

Hastanelerde gerilim/çatışma/şiddet ve çözüm yolları

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Halen Dr. Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi Müdürü olup yanı sıra SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde çalışmaktadır. Bir yandan da Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde sağlık sosyolojisi alanında doktora çalışmasını yürüten Demir'in sağlık sosyolojisi ve sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları konularında hakemli ve diğer periyodik dergilerde yayımlanmış makaleleri ve sosyal bilimler alanındaki çeşitli kitaplarda bölüm yazarlığı bulunmaktadır. Demir, evli ve iki çocuk babasıdır.

Dr. Mehmet Demir



1966 yılında Eskişehir'de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Bir süre pratisyen hekim olarak çalıştı. Daha sonra çeşitli tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve hastane başhekimliği görevlerinde bulundu. Kütahya Tabip Odası'nda yöneticilik yaptı; özel sağlık merkezi kuruculuğu ve yönetiminde çeşitli görevlerde bulundu. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü olan Demir, performans yönetimi, kalite geliştirme, hasta güvenliği ve Genel Sağlık Sigortası konularında Sağlık Bakanı'na danışmanlık yapmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürütülmesinde aktif olarak yer alan Demir'in kitap ve çok sayıda yayımlanmış makalesi mevcuttur. Demir, evli ve bir çocuk babasıdır.

Gün geçmiyor ki yazılı ve görsel medyada hastanelerde yaşanan şiddet veya çatışma (fiziki veya sözlü) haberlerine rastlamayalım. Bu durum sadece ülkemize özgü değildir; kısa bir internet araştırmasıyla bile dünyanın birçok yerinde aynı sahnelerin yaşandığını görmek şartıca olmayacaktır.

Bugün için hastanelerdeki şiddet veya hasta, hasta yakınları, sağlık personeli tartışmalarının sıklıkla gündemde yer almasındaki en büyük etken, hiç kuşkusuz medyadaki gelişmelere paralel olmaktadır. Ayrıca internet ve diğer iletişim olanakları da yaşanan olayların görsel

olarak paylaşılması sonucunu doğurmaktadır. En son bir ilimizin hastanesinde yaşanan arbede cep telefonuna kaydedilerek oradan da internete aktarılarak binlerce kişi ile paylaşılmış ve daha sonra da ulusal basında yer almıştı.

Sağlık altyapı hizmetlerini yaygın olarak sunan ülke vatandaşlarından hayatında en az bir kez hastaneye başvurmamış



kimse bulunmadığını söyleyebiliriz. Öyle ki modern toplumlarda insanlar hayata gözlerini hastanede açtıkları gibi hastanede kapayabilmektedirler. Modern sağlık kuruluşlarının hayatımızdaki yerini göstermesi açısından hastane başvuruları önemli bir kaynak olabilmektedir. Örneğin, Türkiye’de son altı, yedi yılda sağlık alanında yaşanan değişimlerle birlikte (hizmet erişiminde kolaylık, vb.) sağlık hizmetinden yararlanan kişi sayısında belirgin bir artış yaşanmıştır. 2002 yılında kamu, özel ve üniversite hastanelerine toplam başvuru yaklaşık 124 milyon, 2006 yılında 217 milyon ve 2008 yılında ise bu rakam yaklaşık olarak 274 milyon kişiyi bulmuştur.

Sağlık hizmetleri sunumu esnasında yaşanan şiddet ve çatışma gibi durumları bu bağlam içinde değerlendirmek, çalışmamız açısından önem kazanmaktadır. Sağlık kuruluşlarında hasta ve sağlık personeli arasında yaşanan gerilimli durumların tümünü çatışma başlığı altında tanımlayacağız. Zira sosyal ilişkinin doğasına mündemiç çatışma olgusunu salt şiddet davranışıyla ilişkilendirmek sathi olacaktır. Sadece şiddet boyutuyla algılamak olayın tüm boyutlarıyla anlaşılmasını engelleyecek ve şiddete mağdur olan ve şiddeti uygulayan kişiler gibi bir ikileme karşı karşıya kalma durumu vuku bulacaktır.

Bu çalışmada, hastanelerde yaşanan gerilimli durumu anlamak üzere olaya taraf kimselerin içinde bulunduğu sosyal dünyayı da anlamak üzere nitel araştırma tekniklerinden yararlanılmıştır. Nitel araştırma tekniği olarak derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir şekilde hasta veya yakınlarıyla çatışma durumu yaşamış sağlık personeli ve hastanede gerilimli durumlara taraf olmuş hasta ve hasta yakınlarıyla görüşülmüştür.

Çalışmada hastanelerde vatandaş ve sağlık personeli çatışması olgusunu tarafçı ideolojilerden bağımsız bir çatışma teorisi ile irdelemeye çalıştık. Belirtilmesi gereken en önemli husus, hiç kuşkusuz çatışmanın her zaman için yıkıcı olmadığıdır. Çatışmanın işlevsel olabileceği de unutulmamalıdır (Coser, 1956).

Sağlık hizmetleri sunumu ve çatışma

Sağlık alanında çatışmaları ve şiddeti artıran temel faktör, hizmet veren ve alan kişilerin tutumları olarak belirlenebilir. Sağlık alanında şiddeti azaltan temel faktör ise, kaliteli ve kolay ulaşılan bir sağlık sistemidir. Hastanın hizmete ulaşamaması, uzun bekleme kuyrukları, dar alanda çok sayıda insanın olması, hastaya ayrılan sürenin kısa olması, hastane içindeki dolaşma ve bürokrasinin fazla olması vb. faktörler çatışmayı artırır.



