

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANTROPOLOJİ ANABİLİM DALI
SOSYAL ANTROPOLOJİ BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ



TIP VE GÜVEN:
KLASİK VE ALTERNATİF PERSPEKTİFLER

Duygu YAZGAN AKSOY

ANKARA-2017

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANTROPOLOJİ ANABİLİM DALI
SOSYAL ANTROPOLOJİ BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

TIP VE GÜVEN:
KLASİK VE ALTERNATİF PERSPEKTİFLER

Duygu YAZGAN AKSOY

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Zafer İlbars

ANKARA-2017

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANTROPOLOJİ ANABİLİM DALI
SOSYAL ANTROPOLOJİ BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

TIP VE GÜVEN: KLASİK VE ALTERNATİF PERSPEKTİFLER

Duygu YAZGAN AKSOY

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Zafer İlbars

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Adı ve Soyadı

İmzası

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tez Sınav Tarihi.....

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

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

Duygu Yazgan Aksoy

Tarih: 24.5.2017

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesinde katkıları olan başta tez hocam **Sn.Prof.Dr. Zafer ilbars** olmak üzere Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Antropoloji Dalı'nda yüksek lisans ve doktora süresince bilgilerini ve yardımlarını esirgemeyen tüm hocalarıma, bu çalışmayı mümkün kılan, bana zamanlarını ayıran katılımcılara ve son olarak her zaman desteklerini yanımda hissettiğim aileme teőekkürü bir borç bilirim.

Duygu Yazgan Aksoy

TEZDE GEÇEN KISALTMALAR

GTAT :Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (WHO) World Health Organization

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TTB: Türk Tabipleri Birliği

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

NLP: Nörolingüistik program

İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar	vi
-------------	----

BÖLÜM 1: GİRİŞ VE ARAŞTIRMANIN GENEL NİTELİKLER

1.1. Giriş	1
1.2. Araştırma Sorunsalı	6
1.3. Araştırmanın Konusu	8
1.4. Araştırmanın Önemi	8
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	9

BÖLÜM 2: KURAMSAL TARTIŞMALAR

2.1. Tezin Kuramsal Çerçevesi	11
2.2. Hekim Tanımı ve Sorumluluğu	11
2.2.1. Hekim kimdir?	11
2.2.2. Hekim Sorumluluğu	14
2.3. Batı Tıbbı-Alternatif Tıp İkilemi	16
2.3.1. Batı Tıbbının Tanımı ve Değişim Süreci	16
2.3.2. Alternatif Tıbbın Tanımı ve Değişim Süreci	17
2.3.3. Türkiye’de Tıp Alanında Yaşanan Değişimler	24
2.4. Hekim-Hasta İlişkisi	25
2.4.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları	25
2.4.2. Beden Algısı	27
2.4.3. Mahremiyet/Teslimiyet	28

2.5. Bedenin Denetimi	30
2.5.1. Biyoiktidar/Kliniğin Doğuşu	30
2.5.2. Özdenetim/ Tıbbileştirme	32
2.5.3. İletişim/Sağlık İletişimi	34
2.6. Hekimlik Sorunları	35
2.6.1. “Hekim Olma” Algısındaki Değişiklikler	36
2.6.2. Hekimin Sosyal Statüsündeki Değişiklikler	39
2.6.3. Tıbbi Literatür Takibi ve Tıbbi Eğitim Sorunları	40
2.6.4. Tükenmişlik Sendromu	42
2.7. Sağlık-Para Sorunsalı/ Tıbbın Kapitalistleştirilmesi	43
2.8. Hasta-Hekim İlişkisinde Batı Tıbbi ve Alternatif Tıp Uygulayıcıları Arasındaki Farklılıklar	44
2.9. Güven Kavramı	45
2.9.1. Güven Tanımı	45
2.9.2. Tıpta Güven Algısı	51
2.9.3. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven	52
2.9.3.1. Hastanın Perspektifi	56
2.9.3.2. Hekimin Perspektifi	62

BÖLÜM 3: YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı	65
3.2. Araştırmanın Yöntemi	71
3.3. Görüşmeciler Profilleri	74

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMA VE SONUÇLARI

4.1. İçerik Analizleri	76
4.1.1. Hastalık ve Hekim Deneyimleri	76
4.1.2. GTAT Uygulayıcılarına Başvurma Nedenleri ve Beklentileri	82
4.1.3. Hekimi/GTAT Uygulayıcılarını Seçme ve Güvenme Kriterleri	91
4.1.4. Sağlık-Para Sorunsalı	100
4.1.5. Güven/Yeterlilik/Öfke	105
4.1.5.1. Hekim Perspektifi	105
4.1.5.2. Alternatif Tıp Uygulayıcıların Perspektifi	110
4.1.6. Çözüm olabilir mi?	111

BÖLÜM 5:TARTIŞMA VE SONUÇ

KAYNAKÇA

ÖZET

ABSTRACT

EK 1

GÖRÜŞEMECİLERLE İLGİLİ AYRINTILI BİLGİLER

EK 2

AÇIK UÇLU YARI YAPILANDIRILMIŞ MÜLAKAT SORULARI

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE ARAŞTIRMANIN TEMEL NİTELİKLERİ

1.1.GİRİŞ

“Acıların ikonografisinin uzun bir geçmişi, deyiş yerindeyse soyağacı vardır. Gösterilmeye değer sayılan acılar kaynağı ister ilahi güçler, ister insanoğlu olsun, bir gazabın sonucu olarak kavranır.....Ancak, gerçek bir dehşet görüntüsüne çok yakından bakmanın şok edici olduğu kadar utanç verici bir tarafının da bulunduğunu gözden kaçırmamak gerekir. Herhalde acının en akıl almaz ve aşırı boyutlardaki görüntülerine gözlerini kırpmadan bakabilecek insanlar sadece o acıyı hafifletmek için bir şeyler yapabilecek (örneğin fotoğrafın çekildiği askeri hastanedeki doktorlar) ya da o resimden bir şeyler öğrenmeye niyetli kişiler olabilir” der “Başkalarının Acısına Bakmak” kitabında Susan Sontag (Sontag, 2003, s. 39-40) . Fotoğrafın “gösterme” becerisinde, bireyin kim olduğunun, neye inandığının, nereye ait hissettiğinin ve neye öfke duyduğunun belirleyiciliği üzerinde dururken; acı çeken taraf sizden değilse o acıya yeterince sempati duyup duymadığımızı, acı çeken taraf sizdense o acıya –fotoğraf olsa bile- bakmaya dayanıp dayanamayacağımızı sorgular.

Hastalık ve sağlık birbirine zıt iki kavram gibi algılanır ancak “Sağlıklı olmak” hasta olmamak anlamına gelmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı fiziksel, zihinsel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlar. (DSÖ, 1948) Sağlıklı olma isteği ise insanlık tarihi ile yaşıttır. İnsanoğlunun acıyı dindirmek, ağrıyı gidermek, hastalanan ve yaralananı iyileştirmek yolunda edindiği deneyim ve bilgi artarken, bu görevi üstlenenlerin kimliği de din adamları,

büyücüler ve şifacıardan hekime evrimleşmiştir. Tıbbi uygulamaların tarihi sürekli ilerleyen bir başarı öyküsü gibi sunuluyor olsa da kuşkusuz bu yol gösterildiği kadar engebesiz değildir. Bu süreçte “şifa veren” de “şifa alan” da sadece gelişmemiş, toplumsal değişim dinamiklerinden etkilenmiş, zaman içerisinde sağlık ve hastalık algısı da, bunun yaşanış ve anlamlandırılış biçimi de değişmiştir. Önceleri bulaşıcı hastalıklar en önemli ölüm nedeniyken, artık hastaları öldürmeyen ama devamlı takip gerektiren kronik hastalıklar ölüm sebeplerinde listenin başına yerleşmişlerdir. Tedavi edilenle tedavi veren arasındaki ilişkide de birinin diğeri üzerinde hakimiyet kurduğu bir ilişki olmaktan çıkmış, ilerlemenin, teknolojinin ve bilgiye ulaşılabilirliğin artmasıyla beklenti düzeyinin daha yüksek ve bu nispette daha fazla sorgulanabilir olduğu bir şekle dönüşmüştür. Tıpta bilimin ve teknolojinin getirdiği gelişmeler tüm yaklaşımların “kanıta-dayalı” olması gerektiği noktasına varmış, insanoğlu önce bedene, sonra organa, en sonunda laboratuvar testleriyle ölçülebilecek rakamlara indirgenmiş, hekimlerin uzmanlaşma düzeyleri artarken uzmanlaştıkları alanlar giderek daralmıştır. Sosyolojik unsurların çoğunlukla göz ardı edildiği tıp dünyasında birey sağlığından giderek daha fazla sorumlu tutulurken yaşadığı her doğal süreç -doğum, ergenlik, menopoz vs.- tıbbileştirilmiş ancak bireyin insan oluşu epidemiyolojik hastalık kayıtlarının arasında kaybolmuştur.

Yüzünü geleceğe dönmüş sağlık yaklaşımlarının içinde ters bir ivmelenmeyle; günümüz tanımıyla geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp (GTAT), ya da klasik tanımıyla insanlık tarihiyle yaşıt halk tababeti/halk hekimliği olarak adlandırılan uygulamalar son yıllarda popülerleşmiştir. Hastalıklar ve sağlık hakkındaki inanç, tutum ve davranışların tümü olarak tanımlanabildiği gibi, toplumların inanç, gelenek ve değer sistemlerine paralel olarak ortaya çıkan tıbbi

uygulamalar olarak da tanımlanmakta olan GTAT sadece insanın sağlık durumundaki bozukluklara karşı değil, kısırlık, nazar değmesi, cin çarpması, büyü gibi insanlardan, doğauştü veya gerçek dışı varlıklardan gelebilecek her türlü kötülüğe karşı da kullanılır. Her şeyin akla dayandırıldığı modern tıp yaklaşımlarına da “alternatif” olan bu uygulamalar, genel eğilimlerdeki “yeni” vurgusunun aksine “geleneksel ve doğal” oluşlarıyla giderek daha fazla tercih edilir hale gelmişlerdir.

Tüm bu süreçler “hasta” bakış açısından değerlendirildiğinde karmaşık ve yorucudur. Ancak hekim için de hiçbir şey daha kolay değildir. Susan Sontag’ın vurguladığı gibi “bir acıya fotoğraftan bakmak” bile bazen son derece zorlayıcı olabilirken hekimlik mesleğinin icra eden kişi sürekli “başkalarının acılarının zorunlu şahidi”dir, üstelik sadece seyretmekle kalmaz bu acıya şifa olmakla da yükümlüdür. Sadece bir resme bakarken bile tarafsız olmayı beceremeyeceği varsayılan insanoğlundan, hekimlik yetkinliğine eriştiği anda ettiği Hipokrat¹ yeminiyle birlikte insani zafiyetten kurtulması, tüm önyargılardan, geçmişinden, beklentilerinden arınması, gündelik hayatın getirdiği endişeleri hiçbir şekilde içine yansıtmadan, istisnasız her an her durumda mükemmelen çalışması beklenmektedir. Saniyeler içinde, bir kurşun, birkaç damla zehir, yanlış programlanmış tek bir hücre ya da iki karış suyun sebep olabileceği bir ölümlle kolaylıkla noktalanabilecek bir ömrü uzatabilmeyi öğrenmek için yıllarını vermeyi tercih eden birey “Hekim” olduğunda, “Hata yapmak insan özgüdür” önermesinin dışında tutulur.

Aristoteles “acıma”nın amacının “ruhu tutkulardan temizlemek” olduğunu söyler ancak acı öylesine yaygındır ve acının “bizim” olup olmayışı ona bakışımızı

¹ **Hipokrat Yemini: Batı tıbbının kurucusu kabul edilen Hipokrat tarafından yazılmış, hekimlerin mesleklerini icra ederken uymaları gereken etik kuralları içeren, halen tıp fakültelerinden mezun olurken edilen yemin**

öyle belirler ki, merhamet duygusu solar. İnsani ve mesleki açıdan bakıldığında, hekimin acıya karşı duruşunu normalleştirilmesi duyarsızlıktır fakat normalleştirememesi öz yıkımla sonuçlanabilir, nihayetinde hekim de bir insandır, karşısındakilerin tanrısal bir şefkat beklentisi içinde olduğu bir insan. Üstelik acı çekenin biz olmayışı hissinde yer alan rahatlama, derinde bir yerde acıya şahitlik etmenin doğurduğu merak ve çekicilik herhangi biri için sadece marazi sayılabilecekken hekim için kabul edilemez ve utanç vericidir. Bireysel olsun toplumsal olsun karşılaştığımız acıya sempati duymak; masumlüğümüz için bir kanıt sayılır ve bizi vicdanen aklarken söz konusu kişi hekimse o acıyı ortadan kaldırma yükümlülüğünü de omuzlarında hisseder. Buna eklenen dijital kayıt sistemleri, saniyelerle değişen tıbbi literatür, hata yapma korkusu, hekimin toplum içindeki saygınlığının sorgulanır hale gelmesi ve gelecek endişesi, hekimleri tükenmişliğe sürüklemektedir (Aksoy vd., 2014).

Her şeyden bağımsız hekim-hasta ilişkisi karmaşıktır. Teslimiyet, mahremiyet, inanç, umut-umutsuzluk, belirsizlik ve en önemlisi güven ilişkinin dinamiklerini etkiler. Güven soyut bir kavram olmakla beraber somut göstergeleri ve sonuçları vardır. İyi işleyen tüm sosyal sistemlerde temel bir unsur olarak yer alır. Anne-bebek ilişkisiyle başladığı varsayılan, bireyin temel kişilik özellikleri kadar yaşamları boyunca yaşadıkları etkileşimler sonucu da gelişen ve değişen güven kavramı hekim-hasta ilişkisi bağlamında değerlendirildiğinde daha da karmaşık bir hal alır zira hasta “varoluşunu” hekime emanet etmektedir.

