklinde. Bizim zamanımızda üniversitede doktor olamaz bu diye elenen kişiler vardı. Şimdi herkes giriyor ve mezun oluyor. Bu eliminasyon yok artık. (HB)

Hekimlerin %90 asosyal ve iletişime kapalı. Halktan uzak. Hekimin sosyal olması demek; rock toplumunda olması ya da tiyatro topluluğunda olması halkı tanıyabileceği anlamına gelmiyor. Halktan kopuklar.(HB)

Tıp fakültesindeyken dekan bey bize biz tanrıyla insan arasında bir yerdeyiz. Mimarlar ve doktorlar tanrının yeryüzündeki gölgeleridir dedi. Bu cümleyi duyan bir çocuk hastaya kendisiyle eşit bir gözle bakabilir mi?(FB)

Bütün sorun iletişimle ilgili. Bu nedenle tek taraflı değil. Hekimin dili de burada önemli. Ben hiç şiddete uğramadım. Şahit de olmadım. Bu yüzden bu işin iletişimle

ilgili olduğunu düşünüyorum. Bence sağlıkta şiddet münferit olayların bir araya gelmesiyle ilgili. Toplumsal bir süreç değil.(BCA)

3.1.7. Tema 7 Hastanın Uygun Olmayan İstekleri

Yarı yapılandırılmış görüşme formuna hekimlerin vermiş olduğu yanıtların analizinde çok sık rastlanan temalardan bir tanesi de hastaların etik olmayan isteklerle gelmesi ve kanunen veya usulen yapılamayan işlemleri yaptırmak istemesi olarak görülmüştür. Katılımcıların bu konudaki görüşlerinden bazı örnekler aşağıdaki gibidir:

Üç defa beyaz kod vermek zorunda kaldım üçü de usulsüz rapor almak isteyen hastaya rapor vermemem üzerine gerçekleşti. (FT)

Toplumsal bir ahlaksızlık ve etik problemi var. Belediyeye başvurmadan evlilik raporu için geliyorlar halbuki önce belediyeye başvursalar onlara bizim dolduracağımız raporu form olarak veriyor belediye önce belediyeye gidin deyince olay çıkıyor. Bankada nasıl eksik evrakla işlem yapamıyorlarsa aslında burada da işlem yapamıyoruz ama biz şiddete uğruyoruz bankacı değil. En sık duyduğum cümleler aile hekimi bu raporu veriyor dediler. Sağlık raporu almak benim hukuki hakkım. İstirahat raporu, ehliyet raporu çağrı merkezi çalışanı din görevlileri ve belediyenin taşeron işçilerinin sağlık raporu ile ilgili sık bir şekilde tartışma yaşıyoruz. Veya Xanax ya da Neurontin¹⁴ yazdırmak için gelen kişiler bu ilaçlar yazılmazsa şiddete başvuruyor. (FT)

Hasta beni bu rapor böyle çıkacak yoksa kötü çıkacak diye tehdit ediyor. Ben bu süreçte ne yapabilirim?(İA)

Ulaşabildiklerini bildikleri tetkikler konusunda özellikle instagramdan duydukları bazı minerallerin vücutlarında var olup olmadığının tespiti için acilden tetkik istiyorlar.(İHÖ)

Hasta profili tamamen değişti. Hasta artık açık açık “seni öldüreceğim” diyebiliyor. İsteddiği yapılmayan bir hasta servisin ortasında bunu yapmazsanız

¹⁴ Xanax ve Neurontin psikolojik kökenli hastalıklarda kullanılan bağımlılık yapma riski olan iki ilaç

soyunurum diyebiliyor. Biz burada standart bir dille hastaya yaklaşmaya çalışıyoruz tüm bunlara rağmen. Hasta yakını hastadan daha agresif bir halde oluyor.(SD)

Temel problem halkımızın saygı sınırlarını bilmemesi. Ben asla hastaya sen diye hitap etmem. Hep siz derim. Ama hasta bana sen diye yaklaşabiliyor. Temel problem onun sen ya da siz demesi değil. Ama bu da temel bir gösterge. Hastanın bu şekilde yaklaşması daha sonra yaşanacakların da bir göstergesi oluyor. Bana sen diye hitap eden hastalar genelde bana yapmam gereken söyleyen, sipariş isteklerde bulunan hasta profilleri olarak karşıma çıkıyor.(IT)

İyi hekim olmak için hastanın legal, illegal doğruya veya yanlış, her türlü isteğine evet demeniz gerekir. Bu şekilde hiçbir şekilde şiddete uğramazsınız. Ama bu sefer de kendimizi hekimlik yapıyor gibi hissetmiyoruz. Bu toplumsal bir durum ve çözümü de bir anda olmaz. (MGK)

Hastanın tüm söylediklerini yapan ve hastaya empatiyle iletişim kuran doktor başarılı doktor olarak addediliyor. Ama hastaya gerçek bir hekim gibi yaklaşırsanız sizden kötüsü yok.(EE)

Sorun hiçbir zaman hastanın vefatı veya yanlış tedavi gibi temel problemlerden kaynaklanmıyor. şiddete varan konular rapor yazdın yazmadın, sırada çok bekledim, o ilacı yazdın bu ilacı yazmadın, onu aldın beni almadın şeklinde küçük sorunlardan çıkıyor(EE)

Mesela biber gazı taşıyorum. Herhangi bir sıkıntı olursa, saldırırlarsa diye. Sürekli korkuyorum. Hastalarının birçok dediğini yapıyorum. Benim mantığıma uymadığı halde. Bana sorun çıkartan hastanın işlerini daha çabuk yapıp gönderme taraftarıyım. Bunun dışında dua ediyorum inşallah kötü bir hastaya denk gelmem diye.(GS)

3.2. NİCEL BULGULAR

Bu bölümde, karma yöntemler araştırma modeli kullanılarak toplanan nicel verilerin istatistiksel analiz sonuçları sunulmuştur. Bu veriler, nitel bulguları desteklemek, zenginleştirmek ve çeşitli sorulara yanıt bulmak amacıyla toplanmıştır. Öncelikle, örneklem grubunun genel yapısını ve özelliklerini tanımak amacıyla "Kişisel Bilgi Formu"ndan elde edilen veriler ve Hekimler için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formundaki demografik sorulardan elde edilen verilerin frekans (f) ve yüzde (%) dağılımlarına yer verilmiş; ardından ise yapılan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen diğer bulgular paylaşılmıştır. Bu bulguların sunumunda, araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen sıralamaya dikkat edilmiştir.

Tablo 2. Cinsiyet

Cinsiyetiniz Cinsiyet	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Erkek	45	46.88%
Kadın	51	53.12%
Diğer	0	0.00%
Toplam	96	100%

Tablo 2’ de görüldüğü gibi katılımcıların cinsiyeti istatistikî olarak her iki cinsiyette dağıldığı non binary katılımcı olmadığı gözlemlenmiştir.

Tablo 3. Yaş Aralığı

Katılımcıların Yaş Aralığı		
Yaş Aralığı	Kişi Sayısı	Yüzde(%)
18-25	2	2.08%
25-35	40	41.67%
35-50	42	43.75%
50+	12	12.50%
Toplam	96	100%

Tablo 3’ te de görüldüğü gibi katılımcıların yaş aralığı 18-25 yaş için 2 kişi olduğu düşünülürse yeni mezun bir tıp hekim 23-24 yaş aralığında olduğu için bu yaş grubunun sayısının az olması muhtemel. Genellikle hekimliğin ilk on yılında olan 25-35 yaş aralığı 40 kişi tecrübeli hekimlerin bulunduğu hekim yaş grubu olan 35-50 yaş

aralığı ise 42 hekimden oluşmuştur. Bu hekim grubu mecburi hizmet statüsünde görev yapmış Türkiye'nin gelişmekte olan bölgelerinde de hekimlik yapmış bir grup olarak değerlendirilebilir. 50 yaş üstü hekim sayısı 12 olarak gözlemlenmiş bu hekim grubu hekimliğin nispeten daha çok saygı görüldüğü sağlıkta dönüşüm yıllarından da önce hekimlik yapan bir grubu temsil etmektedir. Asistan yoğunluğundan dolayı daha genç bir profil oluşturduğundan dağılım bugün bir eğitim araştırma hastanesi, şehir hastanesi veya üniversite hastanesine denk durumdadır. Bu tabloda yaş grubunun ortalaması 38,42 bu verinin standart sapması (s.s) ise 8,78 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4. Katılımcı Branş

Katılımcıların Branşı		
Branş	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Diğer (KBB, Nöroloji ve Cerrahi)	49	51.04%
Aile Hekimliği	12	12.50%
Dahiliye	9	9.38%
Kardiyoloji	6	6.25%
Acil Tıp Uzmanı	6	6.25%
Pediyatri	6	6.25%
Pratisyen (Acil)	5	5.21%
Göğüs Hastalıkları Uzmanı	2	2.08%
Dermatoloji	1	1.04%
Toplam	96	100%

Tablo 4' de Katılımcılar ağırlıklı olarak birinci basamak hastaya çabuk ulaşan acil de görev yapan veya nöbet tutan branşlardan veya Aile Hekimi, KBB gibi hasta ile ilk basamakta karşılaşılacak hekimlerden oluşmakta. Buna ek olarak hasta memnuniyetinin kritik olduğu cerrahi branşı hekimleri diğer grubunda yer almıştır. Bu dağılıma göre Diğer Branşlar dediğimiz ve anket gönderilen branşlardan Cerrahi Nöroloji ve KBB branşının dahil olduğu diğer grubu 49 kişi Aile Hekimliği 12 kişi dahiliye 9 kişi kardiyoloji 6 kişi Acil Tıp Uzmanı 6 kişi Pediyatri 6 kişi Acilde görev yapan pratisyen 5 kişi Göğüs Hastalıkları Uzmanı 2 kişi Dermatolog ise 1 kişiden oluşmaktadır.

Tablo 5. Anket Sorusu 1

Soru: "Hastalarla her hafta en az bir tartışma yaşıyorum "		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	31	32.29%
Çok katılıyorum	4	4.17%
Orta derecede katılıyorum	16	16.67%
Az katılıyorum	27	28.13%
Hiç katılmıyorum	18	18.75%
Toplam	96	100%

Tablo 5’ de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Hastalarla her hafta en az bir tartışma yaşıyorum sorusuna’ hekimlerden 31 ’i (32,29) Tamamen Katılıyorum , 4’ü (%4,17) Çok Katılıyorum , 16’sı (%16,67) Orta Derecede Katılıyorum , 27’si ise (%28,13) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 18’ i Hiç katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 6. Anket Sorusu 2

Soru: Her gün sözlü, fiziksel şiddet veya bir tartışma yaşıyorum		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	11	11.46%
Çok katılıyorum	12	12.50%
Orta Derecede Katılıyorum	19	19.79%
Az Katılıyorum	27	28.13%
Hiç Katılmıyorum	27	28.13%
Toplam	96	100%

Tablo 6’da da görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Her gün sözlü, fiziksel şiddet veya bir tartışma yaşıyorum ‘ sorusuna hekimlerden 11 ’i (11,46) Tamamen Katılıyorum, 12’si (%12,50) Çok Katılıyorum, 19’u (%19,75) Orta Derecede Katılıyorum, 27’si ise (%28,13) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 27’si (28,13) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 7. Anket Sorusu 3

Soru: Şahit olduğum şiddet vakaları aniden oluştu		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	18	18.95%
Çok katılıyorum	29	30.53%
Orta Derecede Katılıyorum	26	27.37%
Az Katılıyorum	16	16.84%
Hiç Katılmıyorum	6	6.32%
Toplam	95	100%

Tablo 7’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Şahit olduğum şiddet vakaları aniden oluştu ‘ sorusuna hekimlerden 18 ‘i (18,95) Tamamen Katılıyorum , 29’u (%30,53) Çok Katılıyorum , 26’sı (%27,37) Orta Derecede Katılıyorum , 16’sı ise (%16,84) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 6’sı (6,32) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 8. Anket Sorusu 4

Soru: Tanık olduğum ya da yaşadığım şiddet öncesi sözlü bir diyalog söz konusuydu		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	30	31.25%
Çok Katılıyorum	45	46.88%
Orta Derecede Katılıyorum	13	13.54%
Az Katılıyorum	5	5.21%
Hiç Katılmıyorum	3	3.13%
Toplam	96	100%

Tablo 8’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Tanık olduğum ya da yaşadığım şiddet öncesi sözlü bir diyalog söz konusuydu ‘ sorusuna hekimlerden 30 ‘u (%31,25) Tamamen Katılıyorum , 45’i (%46,88) Çok Katılıyorum , 13’ü (%13,54) Orta Derecede Katılıyorum , 5’i ise (%5,21) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 3’ü (3,13) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir

Tablo 9. Anket Sorusu 5

Soru: Şiddet olayları bir diyalog üzerine değil bir vaka üzerine gelişti		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	7	7.29%
Çok Katılıyorum	15	15.63%
Orta Derecede Katılıyorum	39	40.63%
Az Derecede Katılıyorum	27	28.13%
Hiç Katılmıyorum	8	8.33%
Toplam	96	100%

Tablo 9’da de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Şiddet olayları bir diyalog üzerine değil bir vaka üzerine gelişti ‘ sorusuna hekimlerden 7 ’si (%7,29) Tamamen Katılıyorum , 15’i (%15,63) Çok Katılıyorum , 39’u (%40,63) Orta Derecede Katılıyorum , 27’si ise (%28,13) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 8’i (8,33) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir

Tablo 10. Anket Sorusu 6

Soru: Doğru iletişim olsaydı şiddet yaşanmazdı		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	12	12.50%
Çok Katılıyorum	20	20.83%
Orta Derecede Katılıyorum	17	17.71%
Az Derecede Katılıyorum	25	26.04%
Hiç Katılmıyorum	22	22.92%
Toplam	96	100%

Tablo 10’da da görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Doğru iletişim olsaydı şiddet yaşanmazdı ‘ sorusuna hekimlerden 12 ’si (%12,50) Tamamen Katılıyorum , 20’si (%20,83) Çok Katılıyorum , 17’si (%17,71) Orta Derecede Katılıyorum , 25’i ise (%26,04) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 22’si (22,92) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 11. Anket Sorusu 7

Soru: Sadece basit bir cümle yüzünden şiddet oluştuğuna tanık oldum		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	32	33.33%
Çok Katılıyorum	26	27.08%
Orta Derecede Katılıyorum	21	21.88%
Az Derecede Katılıyorum	11	11.46%
Hiç Katılmıyorum	6	6.25%
Toplam	96	100%

Tablo 11’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Sadece basit bir cümle yüzünden şiddet oluştuğuna tanık oldum ‘ sorusuna hekimlerden 32’si (%33,33) Tamamen Katılıyorum, 26’sı (%27,08) Çok Katılıyorum, 21’i (%21,88) Orta Derecede Katılıyorum, 11’i ise (%11,46) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 6’sı (6,25) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Bu tablo bir önceki tabloyla kıyaslandığında doğru iletişim ile şiddetin önleneyeceği konusunda konfüzyon yaşayan hekimler. Bu soruya 79/96 (%82,29) oranında katılmış ve şiddet sürecinin basit bir cümle yüzünden başladığını kabul etmişlerdir. Bu iki soru arasındaki fark hekimlerin diyalog konusundaki çelişkiyi gösterir bir veri olarak kabul edilebilir.

Tablo 12. Anket Sorusu 8

Soru: Meslektaşlarımla konuşurken Latince terim ve tanımları sıklıkla kullanırım		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	36	37.50%
Çok Katılıyorum	31	32.29%
Orta Derecede Katılıyorum	18	18.75%
Az Derecede Katılıyorum	9	9.38%
Hiç Katılmıyorum	2	2.08%
Toplam	96	100%

Tablo 12’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Meslektaşlarımla konuşurken Latince terim ve tanımları sıklıkla kullanırım ‘ sorusuna hekimlerden 36’sı (%37,50) Tamamen Katılıyorum , 31’i (%32,29) Çok Katılıyorum , 18’i (%18,75) Orta Derecede Katılıyorum , 9’u ise (%9,38) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 2’si (2,08) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Bu sorunun cevaplarından da anlaşılacağı gibi hekimlerin Latince- Yunanca kelimeler içeren jargonlarını kendi aralarında yoğunlukla kullandığı gözlemlenmektedir.

Tablo 13. Anket Sorusu 9

Soru: Hastalarla konuşurken farkında olmadan Latince terim veya tabir kullandığım oluyor		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	1	1.04%
Çok Katılıyorum	13	13.54%
Orta Derecede Katılıyorum	26	27.08%
Az Derecede Katılıyorum	43	44.79%
Hiç Katılmıyorum	13	13.54%
Toplam	96	100%

Tablo 13 'de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Hastalarla konuşurken farkında olmadan Latince terim veya tabir kullandığım oluyor ' sorusuna hekimlerden sadece 1'i (%1,04) Tamamen Katılıyorum, 13'ü(%13,54) Çok Katılıyorum, 26'sı (%27,08) Orta Derecede Katılıyorum, 43'ü ise (%44,79) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 13'ü ise (13,54) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Bu sorunun cevabına göre hekimlerin konuştukları kişiye göre kod değişimi yaptıkları ve bunun farkında olduklarını görmekteyiz ancak yine de yaklaşık % 15 lik bir kesimin zaman zaman bu değişikliği yapmayı atladığını kabul ettiğini görmekteyiz.