Sağlık örgütlenmesinde, günümüz modern toplumlarında tedavi hizmeti hastanelerde sunulmaktadır. Hastanelerin başlıca işlevi hastanın tedavi ve bakımını üstlenmiş geniş ölçekli organizasyonlar olmalarıdır. Koruyucu sağlık hizmeti ise yaygın örgütlenme düzeyinde küçük ölçekli sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Hastaya en doğru zamanda ve en uygun tedaviyi vermekle mükellef modern hastaneler tıbbi tedavi ve bakımın verildiği emek yoğun kuruluşlardır. Bunun sonucunda istihdam edilen personel nitelik olarak farklılaşmakta ve nicelik olarak artmaktadır (Turner, 1990:158-159). Modern tıpta ise sağlık hizmeti, “tedavi” ve “bakım” sürecinden oluşmaktadır. Hasta için “bakım” da en az “tedavi” kadar önemlidir. Hastanelerin hizmet üretim sürecindeki işbölümünde, hekim tedavi uzmanı, hemşire ise bakım uzmanı olarak görülmektedir (Suryamani, 1989:1). Bu sürecin en önemli parçası ise hiç kuşkusuz faaliyetin öznesi konumundaki hasta/kişi yani insandır.

Çalışmada çatışmanın tarafını oluşturması münasebetiyle genel itibarıyla “sağlık personeli” kavramı kullanılmıştır. Dolayısıyla çatışma olgusu meslek grupları bazında ele alınmamıştır. Bazı durumlarda ayrıntılı olarak mesleğe ilişkin bilgilere de yer verilecektir.

Dünyada ve ülkemizde sağlık alanında hızlı değişimler olmaktadır. Yaşanan bu hızlı değişimler hemen her yerde sosyal bilimcilerin de ilgisini çekmiştir. Sosyal bilimcilerin sağlık alanında yaptıkları çalışmalarda, özellikle de nitel çalışmalarda odaklandıkları üç temel alan bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları organizasyonun kendisine, bazıları hizmet sunum sürecinde doktor-hasta ilişkisine, diğer çalışmalar ise bu alanda hizmet veren meslek grupları arasındaki

Sağlık personeli A:

“Yaşadığım en önemli sorunlar, insanların acil serviste kendi hastalarından başka hasta yokmuş gibi düşünüp en acil müdahale edilmesi gereken hastanın kendi hastaları olduğunu sanmalarından kaynaklanan problemlerdir. Bunlara bir de tıbbi malzeme, teçhizat eksikliği ve yetkili makamların konuyla ilgili yüzeysel ve politik bakış açıları eklendiğinde sorun daha da vahim bir hal alıyor.”

ilişkiye odaklanmaktadır (Conrad, 2001:291). Bu çalışmada doktor-hasta ve yakınlarının ilişkisinin tedavi sürecini değil bu süreçte yaşanan çatışmaları gerilimli durumları irdeledik.

Çatışma, sadece karmaşık örgütlerin var olmasıyla başlamayıp insanlık tarihi boyunca süregelmiştir. İnsan hayatının hemen her alanında (çalışma, oyun, vb.) yaşanmaktadır. Weber’e göre (akt. Craib, 1997:121) sosyal çatışma, bir kişi veya grubun diğerlerinin karşı çıkmasına rağmen amaçlarına ulaşması girişimidir. Yukarıda belirtildiği gibi çatışma, savaş veya düzenli bir yarışmayı

da içerecek şekilde her alanda görülebilir. Çatışma her zaman vardır ve onu yok sayma çabası boşunadır: Çatışma mutlaka başka bir biçimde kendini gösterecektir (Bartos ve Wehr,2002).

İnsanlık tarihi boyunca çatışma sürecine ilişkin edinilen bilgi gerek gündelik hayatta gerekse diğer alanlarda da kullanılmaktadır. Hayatın her alanına yayılan çatışma ile baş etme, çatışmanın olası olumsuz sonuçlarını en aza indirme becerisi ise bir nesilden diğerine kültürel olarak aktarılmaktadır (Bartos ve Wehr, 2002: 1-2).

Çatışma üzerine çok çeşitli görüşler bulunmasına karşın teorilerin ortak noktaları toplum içerisindeki grupların farklı çıkarılara sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu anlamda çeşitli düzenlemelerden, belirli gruplar daha çok faydalanacaktır. Dolayısıyla, farklı çıkarların varlığı çatışmanın sürekliliği için potansiyel oluşturacaktır.

Öte yandan çatışmanın kendisi yanında onu ortaya çıkaran kaynaklar da önem arz etmektedir. Çalışmamızda da önemli bir yeri olduğundan, çatışmaların kaynaklarını temel olarak sınıflamak gerekirse, Wehr (2006)'e göre normal şartlar altında çatışma bir veya birkaç nedenle ortaya çıkabilir. Çatışma kaynakları şunlardır:

Olğusal temelli: Yaşanan anlaşmazlıkların çoğunun yaklaşım farklılığından kaynaklandığını ifade eder.

Değer-Rol temelli: Aradaki etkileşimi belirleyen temel kuralın ne olacağı konusundaki anlaşmazlıktan kaynaklanır.

Çıkar temelli: Kit kaynaklardan (para, güç, prestij) kimin nasıl ve ne şekilde yararlanacağı noktasında yaşanan anlaşmazlıklar kaynaklanır.

Gerçekçi olmayan: Çıkar, değer ve ilgi temelli anlaşmazlıkların dışında kalan ve daha çok tarafların iletişimde kullandıkları dil ve mekândan kaynaklanan anlaşmazlıklardır.