Bir hekim olarak antropolojiye ilgi duymamın sebeplerinden biri, araştırmacının araştırılanların onu kendilerinden farksız gördükleri anda ancak başarıya ulaştığı bu alanda, hekim kimliğimden sıyrıldığımda neler görüp duyabileceğime olan merakı. Hekimlik mesleğinin zorlu eğitim sürecinde

edindiğimiz mümkün olan en hızlı şekilde ve en doğru tanıyı koyma yükümlülüğünü sırtımdan atarak hastalarla iletişim kurmak beni bildiğimden-ya da bildiğimi sanığımdan- daha farklı bir yöne götürebilir mi sorusuyla başladığım yüksek lisans eğitimi sırasında edindiğim deneyim nihayetinde beni buraya kadar getirdi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Sosyal Antropoloji Bilim Dalı'nda yaptığım “Şişmanlık ve Şeker Hastalığında Halk Tababeti Kullanımı Üzerinde Antropolojik Bir Çalışma” isimli yüksek lisans tezi kapsamında, Batı Tıbbı'nın Türkiye'deki en önemli temsilcisi sayılan bir üniversite hastanesinin polikliniğinde yaptığım anket çalışmasında şişmanlık (obezite)'de %70, şeker hastalığında %41.9 oranında GTAT kullanıldığı ortaya çıkmıştı. Bitkisel tedavilerin öne çıktığı GTAT uygulamaları çoğunlukla medya aracılığıyla öğrenilmekte ve el yordamıyla kişilerin kendisi tarafından uygulanmaktaydı. Bu çalışmada ayrıca hastaların hemen hepsinin GTAT uygulamalarının tamamen zararsız olduğunu düşündükleri ve bu tedavileri uyguladıkları bilgisini hekimleriyle paylaşmadıkları da gösterilmişti. (Aksoy, 2010). Burada oldukça çelişkili bir durum söz konusuydu. Hastalar dayanağı olmayan, çoğunlukla televizyon ve internet üzerinden öğrendikleri, herhangi bir denetim ve/veya yaptırıma tabi olmayan uygulamaları denemekte tereddüt etmezken, tamamen bilgiye ve kanıt dayalı olarak yapılan önerilere kuşkuyla yaklaşmaktaydı. Böylesi büyük bir kırılma ne zaman oluşmuştu, hasta ve hekim arasına giren sırların sebebi neydi ve en önemlisi hasta neden diplomalı hekime değil de, ekran aracılığıyla kendilerine ulaşan kişilerin ağzından çıkan bir takım tariflere güvenmekteydi? Tüm bu sorulara yanıt aradığım hasta-hekim ilişkisinde güven konulu bu çalışmada modern tıp uygulayıcıları, GTAT uygulayıcıları ve hastaları arasındaki ilişkiler güven bağlamında irdelenmiş, iki farklı perspektifin doğurduğu sonuçlar ve sorunlar üzerinde durulmuştur.

1.2. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI

Kimse yarın kesinlikle yaşıyor olacağını söyleyemez.²

Euripides

Ölüm ve buna yol açan hastalıklar ve kazalarla insanoğlu varoluşu ile birlikte mücadele etmeye başlamıştır. İyileştirmek, acıyı ve ağrıyı gidermek için gösterilen çabaların basit bitkilerin kullanımından bugünkü karmaşık tıbbi uygulamalara dönüştüğü süreçte “şifa veren” de değişim göstermiştir. 21. yüzyıl toplum bilimlerinin sağlık ve tıp alanına ilgisinin arttığı bir yüzyıldır. 1950'lere kadar insanlar dünya genelinde enfeksiyon hastalıkları nedeniyle hayatlarını kaybederken, yaşam ve çalışma koşullarının iyileşmesi, bulaşıcı hastalıkların nedenlerinin anlaşılıp, antibiyotiklerin keşfiyle tedavi edilebilir hale gelmeleri, aşı, beslenme düzenli kontroller gibi önleyici yaklaşımların kullanımının artması, anne-bebek ölümlerinin azaltılması gibi gelişmelerden sonra ölüm sebepleri sıralamasının başına kronik hastalıklar yerleşmiştir. Kronik hastalıkların doğuşu ile beraber epidemiyoloji kavramı önem kazanmış, kayıt sistemleri gelişmiştir. Tıbbın tamamen tedavi etmeyi beceremediği bu hastalıklar, hastalıklara yaklaşım yöntemlerine karşı duyulan memnuniyetsizlikler, tıp alanında daha fazla önem kazanan laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve ilaç endüstrisi nedeniyle alternatif arayışlar ortaya çıkmış bu alanda halk tıbbi olarak da adlandırılan GTAT uygulamaları yeniden popülerlik kazanmıştır. Sağlık kavramı, günümüzde eskisine oranla içinde çok daha fazla unsur barındıran, karışık, buna paralel hayatın her

² No one can confidently say that he will still be living tomorrow²

anında daha fazla konuşulan ve hissedilen bir hale dönüşmüştür. Bu da sosyal bilimciler için oldukça ilginç araştırma konuları doğurmuştur.

Güven konusu pek çok farklı alanda çalışılmış olsa da hekim-hasta arasındaki güven olgusu yapılan alışverişlerin, varılan anlaşmaların ayrıntılı sözleşmelerle garanti altına alındığı diğer alanlardan daha kırılmalıdır. İnsanın sahip olduğu diğer her şeyi mümkün ve anlamlı kılan “yaşamı”nı emanet ettiği birine güvenmesi gerekir. Diğer yandan tedavi etmek üzere elini uzattığı birinin kendini aldatabileceği/kandırabileceği/yanlış yönlendirebileceği veya ona saldırabileceği ihtimalinin hekimin de idealde aklına gelmiyor olması beklenir. Buna karşın son yıllarda tıp alanında artan bilgi, bilgiye ulaşılabilirliğinin kolaylaşması, artan bilginin yanlış yorumlanmasının getirdiği karmaşa, hekim imajının “hizmet verme zorunluluğu”, “paragözlük”, “mal practice³” gibi kavramlarla sarsılmış olması tıbbi alandaki güvende belirgin azalma yaratmıştır (Hall vd., 2001). Burada şaşırtıcı olan GTAT yöntemlerini uygulayanların günümüzde herhangi bir eğitim, ve/veya denetim altında olmamalarına karşın inanılmaz kabul görmeleridir. Hasta üzerinde yapılan uygulamaların doğuracağı sonuçlar açısından hiç bir yetki ve/veya sorumlulukları olmadığı gibi doğacak herhangi bir olumsuzlukta hastanın bir muhatabı da yoktur. Buna karşın reçete edilen en basit ilacın, en sık uygulanan tetkikin bile şüphe yarattığı ortamda GTAT uygulayıcılarına karşı duyulan güven - en azından bu tedavileri seçenler tarafından- şaşırtıcıdır. Bu çalışma boyunca hastalar, hekimler, GTAT uygulayıcıları ile yapılan görüşmelerde bu kırılmanın nedenleri anlaşılmaya çalışılmıştır.

³ Hastanın zarar gördüğü durumlarda ortaya çıkan davalarla ilişkili özgün hukuki terim

1.3. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Bu çalışmada insanların “hasta” olarak “hekim” ve/veya “GTAT uygulayıcılarına” başvurma nedenleri, bu sırada yaşadıkları deneyimler, her iki ilişkide tercih sebepleri, ulaşma biçimleri, tedavi süreçleri, tedavi gördükleri yerler, tedavilerinin sonuçları, bu esnadaki deneyimleri, tedavi öncesi ve sonrasında karşısındakine güven duyabilmek için nelere ihtiyaç duydukları anlaşılmaya çalışılmış, hekimi ve/veya GTAT uygulayıcıları ile yaşadıkları deneyimleri nasıl yorumladıkları ele alınmıştır. Benzer şekilde hekimlerin ve GTAT uygulayıcılarının hastalara yaklaşımlarında “güven” bağlamında değişenler sorgulanmış, iki grup arasındaki benzerlikler ve farklılıkların neler olduğu, özellikle hekimlerin hastalarla kurdukları bağ açısından kendilerini nerede ve nasıl gördükleri, hekimlik hayatları sürecinde değişenler ortaya konmaya çalışılmıştır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

“Her şeyi göz önünde bulundurarak benim ülkemde doktorlara güvenilebilir” cümlesinin değerlendirildiği çok uluslu bir çalışmada zaman içerisinde hekime olan güvenin azaldığı ortaya konmuştur. Türkiye’den verinin olmadığı bu çalışmada özellikle Amerikalılar Avrupalılara göre daha düşük oranda hekimlerine güven duymaktadır. Genç ve gelir düzeyi düşük kişilerin güven duyma oranları daha düşüktür (ISSP Research Group, 2015; Blendon vd., 2014). Tıpta hasta-hekim arasındaki güven ilişkisiyle ilgili yapılan araştırmalarda “güven” kavramını tanımlamada diğer bütün alanlarda olduğu gibi zorluklar yaşanmakla birlikte,

yetkinlik, şefkat, mahremiyet, samimiyet ve iletişim kavramları öne çıkmaktadır. Ancak bu alanda yapılan çalışmalarda tıbbın standartlaştırma yaklaşımı içinde hasta-hekim ilişkisinin ölçülebilir unsurları (hasta memnuniyeti gibi) üzerinde durulmuş, rakamsal değerlerle ilişki dinamiklerinin nasıl değiştiği anlaşılmaya çalışılmıştır. Kişilerarası güven ve toplumsal güven arasındaki paralellik ve ayrımlar değerlendirilmemiş daha çok güven unsurunda yaşanan değişimlerin hasta bakımına ve sağlık sisteminin geneline yansımaları anlaşılmaya çalışılmıştır. Üstelik “tıbba güven azalıyor” cümlesinin getirdiği genellemenin aksine GTAT uygulama ve uygulayıcılarına artan talebin nedenleri değerlendirilmemiştir.

Ayrıca bu konunun çalışıldığı ulusal çalışmalar çok sınırlıdır, yapılmış olan uluslararası çalışmalarda da etnografiden çok az yararlanılmış, tıbbi literatürün alışık olduğu biçimde hasta öznel değil nesnel olarak değerlendirilmiş ve genellemelere ulaşılmaya çalışılmıştır (Pearson ve Raeke, 2000). Bu çalışma sırasında görüşülen hasta, hekim ve GTAT uygulayıcıları yaşadıkları deneyimleri bizzat nasıl anlamlandırdıklarını ifade edebilmişlerdir.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı çalışmayı yapan kişi olarak “hekim” olurken öğrenilen ve doğruluğu sorgulanmayan bilginin aslında sorgulanması gerektiği fikrini çalışmanın ilk bir kaç görüşmesinden sonra anlamak oldu. Eleştirilen biyotıp teorileri içerisinde sayılan; sayısallaştırılmış bir algı ve en sonda mutlaka bir sonuç çıkarılması zorunluğu bu çalışmanın yürütülmesini başlangıçta zorlaştırdı. Aslında doktora tezi için anket çalışması yapmak eğitilmiş biçimim göz önüne alındığında çok daha kolay olabilirdi. Eğitim hayatımızın ilk

öğretilenlerinden biri olan “Hastadan hikaye alma” kısmında “Hastayı yönlendirerek konudan kopmasını, hikayeyi uzatmasını ve gereksiz bilgiler vermesini engellemelisiniz” den “Söylemek istediği her şeyi söylemesine izin vererek dinlemeyi” başarmak arasında geçen sürede yapılan üç görüşme bu çalışmaya dahil edilmedi. Bunun dışında etnografik çalışmalarda kişileri kendi mekanlarda gözleme gerekliliği bu çalışmada tamamen mümkün olmadı, hasta ve hekimlerin az bir kısmıyla hastane ortamında (bu anlamda burada bir hastane kültürü oluşturdukları varsayılabilir), GTAT uygulayıcıları ile ise bu uygulamaları yaptıkları yerlerde görüşüldü. Bundan başka ne olursa olsun görüşmeyi yapan kişi olarak benim hekim oluşum, temel eğitimin sürecimi antropoloji içinde geçirmemiş olmam da görüşmelerde söylenenleri, benim bunları algılayış ve nihayetinde yorumlayış biçimimi etkilemiş olabilir.

Görüşülenlerin çoğunluğunun kadın olması, ayrıca GTAT kullanımında belirleyici olabilecek din konusunun inanca dair tartışmaların daha ayrıntılı bir inceleme gerektirmesi sebebiyle özellikle tartışma dışı bırakılmış olması çalışmanın diğer sınırlılıklarıdır.

BÖLÜM 2

KURAMSAL TARTIŞMALAR

2.1. TEZİN KURAMSAL ÇERÇEVESİ

Tezin kuramsal çerçevesinde bazı önemli başlıkların tartışılması zorunludur. Bu konularda antropoloji ve sosyoloji disiplinlerinin yanı sıra tıbbi literatürde yer alan çalışmalar da okunmuş ve öncelikle “Hekimin tanımı ve hekim sorumluluğu kavramı ” üzerinde durulmuştur. Batı tıbbının ve alternatif tıbbın tarihi ve gelişim süreci incelenmiş, özellikle hekim-hasta ilişkisi temel alınarak sağlık ve hastalık kavramı, beden algısı, mahremiyet, bedenin denetimi konusundaki farklı teoriler aktarılmaya çalışılmıştır. Hekimlik sorunlarının tartışıldığı kısımda daha çok tıbbi literatürden faydalanılmıştır. Hekimlik mesleğinde son dönemde yaşanan değişimler konu edilmiş, sağlık/bilgi/para kavramları incelenmiştir. Son olarak farklı açılardan güven kavramı üzerinde durulmuştur.

2.2.HEKİM TANIMI VE SORUMLULUĞU

2.2.1. Hekim kimdir?

İngilizce “patient” kelimesine etimolojik açıdan bakıldığında “ıstırap çeken ve sabreden ” anlamına gelmektedir. Hekim ise bu ıstırapı dindirmekle yükümlü kişidir. Türkçe Sözlük’te hekim kelimesinin karşısında eş anlamlıları olan doktor ve tabip’ten başka “İnsanlardaki hastalıkları teşhis eden ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimse” yazmaktadır (Türkçe Sözlük, TDK,1988). “Ot”

kelimesi Divan-ı Lügat-it Türk'te hem ot hem de ilaç anlamına gelir bu yüzden hekimin diğer bir adı da “otacı”dır.