Tablo 14. Anket Sorusu 10

Soru: Hastanın sadece bir cümlesi benim tüm motivasyonumu bozabilmektedir		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	32	33.68%
Çok Katılıyorum	16	16.84%
Orta Derecede Katılıyorum	28	29.47%
Az Derecede Katılıyorum	14	14.74%
Hiç Katılmıyorum	5	5.26%
Toplam	95	100%

Tablo 14'de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Hastanın sadece bir cümlesi benim tüm motivasyonumu bozabilmektedir ' sorusuna hekimlerden 32'si (%33,68) Tamamen Katılıyorum , 16'sı (%16,84) Çok Katılıyorum , 28'i (%29,47)

Orta Derecede Katılıyorum , 14'ü ise (%14,74) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 5'i ise (5,26) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir. 1 Hekim bu soruya yanıt vermemeyi tercih etmiştir.

Tablo 15. Anket Sorusu 11

Soru: Hastanın bir söylemim üzerine aniden tepki verdiği oluyor		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	19	19.79%
Çok Katılıyorum	24	25.00%
Orta Derecede Katılıyorum	25	26.04%
Az Derecede Katılıyorum	23	23.96%
Hiç Katılmıyorum	5	5.21%
Toplam	96	100%

Tablo 15'de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Hastanın bir söylemim üzerine aniden tepki verdiği oluyor ' sorusuna hekimlerden 19'u (%19,79) Tamamen Katılıyorum, 24 ü (%25,00) Çok Katılıyorum, 25'i (%26,04) Orta Derecede Katılıyorum, 23 'ü ise (%23,96) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 5'i ise (5,21) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 16. Anket Sorusu 12

Soru: Ülkemizdeki sosyo-ekonomik şartlar sağlıkta şiddete yol açmaktadır		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	48	50.00%
Çok Katılıyorum	32	33.33%
Orta Derecede Katılıyorum	9	9.38%
Az Derecede Katılıyorum	6	6.25%
Hiç Katılmıyorum	1	1.04%
Toplam	96	100%

Tablo 16'da da görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Ülkemizdeki sosyo-ekonomik şartlar sağlıkta şiddete yol açmaktadır ' sorusuna hekimlerden 48' i (%50,00) Tamamen Katılıyorum , 32' si (%33,33) Çok Katılıyorum , 9' u (%9,38) Orta Derecede Katılıyorum , 6 'sı ise (%6,25) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken sadece 1'i ise (1,04) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Nitel olarak ana temalardan biri olarak tespit edilen sosyo-ekonomik şartların şiddete yol açması verisi nicel olarak da bu tablo ile desteklenmiştir.

Tablo 17. Anket Sorusu 13

Soru: Ülkemizde yaşanan siyasi kutuplaşma ve kullanılan siyasi dil sağlıkta şiddete yol açmaktadır		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	62	64.58%
Çok Katılıyorum	14	14.58%
Orta Derecede Katılıyorum	12	12.50%
Az Derecede Katılıyorum	6	6.25%
Hiç Katılmıyorum	2	2.08%
Toplam	96	100%

Tablo 17 'de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Ülkemizde yaşanan siyasi kutuplaşma ve kullanılan siyasi dil sağlıkta şiddete yol açmaktadır ' sorusuna hekimlerden 62'si (%64,58) Tamamen Katılıyorum, 14 ü (%14,58) Çok Katılıyorum, 12'si (%12,50) Orta Derecede Katılıyorum , 6 'sı ise (%6,25) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 2'i ise (2,08) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 18. Anket Sorusu 14

Soru: Hastane ortam ve koşullarının fiziksel şiddete etkisi çok büyüktür		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	45	46.88%
Çok Katılıyorum	27	28.13%
Orta Derecede Katılıyorum	18	18.75%
Az Derecede Katılıyorum	4	4.17%
Hiç Katılmıyorum	2	2.08%
Toplam	96	100%

Tablo 18'de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Hastane ortam ve koşullarının fiziksel şiddete etkisi çok büyüktür ' sorusuna hekimlerden 45' i (%46,88) Tamamen Katılıyorum, 27 si (%28,13) Çok Katılıyorum, 18' i (%18,75) Orta Derecede Katılıyorum , 4 'ü ise (%4,17) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 2'i ise (2,08) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 19. Anket Sorusu 15

Soru: Hastanın hekime ve tedaviye kolay (randevusuz, kontrolsüz) ulaşması şiddeti tetiklemektedir		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	67	70.53%
Çok Katılıyorum	17	17.89%
Orta Derecede Katılıyorum	8	8.42%
Az Derecede Katılıyorum	3	3.16%
Hiç Katılmıyorum	0	0.00%
Toplam	95	100%

Tablo 19’da da görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Hastanın hekime ve tedaviye kolay (randevusuz, kontrolsüz) ulaşması şiddeti tetiklemektedir.’ sorusuna hekimlerden 67’ si (%70,53) Tamamen Katılıyorum, 17 si (%17,89) Çok Katılıyorum, 8’ i (%8,42) Orta Derecede Katılıyorum , 3 ’ü ise (%4,17) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken Hiç Katılmıyorum şikkını işaretleyen hekim yoktur. Yine bu soruyu bir hekim yanıtsız bırakmıştır.

Tablo 20. Anket Sorusu 16

Soru: Eczane, Noter ve Ehliyet kursu gibi kurumların zaman zaman hastayı bize karşı kışkırttığına şahit oldum		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	44	45.83%
Çok Katılıyorum	16	16.67%
Orta Derecede Katılıyorum	20	20.83%
Az Derecede Katılıyorum	11	11.46%
Hiç Katılmıyorum	5	5.21%
Toplam	96	100%

Tablo 20’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Eczane, Noter ve Ehliyet kursu gibi kurumların zaman zaman hastayı bize karşı kışkırttığına şahit oldum ‘ sorusuna hekimlerden 44’ ü (%45,83) Tamamen Katılıyorum, 16 sı (%16,67) Çok Katılıyorum, 20’ si (%20,83) Orta Derecede Katılıyorum , 11 ’i ise (%11,46) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 5’i ise (5,21) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 21. Anket Sorusu 17

Soru: Hasta ile sağlıklı iletişim kurmak için yeterli zamanım yok		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	47	48.96%
Çok Katılıyorum	20	20.83%
Orta Derecede Katılıyorum	17	17.71%
Az Derecede Katılıyorum	8	8.33%
Hiç Katılmıyorum	4	4.17%
Toplam	96	100%

Tablo 21’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Hasta ile sağlıklı iletişim kurmak için yeterli zamanım yok ‘ sorusuna hekimlerden 47’ si (%48,96) Tamamen Katılıyorum, 20 si (%20,83) Çok Katılıyorum, 20’ si (%20,83) Orta Derecede Katılıyorum , 17 ’si ise (%17,71) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 4 ’ü ise (4,17) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 22. Anket Sorusu 18

Soru: Hastalar sıklıkla acil olmadığı halde acil hizmeti almak istemektedir		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	73	76.04%
Çok Katılıyorum	16	16.67%
Orta Derecede Katılıyorum	5	5.21%
Az Derecede Katılıyorum	2	2.08%
Hiç Katılmıyorum	0	0.00%
Toplam	96	100%

Tablo 22’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler Hastalar sıklıkla acil olmadığı halde acil hizmeti almak istemektedir ‘ sorusuna hekimlerden 73’ ü (%76,04) Tamamen Katılıyorum, 16 sı (%16,67) Çok Katılıyorum, 5’ i (%5,21) Orta Derecede Katılıyorum , sadece 2 ’si ise (%2,08) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirten hekim gözlenmemiştir.

Tablo 23. Anket Sorusu 19

Soru: Hastaların sıklıkla hastalığı olmadığı halde rapor istemektedir		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	43	44.79%
Çok Katılıyorum	27	28.13%
Orta Derecede Katılıyorum	21	21.88%
Az Derecede Katılıyorum	5	5.21%
Hiç Katılmıyorum	0	0.00%
Toplam	96	100%

Tablo 23'te de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Hastaların sıklıkla hastalığı olmadığı halde rapor istemektedir' sorusuna hekimlerden 43' ü (%44,79) Tamamen Katılıyorum, 27 si (%28,13) Çok Katılıyorum, 21'i (%21,88) Orta Derecede Katılıyorum, sadece 5'i ise (%5,21) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirten hekim gözlenmemiştir.

Tablo 24. Anket Sorusu 20

Soru: Hastalar sıklıkla benden etik olmayan veya kanun dışı isteklerde bulunmaktadır		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	30	31.25%
Çok Katılıyorum	23	23.96%
Orta Derecede Katılıyorum	30	31.25%
Az Derecede Katılıyorum	12	12.50%
Hiç Katılmıyorum	1	1.04%
Toplam	96	100%

Tablo 24 'de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler 'Hastalar sıklıkla benden etik olmayan veya kanun dışı isteklerde bulunmaktadır' sorusuna hekimlerden 30' u (%31,25) Tamamen Katılıyorum, 23'ü (%23,96) Çok Katılıyorum, 30'u (%31,25) Orta Derecede Katılıyorum, 12 'si ise (%12,50) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken sadece 1'i (1,04) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 25. Anket Sorusu 21

Soru: Özel hastanelerde şiddet vakalarının az olması randevu ve fiziksel şartlarla ilgilidir		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	26	27.08%
Çok Katılıyorum	32	33.33%
Orta Derecede Katılıyorum	29	30.21%
Az Derecede Katılıyorum	6	6.25%
Hiç Katılmıyorum	3	3.13%
Toplam	96	100%

Tablo 25’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Özel hastanelerde şiddet vakalarının az olması randevu ve fiziksel şartlarla ilgilidir ‘ sorusuna hekimlerden 26’sı (%27,08) Tamamen Katılıyorum, 32 si (%33,33) Çok Katılıyorum, 29’u (%30,21) Orta Derecede Katılıyorum, 6’sı ise (%6,25) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken 3’ü ise (3,13) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 26. Anket Sorusu 22

Soru: Özel hastanelerde şiddet vakalarının az olması sosyo-ekonomik şartlarla ilgilidir		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	28	29.17%
Çok Katılıyorum	42	43.75%
Orta Derecede Katılıyorum	22	22.92%
Az Derecede Katılıyorum	3	3.13%
Hiç Katılmıyorum	1	1.04%
Toplam	96	100%

Tablo 26’da da görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Özel hastanelerde şiddet vakalarının az olması sosyo-ekonomik şartlarla ilgilidir ‘ sorusuna hekimlerden 28’ i (%29,17) Tamamen Katılıyorum, 42 si (%43,75) Çok Katılıyorum, 22 ’ si (%22,92) Orta Derecede Katılıyorum , 3’ü ise (%3,13) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken sadece 1’i (3,13) Hiç Katılmıyorum şeklinde bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 27. Anket Sorusu 23

Soru: Hastaya konuyu hastanın sosyo-ekonomik durumunu göz önüne alarak açık bir şekilde anlatırım		
Yanıt	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	51	53.12%
Çok Katılıyorum	33	34.38%
Orta Derecede Katılıyorum	11	11.46%
Az Derecede Katılıyorum	1	1.04%
Hiç Katılmıyorum	0	0.00%
Toplam	96	100%

Tablo 27’de de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hekimler ‘Hastaya konuyu hastanın sosyo-ekonomik durumunu göz önüne alarak açık bir şekilde anlatırım ‘ sorusuna hekimlerden 51’ i (%53,12) Tamamen Katılıyorum, ,33 ü (%34,38) Çok Katılıyorum, 11 ’i (%11,46) Orta Derecede Katılıyorum , sadece 1 hekim (%1,04) az katılıyorum şeklinde değerlendirirken Hiç Katılmıyorum şikkını işaretleyen hekim olmamıştır.

SONUÇ

İlk olarak hekimin hastayla kurduğu iletişimde doğrudan bir yetişkin yetişkin ilişkisinin bulunmadığı hekimin biraz daha üst noktadan yaklaştığı durumların bir nedeni olarak kültürel farkla ilgili olarak Dr HB şunu belirtmiştir.

“Hekim arkadaşlar ki buna ben de dahilim daha ilkokul sıralarından Tıp fakültesine gelene kadar genelde başarılı ve örnek gösterilen arkadaşlar bu arkadaşlar içerisinde fakülte de başarılı olma konusunda ciddi bir süreçten geçiyorlar ve nihayetinde başarılı olarak mezun olup Tıp Doktoru unvanı alıyoruz. Başarısız olanlar eleniyor zaten. Hekim arkadaşlarımız çalışmalarını sürdürüyor uzman oluyorlar acil rotasyonuna giriyorlar nöbet tutuyorlar. Burada hastaya, hastanın hayatına dokunuyorlar, özgüvenleri artıyor ondan sonra herhangi birinin gelip bunu yapacaksın şunu yapacaksın demesi yanlış ilaç yazmışsın eczacı kalfası söyledi demesi hocam bize piyasada olmayan ilacı yazmışsın demesi ağır geliyor. İdeal bir açıdan bakarsak ağır gelmemesi lazım bunu tolere etmemiz lazım ama hem fazla hasta görmemiz hem de hasta profilinin zorlu olması bazen bunu katlanılmaz hale getiriyor.”

Dr HB’nin söylediği gibi tıp fakültesini kazanan kesimin genelde başarılı öğrenciler olması hatta ilkokuldan beri takdir edilen öğrenciler olması ve hastanın ona bilmiyorsun yanlış yazmışsın şeklinde yaklaşımı bir kültürel çatışmayı da beraberinde getiriyor. Bununla ilgili Ehrenreich “Tıp okullarında laboratuvar zorunluluğu kadınları ve Afrika kökenli Amerikalıları kabul eden çoğu okulu eledi. Dahası nüfusun sadece yüzde 5’inin üniversite diploması varken üniversite diplomasının şart koşulması tıp okuluna kabul edilenleri üst ve üst-orta sınıfla sınırlandırdı.” (2020:52), demektedir. Bu durum Türkiye’deki eğitim eşitsizliği göz önüne alındığı zaman benzer bir durum söz konusudur. Yine Ehrenreich şunu da ekliyor. “20. Yüzyılın neredeyse tamamında çoğu kişi için tıbbi tedavi muhakkak sosyal olarak kendinden üstün biriyle (göreceli ayrıcalıklı bir geçmişe sahip beyaz erkek) karşı karşıya gelmek anlamına geliyordu.”(2020:52). Bu durum Türkiye içinde belirgindir. Bu noktada sosyolekt oldukça önplana çıkabilir artık taraflar birbirinin anlamadığı bir dil konuşuyor olabilir bunun gerçekleşmemesi ihtimali gerçek olması ihtimalinden çok daha düşüktür. Pek çok hekim konuşmacının söylemlerinden de bu anlaşılmaktadır. Burada Humbolt’un

diyalogların toplumsal olması noktasındaki tespitini hatırlamak gerekirse toplumsal olarak bu uç farklılıkların olduğu süreçte diyaloglarda sorun yaşanması mümkün görülmektedir. Türk Tabipler Birliğinin çalıştayında bu konuya ilişkin hekimin başarılı ve bazen iyi bir sosyo ekonomik bir noktadan gelmesi veya zor bir sosyo –ekonomik coğrafyadan çıkıp içinde bulunduğu Gramsci’sel Habitat nedeniyle sosyo-ekonomik sınıf atlaması sonucu farklı bir sosyal grubun üyesi olması şu şekilde eleştirilir.

“Ama aynı zamanda, sunuşların birinde söylendi, hekimin tavrı da bir şiddet kaynağı olabilir. Fiziksel şiddet değil ama ‘simgesel şiddetin’ kaynağı olabilir. Bu, kişilerin tavırlarıyla ilgili bir şey değildir. Bu mesleklerin, ilgi alanlarının, toplumsal konumların belli bir hiyerarşiye göre dizilmesinin sonucu olarak o meslekî bilgiyi ve ehliyeti kazanmış olan insanlar da kendilerini belli bir iktidar konumunda görürler. Bu, içselleştirilmiş bir şey; üzerinde düşünülen bir şey değil. Dolayısıyla yeniden üretilir. Hekimler de her ne kadar önemli oranda şiddete mrüz kalsalar da şiddeti bir şekilde yeniden üreten aktörler olabilirler. İster istemez böyle olabiliyor; çünkü iktidar tek odaklı tek merkezli tanımlanabilecek bir şey değil. Her yerde var. Ve bu liberal sıralama olduğu sürece de olacaktır.”(TTB 2009:13).