Birçok durumda, çatışma yukarıdaki nedenlerle gerçekleşmektedir. Birkaçı veya hepsinin etkili olması da mümkün iken, çoğunlukla, bunlardan birisi daha belirleyici olmaktadır.

Çatışmanın analizinde yukarıda yer verilen hususlar önemli olmakla birlikte çatışma haritasının ortaya çıkarılması ise yanıt aranacak sorularla ortaya çıkarılmaktadır. Bu çerçevede,

Çatışmayı tetikleyici olaylar nelerdir?

Taraflar bu konuda ne düşünmektedir?

Çatışma süresince taraflar ne tür stratejiler geliştirmektedir?

Sağlık personeli veya hasta/hasta yakınları çatışma durumunda nasıl davranmaktadır?

Bu davranışlar taraflarca nasıl algılanmaktadır?

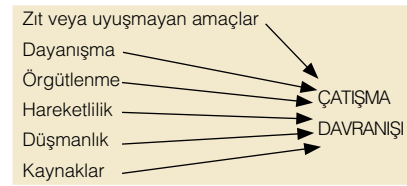
Her iki tarafın yaşanan çatışma hakkındaki düşünceleri nelerdir?

Yukarıda yer verilen ve diğer benzeri sorular bu konudaki çatışma haritalamasını yapmamızı sağlayacaktır.

Hastaneye veya herhangi bir sağlık kuruluşuna tedavi olmak amacıyla başvuruda bulunan kişinin (hastanın) ve onu tedavi etmek amacıyla orada istihdam edilen görevlinin ya da gönüllünün amacının ortak olduğu saptamasının herkes tarafından kabul göreceğini belirtmek yanlış olmayacaktır. Ancak nasıl oluyor da sağlık personelinin tedavi etmek amacıyla üzerinde tasarrufta bulunduğu bedenin sahibi kişi veya yakınları ile çatışma durumu yaşanmaktadır? Çatışma olgusunun her sosyal ilişkinin doğasında olduğu ön kabulü bu durumu açıklar ama herkesin anlayacağı şekilde belirtecek olursak; sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasındaki çatışmanın nedenini açıklamak her zaman kolay olmayabilmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada söz konusu olgu tarafların bakış açısını dikkate alarak analiz edilmeye çalışılmıştır.

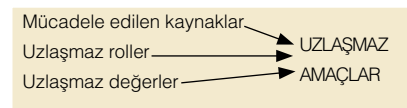
Çalışmada son yıllarda çatışma olgusunu anlamak ve açıklamak üzere Bartos ve Wehr (2002) tarafından geliştirilmiş teorik model kullanılmıştır.

Bu modelde çatışma davranışı ve nedenleri aşağıdaki gibidir;



Şekil 1. Çatışma davranışının nedenleri (Bartos ve Wehr, 2002: 10).

Bu çalışmada ise, hastanelerde yaşanan gerilimli durumların "zıt veya uyumsuz amaçlar" çerçevesi içinde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Uzlaşmaz amaçlar diyebileceğimiz durumun nedenleri de aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.



Şekil 2. Uzlaşmaz amaçların nedenleri (Bartos ve Wehr, 2002: 30).

Çatışmanın çeşitli sebepleri olabilir. Kuşkusuz, sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasında uzlaşmaz amaçların çatışmaya yol açmasına tüm faktörler yol açmamaktadır. Bu çerçevede, uğruna mücadele edilen kaynaklar, uzlaşmaz roller ve uzlaşmaz değerler kavramlarını açmamızda yarar vardır.

Mücadele edilen kaynaklar: Bu kavram ile taraflardan birinin sahip olduğu veya her ikisinin de elde etmek istediği bazı sınırlı kaynaklar anlaşılmaktadır. İnsanlar hayatı boyunca birçok alanda çok farklı şeyler için mücadele etmektedir. Tarihsel süreç içinde daha belirgin olması itibarıyla toprak (arazi), para ve siyasal hedefler (iktidar) için mücadele her zaman söz konusu olmuştur. Bu mücadeleler farklı formlarda olmasına karşın hiç hız kaybetmeden günümüzde de devam etmektedir (Bartos ve Wehr, 2002). Bu kaynaklar, para güç ve saygınlıktır. Çalışma kapsamında güç ve saygınlık kavramı kullanılacaktır. Bu kavramı kit kaynaklar olarak da tanımlamak mümkündür. Bu çerçevede sağlık personelinin kendisini de kit kaynak şeklinde ele almamız mümkün olabilecektir. İnsan kaynağının kısıtlı olması da gerilim yaşanmasına neden olmaktadır.

a) Güç: Sosyal bilimlerde üzerinde en fazla durulan konuların başında güç (power) gelmektedir. Güç, her ne pahasına olursa olsun, elde etmek için aktörlerin sıklıkla tercih ettiği-edeceği tutumların nihai hedefi olan güç olgusu muhalefetine rağmen bir başkasına istediğini yaptırma anlamına gelir. Bir başkasına ne yapması gerektiği ve karşı tarafın öneri getirdiğinde bile susmasını isteme hakkı veya olanağı demektir. Taraflar arasındaki etkileşimi monologa çevirir (Bartos ve Wehr, 2002). Eşitsiz güç dağılımı esasına dayanan bu durum, olası çatışmaların temelini oluşturur. Burada sağlık personeli ve hasta-hasta yakınları arasında eşitsiz bir güç dağılımının olduğu ön kabulü söz konusudur. Zira kendisinden hizmet almak için başvuruda bulunduğu kurum görevlilerinin talimatlarını yerine getirmekle mükellef kişi hasta-hasta yakınlarıdır. Hasta için çalışıyor olma veya ona hizmet verme eyleminin bizzat kendisinin güç uygulama olarak görülmesindeki yaklaşıma esas anlayış ilişkilerin paternalistik karakter taşıması olduğu düşünülebilir.