Susan Sontag'ın kendi sözleriyle “Hastalık hayatın gece karanlığıdır, doğup hayata gelen herkes biri –sağlıklı-, diğeri –hastalar- ülkesinde olmak üzere çifte vatandaşlığa sahiptir (Sontag, 1978, s.3). Yaşayan herkes hastalıkların ve kazaların kendisine uğramadığı uzun bir ömrün beklentisi içindedir. Bunu sağlayabilmek için de olası hastalık ve kazalar karşısında dünyada var olduğu ilk andan itibaren bir takım stratejiler geliştirmiştir. Bugün Fransa sınırlarında kalan mağaralardaki duvar resimlerinden insanların bitkileri tedavi amaçlı kullandıkları anlaşılmaktadır. Mısır'da, Hindistan'da, Mezopotamya'da cerrahiye varan tıbbi işlemlerin yapıldığı bilinmektedir. Yunanlılar dönemine gelindiğinde tıbbi uygulamaların yazılı hale getirilmiş ve halen tıp fakültelerinden mezun olurken okunan (kısmen değiştirilmiş halde) Hipokrat yemininden anlaşıldığı üzere tıbbi etik kavramı gelişmeye başlamıştır. 9. yy'de Orta Doğu'da “hastaneler” de cerrahi aletlerin kullanıldığı, 12. yy'de Avrupa'da tıp fakültelerinin kurulduğu, sonrasında bilimin baskın olduğu bir tıp algısının yerleştiği görülür (Kilgour, 1962; Le Fanu, 1999 s.3-4). Hastalığa bakıştaki değişiklikler temel olarak iki kuramsal bakış açısıyla ilişkilendirilebilir. Ontolojik görüş her hastalığı bağımsız bir varoluşu olan gerçek bir varlık olarak kabul eder ve hastalıkların her hastada aynı olduğu dolayısıyla aynı biçimde tedavi edilebileceğini savunur. Öte yandan işlevselci yaklaşım hastalığı içinde bulunduğu organizmayla ilişkilendirir ve hastalığın bireyin bünyesi, alışkanlıkları ve maruz kaldığı çevresel faktörlerle ilişkili bir işlevsizlikten kaynaklandığını öne sürer. XIX.yy'a kadar işlevselciliğin hüküm sürdüğü, şifa verme çabasının organizmayı bütün olarak düzeltmeye yönelik olduğu görülürken, sonrasında patojenlerin,

antitoksinlerin, aşıların keşfiyle ontolojik görüş ivme kazanmıştır (Lindemann, 2009, s.26-27).

Şifacı/doktor ayrımı ilk ve orta çağda belirsizdir. Hipokratçı/Galenoscu gelenekle birlikte hekim ayrı bir kimliğe bürünür. Erken dönem Avrupa'sında çıraklık, kendini eğitmek, sözlü aktarım tıp eğitiminin temel taşlarıdır. Modern dönemde ise deneysel ve bedensel bilimlerin doktorluk sanatını etki altına almalarını takiben XIX. yy ortalarında antik doktrinler reddedilir. Deneyler ve ölçüm aletleri tıbbın içinde yer almaya başlar (Lindemann, 2009, s.29).

Susan Sontag'ın meme kanseri tedavisi gördüğü dönemde yazdığı ancak kendi kişisel deneyiminden bahsetmediği kitabında hastalıkların nasıl algılandığından bahseder. Tüberkülozun bir zamanlar tehlikeyi umursamadan hızla peşinde koşan, tutkulu, kibar, nazik ve duyarlı olmanın sonucu olduğu miti, tüberküloz basilinin izole edilmesinden ve onu tedavi eden ilaçların bulunmasından sonra ancak yıkılabilmektedir. Bu bağlamda psikolojik düşünme tarzının büyük bir kısmında ölüme karşı bir zafer kazanılabileceği vaadi olduğundan bahseder ve hastalıkla ilgili psikolojik teorilerin, suçu hastaya yıkmamanın güçlü bir aracı olduğunu, bu durumda hastaların yakalandıkları hastalığa istemeden de olsa kendilerinin yol açtığı, üstelik bu sonucu hak etmiş oldukları duygusunun hissettirildiğini belirtir (Sontag, 1978, s.24, s.49-52). Ölmek için sarf edilen onca çabaya rağmen (yediğimize, içtiğimize dikkat etmemize, egzersiz yapmamıza, sağlam evlerde yaşamamıza rağmen) aniden gelişen bir olay tüm bu korunaklı dünyamızı yerle bir eder. Bir suçlu arandığında bireyde bir kusur olma ihtimali, tüm bu belirsizlikler içinde diğerleri için teselli edicidir (Sontag, 1989, s.180).

İnsanoğlunun savaştığı aslında ölümdür. Ölüm varoluşun tüm imkanlarını kuşatır ve yaşamın önüne engel koyar. Varlık hep bir var olanın varlığıdır

(Heidegger, 1926, s.9). Nihayetinde ölüm varoluşun basit olumsuzluğudur. Gılgamış'tan Hıdırellez'e, İskender'den Dede Korkut'a ve nihayet Lokman Hekim'e kadar herkes ölümsüzlüğün suyunun (ab-ı hayat), formülünün, iksirinin peşindedir. Yakın zamana kadar bilim insanları da dahil olmak üzere kimse ölümün yenilebileceğini düşünmezdi. Ölüm konusu mümkün olduğunca zihinlerden uzak tutulmaya çalışılıp, sadece özel hastalık isimlerinin tedavi edilmeye çalışıldığından bahsedilirdi. Bilimsel devrim insanlara bugün –antibiyotikler, anestetikler, sterilizasyon, gen terapileri, organ nakilleri, organ üretimleri, üç boyutlu baskılar, kök hücre tedavilerinin ardından- ebedi yaşamı sunma umudunu getirmiştir. Ne kadar süreceğini tahmin etmek mümkün olmayabilir ama Gılgamış Projesi insanları ölümsüz değilse de çok uzun ve genç biçimde yaşar hale getirebilir (Harari, 2012, s.399-403). O güne gelindiğinde şifa ancak ölümsüzlükle anlam bulacak, hekimin ifade ettikleri de şüphesiz bugünkünden tamamen farklı bir hal alacaktır.

2.2.2. Hekim Sorumluluğu

Brennan vd. “Tıbbi Hata” yı hastanın kendisine yapılan uygulama ve/veya ortaya çıkan bir yan etkinin önlenmesi için gerekenin yapılmaması sonucunda zarara uğraması olarak tanımlamıştır (Brennan vd., 2004). Türk Tabipler Birliği'nin “Hekimler Meslek Etiği Kuralları”nda tıbbi hata “Bilgisizlik, deneyimsizlik ve ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi” olarak tanımlanır (www.ttb.org, 1999). Hekimlik uygulamaları insanlıkla yaşıttır buna paralel olarak hekimin uygulamalarından mesul olması durumu da bir o kadar eskidir. Hammurabi kanunlarında hekimin birinin ölümüne veya kör olmasına neden olması durumunda iki elinin de kesileceği bildirilmiştir. Mısır'da, Eski Yunan'da da hekim

sorumluluğu kavramı mevcuttur. Eski Yunan tıp konusunda yapılan düzenlemelerle öne çıkmaktadır. Sadece hür insanlar tarafından gerçekleştirilen hekimlik için eğitimin zorunlu tutulması ve kurallarının belirlenmesi Eski Yunan zamanında olmuştur. Tıbbi etik kavramının kökleri de o günlere dayanmaktadır (Bayraktar,1972).

Hekimin mahkeme aracılığıyla sorumlu tutulması ilk kez 1300'lerin sonunda Avrupa'da olmuş, sonrasında yaşanan davalar neticesinde "hekim sorumluluğu için acemilik, beceriksizlik, bilgisizlik ve tedbirsizliğin saptanmasının gerekli olduğu" sonucuna varılmıştır (Bayraktar, 1972; Özgönül, 2010).

Tıpta birikimin artması, yeni tetkik ve tedavi yöntemlerinin günlük uygulamalar içinde yer alması ile beklenenin aksine tıbbi hata kavramının çeşitliliği ve buna bağlı olarak ortaya çıkan "hak arama" çabaları atmıştır. Bugün artık "tıbbi hata ya da -mal practice-" endişesi tıbbi yaklaşımlarda belirleyici bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. 2015 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada hekimlerin bireysel veya bir ekip içinde %59 oranından dava edildikleri, en sık dava edilenlerin kadın-doğumcular ve cerrahlar olduğu, en sık tanı koymada yetersizlik ve beklenmedik komplikasyonlara bağlı davaların açıldığı, hasta değerlendirirken hekimlerin %97'sinin tıbbi hata endişesi taşıdığı bildirilmiştir (www.medscape.com, 2015). Türkiye'de de hekimlere yönelik davalar artarken, bu endişe tıbbi yaklaşımlarda değişikliklere sebep olmuş, hekimlerin hastayla gereğinden fazla zaman geçirip, tetkik isteyip, detaylı kayıt tutup, gereksiz tedaviler vermesine neden olabildiği gibi (Pozitif Defansif Tıp), tam tersi daha az riskli hasta ve prosedürleri tercih etmeye de (Negatif Defansif Tıp) yönlendirmiştir. (Tanrıverdi vd., 2015).

2.3. BATI TIBBİ-ALTERNATİF TIP İKİLEMİ

2.3.1. Batı Tıbbının Tanımı ve Değişim Süreci

Sağlık bilimlerinin kültürel tarihine bakıldığında karanlık günlerden başlayan, yanlışlardan doğrulara doğru ilerleyen bir başarı öyküsü olarak sunulur. Ancak kabul görenle şiddetle reddedilenleri ayıran sınırlar sürekli yer değiştirir (Sontag, 1978, s.174). Bilginin inançla yer değiştirdiği modern toplumda cehalet ortadan kalktığında insanın ilerleyişi nihayete erecek ve ölümsüzlüğe ulaşacaktır. Üstelik süreç içinde karşılaşılabileceği hastalık ve kazalara karşı mülkiyet gibi bir dayanağı vardır. Modern yaşamın fabrikalarından biri olan hastaneler öngörülebilir ve denetlenebilir bir hayat algısı oluşturulmasına katkıda bulunurken, ortaya çıkabilecek hastalıklar ve kazalar da üretimin yolundan çekilmesi gereken unsurlar olarak görülür ve ortadan kaldırılmalıdırlar. Rudolp Virchow tıbbın bir sosyal bilim olduğunu, tıbbi bilimlerle sosyal faktörlerin mutlaka ilişkilendirilmesi gerektiğini söylerken tıbbın toplum üzerinde bir kontrol mekanizması olarak kullanılmasını kastetmemiştir (Bloom, 2002). Ancak Batı tıbbının uzun yıllar boyunca dayandığı biyomedikal modelin en belirleyici ama en çok eleştirilen unsurlarının; beden ve zihnin iki ayrı unsur olarak değerlendirilmesi, bedenin arızalanması tek bir sebebe (virüs, bakteri vb.) bağlı bir makine gibi görülmesi, teknoloji bağımlısı ve biyolojik indirgemeci oluşunun giderek daha fazla sorgulanır ve eleştirilir olmaya başlamasıyla beraber, toplumsal değişkenlerin hastalık ve sağlık üzerindeki etkileri de hesaba katılır olmuştur (Nettleton, 2006). Enfeksiyon hastalıklarının yerini kronik hastalıkların alması ve toplumun giderek yaşlanması başta olmak üzere sağlık algısının baskın figürleri olan hekimler, hastaneler ve ilaç

tedavilerine, süreç içerisinde beslenme, aşılama, rutin kontroller, görüntüleme yöntemleri, genetik müdahaleler, nano-teknoloji, sağlık hizmetlerinin kayıt altına alınması, standardize edilmesi ve dijitalleşmesi buna ek olarak da konumuz olan alternatif tıp yöntemleri (küllerinden doğarak) eklenmiştir (Casper ve Morrison, 2010). Medyanın bilgi aktarması sayesinde tıbbi bilgiler günlük yaşamda çok fazla yer tutar hale gelmiştir ama hekim halen karar verici konumdadır.

2.3.2. Alternatif Tıbbın Tanımı ve Değişim Süreci

GTAT, Alternatif Tıp, Halk tıbbı veya Halk Tababeti için farklı cümlelerle benzer tarifler oluşturulmuştur. Pertev Nail Boratav, “Halkın, olanakları bulunmadığı için ya da başka sebeplerle doktora gidemeyince veya gitmek istemeyince, hastalıklarının adını koyma ve iyileştirme amacı ile başvurduğu yöntem ve işlemlerini tümü” olarak tanımlarken, farklı kaynaklarda “ilmi tababete mal olan bilgilerden hariç kalan usulleri bugüne kadar üzerinde hiçbir değiştirme yapmayarak devam ettirdiği”; halkın hastalık sebepleri hakkındaki görüş ve düşüncelerini ihtiva ettiği”; “Halkın maddi ve manevi metotlarla kendilerini tedavi etme usullerini kapsadığı” vurgulanmıştır (Boratav, 1994; Ünver, 1938).

DSÖ tarafından geleneksel tıp, “Uygulanabilir olsun veya olmasın, fiziksel ve zihinsel hastalıkların önlenmesinde, teşhisinde, iyileştirilmesinde veya tedavisinde kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamalar bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı Tıp için ise “Tamamlayıcı ve alternatif tıp terimleri, ülkenin kendi geleneğinin veya konvansiyonel tıbbın bir parçası olmayan ve hakim sağlık sistemine tam olarak

entegre olmamış sağlık hizmetleri” tanımı kullanılmaktadır. GTAT ise bu iki grubu bir arada tanımlamaktadır.