Bu özeleştirmeden de görüleceği üzere bu düşünce sadece bu görüşmedeki hekimlere ait değil bundan çok daha önce dile getirilmiş ve özeleştirilmiştir ama bu durum onlarca mezun verilmesine rağmen üniversitelerde hala çözülememiş gibi görülmektedir. Tıp fakültesine yeni başlayan öğrencilere Dekan Bey/Hanım’ın yapmış olduğu konuşmada sizler bu ülkenin şöyle değerli öğrencileri/bireylerisiniz konuşmasından başlayan bir süreç olarak görülebilir. Görüşmeler esnasında Dr FB nin üniversiteye girdiği yıl karşılama konuşmasında şu cümlelerle fakülteye kabul edildiğini belirtir.

“Tıp fakültesindeyken dekan bey bize biz tanrıyla insan arasında bir yerdeyiz. Mimarlar ve doktorlar tanrının yeryüzündeki gölgeleridir dedi. Bu cümleyi duyan bir çocuk hastaya kendisiyle eşit bir gözle bakabilir mi?” cümlesi buna çok güzel bir örnek olabilir. Bu cümlede üniversiteye yeni girmiş ağır bir tıp eğitiminden geçecek olan hekim adaylarını rahatlatmak onlara özgüven aşılama amacı olsa da bu hekimin kendisini ileride hasta ile kültürel olarak aynı düzlemde görmemesi durumunda dilsel olarak da aynı düzlemde olamayacağı anlama geliyor. Bu konuda birinci sınıf öğrencilerinin iletişim dersine giren Solakoğlu çalışmasındaki bir örneği çalıştayda şu şekilde anlatıyor:

“...bazı öğrenciler, evet hastaya güler yüz göstermek ve empati yapmak gerekir derken bazıları da diyor ki, ‘Hastaya yalakalık yapmak zorunda değilim. Doktorlar dizisindeki gibi iyi doktoru oynamam, ben hekimim, o bana muhtaç, ben anlatırım anlarsa anlar anlamazsa çeker gider’...Bunu söyleyen birinci sınıf öğrencisi. Ve hekimliğe karşı böyle bir iktidar ve güç duygusu ile yaklaşan öğrenciler var.” (TTB 2009:26).

Bu durum aradaki kültürel ve sosyal farkı çok açık bir şekilde ortaya koyuyor hekim ile hasta burada yetişkin- yetişkin ilişkisi kuramıyor. Hekim çoğunlukla kendisini bir üst noktada hastaya dikte eder durumda buluyor. Bu hem hekimin kendisini yönlendiren kişi olarak diyalogu yöneten pozisyonda görmesinden hem de hastanın hekime olan saygısının ve hastalığa olan korkusunun baskısı altında ne yapmam lazım düşüncesinin etkisi ile oluşabilmektedir. Bu süreçte diyalogda hekim tarafından bir dikte sürecine geçilebiliyor. Ve çok tanıdık gelebilecek

- Tereyağını kesinlikle kesiyorsun
- Artık yemeklerde tuz olmayacak
- Sigara bugünden itibaren yasak

Vb emir cümleleri peş peşe gelmeye başlamaktadır. Burada iletişimde hekim hastaya dikte eden ona hâkimiyet kuran bir dil kullanabilmektedir. Söz konusu sağlık olduğunda bu dil çok doğal hatta caydırıcılık açısından değerli veya olması gereken olarak görülebilir. Ancak bu dili bir poliklinik sürecinde elli farklı kişiye kullanan bir kişinin ilerleyen süreçte kullandığı gündelik dil de etkilenebilir. Gündelik dilinde hastanede kullandığı mesleki jargonu kullanmasa bile mesleki hayatında hastaya bu şekilde konuşması gayet doğaldır. Bu mesleki dilsel yaklaşım zamanla oturarak bir dilsel iletişim modeli haline gelebilir. Hekim çekişmeli durumlarda da bu dili kullanacak olursa bu karşı taraf için rahatsız edici bir unsur olabilmektedir. Sonuçta sadece mesleki jargon değil hekimin kullandığı hükmedici dil de iletişimi bozan toplumbilimsel unsurlardan biridir. Ayrıca diyalogun sağlıklı olması söylemin amacına ulaşması için hasta – hekim arasında bir işbirliği olmalıdır. Hekimin haklı da olsa sağlık problemi için hastayı suçlaması bu işbirliğine zarar verebilir.

Özelikle acil servisle ilgili dilsel iletişimin kısıtlı olması ve tüm acilde görev yapan hekimlerin görüşmelerinde belirttiği gibi acil servise acil tıp desteği almak yerine poliklinik hizmeti alması gereken hastaların hatta ilgi ve alaka görmek için gelenlerin yaratmış olduğu ve şiddete dönebilecek diyalogların yaşanmasına sebep olduğudur. Bununla ilgili olarak edebi bir eser olmasına rağmen gerçek acil hastasının acil serviste görmüş olduğu sürecin diğer hastalar tarafından nasıl algılandığına dair örnek Rengel'den gelir. “Acil servisin bekleme salonuna gelir böyle tipler, sen o sırada üç saatten fazla süredir bekliyorsundur, bir sandalye üzerinde sıra beklerken ölüyorsundur, bunlar gelir bir ilaca alerjileri olduğunu söyler ve sabahın köründen beri sıra beklemekte olan bizlerin önüne geçerler.” (2023:128). Aslında acil serviste oturabilecek hatta üç saat bekleyecek kondisyonundaki bir hasta aslında acil servisin hastası değildir. Ancak çalışma sürelerinin uzun olduğu gelişmekte olan ülkelerde polikliniklerin hizmet verme süresinde kişiler iş hayatında olduğu için önleyici tıp hizmetlerini veya temel poliklinik hizmetlerini alamamaktadırlar. Bu durumda rutin kullandıkları ilaçlarını dahi yazdırmak için acil poliklinik hizmetlerine başvurdıkları gözlemlenmektedir. Sırf bu nedenle vardiya polikliniği adı altında akşam 17 ile 22 saatleri arasında poliklinik hizmeti açılrsa da yılların alışkanlığı ve yeterli duyurunun yapılmaması nedeniyle bu sistem oturmamıştır. Sistemin işlediği yerlerde bu sefer yoğunluk vardiya polikliniğine geçtiğinden aynı sorunlar bu polikliniklerde de baş göstermektedir. Burada yaşanan sıkıntılar bekleme süreleri var olan diyalogların daha sert geçmesine neden olmaktadır. Hasta'nın (gerçek hasta) içinde bulunduğu psikolojik durum ve ağrıya, acıya bağlı tahammülsüzlük bu noktada aynı psikolojinin hasta yakınına sert bir şekilde yansması hasta yakının hissettiği yüksek sorumluluk ile ajite bir biçimde sert keskin ve kırıcı diyaloglara girdiği gözlemlenmektedir. Bu durumda hastadan daha zor diyalog kurulabilen bir hasta yakını profili ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta şiddetin bir kısmı bu hassas ve ajite hasta yakınlarından çıkmaktadır. Hekim görüşmelerinde pek çok katılımcı hasta yakının hastadan daha çok dikkat edilmesi gereken ve göz önünde bulunması gereken bir öge olduğunu belirtmişlerdir. Hekime yapılan sözlü veya fiziki saldırıların ciddi bir bölümünün hasta yakını veya yakınları tarafından yapıldığını görülmektedir. Acil ile ilgili Arel'in çalışması şu sonuçları vermektedir. Hekimler nicel çalışmada anket sorularına yüzde 92 lik bir oranda acil hastalarının acil olmadığı halde acil hizmeti almak istediklerini belirtmişlerdir.

“Fiziksel saldırı da çok. %87 gibi bir oran, %29’u her gün. Yani bunlar kabul edilebilir düzeylerde değil. Genellikle akşamüstü oluyor ve polise başvuruda %40 civarında yani %60 yine şikayet edilmeden kalıyor. Yani %40 bana göre iyi bir rakam çünkü %70ler’den, %80ler’den, %90lar’dan bahsediyorlardı başvurumama oranlarını. Mahkemelik olanlar maalesef %33. Mahkemelik olanlardan %66’sı bir kez, %33’ü birçok kez, bir personel de beş kez mahkemelik olmuş. Tabi orada personel faktörü de işin içine girebilir. Saldırıyı yapanlar genellikle normal görünümlü kişiler ve çoğunlukla hasta yakınları. Zannediyorum geçen haftaki bir haber bu; hasta aşırı alkolden sonra göğsüm ağrıyor diyor, 112’yi çağırıyorlar, 112 geliyor -doktor, hemşire-, elektro çekmek istiyorlar, müdahale edip hem hemşireyi hem doktoru dövüyor.” (TTB 2009:13) Bu oranlar çok yüksek gibi gözükebilir ancak bunu yurtdışında yapılan çalışmalar ile kıyaslandığında acil noktasında paralellik göze çarpmaktadır. “Kanada’da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama sıklığı %60 olarak tespit edilirken, sözel şiddetin %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların %73’ü şiddete uğramalarından dolayı hastalardan korktuklarını söylerken, %74’ünde iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada şiddete maruz kalanların %67’sinin uğradığı şiddeti rapor ettiği görülmüştür (Fernandes vd. 1999 akt., Annagür, 2010, s. 163). Bu konuda en net özet çalışmaların derlenmesiyle Tezcan ve Yavuz’un çalışmasında şu şekilde yapılmıştır. “Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, sağlık alanında şiddetin çok sık olduğu ancak az bildirilmektedir. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte, genel ortak kanı özellikle ülkemizde çalışanların haklarını savunacak yasal düzenlemelerin olmamasıdır.”(2017:73). Hekim şikayet sonucu bir sonuç çıkmayacağının farkındadır. Bu süreci uzatacak olursa kendisi ve ailesi tehdit altında kalabilecektir. Şiddet konusunda Çocuk Acil’ler en fazla hasta yakını şiddeti yaşanan Acil bölümüdür. Çocuk hastanın yakını son derece hassas bir durumdadır. Hasta özel bir pozisyonudur. Kendisi için neyin doğru olduğunun idrakinde olmadığı için bu tür hastalardan kan almak, damar yolu açmak çok zorlu bir süreç haline gelmektedir. Burada Hasta yakını tepki göstermekte Hekimler çoğunlukla hakaret içermeyen ancak hekime mesleki olarak kendisini yetersiz hissettirecek bu cümlelere anlayış nedeniyle sessiz kalmaktadır. ‘Bir türlü kan alamadınız, çocuğun kolunu mahvettiniz. X hastanede bir seferde almışlardı’ gibi hekimlerin aklında kalan bu cümlelere hekimler sessiz kalmakta hasta yakınının sakinleşmesini beklemektedir.

Çocuk veya Adölesan¹⁵ bireylerin yanına mutlaka hasta yakını alma zorunluluğu burada hasta yakını ile farklı bir iletişim dili kurmak zorunlu görülmektedir. Erken ergenlik sonrası adölesanların hızla bireyleşmesi ve dolayısı ile diyalog kurulacak kişi sayısı soru soran kişi sayısı artmış ve bu soruları soran hastanın ve hasta yakınlarının öncelikleri değişir hale gelmiştir. Burada yaşanan zaman kısıdı ve dışarıda bekleyen hastaların sürekli olarak sıralarını kontrol amaçlı içeriği gözle kontrolü, acil servisleri dil ile iletişimde kaotik ve risk yönetimi yapılması gereken bir ortam haline getirebilmektedir. . Bu nokta da acil servis yapısı gereği iletişimin kısıtlı olması, diyalog kuran tarafların dilsel kısıtları göz önüne alındığında sadece acil servis için özel bir iletişim modeli geliştirilmesi gerekmektedir. Burada Kaynak ve alıcı doğal ve düzgün iletişim kuramamaktadır. Hekim sürekli hareket halinde bir nöbetçi uzman ile birlikte gözlemde hastalara müdahale etmek için hareket halindedir. Hastaları 2-3 dakika dinleyebilmektedir. Bu süreçte hasta veya hasta konversif ise hasta yakını ile kurulan iletişimde net kısa ve öz cümleler kurmak durumunda kalabilmektedir. Hasta ve Hasta yakını aslında çok net ve yorum, tahmin, öngörü dışında direk bilgiye ulaştığı halde aldığı cevabın kısalığı karşısında ayrıntıya ihtiyaç duymaktadır. Hastanın durumu stabil dense bile hassasiyeti nedeniyle 10-15 dakika da bir bilgi almaya ihtiyaç duymaktadır. Ancak Acil serviste bu hastalardan çok acil olmayan hastalar sorun çıkarmaktadır. Yapılan anket çalışmasında hekimlerin %92'si hastaların acil bir problemi olamadan acil servise geldiğini belirtmiştir. Katılımcı hekimlerden CT “Acil nöbetinde gece 11.30’da kepek için gelen hasta var.” Diyerek bu konunun ne kadar suiistimal edildiğine dikkat çekmiştir. Acil hekimi gerçekten bir acil görevi yaparken ileri derecede yanık veya Akut MI ile uğraşırken hastaların mantık çerçevesi dışında istekleri hekimlerin imgeleminde hasta olarak belirledikleri kavramı mantıkdışı, uzlaşmaz bir kavram olarak etiketlemelerine neden olabilmektedir. Türkiye’de acil ile ilgili olarak sosyal medyada bir paylaşım yapan Brk_Slgn rumuzlu hekim acil servislerden şu şekilde bahsetmiştir : “Acil servisler Türk sağlık sisteminin güvenlik müşiri, basınç emniyet valfi, tahliye borusu, sifon filtresi, kaçak akım rölesidir. Türk halkının kendini sağlık açısından güvemde hissetmesini sağlayan koca bir illüzyondur. Türkiye’da aciller kendi işi dışında her şeyi istemeden yapan, nadiren acil vaka geldiğinde üstün çabaları desteklenmek yerine eleştirilen ‘vatandaşın vergisiyle’ alınan eğitimin vatandaş

¹⁵ Adölesan çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilir. On ile Ondokuz yaş arası bireyler Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından Adölesan kabul edilir. (Daysan, Güler 2024:27)

sayesinde hiç edildiği sosyal güvenlik sisteminin oluk oluk kanını emen parazittir. Tek başına memleketi 1.5 kez muayene eden 1. Basamaktır , her çeşit hastanın tedavisini veren 2. Basamaktır, yer olmadığı için her türlü yoğun bakım hizmetini süresiz veren 3. Basamaktır. Yani sağlık sisteminin bütünüdür. Hastanelerin 7/24 açık tek kapısı, idareci gözünde ‘hastanenin vitrini’ ama en problemli personelin gönderildiği haritadan seçilen en istenmeyen şehirdir. Acil servis ‘acele servistir.’ Bizim işimiz acildir. Köyden geldiktir. Gündüz işimiz vardı randevu bulamadıktır. Bir baksanız ne olur, şu ilaçları yaz da gidelim, serum takmazsan gitmemdir. Aciller varımız yoğunumuzdur, olmazsa olmazımızdır. Aynı zamanda olmaz olsun, babamı burada öldürdüler, o kadar geldik gittik annemin hastalığını bulamadılardır. Allah düşürmesin ama eksikte etmesinimizdir...Acil kırkyamadır.” (Brk_Slgn 2022). Bu ifadelerden de anlaşılacağı üzere acillerde var olan sorunlar sadece sistemsel ve polikliniğe has değildir sosyo – ekonomik şartlar da etkilidir.

Hekimlerin verdiği yanıtlarda sosyo-ekonomik şartlar olarak belirtilen parametre ile şiddet arasında bir korelasyon kurulmakta ve sosyo-ekonomik şartları düşük olan hasta grubundan daha çok şiddete varan tepkiler aldıklarını belirtmelerine rağmen Metin Aydın ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada “Sonuç olarak Isparta ve Burdur’da az eğitilmiş ama ekonomik olarak zengin görülen kesim daha fazla şiddet uygulamakta” sonucu gözlemlenmiştir. (TTB 2009:7) Burada Balcıoğlu’nun Türkiye’deki göç yeniden kentleşme ve göç eden unsurların bir altkültür oluşturması ve toplumdilbilimsel açıdan kendi kültürünü bu kültürel dili kullanması sen ve ben, ben ve öteki kavramlarını oluşturması tezi tekrar akla gelmektedir. Görüşmelere katılan tecrübeli hekimlerin geçmişte hekime bir saygı vardı söylemleri bu sosyo-ekonomik ve kültürel farklılığın yeni bir köykentli kültürün oluşturduğu yapıya bir itiraz olarak değerlendirilebilir. Görüşmeye katılan hekimlerden pek çoğu sosyo - ekonomik şartların etkisinin sağlıkta şiddete etkisini vurgulamışlardır. Nicel sonuçlara göre hekimler sosyo-ekonomik şartların şiddete yol açtığını % 50 oranında onaylamaktadırlar. Ayrıca hekimler % 58 oranında hekim hastanın sosyo-ekonomik şartlarına göre kod değiştirdiğini belirtmiştir. (Tablo 16)

Akay bu konuda şu şekilde bir değerlendirme yapmıştır. “Bizim milletimiz iki meslek grubuna karşı çok insafsız : Öğretmenlere ve hekimlere. Ve bu iki grup da kendisine şiddet uygulayana aynı şekilde cevap veremez.” (Tantekin 2024).