b) Saygınlık: Yarışılan kaynaklar içinde üçüncü sırada yer alan saygınlık kavramı diğer ikisiyle (zenginlik ve güç) sarmalanmıştır ve diğer ikisi gibi sınırlıdır. Çünkü her durumda bir sıralamaya tabi tutulmaya yol açacaktır. Herkes daha fazla saygı görmek ister ama çok az kişiye veya gruba bu imkân verilmiştir. İtibar sahibi olma, güçlü olma ile yakından ilgilidir. Çünkü güçlü olan sıklıkla daha fazla saygı gösterilen kişi olmaktadır (Bartos ve Wehr, 2002).

Bu kavramların yanı sıra, makalenin konusunu oluşturan gerilimli durumları anlaşılır kılmak için “değerlerin uyuşmaması” kavramını da kullanacağız.

Değerlerin uyuşmaması: Her birey diğerlerinden farklıdır, çünkü zaman içinde kendisine has olan değerler bütününe sahip olur. Aynı durum gruplar için de geçerlidir. Bireysel düzlemde, farklı özelliklere sahip olmak, ayrı şeylerden hoşlanmak bile değer uyuşmazına yol açabilmektedir. (Bartos ve Wehr, 2002: 41-42).

Değerler geniş ve soyut olup neyin doğru veya saygı değer olduğu konusunda standartların paylaşımından doğar. Grup üyelerince benimsenip daha sonrakilere de aktarılır (Gelles ve Levine, 1995).

Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının tarafları olduğu gerilimli çatışma durumları değerler açısından ele alınmadıkça eksik kalmış olacaktır. Zira farklı kültürel çevreye mensup kişilerin ortak amaç doğrultusunda bir araya gelmesi mevzu bahis olduğundan bu faktörün önemli olduğu düşünülmektedir.

Söz konusu tarafların çatışma durumları süreç, nedenler ve sonuçlar açısından ortaya konmaya çalışılmıştır. Her iki tarafın bakış açısına da yer verilmiştir. Bu amaçla, sağlık personeli ve hasta/hasta yakınları ile farklı tarihlerde mülakatlar yapılmıştır.

Aşağıda sırasıyla sağlık personeli vatandaşların yaşadıkları gerilimli durumlarda ne yaşadıkları ve bu durumlar hakkında ne düşündüklerine yer verilecektir.

Mülakatlar: Mülakatlar çatışma veya gerilimli durumların tarafları olan sağlık personeli ile hasta-hasta yakınlarıyla yapıldı. Görüşmelerde hasta-hasta yakınları içinde hasta yakınlarına ulaşılabildi.

Mülakatlar ve açık uçlu sorular vasıtasıyla sağlık personelinin hizmet sürecinde sorun olarak gördükleri ve vatandaş ile yaşadıkları sorunları belirtmeleri istendi. Her sağlık çalışanının olguya ilişkin farklı görüşleri aşağıda yer almaktadır.

Sağlık personeli A: “Yaşadığım en önemli sorunlar, insanların acil serviste kendi hastalarından başka hasta yokmuş gibi düşünüp en acil müdahale edilmesi gereken hastanın kendi hastaları olduğunu sanmalarından kaynaklanan problemlerle ülkemizde henüz gelişmemiş olan -acil hasta- kavramının neden olduğu sorunlardır. Tabii bunlara bir de tıbbi malzeme, teçhizat eksikliği ve yetkili makamların konuyla ilgili yüzeysel ve politik bakış açıları eklendiğinde sorun daha da vahim bir hal alıyor...”

En çok rahatsız olduğum konu ise idarecilerin tavırlarıdır. Çünkü diğer sorunlar toplumun eğitim ve sosyokültürel yapısının yeterli düzeyde gelişmemesinin sonucunda ortaya çıkmakta olup gerek hastalar ve gerekse de hasta yakınlarının hiç bir art niyeti ve öngörüsü olmadan ortaya çıkan problemlerdir... Sorunların çözümü konusunda koordineli, sağlam temele dayanan, hem çalışanların hem de hastaların optimum faydalanabileceği gerçekçi çözümler yerine geçici, çözüme uzak ve genellikle de sağlık çalışanlarının aleyhine yorumlanabilecek çözümler üretilmektedir.

Yaşadığımız sorunlarda muhabetimiz genellikle hasta yakınları olup en fazla karşılaştığımız durumlar hastanın aciliyetinin sağlık personeli ile hasta yakınları tarafından farklı olarak algılanması sonucunda ortaya çıkan ve bazen şiddete kadar uzayabilen tartışmalardır. Özellikle radyo, TV ve yazılı basında çıkan sansasyonel bir takım haberlerin sonrasında...