Nesilden nesile kültürün bir parçası olarak aktarılan halk tıbbının başlangıcında insanlar doğadan faydalanmışlardır. Bitkilerin faydalı ve zararlı olanlarını anlamaya çalışmışlar, hayvanların davranışlarına bakarak, şekillerini organlara ve hastalıklara benzeterek hastalıkları tedavi etmeye çalışmışlardır. Avcı toplayıcı dönemlerde evde kalan kadınlar ön planda olmak üzere, doğumlarda hastalıklarda neler yapılması gerektiği ile ilgili bir bilgi birikimi oluşturmuştur. İlk hekimlerin yaşlı kadınlar olması sebebiyle günümüzde de kullanılan “kocakarı” yöntemleri ortaya çıkmıştır (Uzel, 1992). Mezopotamya, Mısır, Hint ve Çin’de yerleşen tüm uygarlıkların ayrı ayrı coğrafyalarında benzer bir yol izleyerek hastalıklar tedavi etmeye çalışılmıştır. Öncelikle doğada yaşanan değişimler (mevsimler, afetler, ay ve güneş tutulmaları) hastalık sebebi olarak görülürken daha sonra doğaüstü varlıklar (ruhlar, cinler) suçlanmaya başlanmış ve totem-klan anlayışı gelişmiştir. Bu eğilim zamanla yerini dine ve tek tanrılı dinlere bırakmış, hastaların tedavisi mabetlerde yapıldığından tıbbın kontrolü büyük oranda din adamlarının eline geçmiştir. Mezopotamya’da Mısır’da, Hindistan ve Çin’de hayvani, bitkisel ve madeni ürünlerin tedavide kullanıldığını, özellikle Hindistan’da hijyen kurallarına, diyeteye, soluk alıp vermeye önem atfedildiğini, tüm medeniyetlerde cerrahi girişimlerin yapıldığını bilmekteyiz. Eski Yunan’da mitolojik inançları da barındıran bir dönemi Hipokrat’la anılan, bilimsel tıp döneminin başlangıcı olarak kabul edilen başka bir dönem izlemiştir. Yunan tıbbi sağlığa seküler yaklaşımın ilk örneğidir. Hipokrat hastalığın doğaüstü nedenlere bağlı olmadığını söyleyerek hekimlikle tanrı arasına mesafe koymuştur. Bu dönemde hastalıklar gözlenmiş ve hastalıkların vücutta ortaya çıkan bir denge

sorunundan kaynaklandığı düşünölmüştür. Vücut salgıları görüşü buna bir örnektir. İnsan bedeninde bulunan dört unsurdan kan sıcak ve yaş, sarı safra sıcak ve kuru, kara safra soğuk ve kuru, balgam soğuk ve yaş niteliklere sahip olup, farklı organlarda değişen oranlarda bulunup, beslenmeden hava durumuna, gezegenlerin yerleşiminden üzüntüye kadar her şey bu oranları farklı şekillerde etkileyebileceğinden vücudun bir dengeye ulaşması zor ancak kaybetmesi kolay kabul edilmiştir. Bu unsurların oranlarının kişilerin mizaçlarını ve hastalıklarını belirlediğine inanılmaktaydı. Buradan yola çıkarak Yunan tıbbi beden dengesini yeniden sağlamayı amaçlamış, kan alınması, yatak istirahati gibi yöntemlerle hastalıklar tedavi edilmeye çalışılmıştı (Lindemann, 2009 s.172-6). Ortaçağ'da durum değişmiş, bilim Avrupa yerine Doğu'da İslam Dünyası'nda ivme kazanmış ancak burada da dinin etkileri “Tıbb-ı Nebevi”⁴de olduğu gibi hissedilmeye devam etmiştir, İbn-i Sina tüm tıp uygulamalarına yön vermiş ancak devamında Rönesans'la birlikte bilimsellik ve akılcılık Batı'da baskın hale dönmüştür. İnsanların salgınlar sonucu hayatlarını kaybettiği 16. yy'den sonra 17.yy'da başlayan ve 18. yy'de aydınlanma felsefesinin de etkileriyle devam eden gelişmeler günümüze gelinceye kadar önce hastaneleri, hastadan ayrılan hastalık kavramını ortaya çıkarmış, daha önceleri olmayan çevre sağlığı, hastalıktan korunma, aşılama, doğum kontrolü, kayıt sistemi gibi kavramlar önem kazanmaya başlamıştır. Hekimlik mesleği dinden giderek ayrılmış, bedenler nesneleşmiş, hastalık kavramı sübjektivitesini yitirmiştir (Küçükbaşmacı, 2000).

Antropolojinin her ne kadar bugün değişmiş olsa da sömürgecilik bağlamında biçimlendiği ve “metropollü uzmanın madunu anlamaya çalıştığı” bir

⁴ Hz. Muhammed'in rahatsızlanan insanlar için Allah'dan gelen ilhamla ve de toplumsal tecrübelerle dayanarak yaptığı tedaviler tıbbi (peygamber tıbbi)

bilim dalı olduğu göz önüne alındığında, antropolojinin izlediği bu seyir aslında bugünkü dünyada Batı Tıbbı'nın GTAT'a bakışı ile çok benzerlik göstermektedir. Antropologlar bugün yaşam biçimlerimizin ve inandığımız değerlerin mümkün olan yegane yaşam biçimleri ve değerleri olmadığını bilmekte, başkalarının zaman zaman bize kabul bile edilemez gelebilecek usullerini öğrenip saygı duyarak böbürlenmekten kurtulmamızı sağlamaktadır. Benzer biçimde Batı Tıbbı'nın uygulayıcılarının düştüğü en büyük yanılsama her şeyin tek bir doğrusu ve iyisi olduğuna inanmak yanlışdır; burada –kanıt ve bilime dayalı olmaya duyulan inançla-; her ikisinin de zaman içinde değişiklik gösterebildiği gerçeğinin göz ardı edilmesiyle- rasyonel olmak adına irrasyonelleşilir (Levi-Strauss, 2012, s. 37-38).

DSÖ Geleneksel Tıp Strateji (2014-2023) raporunda GTAT'ın sağlık hizmetlerinin önemli ve genelde yeterince dikkate alınmayan bir parçası olduğunu vurgulanmaktadır. Hükümetlerin, sağlık hizmetleri uygulayıcılarının ve kullanıcılarının GTAT'a güvenli, saygın, maliyet etkin ve etkili biçimde erişmesini mümkün kılan bütüncül bir yaklaşım geliştirme ihtiyacının farkında olduğu söylenmektedir. DSÖ'ye göre GTAT'ın sağlık, refah ve insan odaklı sağlık bakımına sağladığı muhtemel katkıdan faydalanılmalı, uygulayıcılar ve uygulamalar düzenlenmeli, bu konularda araştırma yapılarak uygun olduğunda kabul görmüş uygulamaların içine entegre edilmelidir. Buradaki gereksinim GTAT'ın yüksek sıklıkla ve tüm dünyada kullanılıyor olduğu gerçeğinin yanı sıra, GTAT'ın ekonomik öneminin de giderek artıyor olmasından da kaynaklanmaktadır. Birey bazında bu uygulamalar için cepten yapılan harcamalar 2008 yılı itibariyle sadece Amerika'da 14.8 milyar dolardır. DSÖ'nün stratejisi antropolojik perspektiften bakılarak gözden geçirildiğinde temel çelişki hedefin GTAT'ı Batı tıbbının içine entegre etme isteği olmasıdır. Batı tıbbı için uygulanan bütün

standardizasyon usulleri kullanılarak GTAT algoritmalarla kısıtılmak istenmektedir. Burada Batı tıbbi istilacı tavrından geri adım atmamaktadır. (WHO, 2014). Aslında bu denli sık tercih ediliyor olması gerçeğinin kapitalizmin ağzını sulandırması, eskilerde kalmış kabul edilebilecek bu uygulamaların güvenli ve etkin kullanılması gerektiği vurgusuyla denetlenerek pazarlanması sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

İnsanların neden GTAT kullandıkları konusu pek çok araştırmaya konu olmuştur (Hung vd., 2015; Murthy vd, 2015, Poonthananiwatkul vd, 2015). Alternatif tıbbın tercih edilmesinde öne çıkan parametreler, hastanın öncesinde kötü bir deneyim yaşamış olması, tedavi garantisi alması, doğala yapılan vurgu, inançla ilişkilendirilmesi, kontrol edebilirlik algısı yaratması (neden-sonuç ilişkisi kurarak rahatlama sağlaması) toplumsal dayatmaların getirdiği yükler (daha genç, daha zayıf, daha güzel görünme baskısı; meme kanserinde emzirmenin önleyici etkisine vurgu yaparken kadının ataerkil toplumlardaki asil rolü olan anneliğe yönlendirilmesi gibi), hekimin resmi bir kimliği temsil edip, hastaların kimlik numaraları ile muayene oldukları bir sistemden kaçarak, mahremiyetlerini korumak istemeleri, kendi kendine uygulamalara izin vererek kendi bedeni üzerinde güç sahibi olma duygusunu yaratması, “bütüncül” tedavi isteği, medyanın popülerleştirmesinin yanında gerçek anlamıyla alternatifsiz/çaresiz kalmak sayılabilir. GTAT tercih edilmesinde en çok kronik ve çaresiz hastalıkların ağırlığı hissedilmektedir. Batı tıbbının yapacak başka bir şey yok diyerek sırtını döndüğü bu grup için GTAT, kendileriyle aynı yoldan geçen ve mucize arayanlarla oluşturulan kader ortaklığında bir alt kültüre dönüşür.

Tüm bunlar göz önüne alınarak GTAT kullanımında temel olarak üç temel örüntü olduğu söylenebilir.

1. GTAT'ın sağlık hizmetlerinin temel kaynaklarından biri olduğu ÷lkelerdeki kullanımın sebebi fakirliktir. Konvansiyonel tıp temelli sağlık hizmetlerinin varlığı veya ulaşılabilirliği genel olarak sınırlıdır. Örneğin Afrika'da geleneksel şifacıların nüfusa oranı 1:500 iken, doktorların nüfusa oranı 1:40000'dir. GTAT bu açıdan hem ulaşılabilir hem de ucuzdur.

2. GTAT'ın kültürel ve tarihi etkiler nedeniyle kullanılması, bu uygulamaların sağlık hizmetiyle iç içe geçmiş olduğu Singapur, Kore Cumhuriyeti, Çin gibi ÷lkelerde karşımıza çıkmaktadır.

3. GTAT sosyoekonomik olarak gelişmiş ÷lkelerde gerçek bir alternatif olarak gör÷lmektedir (WHO, 2014).

Bazı çalışmalarda sadece GTAT'a değil tüm sağlık uygulamalarına yönelik talebin arttığı vurgulansa da, konvansiyonel sağlık sistemine duyulan güvende azalma ve memnuniyetsizlikte artış bu ilgiyi tetiklemektedir.

Allopatik/Holistik, Batı/Doğu, kanıta dayalı/geleneksel ayrımları giderek daha silikleşmektedir. Dünyada kronik hastalık sıklığı artmakta özellikle kas-iskelet sistemi hastalıklarında olduğu gibi kesin tedavinin olmadığı ve hayat kalitesinin belirgin olarak azaldığı hasta gruplarında GTAT uygulamalarına başvuru sıklığı çok daha fazla olmaktadır. Bazı ÷lkeler GTAT uygulamalarını konvansiyonel tıp uygulamalarının içine dahil etmekte böylelikle ilaç kullanım ve hastaneye yatış sıklığı ve süresinde azalma olduğunu bildirmektedirler (WHO, 2014).

Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı (Universal Health Care Coverage), bir ÷lkedeki tüm bireylerin özendirici, önleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini ve bu hizmetlerin ücretlerini öderken herhangi bir güçlük yaşamamasını hedeflemektedir. Mümkün olan en yüksek sağlık seviyesi her birey için nihai hedeftir. Bu anlamda bu hedefe ulaşmada coğrafi engeller,

kurumsal, kültürel veya maddi engeller olabilir. DSÖ bu engelleri ortadan kaldırma noktasında “düzenlenmiş ve denetlenmiş” bir GTAT’ın olumlu katkısı olabileceği düşünülmektedir. Nihayetinde DSÖ’nün sözcüsünün de dile getirdiği şekilde “Geleneksel ve Batı Tıbbı olarak bilinen iki sistemin birbiri ile çatışmasına gerek yoktur. Temel sağlık hizmetleri kapsamında, bu iki sistem, birbirinin en iyi özelliklerini almak suretiyle faydalı biçimde harmanlanmakta ve birbirlerinin zayıf yönlerini telafi etmektedir”. Sonuç olarak DSÖ tüm ülkelere GTAT’ın potansiyelini ve rolünün farkına varmalarını, bilgi tabanı ve kanıt oluşturup devamlılık sağlanmasını, ürünlerin, uygulamaların ve uygulayıcıların denetlenmesini, GTAT’ın sağlık hizmeti alımına ve öz bakıma entegre edilmek suretiyle evrensel sağlık kapsayıcılığın geliştirmesine katkıda bulunmasının sağlanmasını önermektedir. Bu bağlamda pek çok ülkede çalışmalar başlamış Avrupa Birliği, Cambrella Çalışması ile bu yönde hareke geçmiş, tüm dünyada kanıta dayalı GTAT ile ilgili araştırmalar yapılan ve eğitim veren hastaneler ve eğitim kurumları açılmıştır (www.cambrella.eu).