Ayrıca Çınarlı ve Yücel’in çalışmasından aktaran Solmaz ve Duğan “Tıp mesleğinin kültürel otoritesi ile ilgili çalışmalar yapan Gabe, 2000’li yıllardan sonra enformasyonun küreselleşmesinde ve hastaların bilinçlenmesinde artış olduğunu ortaya koyarak, bunun sonucunda hastaların doktorlara daha az güven duymaya başladıklarını dile getirmiştir.” (2018:191) Burada hekimlerin sosyo - ekonomik şartları çok kötü olan bir hasta grubunun hekime daha çok saygı duyduğunu ve sorun çıkarmadığını söyleyen katılımcılar mevcuttur. Dr HB görüşmede “Eskiden doktora bu insan okumuş diye bir saygı vardı. Şimdi Google olduğu için birinci basamak hekimin hasta gözünde hiçbir önemi kalmadı” cümlesini kurmuştur. Ayrıca hekimlerden SM en çok problemi sağlık okuryazarlığı gelişmiş nispeten sosyo ekonomik imkânları artmış hasta ile yaşadığını vurgulamış hastaların teşhis için gelmeden önce kendisine google arama motoru aracılığı ile teşhis koyduğunu ve bunların tedavisine müdahale ettiğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra hekimlerden İHÖ yapılan görüşmelerde “Burası üniversite hastanesi semptomu olmadan gelen hasta var ve niteliksiz bir hasta. Ulaşabildiklerini bildikleri tetkikler konusunda özellikle instagramdan duydukları bazı minerallerin vücutlarında var olup olmadığının tespiti için acilden tetkik istiyorlar. Sağlık okuryazarlığının dezavantajlarından biri bu. Bundan dolayı eğitimimden farklı olarak insan faktörü daha önemli. Kırsal kesimden gelip çok saygın olan hasta var iken. Okumuş ve sağlık sistemini eleştiren aydın kesimli insandan bazen daha fazla sözlü şiddet görüyoruz” demiştir. Bir başka katılımcı olan doktor SM sosyo - ekonomik olarak gelişmiş hastalarla hiç gelişmemiş hastalarda sorun yaşamadığını bir grup hiçbir şey bilmediği için kendini hekime bırakmakta sosyo - ekonomik olarak iyi durumda olan ise zaten konuyu bildiğini ve sorun çıkarmadığını aradaki bir kitle ile daha çok sorun yaşadığını vurgulamıştır. Sosyo - ekonomik şartlar denildiği zaman genellikle hekimin kafasında sağlık okur yazarlığı yüksek hasta grubu gelmektedir. Burada toplumdilbilimsel açıdan toplumda oluşan kutuplaşmanın dışında farklı sosyopolitik grupların dil kullanımı açısından farklı bir biçimde yaklaşımı hekimleri alıştıkları hasta profilinin dil kullanımının dışında bir yaklaşım içerisine girmesinden rahatsız oldukları

gözlemlenmektedir. Sosyo – ekonomik yapı değiştikçe kullanılan dil değişmekte sağlık okur yazarlığı arttıkça dilde tıbbi terimlerim arttığı hastalıkların Latince ismiyle bilinmeye başlandığı (reflü gibi) hastaların kullandığı dilin hekime yaklaştığı ancak yine de hekimle bir çatışmaya yol açtığı gözlemlenmiştir. Burada dil seviyesi dengelendiği halde otorite bilgi açısından eşit değildir. Dile ne kadar hakim olursanız olun hekimin bilgiden kaynaklanan otoritesi diyaloga tetiklenmiş olarak dahil olmaktadır. Yapılan nicel çalışmada anket sorularına hekimler kendi aralarında Latince konuştuklarını %67 oranında kabul etmişlerdir. Bu hekimlerin büyük bir çoğunluğunun Latince ve Yunanca kelimeler içeren mesleki bir jargon kullandıklarını göstermektedir. Ayrıca hekimlerin yüzde 15’i hastalarla diyaloglarında farkında olmadan Latince kelimeler kullandıklarını kabul etmişlerdir. Bu oran ciddi bir oranda hastanın dilsel olarak hekimle iletişimde sorun yaşadığını doğrulamaktadır.

Görüşme yapılan hekimlerden sadece FB Üniversitede bir iletişim dersi olduğundan bahsediyor:

Evet iletişim sorunu var. Ama mesela üniversitede iletişim dersi vardı. O dersi vermeden geçemedik seneyi. Zorunlu dersti. Model hastalar olurdu. Bir hasta kapıdan içeri girdiği andan itibaren provası yapılırdı. Hasta taklidi yapan arkadaşlar farklı tiplere bürünürlerdi. Bazıları normal hasta olmazdı. Problem yaratan hasta olurlardı. O ilacı istemiyorum diye diretirdi. Bu noktada hekimin tutumu çok kıymetliydi. Mesela yazılan ilacı istemezdi. Hiddetli bir şekilde konuşurdu. Ailesiyle yaşadığı sorunu kendiyile birlikte getirmiş olabilirdi. Hocamız da bizim tepkilerimizi ve iletişimimizi izleyip notunu verirdi. Şu anda hizmet içi eğitimlerde bunlar konuşuluyor... İşte bizim zamanımızda üniversitede öğretilirdi. Ama bence üniversitede öğretilmesi gerçekten mantıklıydı. 10 yıl sonra hizmet içi eğitimle verilen iletişim dersinin bir anlamı yok bence.”

Burada hekim FB nin bahsettiği eğitimden daha önce bahseden olmamıştı bu noktada TTB’nin çalıştayında soru cevap bölümünde araştırmacı Solakoğlu ile katılımcı hekimler arasında şöyle bir diyalog geçmiştir.

“Ben de doğrusu iğneyi önce kendimize batırmaktan ve hekimin hasta üzerinde taşıdığı iktidarı irdelemekten yanayım. Öğrencilerimizin daha birinci sınıftan bu iktidarı kendilerinde hissettiklerini görmek bana da çok çarpıcı geliyor. Burada bulunan hekim arkadaşlara sormak istiyorum, aranızda mezuniyet öncesi eğitim, yani ilk altı yıllık eğitimi sırasında ‘tıp hukuku’ dersi alan var mı? Yok. Kötü haber vermek için ‘ölgül teknikleri’ uygulamalı olarak denediniz mi? Hayır. ‘Empati’ konusunda ilk altı yıllık eğitimde herhangi bir uygulama yaptınız mı? Bir kişi var. Celal Bayar Üniversitesi’nden bir kişi çıktı... ‘İletişim becerisi’ konusunda uygulamalı bir yaklaşım öğrendiniz mi? O da yok. ‘Zor hasta-hekim görüşmesi’ konusunda uygulamalı ya da kuramsal bir eğitim alan var mı? Yok. Bunları mezuniyet sonrasında alanlar var mı? 9 kişi saydım. Çok teşekkürler. (TTB 2009:25).

Burada hem bir önceki konuda H.B’nin vurguladığı hekimin kendini değerli görmesi ve bunu hasta üzerinde bir iktidar aracı olarak kullanmasına ilişkin bir eleştiri vardır. Soru cevap bölümünden de anlaşılacağı üzere FB’nin bahsettiği bu tip bir eğitimin çok az bölümde olduğu büyükşehir üniversitelerinin çoğunda olmadığı görülebilmektedir. FB bu eğitimleri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde hem aldığını hem de uyguladığını ve sonuç da aldığını belirtmektedir. Hastaya daha doğru yaklaşmak için iletişim ile ilgili eğitimlerin fakültelerin ilk altı yıllık sürecinde verilmesi gerektiği ve hekimin internlik dönemi dâhil bunu kullanması literatürlerde hekimin eğitimi kısmında sıklıkla vurgulanmaktadır. Hekimlerin eğitim süreci ile ilgili yine Dr HB nin “Bizim zamanımızda üniversitede doktor olamaz bu diye elenen kişiler vardı. Şimdi herkes giriyor ve mezun oluyor. Bu eliminasyon yok artık.” Hekimliğin uygulamalı bir meslek olduğu ve örneğin kandan korkan birinin hekimlik yapamayacağını kastetmektedir. Günümüzde bu durumdaki öğrenciler için o zaman preklinik okur mikrobiyolog vb. olur denmektedir. Ancak bir trafik kazasına müdahale etmesi gerektiğinde veya uçakta oluşan bir kalp krizi esnasında doktor var mı anonsuna deontolojik açıdan ben doktorum ama hiç hasta görmedim diyemez. Bu tip vakalara müdahale etmesi gerekmektedir. Bu nedenle hekim olacak kişinin bu mesleğin uygulamalı bir meslek olduğunu bilerek seçmesi gerekir görüşünde hekimler arasında hakimdir. Nicel araştırmalarda hekimlere göre şiddet öncesinde bir diyalog olduğu yüzde 78 oranında çok katılıyorum ve katılıyorum tercihinin tercih etmişlerdir (Tablo 8). Bunun yanı sıra hekimler şiddet olaylarında yüzde 33’e varan oranlarda doğru iletişim olsaydı şiddet yaşanmazdı demişlerdir (Tablo 11).

Anlaşılmaktadır ki iletişim sağlıkta çok ciddi bir öneme sahiptir. Hatta Akay’a göre “Doktorluk/Cerahlık aynı zamanda bir iletişim sanatıdır. Yıllardır farklı ülkelerde yaşayan biri olarak net söyleyebilirim ki, Türk hekimlerinin empati kurma soruna çözüm bulma becerisi çok ayrı bir yerde durur”

Çözüm ile ilgili olarak bir sağlık çalışanından gelen ve yüzde yüz başarı ile çalışan ve halen geçerli olan tek çözüm önerisi şu şekildedir: “Bence şiddete uğramak istemiyorsanız, anesteziist olun derim, ben bir anesteziistim ve 21 yıllık meslek hayatımda hiç şiddete uğramadım. Neden diye sorabilirsiniz. Hemen cevabını vereyim. Bildiğiniz gibi şiddetin hasta ve hasta yakınları tarafından uygulandığı söylendi. Biz de, hasta yakınlarını ameliyathaneye almadığımızdan dolayı zaten riski yüzde 50 azaltmış oluyoruz. Geriye hasta kalıyor. Bunun da önlemini biz zaten alıyoruz. Biliyorsunuz hastaya pre-medikasyon¹⁶ veriyoruz. Yani hasta yarı baygın geliyor. Ancak hastaya ‘gözünü aç’ dediğimiz zaman hasta gözünü açabiliyor. O halde zaten şiddet uygulama riski de çok zayıf. Biz ilk fırsatta da hastayı uyuttuğumuz için yine [0] ihtimal var.” „, yaşanmış bir örneği de size pratik bir çözüm olarak sunabilirim.” (TTB 2009:30). Burada kullanılan sarkastik dil bile hekimlerin ne kadar umutsuz olduğunu göstermektedir. Bu umutsuzluk tıp fakültesini bitirip Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girecek hekimlerin tercihi bile etkilemektedir. FB yapılan görüşmede “Artık üniversitedeki çocuklar ben hasta görmek istemiyorum. Diyebiliyorlar ve bunlar cildiye, fizik tedavi ve patoloji gibi nöbeti olmayan branşlar seçiyorlar” cümlesi bu süreci net bir şekilde ifade etmektedir.

Pek çok katılımcı siyasetin dilinin hekimlere yönelik şiddeti körüklediği düşüncesindedir. Bu konuda Özcan ve Yavuz’un Sarcan’dan aktardığı şu satırlar literatürde geçen en saf örneklerden biridir : “Hekimliğin saygınlığı azalmış, halkın gözünde hekimlik değersizleşmiştir. Hekimlerin aleyhine yapılan açıklamalar, sağlık çalışanlarına yöneltilen mobbing, hastaların şiddet davranışını tetiklemekte, doktorlar adeta “az çalışıp çok kazanan kişiler” olarak gösterilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik tepkiler hekimlere yönelmektedir. Bir başka sorun da bazı politikacıların, geniş kitleler karşısında hekimleri suçlayıcı konuşmaları ve söylemleridir. Bu tür tavırlar,

¹⁶ Hastanın ön anestezi alması

hekimleri halkın gözünde potansiyel suçlu konumunda göstermektedir.” (2017:73). Nitekim Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu çözüm önerileri konusunda bu noktaya şu şekilde dikkat çekmiştir: “Topluma önder olan, rol model olan kişilerin; siyasiler, sanatçılar, toplum tarafından kabul edilen uzmanların sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz söylemlerde bulunmamaları, hem mesleki saygınlığın korunması hem de bireylerin sağlık hizmetlerinden mümkün olmayan beklentilere girmelerini engelleyerek şiddeti azaltacaktır. Bahsi geçen kişilerin bunun yerine sağlıkta dönüşümü daha iyi anlatmaları çok daha etkileyici bir yöntem olacaktır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı da Sağlıkta Dönüşüm Süreci’ni topluma daha iyi anlatacak yöntemler benimsemelidir.” (2013:190).

Burada özellikle sadece siyaset değil sosyal medya da ve medyadaki dil hekime olan algıyı etkilemektedir. Örneğin bir internet sitesinde yapılan bir gıda desteği ilanında yer alan ‘doktorlar bunu saklıyor’ (Bkz. Resim 03) cümlesi sanki hekimler hastanın iyileşmesini istemiyorlarmış iyileşmesin diye bu formülü gizliyorlarmış böylece hasta sırtından para kazanıyorlarmış gibi bir intiba bırakmaktadır. Bu gizli dil toplumda hekimlerin nasıl görüldüğünün bir göstergesi olabilir. Bir başka internetten satılan ve içeriği bilinmeyen ürünün reklamında ‘doktorlar on günde olan değişime şaşı kaldı’ cümlesi hekimlerin aslında tedavide doğru olmayan bir yöntem uyguladığı asıl şifa kaynağının başka bir yerde olduğu (Doğa, doğal beslenme, bazı bitkiler, çaylar vb.) vurgusu yapılmaktadır. Bu noktada medyanın şiddete etkisi ile ilgili olarak yine Tezcan ve Yavuz’un çalışmasında Sarcan’ın çalışmasına dikkat çekilmiştir. “Acil tıp uzmanı Sarcan 2013’te hazırladığı uzmanlık tez çalışmasının sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddetin nedeni olarak: “medyada tahrik edici haberler, yayınlar ve filmlerin yer alması ve siyasetçilerin sağlık çalışanları aleyhine olan beyanları” gibi faktörler olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada, “şiddetin bir hak arama yöntemi olduğu düşüncesine katılanların oranı (%20,3)” hiç de küçümsenmeyecek durumdadır.” (2017:71). Bu konuda sadece medya ile ilgili yapılan bir çalışmada

“...ulusal gazetelerin yaptığı konuyla ilgili haber başlıkları ve içerikleri incelendiğinde; ‘Kör bırakan ihmale 4 milyon lirayı bulan tazminat’, ‘Mide küçültme ameliyatı iki çocuk babasının sonu oldu’, ‘Karin ağrısıyla hastaneye gitti, hayatı karardı’, ‘Sezaryen sırasında karnında bant

unutuldu', 'Mide ameliyatında kalbini kestiler', 'Doktor tamamen yalan söylüyor', 'Kırık kol için girdikleri hastanede cansız bedeniyle çıktılar' gibi başlıklar kullanıldığı görülmüştür. Bu haberlerin içeriğine bakıldığında tamamen tek taraflı bakış açısı ile oluşturulmuş, hastaların doktorlar tarafından mağdur edildiğine inandırılmaya çalışılan, kimi zaman tıbbi tanımlamalardan ve uygulamalardan bihaber, tamamen izleyicinin, okuyucunun ilgisini artırmak uğruna sağlık çalışanlarını değersizleştiren, itibarını zedeleyen söylemler kullanıldığı görülmüştür.” (Kaya ve Tok 2010:218).

Bunun yanı sıra Kaya ve arkadaşları şu başlıkları da tespit ederek gerekçesi ile sunmuşlardır.