Bu tip sorunları çözmenin en kolay yolu; ikili ilişkilerde empati yaparak davranmak, karşımızdaki insanların hasta ve yakınları olduğunu bilerek sakin ve ses yükseltmeden, sorunu anlayışlı bir şekilde konuşarak çözmeye çalışmaktır. Ancak bazı durumlarda bunun mümkün olamayacağını hissedince güvenlik görevlilerinden yardım talebinde bulunmak gerekebilir. Bu durumlarda dahi sakin tavrimizi kaybetmemeye çalışmalıyız. Kendimizden eminsek ve yeterli kadar bilgi ve tecrübemiz varsa problemleri çözmek de kolay olacaktır... Kendim yaşamamakla beraber çalışma arkadaşım olan bir doktora fiili saldırıda bulunuldu ve nazal kemiği kırıldı. Yargıya intikal eden olayda tanık olarak mahkemeye çıktım. İlgili şahıs suçlu bulundu ama aldığı ceza tecil edildi...

Sorunların çözümü konusunda temel olay, halkın acil servisler ve acil durumlara ilgili olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesidir. Tabii bu konuda özeleştirimizi yapmalı, bizler de eğitim ve beceri eksiklerimizi ivedilikle tamamlayarak en azından bu açılardan donanımlı olmalıyız...

Sağlık personeli B: “Hastalarla yaşadığımız sorunlar genellikle kurumun teknik ve donanım açısından altyapı yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan sorunlar ile iletişim hatalarından dolayı yaşanan sorunlardır. Hastanede, yardımcı personelin nicelik ve nitelik açısından yetersiz olması, hizmeti sunan personelin psikososyal açıdan yıpranmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu şartlar altında verilen hizmetin hasta ve yakınlarını tam anlamıyla mutlu etmesi mümkün değildir. Bir de hizmet talep edenlerin, sorunların kaynağı olarak çalışanları görmesi, işleri daha da

Hasta yakını A: “Eşim rahatsızdı, acil serviste bir hemşireden yardım isteyip doktorumuzun gelip gelmeyeceğini sorduk. O da, “İster bekleyin, ister çıkın. Sizinle uğraşacak durumda değilim. Doktor beyin ne zaman geleceğini sormanıza gerek yok.” dedi. Kıymet vermeyerek, aşağılayarak, bıkmışlar gibi davranmaları beni çok rahatsız etti. Hem doktoru, hem de hemşireyi şikâyet ettim. Başhekim beni haklı buldu, araştırma başlatacağını söyledi. Bir daha dönmediler bana.”

zorlaştırmaktadır. Tam bu noktada tüm çalışanların çok sabırlı olmaları, sorunların çözümü için büyük önem taşımaktadır. İletişim hatalarından kaynaklanan sorunlar ise, hasta ve yakınlarının uygun olmayan taleplerinin ve uygun görülen taleplerinin karşılanmaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Örneğin ilaç yazdırma, rapor, tetkik ve öncelik talepleri ile siyasi veya yetkin kişilere yakınlığı nedeniyle sağlık çalışanlarından özel ilgi beklentileri gibi... Ayrıca haklı olarak talep ettiklerinin karşılanmaması nedeniyle... Hastaya yeterli zaman ayrılamaması, hastalığıyla ilgili yeterli bilgi verilmemesi, altyapı yetersizliği nedeniyle hastanın istediği hizmeti alamaması gibi...

Sorunların kaynağı olarak önyargılar egemen olduğundan, saldırganlık dürtüleri hâkim olmaktadır... Sorunların çoğu iletişim hatalarından kaynaklandığına göre, etkin iletişim kurmayı denememiz gerekir. Saygınlık bekliyorsak saygın davranmalıyız.”

Sağlık personeli C: “Yaptığımız işi detaylı düşünmeksizin anlayışsız ve tehditkâr bir yaklaşımla bizi sorgulamaları sorun oluşturuyor. Hasta için yapılan fedakârlıkları, ekip çalışmasını göz ardı etmeleri, yapılan iyi şeyleri görmemeleri ve takdir etmemeleri üzücü oluyor. Karşılıklı diyalog, iyi niyet, iyileştiri-

ci faaliyetlerin her iki taraf için de uygulanmaya çalışılması, en önemlisi de çalışanların ve halkın eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekiyor.”

Sağlık personeli D: “Saygısızlıktan hakarete hatta fiili saldırıya varan davranışlarla karşılaşmak büyük sorun. Genellikle yüksek sesle hatta bağırma-ya kadar ulaşan tartışmalar yaşıyoruz. Bu karşındaki durumuna göre değişiyor. Eğer bağırıyorsa ben de bağırıyorum. Hakaret ediyorsa ben de hakaret ediyorum. Bu davranış modeli tecrübeler sonucu gelişti. Sorunlar genellikle araya diğer mesai arkadaşlarının girilmesiyle yatıştırıldı.

Sağlık personeli olarak bizim ülke gerçeklerini kabul ederek daha hoşgörülü olmamız gerek. Bazen empati yaparak olayı değerlendirmekte yarar var. Sağlık personeline stresle başa çıkmanın yolları hakkında seminerler verilebilir. Daha iyi maddi imkânlar sağlanarak mesleki motivasyonları artırılabilir. Ben 20 yıllık hekimin hep cezalandırma ile ilgili olaylara şahit oldum ancak ödüllendirme yapılarak, bireysel tatminler yaratılarak örnek teşkil edilebilir.

Sağlıkla ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerin insanların sağlık personeline karşı olumsuz ve önyargılı hale getirdiği gerçeği karşısında devletin bunu önlemede daha etkin hale gelmesi gerekmekte. Ancak ben bugüne kadar bu yönde bir caba görmedim hatta doktoru azarlayan, hemşireyi tokatlayan başhekimleri gördüm.”

Yukarıda sağlık personelinin gerilimli durumlar ve kendileri açısından konuya yaklaşımına yer verdik.