Tüm bu mesajlar olumlu olsa da GTAT’ın karmaşık dünyasına girildiğinde akıl karışıklığı kaçınılmazdır. Çünkü GTAT uygulamaları içinde tek bir tedavi yöntemi pek çok farklı hastalık için önerildiği gibi, tedavilerin nasıl yapılacağı konusunda da bir birlik mevcut değildir. Kanıta dayalı alternatif tıp kavramı ön plana çıkmakla beraber bu alanda kanıta dayalı bilgiye ulaşmak yapılan çalışmaların randomize, kontrollü, plasebo kolunun yer aldığı, çift-kör⁵ değil, genellikle sayıları az ve sonuçların sübjektif olarak değerlendirildiği çalışmalar olması nedeniyle oldukça zor olmaktadır. GTAT uygulamalarının kesinlikle faydalı

⁵Çalışmaya alınan bireylerin rastlantısal olarak seçildiği ilaç içermeyen (plasebo) ürünlerin kullanıldığı ancak ne hekimin ne de hastanın hangi ilacı aldığını bilmediği çalışmalar

olduğu alanlar bugün klasik tıp bilgisinin içine yerleşmiştir. Akupunktur (kilo verme, kemoterapi sonrası bulantı), bio-feedback (kabızlık), gevşeme (endişe), St. John's Wort (depresyon) gibi. Gelgelelim artık bu uygulamalar GTAT sınırlarından konvansiyonel tıp sınırlarına geçiş vizesi almış hatta oturma izni kazanmış kabul edilmektedir.

Sosyal bilimlerde pozitivist yaklaşımların tümünde eleştirilen konu deneyimi denetim altına alıp, kesin kararlara, net rakamlara ve nihayetinde bir sonuca bağlama çabasıdır. Burada da Batı tıbbi GTAT'ın kültürel açıdan zengin dünyasının efendisi olmak için yola çıkmıştır.

2.3.3. Türkiye'de Tıp Alanında Yaşanan Değişimler

Anadolu şifa anlamında da pek çok eski uygarlığın yerleşmiş olması sebebiyle zengin bir geçmişe sahiptir. Türklerin Anadolu'ya gelişinden başlanacak olursa Selçuklu takiben Osmanlı Devleti'nin hüküm sürdüğü dönemde vakıf tıp okullarının ve hastanelerinin kurulduğu, çevre sağlığı ve bayındırlık hizmetler ile aracılığıyla sağlığa katkıda bulunulduğu bilinmektedir. Fatih Sultan Mehmet 15.yy'da Hekimbaşı kurumunu oluşturmuştur. 19. yy'da kurulan ve sonradan Cerrahhane ile birleşen Tıphane 1839'da Mektebi Tıbbiye-i Şahane adını almıştır. Osmanlı Devleti'nin son döneminde doktorlar sadece hastalara hizmet vermemiş, genel halk sağlığına yönelik olarak da çalıştırılmışlardır. 1920 yılının Mayıs ayında Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasını takiben sağlık yönetmelikleri çıkarılmış, hekimler kayıt altına alınmış, Hıfzısıhha Enstitüsü, Kuduz Tedavi Merkezi, Aşı Üretim Merkezi ve Bakterioloji Bölümleri oluşturulmuştur (Bulut, 2007 s.111-2).

Cumhuriyetin ilk yıllarında yapılan pek çok düzenlemeden (Umumi Hıfzı Sıhha Kanunu, Verem, Zührevi Hastalıklar ve Trahom Savaşı gibi) günümüzdeki sağlık sistemini baştan aşağı değiştiren “Sağlıkta Dönüşüm Programı”na kadarki süreç sonunda vardığımız yerde DSÖ tarafından hedeflenen Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı’na ulaştığımızı söylemek mümkün değildir (Bulut, 2007, s118-9). Tüm dünyada sürdürülen sağlık reformlarının son hedefi sağlık hizmetinin yaymak olduğu kadar, sağlık sektörünün özellikle ilaç ve teknoloji nedeniyle yükselttiği maliyeti de sınırlamaktır. Sağlık personelinin iş güvencesi, maaşını kimden alacağı, hizmet alacak vatandaşlar (hastalar?) için hizmetin kalitesi ve güvenliğinin aciz durumda olan bu kişiler açısından kim ve ne şekilde denetleneceği soruları sağlık sisteminin çok unsurlu yapısını daha da karmaşık hale getirmektedir. Hastanın tüketiciye, hekimin hizmet sağlayıcıya dönüşmesi bu ilişkideki en güven sarsıcı faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Keyder, 2007, s.23, s.31).

2.4. HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ

2.4.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları

Rene Leriche sağlığı “organların sessizliği içinde yaşama” olarak tanımlar, sağlıklı beden fark edilmez (Canguilhem, 1978, s. 46). Fantuzzi ise “Sağlığın sesi” makalesinde “Sağlıklı, stres altında olmayan hücrelerin sağlıklı bir organizmayı desteklemesi” olarak tanımlarken hastalığın değil asıl sağlığın sesinin duyulduğuna vurgu yapar. Burada hastalık ortaya çıktıkça sağlık mesajlarının sesi kesilir (Fantuzzi, 2014). Hastalığa insanın kendi bedenine olan güvenini yitirmesidir,

kendi bedeni, ona rağmen ve ona karşı çalışan sinsi ve acımasız bir düşmana dönüşür.

Hasta olmayı kimse hak etmez en azından kimse kendinin hak ettiğini düşünmez bu nedenle pek çok kültürde hastalık ve acı kefareti simgeler. (Le Breton,2003, s.75-83). Hastalıklar ürkütücüdür. Cüzzam, kanser, kolera gibi bedenin bütünlüğünü bozarak onu kendinin bir müsveddesi haline getiriyorsa eğer bu görülemeyen diğer hastalıklara göre daha da ürkütücü bir hal alır. Kontrol etme isteği suçlu arama gereksinimini de beraberinde getirir. İnsan immün yetmezlik virüsünün (HIV) yayılımında Afrika'nın (ırkların üstünlüğü), homoseksüellerin (cinsel tercihler) suçlandığı gibi geçmişte de tüberküloz ve kolera için ayyaşlar suçlanmıştır. “Ahlaki bozukluk” hastalık sebebiyle “erdemlilik” sağlığı çağrıştırmaktadır. Bir yandan ahlaklı olmak övülürken diğer yandan da kapitalizmin üzerinde yükseldiği ekonomik mekanizmanın ana tetikleyici olan “iştah” kışkırtılmakta, ihtimallerin genişliği vurgulanıp gelişme ile beraber özgürleşme kişisel doyumun olmazsa olmazı olarak sunulmaktadır. Beden de bundan nasibini alır (Sontag, 1978 s.154-155). “Sigara sağlığın için kötü” derken aslında “Sigara içtiğin için kötü bir kişisin” demek ister hale geldiğimiz gerçeği sağlığın bizzat kendisinin bir erdeme dönüştüğünün kanıtıdır (Metzl, 2017, s. 12)

Hastalıklar acı doğurur. Acıyı başlatan uyarı ister fiziksel ister duygusal olsun acı beden içinde bir yolculuğa çıkar. Bu yolculuk boyunca uğradığı her konak acıyı yoğunlaştırır veya azaltır. Acı deneyimi tatsız olabilir ama bireyi dünyadan tehlikeye karşı koruyan ve uyaran bir silahtır. Ancak şaşırdığı da olur. Kesilmiş bir uzvun ağrısı yerinde çığlık atarken, kanser sinsi ilerlerken sessizliğe bürünebilir. Modernite tıbbın acıyı hemen ortadan kaldırması gerektiğini düşünür. Ancak acı bedensel ve ruhsal kefareti karşıladığı gibi yokluğunda unutulmuş yaşama sevincini

de hatırlatır. Ne zaman ki bedeni ele geçirdiğinde insanı kemirir, kendini dayatır, saygın güçlü bir bireyi kendine köle eder, işte tam burada dünyanın ne acıya ne de hastalığa tahammülü kalmaz (Le Breton, 2003, s.22-24).

Sağlık algısında son dönemde büyük oranda değişiklik yaşanmıştır. Modern dönemlerde algılandığı gibi olağan ve istenen bir durum (edilgen) olmaktan çok gereklerine uyulduğu zaman elde edilebilecek bir olasılık (etken) hale dönmüştür. Sadece tıbbın bilimsel üstünlüğü değil, tüketim odaklı, sürekli genişletilmek zorunda olan kapitalist pazara endeksli bir hale gelmiştir, sağlık bireylerin zayıf noktası olarak tüketim artırılmasında bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık değişen anlamlar içeren, hem somut hem de soyut; sembolik, ahlaki sürekli denetlenen bir unsur haline dönüşmüştür (Sezgin, 2011 s. 34-35).

2.4.2 Beden Algısı

Beden kavramı antropologların ilgi duydukları bir konu olmuştur. Sosyolojinin aksine, antropoloji bedeni yok saymamış kültürün kaydedildiği bir alan olarak görülmüştür. Benzer şekilde klasik Batı tıbbi ile GTAT uygulayıcılarının öne çıkan farklarından biri ilkinin bireyi sadece beden olarak değerlendirmesi, diğerinin ise bedeni ruhtan ayırmamasıdır. Antropolojik literatürde beden pek çok farklı biçimde yorumlanmıştır. Bedenin edilgenleştirildiği, doğal bedenün kültürle ortadan kalktığı ve sosyal bir bedene dönüştüğü varsayılmış, bedenler istek ve arzulardan arındırılmış, sosyalleşmenin getirdiği dayatmaların temsil edilmesini sağlayan araçlar haline gelmiştir. Bedenler bilgi ve iktidar ilişkilerinden muaf tutulamazlar, değişkenlik gösterir ve şekillenirler. Benzer şekilde bedenler bireylerin sınıfsal farklılıkların yansıttıkları

bir arena olarak da görülebilir. Modern çağda yaşanan rasyonelleştirme saplantısı ile beden nesneleştirilirken, “yaşanılan beden” bilimsel bulguların baskın sesi arasında kaybolup gitmiştir. Benzer şekilde sosyal bilimlerde de akla takılıp kalınmış, beden anlamsız addedilmiştir. Tıp sadece pozitivist paradigmanın ontoloji ve epistemolojisi çerçevesinde, bedeni bilimsel bulgu üretmeye yarayan ve müdahaleye açık bir obje olarak değerlendirir (Sugiyama, 2012 s 70-77). Bu ikilem tıpta hastalıkların indirgemeci bir yaklaşımla bedenlere özgü, insandan ayrı olarak tedavi edilmesi sonucunu doğurmuştur.

2.4.3. Mahremiyet/ Teslimiyet

Beş dakika önce tanıştığınız birine “Düzenli adet görüp görmediğini” veya “Cinsel isteksizlik yaşıyıp yaşamadığını” sorarsanız ve hemen arkasından kıyafetlerini çıkarmasını isterseniz, en iyi ihtimalle –size sözlü veya fiziksel olarak saldırmazsa- sizinle bir daha asla konuşmamak üzere sırtını dönüp gider. Bunları yapan kişi hekim olduğunda ise günlük 10-90 arasında değişen sıklıkla yaşanan rutin uygulamadır. Hasta kendini iyileştirmesini umduğu ve o ana kadar hiç karşılaşmamış olabileceği bir yabancıya hem en mahrem bilgilerini hem de bedenini gönüllü olarak teslim eder. Mahremiyet “yalnız bırakılma hakkı, hakların en kapsamlısı ve en çok değer verileni” olarak tanımlanmıştır. Bedensel-fiziksel, zihinsel-iletişimsel bilgi mahremiyeti olarak sınıflandırılan mahremiyet bireyin özgürlüğünün hem sebebi hem de sonucudur. (İzgi, 2009). Başlangıçta hasta-hekim arasındaki mahremiyet kavramı hastanın o anda verdiği bilginin, hekimin etik kurallara uyacağına dair ettiği yemin çerçevesinde başkaları ile paylaşılmayacağına dair olan inançtan ibaretti. Gelişen teknolojinin sonucunda

hızlanan, yayılan otomatik olarak kayıt yapabilen bilgisayar sistemlerinin ortaya çıkışıyla birlikte bireylere ait bilgilerin kolaylıkla kayıt altına alınıp depolanabilmesi, internet üzerinden veri paylaşımının mümkün olması, sağlık bakanlıklarının ya da özel hastanelerin ortak veri tabanlarının varlığı o sisteme erişimi olan birinin dünyanın başka bir ucunda muayene olmuş birinin herhangi bir sağlık verisine ulaşabilmesini mümkün kılmıştır. Bu sistem bir anlamda gözetim toplumunun güncel denetim aracı olarak da görülebilir. Kayıt sistemleri içinde dijitalleştirilip bir rakama indirgenen birey bilginin nesnesidir ve davranışları farkında olmaksızın “şeffaflaşmak” ta ve istenilen formlara dönüşmektedir. Sadece yaşınız, cinsiyetiniz değil, kürtaj olup olmadığınızdan HIV⁶ taşıyıp taşımadığınıza kadar her bilgi kayıt altına alınmaktadır. Bu bilgiler depolandıkları andan itibaren maddi bir değer kazanmakta bireyin kendi öz varlığına ait kişisel verileri yöneticilerin mülkiyetine dönüşmektedir. Birey-devlet, birey-toplum, bireysel çıkar-kamu yararı, bireysellik-kamusallık dikotomileri bağlamında yürütülen tartışmalarda elde edilen bilginin teknolojinin ilerlemesiyle beraber büyüyüp katmanlaşacağı aşikardır fakat gelişiminde ve denetiminde bir etik duyarlılık yaratmak zorunludur (Eggers, 2013; İzgi, 2014; Yüksel, 2009). Mahrem olan ve toplumsal olan süreç iç içe geçiyorken, mahremiyet kamusal alan da bir zamanlar mahrem sayılan meselelerin dillendirildiği bir şekil alırken, mahremiyet kavramı da neoliberalizmle yeniden şekillenmektedir (Özbay vd, 2011, s.11)