“ Bu tarzda yapılan haberler içerisinde ‘7 aylık hamile doktorun karnına tekme’, ‘Sülale halinde doktora saldırdılar’, ‘Doktora bayıltan dayak’, ‘Silahla vurulan hastaya müdahale eden doktoru hastanelik ettiler’, ‘Uyanmayan oğlunu öldü sanınca doktoru sopayla dövdü’, ‘Antalya’da acil servis doktoruna demir çubuklarla saldırdılar’ şeklinde başlıklarla şiddet uygulayanı güçlü olarak yansıtip doktoru ve doktorluk mesleğini itibarsızlaştıran, şiddeti meşrulaştıran, değerleştiren, popüler tutan, sıradanlaştıran, kanıksatan ve bayağılaştıran söylemler, ‘İlaç yazmadı diye doktora saldırdı’, ‘Ölüm haberi veren doktorun burnunu kırdılar’, ‘Ambulans önüne park etmeyin diye uyarın doktora saldırı’, ‘Salgın var maske takın diye uyarın doktora saldırdılar’, ‘Yanlış teşhis ettin dedi doktorun kolunu kırdı’, ‘Koronavirüslü dehşet!’ ‘Bana bakmak zorundasınız’ dedi, sağlıkçıları darp etti’ gibi başlıklarla şiddeti gerekçelendirilerek herkesçe onaylanacak bir niteliğe kavuşturan (meşrulaştıran) söylemler, ‘Hastanede darp iddiası’, ‘Kadınlar doktora saldırdı iddiası’ şeklindeki başlıklarla saldırının okuyucuda şüphe uyandırmasını sağlayacak söylemler, ‘Doktora şiddete devam’, ‘Yine doktora saldırı’, ‘Doktora şiddet önlenemiyor’ gibi başlıklarla da şiddetin sürekliliğine vurgu yaparak aslında normal bir durummuş algısının oluşturulmasına yönelik söylemler yer aldığı görülmüştür. ‘Saldırı anı kamerada’ şeklinde yazılı metne iliştirilen video görüntüleri ile daha çarpıcı ve seyirlik olması amacıyla düzenlenen başlıklar sıklıkla medya haberlerinde karşımıza çıkmıştır. Aynı şekilde adeta saldırıyı onaylayacak şekilde ‘Var ya, siz doktorları boşuna dövmüyorlar yani’ diyerek çizerin eleştirmektense gülünçleştirme amacı güttüğü karikatürde de şiddeti uygulayanların haklı çıkarılmaya çalışıldığı düşünülmüştür.” (2010:219).

Bu satırların sağlık muhabiri olan editörlerin ve redaktörlerin bulunduğu ulusal gazetelerden alınmış olması daha da ciddi bir problem olduğunu göstermektedir. Medyanın bu şekilde yaklaşımına katılımcılardan çok fazla vurgu yapan olduğu nitel analizde belirtilmiştir. Yapılan nicel çalışmalarda hekimler anket sorularından % 80

varan oranlarda siyasi dilin şiddete yol açtığını düşündüklerini belirtmişlerdir. (Tablo 17) .

Özellikle son dönemde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın (GETAT) öne çıkması söz konusu olmuştur. Bu GETAT kurumlarının merdivenaltı ve kontrolsüz olarak işlem yapmasını önlemek amacıyla bazı siyasal ve sosyal kurumlar tarafından desteklenmesi, buna yönelen hekimlerin varlığı, hekimleri tedavi konusunda farklı düşünen profillermiş gibi lanse etmektedir. Bu noktada en sert eleştiriler bu konuda bir kitapçık yazmış olan Doğan Alpaslan Demir’e aittir. Demir çalışmasında “Böbürlene böbürlene “biz aşı yaptırmıyoruz” diyenler, “kimyasaldan uzak duracaksın azizim, homeopati ve alternatif tıptan şaşmayacaksın” şeklinde ifade ettikleri fikirlerini sağlık gurusuymuş gibi paylaşanlar da bu zırcahillik cehenneminin ocağına kömür kürüyorlar. Biyoenerji, hacamat, sülük tedavisi vb. “geleneksel tıbbi tedavi” yöntemlerinin giderek artan yaygınlığı, bu yöntemlerin resmi sağlık kurumlarına da sızmış olması, cehaletin örgütsel/ideolojik enstrümanlarının tüm topluma enjekte edildiğinin delilleri olarak okunmalıdır.” (2018:10). Şeklinde düşüncesini ifade etmektedir. Bu satırlarda idealist bir hekimin hasta profilinde yaşanan değişimden rahatsızlığını dile getiren öfkeli dil hemen dikkat çekebilecektir. Hekim burada sağlıkla ilgili görevinin dışında bir aydın olarak toplumda yalnızlaşmasının etkisiyle düşüncelerini duygu dili ile dile getirmiştir. Bu paragrafta hekimin fikirlerinin doğruluğu veya yanlışlığı dışında kullandığı dil ve ifade tarzı önemlidir. Hekimler bir aydın olarak gittikçe halktan uzaklaşmak durumunda kalmaktadır. Bu konuda sadece bir internet haberinde ulaşılan hekimlerin yorumları şu şekilde derlenmiştir.

“Uzun yıllar İstanbul Tabip Odası ve TTB’de görev yapan Dr. Osman Öztürk, konuşmasına öldürülen meslektaşları Dr. Göksel Kalaycı (2005), Dr. Ali Menekşe (2008), Dr. Ersin Arslan (2010), Dr. Kamil Furtun (2015), Dr. Aynur Dağdeviren (2015) ve Dr. Fikret Hacıosman’ı (2018) anarak başladı. Yaklaşık 40 yıllık hekim olduğunu belirten Öztürk, “Geçmişte sağlıkta şiddete çok az rastlardık. Hastanelerimizde, sağlık kurumlarımızda güvenlik görevlileri bulunmaz, sadece kapıda iki kapıcı olurdu. Hekimin itibarının koruyucu bir fonksiyon gördüğünü şimdi daha iyi anlıyoruz. Geçmişte bir tartışma ya da şiddete yönelme olduğunda hastalar veya hasta yakınları durdurulurdu. Hekime, sağlıkçıya el kalkmazdı” dedi. Hekim olan CHP İstanbul Milletvekili Ali Şeker, eğitilmiş meslek gruplarına yönelik şiddeti teşvik eden tutumun 20 yıldır giderek arttığını söyledi. Eğitimin değersizleştirdiğini, eğitilmiş meslek gruplarının hedef haline getirildiğini

belirten Şeker, “Bunların sonuçlarını yaşıyoruz. 2012’den beri sağlıkta şiddet istatistikleri tutuluyor. 110 bini aşkın sağlıkta şiddet bildirim var. Bunun sebeplerinin ortadan kaldırılması gerekiyor. Anlayış değişikliğine acilen ihtiyacımız var. Asıl sorumlu ülkeyi yönetenler ama mağdur olan hekimler suçluymuş gibi şiddeti onlara yönlendiren bir anlayış var... Prof. Dr. Dilek Dai Özcengiz, şiddetin toplumun her yerinde olduğunu söyledi. “Bu çok ciddi bir toplumsal sorun. Belli bir eğitimdeki, düşüncedeki insanların kışkırtılmış cahillere kıştırma politikası. Ülkenin şiddet anlamında bir yangın yeri olduğunu, eğitiminin cahile kıştırıldığı, kışkırtılmış cehaletin ülkeyi kapladığını görmek gerekiyor.” Klinik mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı Prof. Dr. Alpay Azap, şiddetin hekimleri işlerini yapamaz duruma getirdiğini söyledi. Savaşlarda dahi tarafların sağlık çalışanlarına ateş etmediğini vurgulayan Azap, “Nasıl oluyor da kendi insanlarına yaşam vermeye, sağlık dağıtmaya çalışanların öldürüldüğü bir ülke haline geldik? Mesleğimizin değersizleştirilmesinin bilinçli uygulanan bir politika olduğunu düşünüyorum” dedi: “Yaşanan tüm sorunların günah keçisi haline getirilmemiz söz konusu. Ülkenin genel yönetim tarzı da cehaletin yüceltilmesi, bunun karşılığında değerli şeylerin değersiz addedilmesi. Liyakat, eğitim, nitelik kötüleniyor. Bunları dile getirdiğinizde elitist oluyorsunuz, kendinizi kibirli, toplumun üstünde gören kişiler konumuna düşüyorsunuz. Biz de sanki bu durumu benimsedik ve kendimizi geri çekiyoruz. İşimizin bütün insanlık için neden önemli ve değerli olduğunu her ortamda, her fırsatta dile getirmek zorundayız.” (Erşan 2022).

Burada ki Diken isimli haber sitesinin kısa bir haberinde bile bu kadar farklı ses şiddetin özellikle sağlıkta şiddetin toplumsal bir olgu olduğundan bahsetmektedir. Katılımcı hekimlerin büyük bir çoğunluğu da bu toplumsal soruna dikkat hekimlerin büyük çoğunluğu nitel analizlere göre bu sorunu toplumsal bir sorun olarak görüyorlar.

İnternette sosyal medya kullanıcılarının hekime yönelik olarak kullandıkları şiddet dili de dikkat çekici bir noktaya gelmiştir. Katılımcılardan SD ve MGN’nin görüşlerinde belirttiği günümüzde çalışmalarda geçen “artık doktor dövebiliyoruz” cümlesi medyada bir sokak röportajı sayesinde gündeme gelmiştir. Burada tam cümle : “eskiden... doktor bizi azarlardı artık doktor beğenmeyip... doktor dövebiliyoruz.” Bu cümlede ki “biz” ifadesi söyleyen kişinin kendisini bir gruba ait hissettiğini geçmişte hekimler karşısında aciz durumda iken şimdi istedikleri takdirde hekim bile dövebildiklerini söyledikleri bir dönem olduğu düşüncesi bu olgunun toplumun bir kesiminde dilsel olarak bu şekilde karşılık bulduğu görülebilir. Bu tür söylemler belki cılız ve bir iki kişiden gelmesine rağmen sosyal medya ve medyanın etkisi büyük kitlelere ulaşmakta ve sonuçta sağlıkta şiddet ile ilgili literatürlere girmekte,

araştırmalara konu olmaktadır. Bu açıdan ötekileştirici bir dil kullanımı iletişimi problemli hekim ve hasta arasında artık farklı bir dil kullanan ve birbirine güvenmeyen bir alıcı kaynak ilişkisine yol açmıştır. Katılımcılardan FB nin “MI Arest’e müdahale edilirken kapıyı açıp içeri girip hasta zaten ölmüş biz de mi ölelim? diyen hasta gördüm. Benim insanlara olan güvenim o zaman kaybolmuştu mesela.” Cümlesi hasta ve hekim ilişkilerinde kopuşların olgusal durumuna bir örnektir. Yapılan görüşmelerde hekimlerin hasta derken bir öteki’den bahsettiği çok açık bir şekilde tespit edilebilmektedir. Sosyal Medyada hekime karşı kullanılan şiddet dili hekimde çok ciddi bir hassasiyet oluşturmuş ve toplumdilbilimsel açıdan iki ayrı kültürün dilsel çatışması şeklinde yorumlanabilir. Bu iletişimin sıfırdan karşılıklı güven ortamında kurulabilmesi hekimin hastaya ayırabildiği zaman sürecinde (MHRS verilerine göre 10-15 dakika ancak gerçekte 5 dakikadan daha az) mümkün değildir. Burada hekimler de ajite durumdadır.

Bazı hekimlerden duyduğumuz hastane ortamında güvenliğin yeterli olmaması ile ilgili söylemlerinde kasıt güvenlik görevlileri değil daha çok art niyetli bir kişinin hekime hızla ulaşabilmesi durumudur. Burada hekimlerden GS “kadın hekim olmak çok daha zor bence. Bunu da vurgulamak lazım...Çünkü erkek hekimler ego tatmini ya da korkutma işini daha iyi yapabiliyorlar. Biz hastanede 3 kadın hekim ve bir de sorumlu hemşireydik. Koca hastanede. Bahsettiğim başhekim “kadından amir olmaz, olsa olsa paspasçı olur” demişti tüm hastanenin önünde. Ben ertesi gün temizlik görevlisine yerleri sildiremedim. Çünkü başhekim kadın olduğumuz için bizi küçümsedi”. Burada kadın çalışanların daha yoğun bir şekilde şiddete uğradığı çıkarılabilir. Erkek hastaların fizik üstünlüğü agresif hastalara karşı zaman zaman caydırıcı olabilmekte buradaki biz hastanede üç kadın hekimdik söylemi aynı zamanda açık hedef halinde olmayı ifade etmektedir. Ayrıca görüşme yapılan hekimlerden Adli Tıp Hekimi İA “Hasta beni bu rapor böyle çıkacak yoksa kötü olur diye tehdit ediyor. Ben bu süreçte ne yapabilirim beni kim koruyacak kurumun kapısında Adli Tıp Kurumu yazıyor hasta içeri girdiği takdirde kapıda ismim yazıyor.” Şeklindeki cümlesi burada ki güvenlik kastının fiziki bir korunma ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kurumlara herkes hasta profilinde girebilmekte yanında silah ile girmesi durumunda hiçbir önlem yer alınmamaktadır. AVM girişlerinde arama cihazlarının varlığı hastaneler için böyle bir üst arama cihazının bulunmaması hekimi endişelendirebilmektedir. Bazı hastanelerin

girişinde göstermelik olarak XRAY cihazı ile çanta ve üst arama modülleri olsa da bunlar sadece göstermelik ve caydırıcı amaçlı olmakta çünkü bu hastanelerin kafeterya ve otopark girişleri de mevcuttur burada hastalara üst araması yapılmamaktadır. Burada kendini güvende hissetmeyen hekim tedirgin ve tedbirli bir şekilde yaklaşmakta görevini tam anlamıyla yapamamakta şiddete uğramamak için dilsel olarak daha edilgen bir kod kullanmaktadır. Agresif ve ajite hastaları bu çekinik dil hekimin daha çok üzerine gitmesini teşvik edebilir. Çünkü Annagür’e göre şiddete uğrayanlar “Genel bir profil çizilecek olursa genç, küçük fiziksel yapıya sahip, anksiyöz görünümlü bayanlar şiddete daha fazla maruz kalmaktadır.”(2010:165). Burada anksiyöz yapı anksiyete sahibi olmak anlamında kullanılmıştır. Şiddete uğrama konusunda endişe duyan hekimin dili bu anksiyeteyi ele verir. Annagür ilk beş yıllık süreçte şiddete uğrama riskinin de fazla olduğunu ortaya koyar (2010:165). Bunların hepsi tedirginlik, tecrübesizlik, ankiyete halinde olmak hekimin kullandığı dile yansımakta ve şiddet uygulayacak kişiyi etkilemektedir. Sağlık Bakanlığının hastanelerde kullandığı bir afişte ‘Savcılığa Suç Duyurusuna Bulunmak Zorundayız!’ şeklinde bir ifade kullanması dil açısından Aslında biz de suç duyurusunda bulunmak istemezdik ama mecbur kalıyoruz algısı yaratmaktadır. (Bkz Resim 04, Resim 05)

Hastaların kanun veya kuraldışı talepleri hasta hekim ilişkisinde çatışmaya varan unsurlardan bir tanesi olarak göze çarpmaktadır. Anketlerde hastaların illegal istekleri %85 lik bir oranla göze çarpmaktadır. Ayrıca sadece istirahat ve ehliyet raporu ile ilgili sorun nitel çalışma verilerine oldukça sık bir şekilde yansımıştır. Yapılan bir çalışmada “ Beyaz kod bildirimlerinin analiz edilmesine yönelik yapılan bir çalışma hastaların kanunsuz işlem yapma talebi (%35) karşılanmadığında şiddete başvurdıklarını ortaya koymaktadır.” (Yücens ve Kalkan Oğuzhanoğlu 2020:326-327). Görüşme yapılan hekimlerden FT kendisinin üç defa beyaz kod vermek durumunda kaldığı üçünün de usulsüz rapor isteme yüzünden gerçekleştiğini belirtmiştir. Bu tip raporla ilgili sorunlar genelde aile hekimleri ve birinci basamakta yaşanan sistemden kaynaklanan sorunlardır. Sistem aile hekimlerine 65 yaş üstü için zihinsel yeterliliği yerindedir raporu verme yetkisi vermektedir. Ancak bu rapor ile ilgili testlere aile hekiminin hâkim olup olmaması hekim bu raporu verdiği için 65 yaş üstü kişinin diğer akrabaları tarafından açılacak davalarda, adli kovuşturmalarda hekimin yanında durulmamaktadır. Hekimler

bu raporu 65 yaş üstü kişilerin akli melekelerinin yerinde olmamasının tespitinin kompleks bir araştırma ile verilmesi gerektiği için veya ekonomik istismara yatkın olmaları sebebiyle vermek istemiyorlar. Av tüfeği yenileme raporu yine Aile Hekimlerinin yetkisinde ancak pompalı tüfek bugün av tüfeği olarak görüldüğü için bireysel silahlanmaya karşı olan veya hayvan sever bir aile hekimi bu tip raporlar vermek istemeyebilmektedir. Kamu veya özel sektör çalışanları için rapor olarak iş gelmemek hukuki bir hak olduğu için bunun ne zaman istenirse alınabileceğine inanmaktadırlar. Hasta olmasalar dahi. Bu durumda yine çatışmaları beraberinde getiriyor. Burada katılımcılardan GS, FT ve EY Şiddet öncesi yapamam edemem mümkün değil gibi cümleler kullandıklarını belirtmiştir. Yine katılımcı hekimlerden EE: “Sorun hiçbir zaman hastanın vefatı veya yanlış tedavi gibi temel problemlerden kaynaklanmıyor. Şiddete varan konular rapor yazdın yazmadın, sırada çok bekledim, o ilacı yazdın bu ilacı yazmadın, onu aldın beni almadın şeklinde küçük sorunlardan çıkıyor.” Şeklinde bu soruna değinmiştir. Yapılan çalışmalardan Eyitmiş ve Sezer’in çalışmasında katılımcıların şiddet ne zaman oldu isimli soruya büyük bir çoğunlukla semt pazarının olduğu zaman şeklinde cevap vermesi bu olguya çok önemli bir örnektir (2022:254). Bu ifadeden şu anlaşılmaktadır: Semt pazarının olduğu gün pazara gelen insanlar hazır pazara gelmişken şu işimi de halledeyim diyerek sağlıkla ilgili rapor, ilaç yazdırma vb işlerini halletmek istemişlerdir. Bu süreçte gerçekten hasta olmadıkları kendilerine göre angarya olarak gördükleri sağlıkla ilgili işlerini halletmek istedikleri anlaşılmaktadır. Anket çalışmalarında %77 oranında hekim tartışmanın bir diyalog sonrasında başladığını belirtmişken %58 oranında hekim hastanın tek bir cümlesi yüzünden şiddet başlattığını belirtmiştir. Burada hekimin legal veya illegal bir isteği reddederken daha farklı bir dil kullanması gerektiği gözükmektedir. Nicel çalışmalarda hekimlerin yüzde 55 i hastaların kendilerinden hastaların etik olmayan istekleri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 24). Ayrıca hekimlerin yüzde 72’si hastaların kendilerinden usulsüz rapor istediklerini vurgulamışlardır (Tablo 23).