Hasta ve hasta yakınlarına hastanelerde tedavi olmaya gittiklerinde daha çok hangi sorunlarla karşılaştıkları ve çözüm için neler yaptıkları veya neler yapılması gerektiği konusunda görüşlerini belirtmelerini istendi.

Hasta yakını A: “Eski SSK hastanesine gittim. Eşim rahatsızdı, o yüzden acil servise gitmiştim. Acil servise kayıt yaptırdım. Acil bölümlere geçtik, doktorumuzu bekledik. O anda, sıramızın gelmesini bekledik. Gelen bir hemşireden yardım istedik, ne yapacağımızı ve doktorumuzun gelip gelmeyeceğini sorduk. O da bize, “İster bekleyin, ister dışarı çıkın.” dedi. Bize değer vermediler. Benim de moralim bozuldu, kızdım. Kızarak, tersleyerek, aşağılayarak konuştu bizimle. Ben açıklama bekledim, “Hastamızı ne yapalım?” diye soruyorum. Hastam duracak pozisyonda değildi. “İster bekleyin, ister çıkın. Sizinle uğraşacak durumda değilim. Doktor beyin ne zaman geleceğini sormanıza gerek yok.” dedi. Ben

de “Bu bizim hakkımız, bunları öğrenmek zorundayız.” dedim. “Çok konuşmayın!” dedi. Bağırıldı, çağırıldı. Ben de ona kızdım, “Girişte hasta hakları diye yazıyor. Bize böyle yapamazsın. Seni şikâyet edeceğim.” dedim. “Size burada eşimin rahatsız olduğunu söylüyorum ve müdahale edilmesini istiyorum.” dedim. Şikâyet buldum; hem doktoru, hem de hemşireyi şikâyet ettim. Ardından doktor beye söyledim, ertesi gün başhekime söyledim. Doktora söylediğimde ilgilenmediğini söyledi ama ilgilenmedi. Hastamı muayene ettiler ama en sonuncu kişi olarak muayene ettiler. Doktorlar ve hemşireler kızıp gelmediler. Ama o doktor ve hemşireyi orada olduğum süre içinde bir daha görmedim. Fiziki bir müdahale yaşanmadı, sadece sözlü tartışmalar yaşadık. Başhekime çıktığımda ona durumu anlattım, olay yeri ve saatini söyledim. Beni haklı buldu, araştırma başlatacağını söyledi. Bir daha dönmediler bana.

Bu sürede beni en çok rahatsız eden şey, doktor ve hemşirenin davranışları oldu. Kıymet vermeyerek, aşağılayarak davranmaları bize karşı bıkmışlar gibi davranmaları beni çok rahatsız etti. Ama başka zaman gittiğimde iyi davranan kişileri görmek öncelikleri unutturuyor.”

Hasta Yakını B: “Teyzem rahatsızlanmıştı. Acil servise götürdük, orada sedyeye taşındık. Odaya geçtik, sedyeden indirildiğimizde oradaki doktor bize sert bir şekilde dışarı çıkmamızı söyledi. Bizi dinlemeden, dışarı göndermeye çalıştı. Gereksiz tepki gösterdi. Bence büyüklük kompleksi olan biriydi. Yoksa niye öyle yapısın! Tartıştık, bizi güvenlik görevlileri dışarı atmaya çalıştı. Çok rahatsız edici davranışlar olarak görüyorum böyle şeyleri. Kimseye bir şiddet uygulamadığımız halde bize böyle muamelede bulundular. Hastamızı tedavi ettiler ama onlara nasıl güvenelim? Kimse bize herhangi bir bilgi vermiyor, yaptıkları şeyin ne olduğunu söylemiyor. Biz hastamız şifa bulsun diye oralara giderken başka dertlerle uğraşıyoruz.”

Hasta Yakını C: “Rahatsızlanan küçük kızımı hastaneye götürdüm. Kızım anesinin ilaçlarını içmişti. Acil servise götürdüm. Herhangi bir yönlendirme veya danışma yoktu. İlk gördüğüm sağlık personeline ne yapılması gerektiğini sordum. Beni gözlem odasına doğru yönlendirdiler. Doktorun orada olduğunu söylediler. Muayene edecek doktor diğer doktorlarla birlikte (yaklaşık 6 kişi) gözlem hastalarını kontrol ediyorlardı. Gözlem odasına girmemize izin vermediklerinden dolayı görevlilerden doktora haber vermesini istedik. Doktor birkaç dakika sonra geldi. Kızımın ilaç içtiğinden bu yana yaklaşık 40 dakika geçmişti. Doktora durumu anlattık. O da bize beklememizi söyledi.

Bize karşı çok kayıtsız davranışları olmasına rağmen kendisini dinledik. Daha sonra “ne kadar beklememiz gerektiğini” sorduk. “İşi bittiğinde bakacağını” söyledi. “İşinin ne zaman biteceğini” sorduk. “Ne zaman biterse, o zaman biter” diye yanıtladı. Biz de “112 Hızır Acil doktorlarının vakit geçirmeden müdahale edilmesi lazım dediği bir hastayı neden beklettiğini” sorduk. Bizi dinlemedi ve gitti. Orada kalakaldık. Saygı nerede, hasta hakları nedir, bunların hiçbirine riayet etmedi. Bizim orada bulunma sebebimiz hastamız. Yoksa orada niye bulunalım. Büyük ihtimalle asistan doktorlardan biriydi. İçinde bulunduğumuz durum hiç de iyi değildi. Hastamıza müdahale sürecini hızlandırmak için nöbetçi sorumlu doktora ulaştık ama o da profesyonel yönetici olmadığı için meslektaşını koruma güdüsüyle davrandı. Hasta yakını olarak neredeyse bizi suçlayacak şekilde konuştu. Oysaki biz kimsenin cezalandırılmasını istememiştik. Sadece hastamızın tedavi edilmesini istiyorduk. Daha fazla bekletmeden en yakındaki bir başka hastaneye gittik. Anında müdahale (mide yıkaması, vb) yapıldı ve hastamız birkaç saat bekletildikten sonra taburcu edildi.