⁶ HIV: İnsan İmmün yetmezlik Sendromu'nun sebebi olan virüs

2.5. BEDENİN DENETİMİ

2.5.1. *Biyoiktidar/Kliniğin Doğuşu*

Modernizm öncesinde ermiş/kahin/aziz diye övülen kimseler kapitalizmin üretim talebine yanıt veremediği için izole edilir, toplum dışına atılır veya kapatılır. Bu anlamda tıp hastalıkları inceleyip tedavi eden bir bilim olmaktan çıkıp modernizmin/kapitalizmin arzu ettiği çalışabilir/üretebilir dolayısıyla tüketebilir bireyin devamlılığına hizmet eden bir araca dönüşür. Foucault'a göre iktidar etkisini yaşam ve bu yaşamın devamlılığı üzerine kurar. Beden politik ve ideolojik anlamda kontrol, gözetleme ve denetlemenin ana noktasıdır. Beden yetenekleri artırılıp uysallaştırılırken itaatle ekonomik denetim sistemlerine boyun eğmelidir. Bir diğer açıdan da doğum, ölüm, sağlık ve hastalık konusunda sorumlulukların yüklenilmesinin gerekliliği ve bunun bir dizi müdahale ve denetim yoluyla sağlanmasıdır. Sırasıyla anatomo-politik ve nüfusun biyo-politiği olarak adlandırılan bu çift kutuplu iktidarın ana sermayesi yaşamın devamlılığıdır. Bedenler denetim altında tutularak kapitalizme hizmet ederler. İktidar kontrolü düzene karşı çıkanları tehdit ederek sağlar burada da en önemli tehdit ölümdür (Foucault, 1963). Burada bedenin düzenli olarak bakılması, kontrol edilmesi ve verimliliğinin korunması gerekir. Sadece günlük hayat değil, normal hayat dönemleri de (gebelik, ergenlik, menopoz gibi) tıbbileştirilerek genç, zayıf, dinamik bedenlerde sonsuz bir sağlık arayışına girilir. Sağlık, düzenin bize sunduklarının tümünün devamlılığının olmazsa olmazıdır, birey sorumluluk almalı ve onu korumak için ne gerekiyorsa yapmalıdır. İdeal insan, ideal bedende en çekici formda (cinsel anlamda da) ve sağlığın ulaşabildiği en üst seviyede olmalıdır. Böylesi bir ütopyanın olasılığı ancak bireyler kendilerine sunulan tüm ürün ve

hizmetleri alır ve kullanırlarsa gerçekleşecektir. Birey en başta kendine sorumludur mesajı iletilirken aslında kapitalist toplum üretebilir dolayısıyla tüketebilir bireylerin devamlılığını garantiye almaktadır. Diyet, egzersiz, kozmetik ürünler, estetik müdahaleler kısılacında insanlar bilinçli beden denetimi pratiği içinde normal sandıkları hayatları içinde aslında hapsedilmektedirler. Beden sembolik değer ve öz kimlikle yakından ilgili olup, sağlığın korunmasının yanı sıra dış görünümün sosyal yaşamdaki belirleyiciliğindeki kaygılarla da bağlantılıdır (Sezgin, 2011 s. 47-51).

Foucault'un biyopolitikasının nesnelere bireyden çok onların topluluk düzeyinde ölçülüp gruplandırılan biyolojik özellikleridir. Bu sayede normaller, standartlar belirlenir ve hayat nesneleşir ve ölçülebilir bir form alır. Böylelikle hayata ilişkin süreçler, bireyin özneliği dışında bir yerde disiplin ve sağaltım adı altında denetlenir (Lemke 2012, s. 20) 18.yy'da tıbbın modernleşmesi sürecinde ortaya çıkan değişimler, "Neyiniz var?" yerine "Nereniz ağrıyor?" sorusunun konulmasıyla değişen algının yanı sıra, ıstıraplı bir bedene öğrenmek için bakmanın da öğretmek için göstermenin de normalleştirilmesi, birilerinin hastalığının diğerleri için deneye dönüşmesi, kendini bir bilgi konusu olarak sunmayı reddedenlerin nankör addedilerek, hayırsever bağışlarla -günümüzün global dilenciliği- dindirilen yoksulun acılarından elde edilecek bilgilerin zenginin korunması için kullanılması ve kliniğin bireye hükmettiği bir alana, bir bilgi biriktirme mekanına dönüşmesi yine de tıp biliminin insana yardım etmekten vazgeçtiği şeklinde yorumlanmamalıdır ancak tüm bu bölünme ve kontrol mekanizmaları hekimle doktorun arasındaki bağın duygusal yönünü zayıflatmıştır (Foucault,1963, s.108).

2.5.2. Özdenetim/Tıbbileştirme

Tıbbileştirme 1970'lerden beri kullanılmakta “tıbbi olmayan sorunların tıbbi problem” haline dönüştürülmesi olarak tanımlanır (Conrad,1992 s.224) .“Hayatta kalma” isteği insandan ayrılamaz. Bedenin sağlıklı olması bireyin olmazsa olmazıdır. Bu anlamda güç insanların arasına sızarak cebren değil bilginin dolaylı gücünü kullanarak sosyal bir kontrol uygulamakta, sunulan bilgi ışığında günlük hayat tıbbileşirken yapılan hataların nedeni özdenetim yetersizliğine bağlanmaktadır. Öyle ki bu sorumluluk hissi iktidar eliyle bireye “iktidar kişinin” elindeymiş gibi hissettirmektedir. Sağlıklı olmanın sırları, güzellik dayatması, kadınların çalışma hayatının içinde olsalar bile “anne ve eş olma” sorumluluklarını da mükemmelen yerine getirebileceği masalı günlük hayat içinde bireylerin kulaklarına durmadan fısıldanmaktadır.

Bilgi önemlidir. Tıp, güzellik, spor sektörlerinden öğrenilmesi ve uygulanması gereken pek çok uyarı ve tavsiye her gün önümüze sunulmaktadır. Burada medya çok önemli bir görev üstlenmekte sağlık, gençlik ve güzellik alınıp satılır bir hale dönüşürken, medya da bu satışa aracılık etmektedir. Doğum, ölüm, menopoz, ergenlik gibi yaşamın doğal seyrinin her alanı da tıbbileştirilmekte, erken teşhis, düzenli spor, sağlıklı beslenme, check-up⁷ gibi kavramlar farkında olmadan bireyler üzerindeki tıbbi kontrol mekanizmasını kendi elleriyle işletmelerine neden olmaktadır. Bu anlamda bedenini denetim altına almaya çalıştıkça kişi aslında bedenine ait özgürlüğü ve inisiyatifi kaybetmektedir. Kişi isterse her şeyi değiştirebilir denmekte, birey kendi özdenetim mekanizmalarını işletmeye çalışılırken aslında kendine dayatılan bir hayatı fark etmeden yaşamaktadır. Ne

⁷ Check-up: Düzenli Sağlık Kontrolü

yemesi (yağdan mı, karbonhidrattan mı kesmeli, glisemik indekse dikkat mi etmeli, anti-oksidan gıdalardan yeterince tüketiyor mu, balık yağı almalı mı, vitamin mineral desteği gerekli mi?); ne içmesi (gazlı içeceklerden uzak durmalı, su alkali olmalı, kahve ömrü uzatıyor çay kanseri önlüyor mu, süt ürünleri Alzheimer mı yapıyor?), ne giymesi (moda kavramı bir yana giydiklerimizin boyaları kanserojen mi, Çin malları alerji tetikler mi), nasıl hareket etmesi (sabah mı akşam mı?, kaç dakikada yağ yakımı başlar?, yerçekimine karşı mı yoksa yerçekimiyle mi?), gebelik öncesi hangi ilaçları başlanması, erken ergenlikten nasıl korunması, nasıl doğum yapması (sezaryen, evde, suda, hipnozla), yaşlanmayla nasıl savaşması (botoks, dolgu, lazer, PRP, vs.), sağlıklı olmak ve öyle kalmak için ne sıklıkla doktora gidip ne kontroller yaptırması gerektiği gibi pek çok soru, sorun ve bunlara verilen yanıtlar arasında bocalamakta herhangi bir alanda önerilerin dışında kalır ve sorun yaşarsa da bütün hata özdenetimindeki eksikliklere -hem kendisi hem de toplum tarafından- bağlanmaktadır. Burada “standartlaştırma” devreye girer ve ortalamalar kolesterol düzeyinden boya, gebelik takip sıklığından botoksa başlama yaşına kadar pek çok alanda “Normal”i belirler ki çoğu zaman normalin içinde kalmak da yetmez, sıradanlıktan sıyrılmak da ayrıca hedeflenir. Tıbbın önemli sorunlarından biri olan standartlaştırmanın her alanda; sadece boy-kilo değil, hayattan keyif alma derecesinden (ki düşükse depresyonda sayılırsınız) cinsel performans düzeyine kadar standartlarının belirlenerek bireylerin standardı tutturmaya zorunlu hissettirmesi bir yana, hekimlerin de hastalarını bu standartlar çerçevesinde değerlendirmeye çalışmaları sorununu doğurur. Standartlar “normal” olarak kabul edilmekte bireysel farklılıklar kavramı silikleşmektedir. Normal belirlendiğinde standart sapma ortaya çıkmakta normalin dışındaki her unsur hastalık buna sahip herkes hasta sınıfına girmektedir. Bu uygulamalar sadece

bireyleri kontrol altına almakla kalmayıp, sağlıklı bireyleri de gelecekteki olası hastalıklarının kontrolünü sağlamak adına profesyonel bakıma mahkum etmektedir. “Sağlıklı Yaşam Endüstrisi” yaşamın normal süreçleri tıbbileştirildikçe büyümekte, bilinçlendirilen halk spor salonlarında, güzellik merkezlerinde, eczanelerde, hastanelerde tüketime daha fazla katkıda bulunmaktadır (Sezgin, 2011, s79-81). Orta çağdan başlayan gelenekle o zaman “ahlaken veya dinen zayıf olan” hastalanırken post-modern dünyada kendisine sunulan bilgiye boyun eğmeyip aksini yapanlar (iyi beslenmeyen, spor salonunda ter atmayan, check-up yaptırmayan, vitamin desteği almayanlar) hastalanmaktadır. Aslında burada yaşam tıbbileştirilirken, sağlık da toplumun tüm dinamiklerinden ayrıştırılıp, bireyin yaşam alanı, ait olduğu toplum, sosyoekonomik durumu gibi tüm unsurlar göz ardı edilerek kişinin sorumluluk sınırlarına itilmekte, birey bu sorumluluk altında ezilirken ve endişe duyarken hem denetim altında tutulmakta hem de hayatında olacakları “kontrol edebileceği” duygusuyla yanıltılmaktadır. (Sezgin, 2011 s.82).

2.5.3.İletişim/Sağlık İletişimi

Kişiler arası iletişim, sözlü ya da sözsüz mesajların değişmesiyle kişiler tarafından anlamların, duyguların ve bilgilerin paylaşıldığı bir süreçtir. Bu süreçte bulunması gereken niteliksel bileşenler pozitiflik, açıklık, destekleyicilik, eşitlik ve empatidir. Sözlü veya sözsüz olarak kurulabilen iletişimin sözsüz kısmında beden dili, jestler ve mimikler, göz teması, dokunma, kişiler arasındaki mesafe önemli hale gelmektedir. Hekim ve hasta arasında iletişim sorunları bilinmektedir. Bunlar hekim kaynaklı (şikayetle değil hastalıkla ilgilenmesi, az veya anlaşılabilir biçimde bilgi vermesi, yeterli zaman ayırmaması, empatik olmaması, yeterince

dinlememesi, göz teması kurmaması), hasta kaynaklı (doğru bilgi vermemesi, heyecan ve/veya korku nedeniyle iletişime kapanma), hastane veya diğer sağlık çalışanları kaynaklı olabilmektedir (Yılmaz, 2012, s.19-43).

Sağlık İletişimi birey, kurum ve toplulukları önemli sağlık konuları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme teknik ve sanatı olarak tanımlanırken buradan çıkışla sağlıkta bilgi kaynaklı olumlu yönde bir değişiklik yapılması umulmaktadır. Sağlık iletişimi sağlık konusunda bir farkındalık yaratabildiği gibi, kontrol etme ve ticari kaygılardan arındırılmış bir bilgi sağlık konusunda asıl yapılması gerekenleri netleştirebilir. Bireylerin kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili tutumlarını belirleyecek bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen hizmeti anlayıp, kullanıp aktarabilme becerileri olarak tanımlana “Sağlık Okuryazarlığı” kavramı da önemli hale gelmektedir (Sezgin, 2011, 89-94, 141).

2.6. HEKİMLİK SORUNLARI

2.6.1. “Hekim Olma” Algısındaki Değişiklikler

Yapısalcı-işlevselci yaklaşım hastalığın bireyin toplumsal görevlerini yerine getirmesini engelleyen bir unsur olduğunu ve hastanın iyileşme yükümlülüğünü yerine getirmek için hekimden yardım alması gerektiğini, hekim ve hastanın bir işbirliği içinde hareket ettiğini söylerken, çatışmacı yaklaşımlar aslında bu ilişkinin pek çok çatışma barındırdığına dikkat çeker. Feminist yaklaşımlar sağlığın erkek bedeni üzerinden kurgulanmasının ve kadının edilgen rollerinin vurgulanmasının üzerinde dururken, risk toplumu yaklaşımında ise bireylerin hastalık riskleri

açısından kategorize edilmesinin önemine işaret edilir. Toplumsal inşacılar da daha geniş bir yaklaşımlar hastalık ve sağlık kavramları genel tanımlamaların içinde kısıtılmasını reddederler (Kasapoğlu, 1999).

Modern tıbbın dayandığı model *Biyotıp (biyomedikal) modeli*'dir. Bu modelin dayandığı beş temel varsayım vardır.

Birinci varsayım, *Beden ve Ruh İkiliği*'dir. Beden ve ruh birbirinden bağımsızdır ve bu nedenle ayrı ayrı tedavi edilmelidir.

İkinci varsayım, bedenin bir makine olarak görülmesi, hekimlerin bir mühendisin makineyi tamir ettiğine benzer şekilde bedeni tamir etmesi gerektiğidir.

Üçüncü varsayım *teknolojik zorlama* olarak adlandırılır ve teknolojik girişimlerin tıpta yer alması gereğini vurgular.

Dördüncü varsayım biyolojik değişikliklerde sosyal ve psikolojik faktörlerin göz ardı edildiği *indirgemeci* yaklaşımdır.

Beşinci ve son varsayım 19. Yüzyılda keşfedilen "Germ Teorisi"nin ardından indirgemeci yaklaşımın daha da ileri götürülerek her bir hastalık için tek, gösterilebilir bir neden olduğunu savunan "*Özgün Neden Doktrini*"dir.