Sistemsel sıkıntılar veya hekimin kendi etik ilkeleri ile ilgili ret kararındaki şiddetin nedeni aslında direk dil açısından gerçekleşen bir problem değil bu tip hassasiyetleri olan hekimlerin meslektaşları olan diğer hekimlerin bu tip legal veya illegal işlemleri yapmalarıdır. Bu da idealist ve kuralcı hekimleri zor durumda bırakmaktadır.

Burada şiddet yine de bir diyalog ile dil ile başlamaktadır. Bir insanı reddederken kullanılan dil yapısı farklıdır. Sadece dilin olumsuzluğu değil anlam açısından verilen olumsuz cevap bir hayal kırıklığı yaratmaktadır. Kaynak reddeden iken reddettiği halde, bir kişiyi reddettiği için gergindir. Ve bu gerginliği sözlerindeki vurguya beden diline ses tonuna yansıtmaktadır. Burada alıcı olan hasta tüm bunları hissetmekte bazen içten içe istediği işlemin doğru olmadığını bilmekte ama mecbur olduğu için bu işlemi istemek zorundadır. Bu nedenle kaynak kadar alıcı da gergin durumdadır. Dilsel olarak bu gerginlik cümlelere çok daha hızlı yansıtmaktadır. Ve hızla sözel veya fiziksel şiddete dönüşebilme riskine sahiptir. Beyaz Kod uygulamasının kullanılması sonrasında oldukça uzun bir prosedür hekimleri beklemektedir. Hâlbuki hasta hiç prosedüre ihtiyaç olmadan şiddet uyguladığı bir hekimi bile Hastanenin Hasta Hakları Birimine oradan başhekimliğe ve ikna edilemezse Cimer’e yazacağı basit bir dilekçe ile hekim hakkında direkt soruşturma başlatabilmektedir. Beyaz Kod uygulamasının bu dezavantajı olduğu aslında kurumlar tarafından anlaşılmıştır. Buna örnek olarak SBÜ Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyaz Kod uygulamasının zorluğu ve prosedürleri nedeniyle ramak kala uygulamasını devreye sokmuştur. Bu uygulamaya göre hekim şiddeti hissettiği zaman 1111 tuşlayarak beyaz kod vermek yerine 6666 kodlayarak güvenliği uyarmakta bu şekilde şiddet oluşmadan önlenmeye çalışılmaktadır. Bu uygulama doğru uygulamalar prosedüründe göz önüne alınarak sağlık bakanlığı tarafından gri kod adı altında yaygınlaştırılması amaçlansa da mevcut bakanın değişmesi sonucu bu prosesin işleyiş süreci konusunda yeterli bilgiye ulaşamamıştır.

Sonuç olarak hekimlere ve hekim adaylarına iletişim ile ilgili bir eğitimin verilmesi oldukça etkili olacaktır. Bu eğitim içeriğinde zor hasta – hekim ilişkisi, temel iletişim bilgileri verilmesi oldukça önem kazanmıştır. Bu noktada hasta muayene ederken içeriye giren hastayla iletişim eğitimi nasıl bir çare olacaktır. Burada hekime mutlaka zor hasta ile iletişim içerisinde psikolojik süreçler ile ilgili hastanın vücut dilini jest ve mimik ile yaptığı göstergeleri okuyup yorumlamasına ilişkin bir eğitim verilmelidir. Nitekim Dr FB’nin de dediği gibi “Sorun çıkaracak hasta polikliniğine girişinden belli .” cümlesi ile Annagür’ün şiddet uygulayacak hasta profilinin olması hekimlerin artık bu konuda hastanın davranış kalıplarından dilinden kullandığı

cümlelerden bir profil çıkardığını anlamaktayız. Annagür'ün şiddet uygulayacak hasta profili şu şekildedir.

- 30 yaş altı
- Erkek
- Düşük Sosyo-ekonomik seviyede
- Otorite ile sorunu olan (Tutuklanma öyküsü ve suç kaydı olan)
- Alkol, madde bağımlılığı olabilen
- Metabolik Sendromu olan bireyler olarak belirlemiştir. (2010:166)

Bu gibi kişilere karşı hekimlerin kod değiştirmesi standart cümlelerle yaklaşmaması daha doğru olabilir. Hekimlere bu profilde hasta ve hasta yakını ile karşılaşınca kullanacağı dil ile ilgili bir eğitim üniversite seviyesinde verilmelidir.

Hekimin hastaya karşı yaygın olarak kullandığı hegemonya dili konusunda: Bu dil gerekli durumlarda ikaz anlamında kullanılmalıdır. Bunun dışında hasta ve hekim aynı sosyal düzlemde aynı dili kullanmalıdır. Hekim, hasta ile arasındaki kültürel farkı hastaya hissettirmeden yetişkin yetişkin ilişkisi seviyesinde denk iki yetişkinin iletişimi gibi olmalıdır. Hasta hekimi bir otorite olarak görmediği zaman dilsel olarak otoriteye olan başkaldırısını hekim üzerinden yapmayacaktır.

Acil servislerle ilgili hızla bir çözüm getirilmelidir. En çok şiddet bu poliklinikte olmaktadır. Burada daha az sözlü diyalog daha fazla müdahale olabilmesi için Türkiye sağlık kültüründe acil hizmetinin bir birinci basamak sağlık poliklinik hizmeti gibi algılanması kökten değiştirilmeli bu değişim uzun süreceği için geçiş döneminde kolaylık polikliniklerinin devreye sokulması gerekmektedir. Acil hastasının hasta yakınına farklı bir dil ile yaklaşılması önem arz etmektedir. Çocuk hastanın yakını ile iletişim esnasında kişinin hassasiyetinin ve durumunun farkında olunmalıdır.

Sürekli değişen sistem ile ehliyet raporu, Noterde istenen 65 yaş üstü sağlık raporu veren kurumlar nedeniyle hastanın kafası karışmakta usulen hata yapabilmektedir. Bu noktada hastanın rapor konusunda kamu spotu ve diğer yayın organları geçmişte “Akılcı Antibiyotik Kullanımı” konusunda olduğu gibi bir kampanya yapması elzemdir.

Ceza kanununda Yargıtay’ın vermiş olduğu hakaret içermeyen ifadelerden bir tanesi: Poliklinikte tıbbi müdahalede bulunan hekim için ‘doktor içeride şarlatanlık yapıyor’ ifadesidir.(Yargıtay 18. Hukuk Dairesi Esas 2016/17632 Karar 2019/3927) Bu ifade dışında hekimler için söylenmiş ‘terbiyesiz’ , ‘Sen ne biçim doktorsun, bir çocuğu tedavi edemiyorsun, ukala!’ , ‘Senin gibi doktorun Allah belasını versin’, ‘Sen benim paramla burada çalışıyorsun!’ , ‘Artist artist cevap verme!’ cümleleri de Yargıtay tarafından farklı hukuk dairelerinde suç kapsamında görülmemiş ve bu cümleleri sarf eden kişilere cezai kovuşturma yapılmamıştır. (Malpraktis 2024) Dil ile ilgili hakarete varan bu sözleri sarf eden kişilerin dışında şiddet uygulayan kişilerin tutuksuz yargılanmak üzere serbest bırakıldığı görülmektedir. Bu noktada nitel analizlerde hekimlerin şiddetin uygulayanın yanına kar kaldığını düşündüğüne dair pek çok ifade gözlemlenmiştir. Ceza kanunun da yapılacak değişiklikler, asıl problem olan toplumsal gerginlik, sosyo-ekonomik şartların düzelmesi sürecinde şiddete caydırıcı bir şekilde ket vurabilir.

Bu şiddet olaylarının arkasında temel olarak iletişim ve iletişim aracı olarak dilin kullanımı ve seçilen sözcükler ön plana çıkmaktadır. Hekimlerin kullandığı mesleki jargon ve bu jargonun Latince ve Türkçe ile birleşen ifadeler içermesi neticesinde bazen bu dili hasta ve yakınları için anlaşılabilir kılmaktadır. Kullanılan tek bir Latince kelime bile hasta ve yakınlarının anlama odağını dağıtıp sonraki kelimeleri kaçırmalarına neden olmaktadır. Bu gibi basit görünen iletişim eksiklikleri dilin yetersiz kullanımından kaynaklanmaktadır. Hekim ile hasta arasında olan sosyal ve kültürel farklılık dile yansımakta ve sosyolekt in etkisi ile hasta ve hekim farklı dilleri konuşmaktadırlar.

Bu çalışma da hekimlerin şiddete uğrarken karşılaştıkları dilsel güçlüklerin ve dilsel iletişim kazaları söylem analizi açısından incelenmiş ve hekimlerin hegamonik dili, iletişim eksikliği, mesleki jargonları gereği olabilecek çatışmaların var olduğu ama

asıl sorunun toplumsal gerginlik ve kutuplaşma, siyaset ve sosyal medya, medya dilinin etkisi, hastaların sistemselsel olarak bilgi eksikliği ve eğitim eksikliği olduğu saptanmıştır. Yine de çalışmanın amacı daha nicelik ve nitelik olarak düzeltilebilir olan hekimler üzerinden kurulduğu için değerlendirme sonuç kısmında söylem analizi açısından hekimden kaynaklı problemler üzerinde durulmuştur.



KAYNAKÇA

- Acıbadem. (2024).Erişim adresi <https://journal.ihu.edu.tr/index.php/ihu1/about/submissions>
- Açıkalın,I. (1996). X. Dilbilim Kurultayı Bildirileri. L. Oktar, A.C. Değer (Ed.), *Toplumbilim Açısından Doktor - Doktor, Doktor – Hasta İletişimi* 1996 Conference içinde (169-175 . ss.). İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları .
- Adanır,O. (2017). Küresel Şiddet: *İlkel Savaşçı Toplumlarda Öldürme ve Öldürülme İlişkisi* . Doğu Batı Dergisi, 20 (81), 49-56
- Ahanov , K. (2021) *Dil Bilimin Esasları* (Akt. M. Ceritoğlu) İstanbul : Türk Dil Kurumu Yayınları
- Akerson, F. E. (2019) *Göstergebilime Giriş* İstanbul : Bilge Kültür Sanat Yayıncılık
- Aksan, D. (2020) *Her Yönüyle Dil : Ana Çizgileriyle Dilbilim*. Ankara : Türk Dil Kurumu Yayınları
- Aktay, Y. (2020) *Önce Söz Vardı : Felsefe İlahiyat ve Sosyolojide Hermenötik* İstanbul : Vadi Yayıncılık
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2).
- Arsan E. , Çubukçu M. Duran R (2007). *Cogito : Üç Aylık Düşünce Dergisi : Fanatizm : Ya Bizdensin Ya Öteki. Medyada Fanatizm*, İstanbul : Yapı Kredi Yayınları .
- Aydın Tabip Odası. Sağlık Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu. Şiddetin Gölgesinde Hekimlik /Çalıştay 2012 [Http://Www.Ttb.Org.Tr/Kutuphane/Scs_Siddet.Pdf](http://Www.Ttb.Org.Tr/Kutuphane/Scs_Siddet.Pdf). erişim tarihi:17.9.2019
- Balcıoğlu İ. (2000) *Biyolojik, Sosyolojik, Psikolojik Açıdan Şiddet* İstanbul : Yüce Yayınları

Bedir, G. (2021). Hasta/Hasta Yakınları Bakış Açısıyla Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.

Bourse, M. ve Yücel, H. (2021) *Kültürlerarası İletişim: Kullanım Kılavuzu* İstanbul: İletişim Yayınları

Brk_Slgn (@brk_slgn) (2022,15Haziran) erişim adresi : https://x.com/brk_slgn/status/1537007819668566016 (x)

Burak, Begüm . "Türkiye’de Eleştirel Söylem Analizi Çalışmaları: İmkânlar, Esaslar ve Kısıtlılıklar". TSBS Bildiriler Dergisi 2 (2022), 69-73

Campbell, C. (2020) *Günah Keçisi : Başkalarını Suçlamanın Tarihi* (Çev. G. Kastamonulu) İstanbul : İthaki (Orijinal yayın tarihi, 2011)

Çağla, C. (2007). Cogito : Üç Aylık Düşünce Dergisi : Fanatizm : Ya Bizdensin Ya Öteki Fanatizm ve Sivil Toplum Üzerine Sorular , İstanbul : Yapı Kredi Yayınları

Çakır, A. (2020) *Söylem Analizi : Ne Demek İstiyorsun ?* Konya : Palet Yayınları

Çeğin, G ve Kurt Ü. (2022) *Kıyam ve Kıtıl : Osmanlı’dan Cumhuriyete Devletin İnşası ve Kolektif Şiddet* İstanbul : Tarih Vakfı Yurt Yayınları

Çelik, H. (2013) *Genç Yetişkinlerde Babanın Belirsiz Kaybının Aile Sistemi ve Bireysel Psikolojik Örüntüler Bağlamında İncelenmesi: Danışmanlık Psikolojisi Perspektifinden Karma Bir Araştırma* . (Yayımlanmamış doktora tezi) Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

Çelik, H., & Ekşi, H. (2013). “Söylem Analizi”. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 27(27), 99-117.