O doktoru hasta hakları birimine şikâyet ettim. Bir ay sonra hasta yakını olarak bizlerin haklı olduğunu bildiren ve doktorun uyarıldığını içeren resmi bir yazı ulaştırıldı. Hasta hakları uygulamasının işlerliğine inancımı artırdı. Doktor da bizim insanımız ama hastaların sorunlarına kendisinininkiymiş gibi dertlenmeli. Defi bela kabilinden yaklaşmamalı. Sorunlarımızı dinlemeli, empati yapmalı.”

Yukarıda sağlık personeli ve hasta-hasta yakınlarının yaşanan gerilimli durumlar üzerine yaşadıkları olaylardan yola çıkarak ifade ettikleri görüşlerine yer verildi. Çatışmaların doğası hakkında farklı görüşler belirtilmiş olsa da çatışmaların ortak noktalara sahip olduğu düşünülmektedir. Çatışmaların varlığı reddedilmemeli, bilakis olgunun enine-boyuna analiz edilip çatışmayı azaltıcı önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Bu çerçevede şiddet içermeyen, yukarıdaki çerçeve içinde yer alan gerilimli durumların “olgusal temelli, değer-rol temelli ve gerçekçi olmayan” çatışma kategorilerine dahil olduğu müşahede edilmektedir.

Olgusal temelli, çünkü hastalar tedavi olmak maksadıyla başvurdukları kurum üyeleri tarafından sahiplenmek ve işlerinin kolaylaştırılmasını istiyorlar.

Değer-rol temelli, çünkü hasta ve sağlık çalışanlarının birbirine hitap tarzı açık bir güç ilişkisine işaret ettiğini düşünüyorlar. Güçlü olan tarafın sağlık çalışanı olduğu ve dolayısıyla hastanın görelisi olarak ikincil pozisyonda yer al-

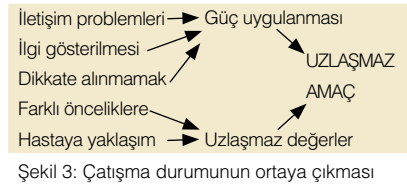
masından kaynaklanmaktadır. İletişim kaynaklı problemlerin ortaya çıkması bu nedenledir.

Çıkar temelli, çünkü hastalar sağlık personelinin kendisine karşı saygılı olmayan şekilde davrandığını düşünmektedir.

Gerçekçi olmayan: Gerek hasta-hasta yakınlarının ve gerekse sağlık çalışanlarının stresli bir durumda olması ve bulunulan mekânda çok sayıda benzer sıkıntıları çeken kişilerin varlığı her iki grup üzerinde baskı kaynağı oluşturmaktadır.

Bunun yanı sıra, hasta ve yakınlarının çatışmalarda kurumsal mekanizmaları kullanma veya işlerinin görülmesi durumunda bu çatışmayı sürdürme eğiliminde olmadıkları gözlenmiştir. Sağlık personelinin de çatışmaları sona erdirecek yaklaşımlara olumlu baktığı tespit edilmiştir.

Çatışma haritalamasında her iki tarafın çatışma durumları benzer özellikler taşıdığı için aynı grafikte yer vereceğiz. Grafikte yer verilen uzlaşmaz amaç bizahtı çatışma davranışının oluşturucusu durumunda olmaktadır.



Şekil 3: Çatışma durumunun ortaya çıkması

Sonuç ve öneriler

Hastanelerde yaşanan gerilimli durumlar ve şiddet olaylarının sonlanması mümkün gözükmemektedir. Ancak çatışmanın seyri ve görünümü noktasında bir şeyler yapılabilmesi mümkündür. Çatışmalarda, tırandırma tutumu sergileyip durumu içinden çıkılmaz hale getirmek mümkün olabileceği gibi (savaşlar buna örnektir) üçüncü taraf müdahalesine açık olup sonlandırmak da mümkündür. Hastanelerde veya sağlık kuruluşlarında çatışmayı tırandırmanın mümkün olmadığı düşünülürse üçüncü taraf müdahalelerini veya yaklaşımını kurumsallaştırmak bir çıkış yolu olabilir.

Hastanelerde çatışmayı/gerilimli durumları azaltmak üzere karar vericiler için uygulama imkânı bulunan bir takım öneriler sunacak olursa;

Çatışmanın sosyal ilişkilerde mündemîç olduğu yani doğasında olduğu veya kaçınılmaz olduğu ön kabulü; çatışmanın yönetilebilmesi, azaltılmasını veya biçiminin değiştirilmesi imkânını veya olasılığını dışlamamaktadır.