Bu beş varsayım Biyotıp Modeli'ne yöneltilen eleştirilerin de temelini oluşturmaktadır (Nettleton, 2006). Tek doğrunun ancak tıp uygulayıcıları tarafından sunulabileceğine inanmak, her bilgiyi kanıta dayandırmak, hastaları edilgen nesnelere olarak tedavi etmek, öznel yorumların yersiz olduğunu savunmak, bütünleştirmek yerine parçalamak, toplumsal eşitsizlikleri hesaba katmamak bu modelin en çok eleştirildiği noktalarıdır. Bundan başka tıbbın sürekli olarak durmak bilmeyen bir başarı öyküsü olarak aktarılmasına rağmen aslında insan ömrünün uzamasındaki temel faktörlerin beslenme, temizlik ve doğum kontrolü olduğu

savunulmakta hatta tıbbın yarardan çok zarar verdiği bile öne sürülmektedir (Illich, 1976).

Sağlığın ve hastalığın *Sosyal Modeli* ise beden-ruh ikiliğine karşı çıkar, beden onarılabilecek bir makine değildir, sağlık ve hastalık sadece biyolojik değişimlerle ilişkili değildir, sosyal ekonomik ve politik bağlamda da değerlendirilmelidir (Yuill, Crinson vd., 2010). Bu nedenle tıbbi bilginin objektif olması mümkün değildir. Bilimsel veriler de dahil olmak üzere bütün bilgiler içinde üretildikleri bağlama bağlıdır ve tıbbın kişiyi tek bir açıdan değerlendirmesi yanlış doğrudur. Yaş, cinsiyet, ırk, yurttaşı oldukları ülkenin gelişmişlik düzeyi, yönetim şekli ve politikaları, kentsel veya kırsal yerleşimde yaşamak, toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet, etnik grup, eğitim düzeyi ve sosyal sınıf sağlığın ve hastalığın değişkenliğinde rol oynar (Dahlgreen ve Whitehead, 1991).

Tıbbın sadece ilerlediği varsayımı bir kenara bırakıldığında, yorumlayıcı yaklaşım kozmolojiler kavramıyla yaşanan değişiklikleri açıklar. 1700'lerin sonundan 1800'lerin başına kadar hekimin hastanın yanına gittiği "Yatak yanı tıbbı" hüküm sürmüştür. Burada patron hastadır ve hekim hasta kaybetmemek için hastanın kişisel istek ve beklentilerine dikkat eder. "Hastane tıbbı" hastanelerin doğuşunu takiben hekimlerin kendilerine itaat etmek zorunda olan fakir bir hasta grubu oluşturmasıyla ortaya çıkmıştır. Burada hekimin kontrolü giderek artar. Hasta-hastalık kopuşu burada başlar. "Laboratuvar tıbbı"nda doktor ve hastanın yerine bilimsel analizler güç sahibi olur. İnsan organa, organ hastalığa ve en sonunda hastalık analiz edilecek bir maddeye indirgenir. Sağlığa yönelik risklerin belirlendiği, insan yaşamının doğal süreçlerinin tıbbileştirildiği, hastalığın potansiyel risk olarak görülüp korunma önlemlerinin alındığı tıp ise "Gözetim Tıbbı" dır. Son kozmoloji ise bilgi ve iletişim teknolojilerinin algı ve yorumlarımızı

değiştirdiği “İnternet tıbbı”dır. Tıbbi bilgiye ulaşmak kolaydır ancak bilginin farklı biçim ve yorumları nedeniyle tıbbi güvenin azalması ve doktor hasta ilişkisinin zedelenmesi söz konusudur (Nettleton, 2009).

Antropoloji işlevselcilik, yapısal işlevselcilik gibi pozitivist ontoloji ve epistemolojileri kullanmakla birlikte pozitivism dışındaki fenomenoloji, hermenötik, post-modernist paradigmalardan da faydalanmıştır. Tıbbın biyomedikal modeline yapılan eleştiri sadece nicel ölçümlere dayalı olarak hekim-hasta ilişkisinin irdelendiği çalışmalar açısından da geçerlidir. Bu noktada hasta hekim ilişkisini de pozitivist bakış açısı dışında değerlendiren yaklaşımlar önemlidir.

Hasta hekim ilişkisinde söz edilen dört temel model olduğu öne sürülmektedir. “Paternalistik Model”de doktor hasta adına karar verir, hasta bilgi ve güç asimetrisi nedeniyle doktora boyun eğmektedir. “Bilgilendirici Model”de tıbbi karar verici paternalistik modelin aksine hastadır. Doktor sadece seçenekleri sunar. “Açıklayıcı Model”de bilgilendirici modelde olduğu gibi doktor bilgi verir ancak karar aşamasında yorumlarla destek olur. En son ve giderek daha fazla kullanılacağı açık olan model ise “Karşılıklı Görüşmeye Dayalı Model”dir. Karşılıklı iletişimin sürdüğü bilgi ve geri bildirimlerin paylaşıldığı ve fikir birliğine varılarak karar alınan bu modelde her iki taraf da eşit derecede sorumluluk sahibidir (Emmanuel ve Emmanuel,1992)

Başlangıçta paternalistik modelle uyumlu olarak, hekimlerin aldıkları zor ve uzun eğitim sonrası edindikleri hastaları tedavi edebilme becerisi tanrılaştırma yanılısamasına sebep olmuş ancak post-modern dünyada sağlık sektörünün baş rollerine başka aktörlerin de yerleşmesiyle hasta-hekim ilişkisi itaat kültüründen uzaklaşmıştır. Hastalar süreç içerisinde hastalık adlarına indirgenirken teknolojinin ve bilginin kölesi doktor karar verici değil icra edici, hastaya tanı koymaya değil

algoritmada nereye oturduğuna karar vermeye ve kategorize etmeye çalışan bir pozisyona yerleşmiştir.

Her ne kadar karşılıklı görüşmeye dayalı model ideal gibi gözükse de sağlık hizmeti alıcılarının medya özellikle internet aracılığıyla kolaylıkla tıbbi bilgiye erişebilir olması ancak bu bilgiyi yorumlayış biçiminin -eğitimi, tecrübeleri, sosyoekonomik durumu bir kenara bırakılsa bile- ancak tıbbi eğitimle edinilebilecek bir zeminden mahrum oluşu zaten karışık olan bir ilişkiyi daha da çetrefilli hale getirmektedir. Bir hastalık konusunda edinilen noktasal bilgiler hastalığın tanıdan tedaviye her noktasında yanlış kararlara yol açabilir. İnternet ortamında hastaların hastalıkları hakkındaki paylaşımları da bir takım önyargıların ve yanlış genellemelerin ortaya çıkmasına neden olabilir.

2.6.2. Hekimin Sosyal Statüsündeki Değişiklikler

Bundan yüz yıl önce hekim mesleğini özgürce uygulayıp karar alabilen kendi vicdanından başka kimseye sorumlu olmayan bir mesleğin mensubuydu. Tüm bu süreç içinde hekimler şifa veren meslek grubunun hiyerarşik olarak en üstünde olmasının getirdiği saygı, statü ve hayranlığın keyfini sürmüştür. Bu durum büyük oranda toplum tarafından toplumu oluşturan her birey için bu mesleğin olmazsa olmaz olarak görülmesinden de kaynaklanmaktaydı (Foullon, 2011). Fakat bu durum değişmiştir. Hekimlerin pek çoğu meslek açısından kendini tam anlamıyla yeterli hissedememekte, rekabetin arttığı günümüzde neyin nasıl yapılması gerektiğinin kalem kalem dikte edildiği (algoritmalar, yöneticiler, devlet tarafından) bir çarkın dişlisi durumuna döndüklerini düşünmektedirler.

Devlet politikaları, özel sektörün tıp alanındaki payının artışı, sigorta şirketleri, geri ödeme politikaları (gün başı, hasta başı, paket başı), dijital kayıt zorunluğu, her şeyin teoride hasta lehine olması gerekmesi ancak maliyet-etkin karar vermenin de aynı ölçüde önemli olması, iş yükündeki artış (Ortalama Amerika’da hasta başına düşen süre 13-15 dakikadır), hekimleri de bu mesleğin algılanış biçimini de değiştirmeyi başarmıştır. Bu meslektekilerin mensupları giderek daha fazla oranlarda güvensiz hissettiklerini, gelecek kaygısı duyduklarını, heveslerini yitirdiklerini, sabırsız, umursamaz, geçiştirmeye meyilli olma sıklıklarının arttığını, hekim olmak isteyenleri bu kararlarından caydırmaya çalıştıklarını bildirmişlerdir. Hekimlerin büyük kısmı gelirlerinin aynı kaldığını veya azaldığını, kayıt sistemlerine ayrılan vakit nedeniyle hastalarla fazla vakit geçiremediklerini, hasta-kurum-kişisel beklentiler ve vicdan arasında sıkışıp kaldıklarını, saygı göremediklerini (hastalar ve arkadaşları tarafından), şiddet görmekten korktuklarını ve hekimliği bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Uzman hekim maaşı aylık 2016 yılı itibariyle kamuda 4859 TL’dir ve bu Amerikalı bir meslektaşına göre neredeyse 7-8 kat azdır. 2016 yılında Amerika’dan bildirilen bir raporda hekimlerin hala %64’ü bir daha meslek seçse hekim olacağını belirtse de çoğunluğu giderek daha umutsuz hissetmektedirler (www.medscape.com / physicians compensation report 2016).

2.6.3. Tıbbi Literatür Takibi ve Tıbbi Eğitim Sorunları

Tıp eğitimi yüzyıllar içinde gelişmiştir. Türkiye’de standart tıp eğitimi altı yıllık üniversite eğitimini takiben Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile girilen uzmanlık eğitimi, ihtisas yapılan branşa göre Yan Dal Uzmanlık Sınavı ile girilen yan dal

uzmanlık eğitimi olarak belirlenmiştir. Bu süre içinde veya sonunda hekimin kişisel başarısına göre zorunlu devlet hizmeti yapması gerekmektedir. Tüm branşlarda gece nöbeti vardır ve bu eğitimin neresinde olduğunuz göre sayı olarak değişir (www.ttb.org.tr/kutuphane/udekstandartlar)

Son dönemde özellikle ülkemizde tıp fakültelerinin sayısı ve bu fakültelere alınan öğrenci sayısında artış olmuş, bu sadece eğitim kadrolarının yetersiz olması sonucu doğurmakla kalmamış mevcut alt yapı yetersizliğini de daha derin hale getirmiştir. Kadavra, otopsi, mikroskop sayılarındaki azlık pratik eğitimi güçleştirmektedir. Pratisyen hekimliğin gelecek vadetmiyor olması tıp eğitimi sırasında TUS odaklı bir çalışma biçimi geliştirilmesine sebep olmakta öğrenciler klinik eğitime olan ilgilerini kaybetmektedirler. Tıp eğitiminin her basamağında hekimlerin tam olarak eğitildikleri düşünülse bile tıbbi bilgi değişmektedir. Pozitif bir disiplin olması sebebiyle yaklaşımların kanıta dayalı olması beklenmektedir. Kanıta dayalı tıp araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtlar, klinik deneyim, ve hastaya ait tercihlerin bir araya getirilmesi sonucu hasta için en iyi tıbbi yaklaşımın uygulanması hedeftir ancak bu hedefe pek çok farklı nedene bağlı olarak her zaman ulaşmak mümkün olmamaktadır. Prof. Dr. Hamdi Akan “Kanıta Dayalı Tıp” derlemesinde bu yaklaşımın önündeki engelleri bilginin yayılmasındaki gecikmeye, kanıtların çoğu zaman yetersiz olmasına, bilginin hızlı değişmesine buna karşın bilgiye ulaşmanın bu denli kolay ve hızlı olmamasına bağlamıştır (Akan, 2005). Ayrıca bu yaklaşım klinik deneyimi ve hasta tercihlerini göz ardı ederek “yemek kitabı tıbbi” denen her hastaya aynı reçete verilmesi sonucunu doğurabilir. 18.yy’da “Neyiniz var?” la başlayan doktor hasta ilişkisi 19.yy’da “Nereniz ağrıyor?” a dönüşmüş, tedavi etmenin yolu iletişimden değil kanıttan geçer hale gelmiştir (Stevens, 2016).