Çolak, G. (2020) *Toplumdilbilim Toplumsal Cinsiyet ve Dil* İstanbul : Bilge Kültür Sanat Yayınları

Çotuksöken, B.(2002) *Radyoda Felsefe* İstanbul : İnkılap Yayınları

- Çulfaz, M.(2007) *Hekim Trabzon* : Trabzon Tabip Odası Yayınları
- Dağabakan, F. (2019) *Toplumdilbilim* Konya : Çizgi Yayınları
- Değdaş, U. C. (2018). *Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk*. Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 4(6), 41-65.
- Demir, D. A. (2018). *Hacamat- Sağlıkta Şiddet. Hacamat- Sağlıkta Şiddet*.
- Demirata, B. K. (2023). *Söylem Analizi ve Eleştirel Söylem Analizi. İletişimsel Bağlamda Nitel Araştırma: Desenler Ve Veri Analizi*. Erdem Taşdemir. Aytaç Burak Dereli (Ed.) Konya : Palet Yayınları
- Devebakan N. (2018) *Sağlık Kurumlarında Şiddet ve Yönetimi* İstanbul : Beta Yayınları
- Devran, Yusuf (2010), *Haber Söylemi ve İdeoloji*, İstanbul: Başlık Yayın Grubu
- Dişçi R. (2012) *Temel ve Klinik Biyoistatistik* İstanbul : İstanbul Tıp Kitabevi
- Doğan G. (2022) *Anlam ve Bağıntı* Ankara : BilgeSu Yayınları
- Duğan, Ö. (2015). *Sağlıkta şiddet haberlerinin basına yansımaları*. Selçuk Üniversitesi, Yayınlanmış doktora tezi, Konya
- Durna, T. ve Kubilay, Ç. (2010). *Söylem Kuramları ve Eleştirel Söylem Çözümlemeleri*. Tezcan Durna (Der.), *Medyadan Söylemler* (s. 47-81) içinde. İstanbul: Libra Kitapçılık ve Yayıncılık.
- Düzgün, Ş. A. (2018) *Kur'an Terimlerinin Semantik Çok Katmanlılığı*. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 59, sy. 1 : 47-65. https://doi.org/10.1501/Ilhfak_0000001482.
- Edgerton, R.B. (2019) *Hasta Toplamlar : İlkel Düzen Efsanesine Bir Meydan Okuyuş* (Çev. H. Turgut) Ankara : Buzdağı Yayınları (Orijinal yayın tarihi, 1992)
- Ehrenreich, B. (2020) *Sağlık Salgını : Uzun Yaşama Sevdamız Nelere Mal Oluyor ?* (Çev. D.Kizen) İstanbul : Mundi Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi, 2018)

- Ehrenreich, B. (2023) *Cadılar Ebeler ve Hemşireler : Kadın Şifacıların Tarihi* (Çev. G İleri) İstanbul : Pinhan Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi, 1972)
- Elbirlik, T. ve Karabulut, F. (2015). Söylem Kuramları: Bir Sınıflandırma Çalışması. *Dil Araştırmaları*, 9(17), 31-50.
- Erşan, M. (2022, July 7). Sağlıkta Reformun Faturası 10 Yılda 110 bin Şiddet Olayı <https://www.diken.com.tr/saglikta-reformunun-faturasi-10-yilda-110-bin-siddet-olayi/>
- Erşen, Ö. (2007). Şiddet : *Psikanalitik Bir Deneme Şiddet Öteki'nin Yıkımı*. Doğu Batı Dergisi, 10 (43), 128-139.
- Evre, B. (2009). Söylem Analizine Yönelik Farklı Yaklaşımlar. İsmet Parlak (Ed.), *Medyada Gerçekliğin İnşası* (s. 107-152) içinde. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Eyitmiş, A. M., & Sezer, F. (2022). Covid-19 Döneminde Sağlık Personeline Yönelik Hasta-Hasta Yakınlarının Uyguladığı Şiddet Değişti Mi? Nitel Bir Çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(1), 244-268. <https://doi.org/10.37880/cumuiibf.1010068>
- Fleming, P. (2021) *Bunlar Daha İyi Günlerimiz : Kapitalizm Sonrasında Hayatta Kalmak İçin Bir Rehber* (Çev. G. Şehirli) İstanbul : Runik Kitap (Orijinal Yayın Tarihi, 2018)
- Ghaiasee, A. (2021) *Sağlıkta Şiddet ve İletişim* Ankara: Nobel Bilimsel Yayınları
- Göka E. (2007). Cogito : Üç Aylık Düşünce Dergisi : Fanatizm : Ya Bizdensin Ya Öteki. *Fanatizmin Psikolojisi ve Türklerin Psikolojisinde Fanatizm* , İstanbul : Yapı Kredi Yayınları .
- Göktaş, H.R. (2017) *Bensoğ : Türkçe'nin Ruhu* Külliyyat Yayınları : İstanbul
- Görgeç, C. (2019). MANAVGAT YÖRESİNDE HALK HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI. *Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*(46), 195-219. <https://doi.org/10.21563/sutad.636747>

- Gül, Songül & Nizam, Özlem. (2020). SOSYAL BİLİMLERDE İÇERİK VE SÖYLEM ANALİZİ. Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute. 10.30794/pausbed.803182.
- Güven, A. (2015). *Türkiye’de Günümüze Kadar Yapılmış Olan Toplumsal Dilbilim Çalışmalarına Genel Bir Bakış* Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Türkçe Eğitimi Anabilim Dalı, Denizli
- Hall, S. (1996). *Temsil: Kültürel Temsiller ve Anlamlandırma Uygulamaları*. (Çev. İ. Dündar). İstanbul : Pinhan Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 1997)
- Hayriye İnci, Ü. (2024). Sosyal Bilimlerde Söylem Analizi. içinde Örneklerle Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (s. 271–286). Akademisyen Kitabevi.
- Hekimsen(2023) Erişim Adresi : <https://hekimsen.org/gonderiler/gonderi/detay/beyaz-kod-veyapilmasigerekenler/57#:~:text=Beyaz%20kod%3B%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fanlar%C4%B1n%C4%B1n%20s%C3%B6zel,her%20durumda%20beyaz%20koda%20ba%C5%9Fvurabilir.>
- Huber, E. (2013) *Dilbilime Giriş* İstanbul: Yabancı Dil Yayınları
- İnam A. (2007). *Cogito : Üç Aylık Düşünce Dergisi : Fanatizm : Ya Bizdensin Ya Öteki. Bağnazlığa Bir Bakış* , İstanbul : Yapı Kredi Yayınları
- İnceoğlu, Y. G. ve Çokmak, N. A. (2009). *Metin Çözümlemeleri*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Karabağ, İ (2010) *Dil ve Şiddet : Geçmişten Günümüze Bir Kavram İncelemesi* İkaros Yayınları : İstanbul
- Karasu (2011) *İmbilim Ders Notları* Ankara : BilgeSu Yayınları
- Karatekeli, E. (2016). Hınç : *Ahlakın Soykütüğünde Hınç Duygusu* . Doğu Batı Dergisi, 19 (77), 182-193

- Kaya K, Köken Tok Ö. (2021) *Sağlıkta Şiddetin Bir Başka Yüzü: Medya Etkisi*. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.;18(2):217-20
- Keskin, Ö.H. (2017) <https://medium.com/t%C3%BCrkiye/intern-doktor-kimdir-65f18d20f302>
- Kırmızı, Y. (2018). *Toğlumsal Dilbilime Giriş (Uygulamalı Örnekleriyle)*. Dil Araştırmaları, 12(23), 334-343.
- Klemperer, V. (2021) *LTI : Nasyonal Sosyalizmin Dili*, (Çev. T. Bora) İstanbul : İletişim Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi, 1946)
- Kocaman, A. (2003). Dilbilim Söylemi. Ahmet Kocaman (Ed.), *Söylem Üzerine* (s. 1-11) içinde. Ankara: ODTÜ Yayıncılık.
- Koç ,S. (2017). Küresel Şiddet : *Şiddetin Dönüştürülmesi Üzerine Bir Deneme : Konstelasyon Yöntemi*. Doğu Batı Dergisi, 20 (81), 131-144
- Kottak, C.P.(2014) *Antropolji* Ankara : De ki Yayınları (Orijinal yayın tarihi, 2006)
- Köknel, Ö. (2013) *Şiddet Dili*. İstanbul : Remzi Kitabevi
- Küçükalkan, G. (2022). Derrida ve Yapısöküm: Anlam, Söylem, Haber. İstanbul: Arı Sanat Yayınları.
- Laporte D. (2021) *Bokun Tarihi* (Çev.E. Çavuşoğlu – B. Tanyeri) İstanbul : Altıkkırkbeş Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi 1978)
- Leavitt, J. (2020) *Dilsel Görecelik* (Çev. M. Gürlek) Elazığ : Asos Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi -)
- Lorenz K. (1996). *Cogito : Üç Aylık Düşünce Dergisi : Şiddet. Ecce Homo*, İstanbul : Yapı Kredi Yayınları
- Lorenz K. (1996). *Cogito : Üç Aylık Düşünce Dergisi : Şiddet. Saldırganlığın Spontanlığı*, İstanbul : Yapı Kredi Yayınları
- Makal, M. (2019) *Bizim Köy* İstanbul : Literatür Yayınları

Melikoff, I. (2004) *Hacı Bektaş Efsanesinden Gerçeğe* İstanbul : Cumhuriyet Kitapları

MHRS (2021) Erişim Adresi:
<https://www.mhrs.gov.tr/#:~:text=D%C3%BCnyada%2C%20%C3%BClkesindek,i%20t%C3%BCm%20hastaneleri%20merkezi,bizleri%20bir%20kez%20daha%20gururland%C4%B1rd%C4%B1.>

Mohr, M. (2015) *Küfür Etmenin Kısa Tarihi* (Çev. Z. Dörtok Abacı) İstanbul : Aylak Kitap (Orijinal Yayın Tarihi 2013)

Monk, R (2022) *Wittgenstein'ı Nasıl Okumalıyız* (Çev. B. Şaman) İstanbul : Runik Kitap

Nişanyan, S. (2018) *Nişanyan Sözlük* İstanbul : Lİberus Yayınları

Orkunoğlu, Y. (2007). Neitzsce ve Postmodernizmin Gerçek Yüzü. İstanbul: Ceylan Yayınları.

Özcan, F.ve Yavuz, E. (2017) Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında. *The Journal of Turkish Family Physician* 2017;8(3) 66-74 doi: 10.15511/tjtfp.17.00366

Özdemir Takak, S., & Baydar Artantaş, A. (2018). Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 103-116. <https://doi.org/10.17098/amj.409020>

Palmer, F.R. (2020) *Semantik Yeni Bir Anlambilim Projesi* (Çev. R. Ertürk) İstanbul : Fol Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi 1981)

Pekkafalı Z. (2023) Erişim Adresi : <https://www.zekaipekkafali.com/anamnez/>

Pinker, S. (2016) *Doğamızın İyilik Melekleri : Şiddet Neden Azaldı* (Çev. İ.A.Demir) İstanbul : Alfa Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi 2011)

- Punch, K., F. (2005). Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar. (Çev: D.Bayrak, H .B Arslan,. Z. Akyüz), Ankara: Siyasal Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1998)
- Rengel, J.J.M. (2023) *Hastalık Hastası Kiralık Katil* (Çev. S.Sarı) İstanbul : Yapı Kredi Yayınları (Orijinal yayın tarihi 2012)
- Rickerson, E. M. ve Hilton, B. (Ed.). (2020). *Adem ile Havva Hangi Dili Konuşuyordu : Dil Üzerine Atıftırma Yazılar* (Çev.E. Cesur) .İstanbul : Nora Kitabevi (Orijinal yayın tarihi, 2006)
- Ricoeur, P. (2020) *Yorum Teorisi : Söylem ve Artı Anlam* (Çev. G. Y. Demir) İstanbul : Pinhan Yayınları (Orijinal yayın tarihi, 1973)
- Ryan, C. ve Jetha, C. (2019) *Cinselliğin Şafağı Nasıl Eşleşir, Neden Yoldan Çıkarız ve bu Modern İlişkilerde Ne Anlama Gelir. “* (Çev. Ebru Erbaş) İstanbul : Okuyanüs Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi 2010)
- Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu* 2013, Erişim Adresi: <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/handle/11543/110?show=full>
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu* 2018 ; 2020 379
- Seyran F, Gözlü M, Ready FN.(2018) İş yerinde fiziksel şiddete maruz kalmış sağlık personelinin şiddet algısı ve boyutu üzerine nitel bir araştırma. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış*. : 2(1); 8-29.
- Solak A. (2016) *Şiddet Kültürü:Türkiye'nin Suç ve Sosyal Risk Haritası* Ankara : Hegem Yayınları
- Solmaz, B. ve Duğan, Ö. (2018). Sağlık Çalışanı İle Hastave Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden "İletişim" Üzerine Bir İnceleme . Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 18 (2) , 185-206 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/basbed/issue/38801/812600>

- Sözen, E. (1999). *Söylem: Belirsizlik, Mücadele, Bilgi, Güç ve Refleksivite*. İstanbul: Paradigma Yayınları
- Stokes J. (2022) *Medya ve Kültür Çalışmaları Nasıl Yapılır ?* (Çev. Ç. Koparal) Nevşehir : Kapadokya Üniversitesi Yayınları (Orijinal yayın tarihi, 2021)
- Süllü, Z. (2007). *Siyasal İletişim Sürecinde Milliyetçi Söylemin Kullanımı* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Tokaç, M. (2021) *Sağlıkta Şiddetin Tarihçesi* Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi Sayı 57:6-9
- Tokmak, F.A.(2016) *İçimizdeki Şiddet : Ruhsaldan Toplumsala Şiddet Görüngüleri* İstanbul : İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- Triage. (n.d.). In *Merriam-Webster's medical dictionary*. Retrieved from <https://www.merriam-webster.com>
- TTB (Türk Tabipleri Birliği) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Her Boyutuyla Şiddet/Çalıştay 2009 [Http://Www.Ttb.Org.Tr/Kutuphane/Scs_Siddet.Pdf](http://www.ttb.org.tr/Kutuphane/Scs_Siddet.Pdf). erişim tarihi:17.9.2019
- Turkan, S. (2013). Sağlık Çalışanlarına Şiddet Üzerine Analiz. *Androloji Bülteni*, 1(55), 254-255
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2003). Söylem. 10.09.2023 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı.
- Wardetzki B. (2022) *İşyerinde İncinme : Aşağılanma, Dedikodu ve Mobbinge Nasıl Karşı Konur* (Çev. E. Özbek) İstanbul : İletişim Yayınları (Orijinal Yayın Tarihi, 2009)
- Yeşildal N (2005). *Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(5), 280 - 302.

Yıkılmış, S.(2022) *Türkiye Türkçesinde Empati Dili (Söylem Çözümlemesi)* Ankara : Gazi Yayınları

Yıldız K. (2022). Sağlıkta şiddete farklı bir bakış: 'Doktorlar da bazen hak ediyor ama!..' *Medimagazin*, Erişim adresi :<https://medimagazin.com.tr/guncel/saglikta-siddete-farkli-bir-bakis-doktorlar-da-bazen-hak-ediyor-ama-99501>

Yılmaz, C. ve Yılmaz, N. (Ed.). (2006). *Osmanlılarda Sağlık (Vol 1-2)*. İstanbul : Biofarma Yayınları

Yücens, B., & Kalkan Oğuzhanoglu, N. (2020). Sağlık çalışanlarının şiddet algısı, şiddete uğrama ve şiddetten etkilenme durumları Sağlık çalışanlarında şiddet. *Pamukkale Medical Journal*, 13(2), 321-329. <https://doi.org/10.31362/patd.669733>

EK 1. ORJİNALLİK FORMU

 KAPADOKYA ÜNİVERSİTESİ Akil - Ahlak - Adalet - Adap	TEZ/SANAT ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU FORMU	Doküman No	ENS.FR.10
		Yayın Tarihi	Nisan 2019
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	Mayıs 2021
		Sayfa No	1 / 1

KAPADOKYA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
KÜLTÜREL ÇALIŞMALAR
ANABİLİM/ANASANAT DALI

Tarih: .../.../.....

Tez/Sanat Çalışması Başlığı : HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİNDE HEKİMLERİN BAKIŞ AÇISIYLA ÇATIŞMA SÖYLEMLERİNİN İNCELENMESİ

Yukarıda başlığı gösterilen tez/sanat çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 124 sayfalık kısmına ilişkin, 04/02/2025 tarihinde şahsım/tez-sanat çalışması danışmanım/KÜN Tez Ofisi tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin/sanat çalışmamın benzerlik oranı % 21' dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2- ☒ Kaynakça hariç
- 3- ☐ Alıntılar hariç
- 4- ☐ Alıntılar dâhil
- 5- ☒ 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Tezimin/Sanat çalışmamın benzerlik oranı “alıntılar hariç” en fazla %10 veya “alıntılar dahil” en fazla %30 olarak tespit edildiğinden, tez/sanat çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza
Avni Alper Yüksel
Tarih

Adı Soyadı: Avni Alper Yüksel

Öğrenci No: 23Y11012

Anabilim/Anasanat Dalı: Kültürel Çalışmalar

Programı: Kültürel Çalışmalar

Program Türü: ☒ Örgün Eğitim ☐ Uzaktan Eğitim

Program Düzeyi: ☒ Tezli Yüksek Lisans ☐ Doktora
☐ Bütünleşik Doktora ☐ Sanatta Yeterlik

EK 2. ETİK KURUL FORMU

 KAPADOKYA ÜNİVERSİTESİ Akıllı - Ahlak - Adalet - Adap	TEZ/SANAT ÇALIŞMASI ETİK KURUL İZİN FORMU	Doküman No	ENS.FR.03
		Yayın Tarihi	Nisan 2019
		Revizyon No	Orj.
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	1 / 1

KAPADOKYA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

KÜLTÜREL ÇALIŞMALAR ANABİLİM/ANASANAT DALI

Tarih: .../.../.....

Tez/Sanat Çalışması Başlığı: Hasta – Hekim İlişkilerinde Hekimlerin Bakış Açısıyla Çatışma Söylemlerinin İncelenmesi

Yukarıda başlığı verilen çalışmamın Kapadokya Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun .13/10./2022. tarih ve E-64577500-050.99-27170 sayılı kararı ile etik açıdan uygun bulunduğu tarafıma bildirilmiştir.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı: Avni Alper Yüksel

Öğrenci No: 23Y11012

Anabilim/Anasanat Dalı: Kültürel Çalışmalar

Programı: Kültürel Çalışmalar

Program Türü: ☒ Örgün Eğitim ☐ Uzaktan EğitimProgram Düzeyi: ☒ Tezli Yüksek Lisans ☐ Doktora☐ Bütünleşik Doktora ☐ Sanatta Yeterlik**DANIŞMAN ONAYI:**

İmza

Dr. Robabeh Taghizadehzonuz

Tarih

EK 3. BEYAZ KOD TUTANAK ÖRNEĞİ

Beyaz Kod Tutanak Örneği

Bu tutanak örnek olup, tutanağınızı örnekteki gerekli yerleri düzelterek ya da boş bir A4 kağıdına elle oluşturabilirsiniz.