Resmi kayıtlara bakıldığında hastanelerde yaşanan gerilimli durumların, çatışmalardan kaynaklı şikâyetlerin son yıllarda arttığı görülmektedir. Öte yandan, artırılan şikâyet mekanizmaları ile sağlık personelinin daha incinebilir duruma getirildiği görüşleri de dile getirilmektedir. Bu görüş birçok sağlık personeline de dile getirilmektedir. Ancak bu artışın sebebini "sağlık personelinin vatandaş karşısında güçsüz kılındığı" kestirme değerlendirmesine katılmak mümkün değildir. Sağlık personeli ve vatandaş ilişkisinde yaşanan çatışmaların çözüme ulaştırılması kurumsallaştırılmıştır. Çözümü fiili şiddet veya başka yollarda aramanın yerine şikâyet etme kültürü yerleşik hale getirilmiş olup süreç gayri şahsileştirilmiştir. Ancak asimetrik güç ilişkisi içinde hasta ve yakınları için artırılan şikâyet/hak arama mekanizmalarının sağlık çalışanları aleyhine yeni bir asimetri üretip üretmediği konusu ayrıca tartışmalı bir durum sergilemektedir. Şikâyet mekanizmalarında filtreleme anlayışının yerleşik hale getirilmesi gerekmektedir. "Filtreleme" kavramından kastımız ise, hizmet üretimi esnasında yaşanan gerilimli duruma sebep olan yanlış uygulama geri dönülebilir aşamadayken başka aktörlerin araya girmesiyle çatışmanın sonlandırılması girişimidir.

Poliklinik bekleme alanları ve acil servis koridorlarında serbest denetim metodu olarak 24 saat esaslı kamera görüntülemesi yapılmalıdır. Kamera ile görüntüleme yapıldığı bilgisinin herkesçe görülecek bir yerde asılı bulunması, kuşkusuz özenli davranışları teşvik edecektir. Kamera yerleştirilmesi hasta ve insan haklarına aykırı olmayacak şekilde düzenlenmelidir.

Fiziksel çatışma yaşanması ihtimaline karşı yeterli sayıda güvenlik görevlisi istihdamı sağlanmalıdır. Poliklinik ve acil servislerin büyüklüğüne bağlı olarak görevli sayısı belirlenmelidir.

Hastanelerin daha çok acil servisleri ve polikliniklerinde rutin gözlem yapmak ve yaşanan durumlara gerektiğinde hakem olmak için psikolog-sosyolog-sosyal çalışmacılar görevlendirilmelidir. Bu görevliler bir tür arabulucumüzakereci olarak hizmet vermeleri halinde sistemde rahatlama sağlayacakları düşünülmektedir. Zira (geri dönüşü mümkün olmayan uygulamalar hariç tutulmak kaydıyla) vatandaşın sağlık personelinin salt cezalandırmak niyetiyle şikâyet etmediğini düşünmekteyiz. Şikâyet etme kültürünün sözlü boyutunun kültürümüzdeki ağırlığı da dikkate alındığında bu uygulamanın önemi anlaşılacaktır. Vatandaşın karşılaştığı sorununun çözümü şikâyetin gerekçesini ortadan kaldıracaktır. Bu durum vatandaşın resmi mercilere baş-

vurmaktan alıkoymayı değil bilakis sağlık kurumunun kendisine yabancılaşmasını engelleyici bir işleve sahip olacaktır. Sosyal ve sağlık hizmetlerinin insani yönü bürokratik şikâyet mekanizmaları içinde kaybolup gitmeyecektir.

Sağlık personelinin eğitim programına kişilerarası ilişkiler ve iletişim dersi konulmalıdır. Halen çalışanların ise, hizmet içi eğitimlerle hasta ve yakınları ile iletişim konusunda eğitime alınması sağlanmalıdır. Hasta ve yakınları ile doğrudan iletişimde bulunan hiçbir meslek grubu bu eğitimlerden muaf tutulmamalıdır. Çünkü bu yönlü bir eğitim, hiçbir sağlık personelinin örgün eğitim içeriğinde yer almamaktadır. Bakanlık veya ilgili kuruluş, bu programları bünyesinde başlatmalıdır. Güvenlik ve diğer yardımcı hizmetlerle (temizlik vb.) görevli personeller de verdikleri hizmete uygun eğitime alınmalıdır.

En önemlisi de sağlık personelinin yoğun iş yükünden kaynaklandığı düşünülen "buyurgan iletişim tarzı"ndan olabildiğince kaçınmasıdır. Uyuşmaz değerleri ortaya çıkaran bir diğer etkenin bu olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

Barnes, E., (1961), *People in Hospital*, New York: Macmillian&Co Ltd.

Bartos, O. J., Wehr, P. (2002) *Using Conflict Theory*, Cambridge University Press.

Coser, Lewis(1956), *The Functions of Social Conflict*, London: Routledgeand Kegan.

Conrad, P. (2001), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspective*, New York: Worth Publishers.

Craib, L. (1997), *Classical Social Theory*, New York: Oxford University Pres.

Gelles, J., R., Levine, A., (1995), *Sociology: An Introduction*, New York: McGraw-Hill.

Haralambos, M., M. Holborn, (1995), *Sociology (Themes and Perspectives)*, London, Collins Educational.

Kasapoğlu A. (2008), *Sosyal Hayat ve Çatışma: Farklı Alan Panoramları*, Ankara: Phoneix yayınevi.

Mechanic, D., (edit.) (1983), *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*, New York: The Free Pres.

Sakallı, N., (2001), *Sosyal Etkiler: Kim kimi nasıl etkiler*, Ankara: İmge Kitabevi.

Sennett, R., (2005), *Otorite (çev. Kamil Durand)*, İstanbul: Ayrinti Yayınları.

Suryamani, E., (1989), *The Organization and the Semi-Professional: A Sociological Study of Nurses*, New Delhi: Jainsons Publications.

Turner, S., B. (1990), *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage Publications.

Wehr, P., (2006), *Conflict Assesment Guide*, http://spot.colorado.edu/%7Ewehr/40GD1. HTM.