TUTANAKTIR

Olay Tarihi:

Olay Saati:

Olay Yeri:

Şüpheliler:

(Şüphelilerin varsa bilgileri ve kimliklerinin tespitinde ayırt edici olabilecek boy, kilo, cinsiyet, saç rengi, yaş aralığı gibi tanımlayıcı ifadeler)

Yukarıda zikredilen kişi / kişiler tarafından sözel ve / veya fiziksel şiddete maruz kaldım. Söz konusu hadise şu şekilde vuku bulmuştur:

(Kişi ya da kişileri açıkça tanımladıktan sonra tarafınıza uygulanan sözel ve / veya fiziksel şiddet, hakaret, taciz, hırsızlık gibi yaşadığınız durumu belirten uygun ifadeyi ekleyiniz. Burada olayı başlangıcından itibaren anlatınız. Mümkünse olayı anlatırken tahmini zaman aralıklarını belirtiniz. Olayı anlatırken size karşı kullanılan hakaret ya da tehdit gibi ifadeleri hiçbir şekilde sansürlemeden, olduğu gibi açık açık yazınız.)

İlgili olayın görüntü ve / veya ses kaydı bulunmaktadır / bulunmamaktadır.

(İlgili olayın olduğu yerde kamera kaydı mevcut ise açıkça belirtiniz. Olayın görüntü ve ses kaydının olup olmadığı hakkında ilgili personelden bilgi isteyiniz. Olayın olduğu yerde ilgili açıda kamera varsa, belirtiniz.)

İş bu tutanak tarafımdan olay yerinde tanzim edildikten sonra, imza altına alınmıştır.

Tarih:

Saat:

1. Tanık

Ad Soyad

İmza

2. Tanık

Ad Soyad

İmza

Yönetici

Ad Soyad

İmza

Mağdur

Ad Soyad

İmza

EK 5. HEKİMLER İÇİN YARI-YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Hekimler İçin Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu

Tarih: _____

Başlangıç Saati: _____

Bitiş Saati: _____

Merhaba, ben Avni Alper Yüksel Kapadokya Üniversitesinde Kültürel Çalışmalar (yüksek lisans) bölümünde son sınıf öğrencisiyim. Tez kapsamında sağlık sektöründe şiddete yol açan unsurlar ile ilgili sizlerin yaşadığı deneyimler ve görüşler hakkında veri toplamak amacıyla bu görüşmeyi yapıyorum.

Bu görüşmenin amacı sağlık sektöründe şiddetin önlenmesi için hakkındaki görüşlerinizi ve deneyimlerinizi tespit etmek, bu süreçte karşılaştığınız zorluklar ve bu zorluklarla baş etme yollarınızı belirlemek ve önerilerinizi almaktır.

Kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve görüşme süresince verdiğiniz cevaplar isimleriniz belirtilmeden yazıya aktarılacaktır.

Bu görüşme yaklaşık bir saat sürecektir. Ek olarak;

1. Söylediklerinizin hiçbirini kaçırmamak için görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Bunun sizin için bir sakıncası var mı?
2. Kaydetmemi istemiyorsanız yazılı olarak not almam mümkün müdür?
3. İzin verirseniz sorulara başlamak istiyorum. Başlamadan önce, eklemek ya da sormak istediğiniz bir şey var mı?

Sorular

Asıl sorulara başlamadan önce size birkaç soru sormak istiyorum:

Kişisel Bilgiler:

Yaş :.....

Cinsiyet :.....

Medeni Hal :.....

Memleketiniz :.....

Yaşadığınız Şehir :.....

Görev Yaptığınız Bölüm :.....

Kaç Yıllık Hekimsiniz :.....

Bölümü İsteyerek Mi Tercih Ettiniz :.....

1a. Şahit olduğunuz veya yaşadığınız sağlıkta fiziki veya sözlü şiddet olayları düşünüldüğünde;

a) Şiddete neyin yol açtığını düşünüyorsunuz?

- Hastane ortamı Yoğunluk ve koşullar
- Hastanın tutumu
- Yardımcı personel tutumu
- Hastanın eğitim düzeyi
- Hastanın o gün yaşadığı diğer zorluklar
- Genel bir sorun değil tamamen kişisel

b) Hekim açısından bakıldığında

- Hekimin iletişim becerisi
- Hasta ile iletişim
- Hasta yakını ile iletişim

2. Şahit olduğunuz veya yaşadığınız sağlıkta fiziki veya sözlü şiddet olayları göz önüne alarak olayı tekrar düşündüğünüzde; engelleyebilecek faktörler nelerdi? Neden?

Hekimin etkisi (kişisel özellikler, tutum, yetkinlikler, vb.)

Hastanın etkisi (motivasyon, hazır bulunuşluk, hekime erişim vb.)

Siyaset /sistem etkisi (İletişim, algı vb.)

Hastanenin etkisi (imkanlar, yöneticilerin tutumu, destek vb.)

Sağlık okur-yazarlığı

3. Sizce bu şiddet vakaları genel bir süreç olmayıp sadece kişisel olayların bir bütünü olabilir mi? Neden?

Hekimden kaynaklı (kişisel özellikler, tutum, yetkinlikler, vb.)

Hastadan kaynaklı (motivasyon, algılama eksiklikleri, edim yitimi, teknolojiye erişim vb.)

Kurum/sistem kaynaklı (Özlük sorunları, ortam, teknik problemler, etik kurallar, yetersiz kanunlar vb.)

Kültürel yapıdan kaynaklı (hekim algısı, tedaviye yaklaşım, Hastalık ve tedaviyi reddetme alternatif – geleneksel tıbbı yatkınlık)

Sosyo – ekonomik yapıdan kaynaklı (sosyal beceri eksikliği, içerik, ölçme-değerlendirme)

Hastane kaynaklı (imkanlar, yöneticilerin tutumu, destek vb.)

4. Peki siz bu süreçte karşılaştığınız zorlukları gidermek için ne/neler yaptınız? Neden?

5. Verdiğiniz bu cevaplardan yola çıkacak olursanız sağlıkta şiddet kavramı sizde hangi düşünceleri çağırıyor? Hastanın size karşı kullandığı ifadelerde sizi geren cümleler nelerdir?

6. Hasta yakını ile iletişim kurarken Hastadan farklı bir iletişim modeli veya bir dil kullanılmalı mı?

7. Yaşadığınız veya şahit olduğunuz sözlü veya yazılı şiddet olaylarında ne gibi diyalog veya sözlü ifadeler kullanıldı?

8. Mevcut sağlıkta şiddet vakalarının azalması/ önlenmesi / ortadan kalkması için sözlü iletişimde neler yapılmalı ? Neden?

Hasta özellikleri/davranışları

Hekim özellikleri (Mesleki bilgi, öğretim bilgi/becerileri, eğitim desteği, rehberlik, kişilik özellikleri vb.)

Hastaya, yaklaşım içeriği iletişim becerileri ve değerlendirme noktalarında değerşime ihtiyaç duyduğunuz noktalar

Kurumun sunduğu imkanlar, yöneticilerin tutumu

Teknik destek

Eğitim desteği

Rehberlik desteği

Materyal/kaynak/personel desteği

Genel süreç yönetimi

9. Görüşmemizin sonuna gelmiş bulunuyoruz. Paylaştığınız bilgiler için çok teşekkür ederim. Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

EK 6. ETİK KURUL BAŞVURUSU EK 3'ÜNDE YER ALAN ANKET SORULARI

Sayın Katılımcı

Bu çalışma, sağlıkta şiddet ile ilgili süreçler konusunda bilimsel veriler elde etmek bu veriler ışığında tespitler yapmak amacıyla yapılmaktadır. Sonuçlar tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışma sonucunda elde edilecek bilgilerin geçerliliği ve araştırmanın başarılı olabilmesi

açısından sorulara verdiğiniz cevapların tam ve doğru olması çok önemlidir. Her bir maddenin “Tamamen katılıyorum” ile “Hiç katılmıyorum” aralığında değerlendirildiği 5’li Likert yapı üzerinden oluşturulan yanıtlardan sizin için en uygun olan bir seçeneğe (X) işareti koyarak tüm soruları yanıtlayınız.

Çok değerli vaktinizi ayırdığınız ve sağladığınız katkı için teşekkür ederim.

Not : Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

Maddeler	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
Hastalarla her hafta en az bir tartışma yaşıyorum					
Her gün sözlü, fiziksel şiddet veya bir tartışma yaşıyorum					
Şahit olduğum şiddet vakaları aniden oluştu					
Tanık olduğum ya da yaşadığım şiddet öncesi sözlü bir diyalog söz konusuydu					
Şiddet olayları bir diyalog üzerine değil bir vaka üzerine gelişti ?					
Doğru iletişim olsaydı şiddet yaşanmazdı					
Sadece basit bir cümle yüzünden şiddet oluştuğuna tanık oldum					
Meslektaşlarımla konuşurken Latince terim ve tanımları sıklıkla kullanırdım					
Hastalarla konuşurken farkında olmadan Latince terim veya tabir kullandığım oluyor					
Hastanın sadece bir cümlesi benim tüm motivasyonumu bozabilmektedir.					
Hastanın bir söylemim üzerine aniden tepki verdiği oluyor					
Ülkemizdeki sosyo-ekonomik şartlar sağlıkta şiddete yol açmaktadır.					
Ülkemizde yaşanan siyasi kutuplaşma ve kullanılan siyasi dil sağlıkta şiddete yol açmaktadır.					
Hastane ortam ve koşullarının fiziksel şiddete etkisi çok büyüktür.					
Hastane ortam ve koşullarının sözlü şiddete etkisi çok büyüktür.					
Hastanın hekime ve tedaviye kolay(randevusuz, kontrolsüz) ulaşması şiddeti tetiklemektedir.					
Eczane, Noter ve Ehliyet kursu gibi kurumların zaman					

zaman hastayı bize karşı kışkırttığına şahit oldum					
Hasta ile sağlıklı iletişim kurmak için yeterli zamanım yok					
Hastalar sıklıkla acil olmadığı halde acil hizmeti almak istemektedir.					
Hastaların sıklıkla hastalığı olmadığı halde rapor istemektedir.					
Hastalar sıklıkla benden etik olmayan veya kanun dışı isteklerde bulunmaktadır.					
Özel hastanelerde şiddet vakalarının az olması randevu ve fiziksel şartlarla ilgilidir.					
Özel hastanelerde şiddet vakalarının az olması sosyo - ekonomik şartlarla ilgilidir.					
Hastaya konuyu hastanın sosyo - ekonomik durumunu göz önüne alarak açık bir şekilde anlatırım					



EK 7. GÖRSELLER



icmimarensaray @ay_ensar · 22 sa

...

Sariyer Hamidiye Etfal Hastanesi çocuk cerrahi poliklinigindeyiz. Raporlu medikal ilaçlarımızın recetesinin yazilabilmesi için üç gündür.

hastaneye gelip gidiyoruz.

3 saattir bekliyoruz.

Prof.Doktorun gelmesini...

[@saglikbakanligi](#)



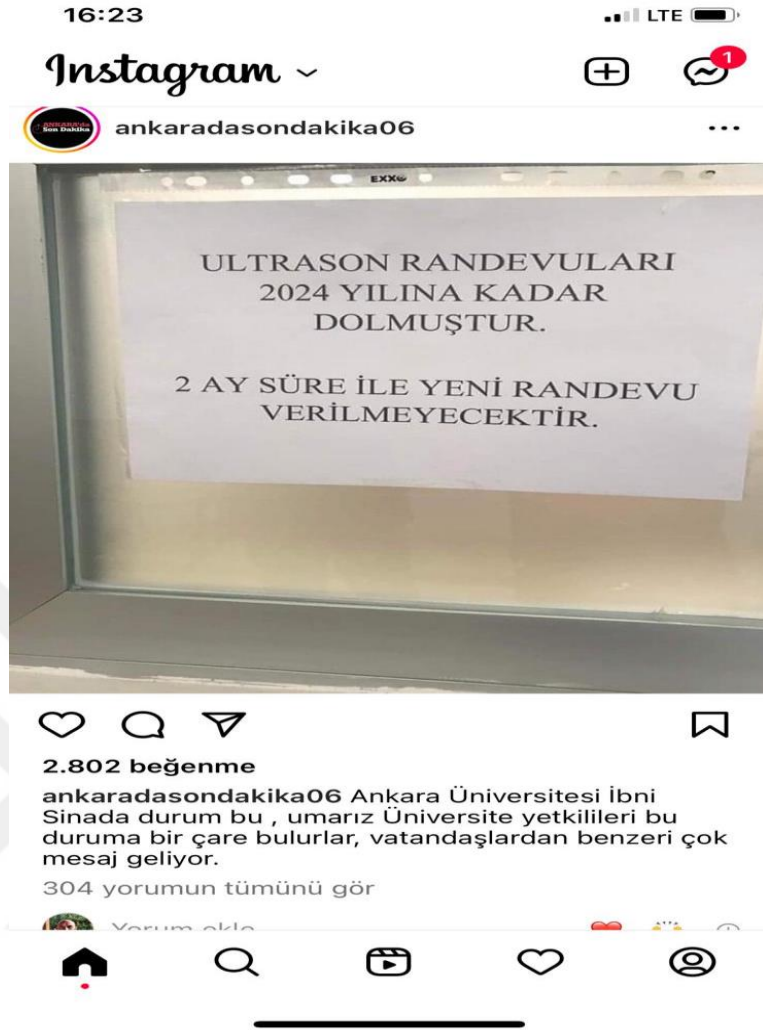
1



66



Resim 01



Resim 02



Resim 03

T.C. Sağlık Bakanlığı

**SAVCILIĞA SUÇ DUYURUSUNDA
BULUNMAK ZORUNDAYIZ!**

28.04.2012 Tarih ve 2887 Sayılı Sağlık Bakanlığı Çalışanlarına Yönelik İşlenen Suçlar Hakkındaki Yönetmeliğe Göre Sağlık Personeli Şikayetçi Olmazsa Bile Kurumumuz Adına Savcılığa Şikayette Bulunulması Zorunludur.

Sağlık Çalışanlarına Karşı Sıklıkla İşlenen Suç ve Suç Unsuru Taşıyan Davranışların Bazılarının Türk Ceza Kanunu'ndaki Karşılıklarını Dikkatinize Sunuyoruz.

SUÇ	TCK MADDESİ	CEZANIN İÇERİĞİ
TEHDİT	Madde 106	6 aydan 5 yıla kadar hapis cezası
KAMU GÖREVLİSİNE HAKARET	Madde 125	1 yıldan 2 yıla kadar hapis cezası
KAMU MALINA ZARAR VERME	Madde 152	1 yıldan 6 yıla kadar hapis cezası
KASTEN YARALAMA	Madde 86	1,5 yıldan 4,5 yıla kadar hapis cezası
AĞIR YARALAMA SUÇU	Madde 87	4 yıldan 10 yıla kadar hapis cezası

*Suçun alkol veya uyuşturucu madde etkisinde işlenmesi cezada indirim sebebi değildir. (TCK Madde 34)

LÜTFEN HAKLARINIZI HUKUKİ YOLLARDAN ARAYINIZ.

YEAH YÖNETİMİ

Resim 04

**SAVCILIĞA SUÇ DUYURUSUNDA
BULUNMAK ZORUNDAYIZ**

Sağlık personeline karşı suçlar ile ilgili 28.01.2012 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan Yönetmelik gereği Sağlık Personeli şikayetçi olmasa dahi Hastane Yönetimince Savcılığa suç duyurusunda bulunulması zorunludur. Sağlık çalışanlarına karşı sıklıkla görülen ve suç unsuru taşıyan davranışları ve Türk Ceza Kanunundaki (TCK) karşılıklarını dikkatinize sunuyoruz.

SUÇ	TCK MD.	CEZANIN İÇERİĞİ
TEHDİT	Madde No: 106	6 Aydan 5 Yıla Kadar Hapis Cezası
KAMU GÖREVLİSİNE HAKARET	Madde No: 125	1 Yıdan 2 Yıla Kadar Adli Para ve Hapis Cezası
KAMU MALINA ZARAR VERME	Madde No: 152	1 Yıdan 6 Yıla Kadar Hapis Cezası
KASTEN YARALAMA	Madde No: 86	1,5 Yıdan 4,5 Yıla Kadar Hapis Cezası
AĞIR YARALAMA SUÇU	Madde No: 87	4 Yıdan 10 Yıla Kadar Hapis Cezası

Suçun alkol ve uyuşturucu madde etkisi ile işlenmesi ceza indirim sebebi değildir. (TCK Madde No:34)

Herhangi bir şikayet olduğunda kanuni haklarınızı kullanabileceğiniz ilgili makam/birimler şunlardır:
Hasta Hakları Birimi
Hastane Yönetimi (Mesai saatleri dışında nöbetçi şefi)
Sağlık Bakanlığı Şikayet Hattı SABİM 184
Diğer İdari ve Hukuki Yollar

LÜTFEN HAKLARINIZI HUKUKİ YOLLARDAN ARAYINIZ

**AT 10.6.2021
G.T. 21.6.2021
EYAH YÖNETİMİ**

PURSAKLAR DEVLET HASTANESİ 0312 599 70 00

Resim 05