2.6.4. Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik sendromu, yoğun mesai gerektiren mesleklerde bireylerin, duygusal bitkinlik hissetmeleri, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı duygularında azalma olarak tanımlanan bir sendromdur. Maslach tarafından tanımlanan bu sendrom başka insanların bakımıyla ilgilenen ve sürekli olarak strese maruz kalanlarda daha sıklıkla görülmektedir. İşle ilgili tüm ilgi kaybolur, sıkışmış, aldatılmış ve çaresiz hissedilir. Özellikle sorumlu oldukları insanlara karşı duyarsızlaşır, karşısındakilerin insanı taraflarını unutarak davranmaya başlar, meslektaşlarına ve mesleğe karşı negatif bir tutum geliştirir. Yetersizlik duygusu ve başarısızlık hissi eşlik eder. “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” 22 soruluk bir ölçek olup, tükenmişliğin her üç boyutunu da ölçmek açısından altın standart olarak görülmektedir (Schaufeli vd., 1996). Özellikle sağlık personeli tükenmişlik sendromu açısından büyük risk altındadır (Lee, Medford ve Halim, 2015). Tıp Fakültesi Eğitimi sırasında başlayan, uzmanlık döneminde devam eden ve hekimin çalışma hayatına katılmasıyla olgunlaşan bu sendromdan yaklaşık hekimlerin üçte biri hayatları boyunca etkilenmektedir (Romani ve Ashkar, 2014). Travma cerrahları, ürologlar, kulak burun boğaz hekimleri, genel cerrahlar, damar cerrahları, çocukları olan genç hekimler, haftada 60 saatten fazla çalışanlar, haftada ikiden fazla nöbet tutanlar, kazancı tatmin bakımından en önemli unsur olarak görenlerin daha fazla tükenmişlik sendromuna yakalandıkları bildirilmiştir (Shanafelt vd., 2009). Tükenmişlik sendromu sadece hekim açısından bir sorun değildir. Depresyondan mutlaka ayırt edilmesi gereken bu sendromun varlığında hasta bakımı ve kalitesi düşmekte, tıbbi hata olasılığı artmakta sadece işyerinde

meslekten ayrılmak istemeye varan problemler değil hekimlerin aile hayatlarında da büyük sıkıntılar yaşamalarına neden olmaktadır. Stres yönetimi, farkındalık, egzersiz gibi birtakım yaklaşımların yanı sıra hekimin iyiliğinin de gözetildiği iş ortamlarının yaratılmasının tükenmişlik sendromunu azalttığı gösterilmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de tükenmişlik sendromu hekimler arasında yaygındır. Araştırmacının sorumlusu olduğu bir çalışmada dahiliye ve pediatri asistanlarında üçte bir oranında tükenmişlik sendromu olduğu gösterilmiştir (Aksoy, 2014)

2.7. SAĞLIK-PARA SORUNSALI/ TIBBIN KAPİTALİSTLEŞMESİ

Para ve tıp ayrılmaz ancak bağdaştırılmaz iki unsurdur. Başlangıçta basit hediyeler, değiş tokuşlarla başlayan “şifa verene teşekkür etme” durumu “tıp bir hizmet endüstrisidir ve ürünü de sağlıklı olmaktır” noktasına gelmiştir ve kaçınılmaz olarak da para ve tıp arasında mutlak bir ilişki oluşturulmuştur. Tıp sektörü profesyonel anlamda hayatlarını buradan kazandıkları ile sürdüren pek çok insanı (doktor, ebe, hemşire, teknisyen, hasta bakıcı, temizlikçi, vs.) beslediği gibi hastalara yapılan tetkikler, verilen ilaçlar, uygulanan tedavilerin de bir masrafı vardır. Bu sektör farklı olsa hiç sorgulanmayacak olan bir alış-veriş insanın canı üzerinden işlediği için rahatsız edicidir. A kişinin hayatı B kişinin hayatından da daha mı önemlidir, B parası olmadığı için alamadığı tedavi yüzünden ölürse bunun sorumlusu kimdir? Nüfustaki artış, nüfusun yaşlanması, devletin elini sağlık sektöründen çekmek istemesi, özel sektörün hem hastane hem sigorta bakımından artan rolü, hekim üzerindeki performans baskısı, tıbbi hata yapma korkusu, sağlığın alınıp satılabilir hale dönüşmesi karlılık esasına dayalı tıpta kurumsallaşma

1990'lardan itibaren hastaları “müşteri”ye dönüştürmüştür (Adashi, 2015, Özbay vd, 2011). Ancak burada bu alış-veriş sistemi içinde müşterinin karşısında gibi görülen kişi yine hekimdir ve “paragöz” olmakla, “bıçak parası” almakla, “gözü doymaz” olmakla suçlanan hiç bir zaman sistem olmaz.

2.8. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE BATI TIBBİ VE ALTERNATİF TIP UYGULAYICILARI ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

Bazen acı ve hastalıklara Batı tıbbının anatomik fizyolojik paradigmasıyla tanı koymak mümkün olmaz. Hasta anlaşılmadığında, hastalığına ad konulup derdine çare bulunmadığında hekimlerin tanı koyamama sebeplerinin bir hastalığın olmaması olduğunu- ne denli yumuşak bir dille de olsa- söylemeleri içini acıtır. Bazen gerçekten fiziksel acı ya da hastalık yoktur ancak hasta kültürel olarak acı çekiyor olabilir. Hekim hastayı kendi kültürü içinde görebilir ve iki referans sistemi arasında-çözüm üretmese bile- bağlantı kurabilirse, hasta anlaşıldığını hisseder ve kendi hikayesinin pasif nesnesi olmaktan çıkar. Le Breton “Tıp hasta beden ve süreçlerinin bilimidir, insan ve insanın dünyayla ilişkisinin bilimi değildir” der. Klasik Tıp insan bedenini bölüp parçalara ayırarak gösterirken ustalığını, GTAT’ın ilgilendiği beden bundan farklıdır Bu nedenle GTAT uygulayıcıları (her ne yöntem uygularlarsa uygulamaslar) farklı gerçeklik düzleminde bedenın sembolik yapısını, kültürel yorumunu tedavi ederler. Hastaların %35’i ilaç içermeyen tabletler verildiğinde (plasebo) rahatlar, stres düzeyi fazla olan hastalarda bu etki daha belirgindir. Birey bedenini bildik ve tanıdık bir dünyadaki duyumsal uyarılarla özdeşleştirerek yaşar ve anlamlı kılar. Burada doktorla GTAT uygulayıcı arasındaki en önemli fark, doktorun bu

bütünleşmeyi yok saymasıdır. Güven veren, hastaya ilgi gösteren bir hekim de bedenini fiziksel kaynaklarını aktive ederken, tam tersinde reddedilmişlik ve terkedilmişlik hissi de mücadele isteğini baltalayabilir. Hekim sınırlı sayıda insandan oluşan bilimsel bir kültürün parçasıdır, soyut bir bedenini biyolojisini anlamaya çalışırken nesnel tanımlamalara dayanır- aksi kendi içinde de ait olduğu kültür içinde kabul edilemezdir- kendi yetileri çerçevesinde bedenini doğurduklarını kategorize etmektir amacı oysa bedenini teslim etmiş hastanın kendi bedeniyle ilişkisi bu dinamiklerden bihaberdir. Bu sosyal yapı karşısında güçsüzdür. Temelinde iyileşmek isteyen hastayla iyileştirmek isteyen doktorun menfaatleri örtüşmektedir ancak kültür hastalığının çıktığı yerdir ve farklılıkları bedenini izlediği yolda hekimin kaybolmasına yol açabilir. Hastanın sosyal ve kültürel kökenlerine ilgisiz kalmak, olguların karmaşıklığını algoritmalara indirgemek hekimin düştüğü en büyük yanıltır. Hastalık da sağlık da bireyin ona yüklediği anlamdan bağımsız değildir. (Le Breton, 2003, s.50-3). Hastanın hekim/GTAT uygulayıcı tercihinde en önemli belirleyici kendini teslim ettiği kişinin onu kim mi ne mi olarak gördüğü noktasındaki farktır. Hekim bu sorudan bir haberken GTAT uygulayıcısı da tam bu soru üzerinden hastaya yaklaşır. Ayrışma buradan ilerler.

2.9. GÜVEN KAVRAMI

2.9.1. Güvenin Tanımı

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde "Güven" sözcüğü "Korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu, itimat" olarak tanımlanmaktadır. Sosyal bilimler literatüründe ise güven " Bir toplumda yaşayan bireylerin birbirlerine,

içinde yaşadıkları sistemin kurallarına ve kurumlarına yönelik olarak, söz konusu birey ve kurumların rollerini ve işlevlerini belirlenen doğrultuda en iyi şekilde yapacaklarında duyulan inanç” olarak tanımlanmaktadır (Demir ve Acar, 2005).

Giddens, güvenin kişi ve sistem olarak iki farklı düzeyde ele alınması gerektiğini söylemektedir (Giddens, 1990, s.120). Kişi bazında güvenin gelişimi ile ilgili farklı teoriler mevcuttur. Bebeğin doğumuyla beraber karşılaştığı ebeveyn tavrının- ihtiyaçlarının karşılanıp, karşılanmadığını görmesinin- psikolojik açıdan temel güven duygusunun oluşmasında etkili olduğu savunulmuştur. Birey ilk dönemlerinden başlayarak, ona bakanların tutarlılığına ve ilgisine dayanmayı öğrenirken, aynı zamanda kendi güdüleriyle destekçilerinin de yol gösterdiği şekillerde baş etmesi gerektiğini ve karşısındakilerinde de kendisinden güvenilirlik ve tutarlılık beklediğini öğrenmektedir. (Erikson, 1950). Ancak bireyin büyümeyle birlikte iletişime girdiği insanlarla yaşadığı tecrübelerin (mikro) yanı sıra kurumların (hükümet, vb.) tutumlarının (makro) da “güven” algısının belirleme de önemli olduğuna da işaret edilmektedir (Mishler ve Rose, 2001; Jackman ve Miller 1998, Uslaner 2008). Ontolojik güven duygusu bireyin çevresinde devam eden bir rutinin varlığı desteklemektedir. Güvenin ortaya çıkışında bu anlamda hem psikolojik eğilimlerin hem de sosyal öğrenme modelinin etkili olabileceği öne sürülmüştür. Psikolojik eğilimler modelinde güveni daha çok aile ve ilk deneyimler belirlerken, sosyal öğrenme modelinde bireyin etrafında akraba, arkadaş ve iş çevresi kadar kurumlarla yaşadığı tecrübelerin güven algısı konusunda belirleyici olduğunu savunulur. Bundan başka bireysel özelliklerin de güven konusunda etkili olduğu bildirilmiştir. Güvenin, bireyin güvенеbilme becerisi kadar karşısındakinin özelliklerinden etkilendiği de ifade edilir (Sztompka, 1999, s.69-81). Karşısındakinin itibarı (kapalı gruplarda bilgi alışverişi ile bozulabilir), yeterlilik

(bilgi ve iletişim alanında), yetenek, performans, tutarlılık, sadakat, açıklık ve görünüş bu özelliklerden bazılarıdır (Değirmenci, 2009; Mayer 1995). “Savunmasız olmaya isteklilik” olarak da tanımlanan güveni belirleyen pek çok unsurun arasında cömertlik, dürüstlük ve yardımseverlik de sayılmaktadır.

Güven karşılıklılık esasına dayanır, öngörülebilir davranışlar beklentileri karşılamalı, riskleri ve belirsizliği azaltmalıdır. Ayrıca kişiler arasında güvenin birinden diğerine tamamen değil, belli alanlarda olabileceği de belirtilmiştir, bilgisine güvenirim ama iletişimine güvenmen gibi... (Mayer vd., 1995). Ayrıca çeşitliliğin çok fazla artmış olduğu günümüzde, bize sunulanlar arasında kendimize en uygun ve en faydalı olanı seçme stresi güven unsurunu daha da önemli hale getirmektedir.

Güven psikolojiden felsefeye, ekonomiden sosyolojiye, dinden tıba kadar pek çok farklı disiplin içerisinde önem arz eden ve giderek üzerinde daha fazla düşünülüp anlaşılmaya çalışılan bir konu haline gelmiştir. Gelişmiş toplumlarda güven algısının gelişmemiş toplumlara göre daha fazla olduğu bunun da ekonomik gücü beraberinde getirdiği çünkü risk primini düşürdüğü bilinmektedir. Güvenin olmadığı toplumlarda güç güvenin yerini almakta insanlar etnik/dini/sosyal gruplara katılarak kendilerini tehlikelerden korumak için kendi çemberlerinde kalmaya çalışmaktadırlar (Uslaner, 2002; Eggers 2013). İngilizce ‘de güven “*trust*” ve itimat “*confidence*” kavramları Türkçe’de o denli belirgin olmamakla beraber, Luhmann da güvenin daha çok kişilere, itimadın da sisteme duyulduğunun altını çizer ancak her ikisinin de hayal kırıklığına uğrama ihtimalini barındırdığını belirtir (Luhmann, 2000 s. 98). Güvenle ilgili ilk çalışmalardan birinde güvenin beklentileri etkilediği ve yaşanan tecrübelerden etkilendiği, hem kişisel hem de sosyal yaşamı anlamak için yaşamsal olduğunun altı çizilmiştir (Deutsch, 1958).

Güven içinde teslimiyet barındırır. Bireyin karşı tarafta yer alanların (kişi ve/veya kurum) ona zarar vermek yerine onun çıkarlarına korumaya uygun biçimde davranacağına dair olumlu beklenti içinde olması durumudur. Sonuçta ortada bir risk olmakla beraber nihayetinde kişi karşısındakilerin iyi niyetle davranacaklarına inanır yalnız bu inanca rağmen karşısındakiler ve yapacakları üzerinde herhangi bir kontrolü yoktur.

Dokunulabilir yakın çevrenin azaldığı ancak, dijital bir sosyal çevrenin baskın hale geldiği günümüzde güven kavramı biraz daha karmaşıklaşmıştır. Gelenekselden moderne, modernden post-moderne geçişte geleneksel güven biçimleri de değişime uğramıştır. Modernleşmenin sonucunda ortaya çıkan uzmanlaşmanın getirdiği (hekime, avukata, mimara), bir konuda uzman olanların yetisine duyulan ve sorgulanmayan varsayım dayalı güvenden bahsetmek mümkündür. Başka bir kıtadan gönderilen mala, yanı başımızdaki dükkanda üretilenden daha fazla güven duyma noktasına getiren soyut sistemler aracılığıyla güven duyma kavramıyla beraber küreselleşmenin getirdiği (veya farkında olmamıza neden olduğu, bundan 100 yıl önce kilometrelerde uzakta ortaya çıkan bir virüs salgınından haberdar olmak mümkün değildi) tehlikeler güveni yaşamsal hale getirmekte, yokluğu paranoyaya sebep olmaktadır (Giddens, 1990, s. 124.).

Güvenin ele alınış biçimi ele alan kişinin mensubu olduğu bilim veya topluluğa göre değişiklik göstermiştir. Yöneticiler için kurum aidiyeti, sadakat, verimlilik, psikiyatrist ve psikologlar için özgüven, endişe, pazarlama için marka değeri ve müşteri memnuniyeti gibi konular öne çıkmıştır. Khodyakov güvenin yeni bir tanıma ihtiyacı olduğundan bahsederken bu konunun çok-yönlü ele alınması gerektiğini de vurgular (Khodyakov, 2007 s.118).

Güven ve güvensizlik birbirlerine zıt kavramlar gibi görünmekle beraber, güvenin olmamasının kaos yaratacağı şüphesizse de, tamamen güven duymak da olumsuz sonuçlar doğurabilir. Güvenin gereğinden fazla artması denetimi azaltıp bazı durumları körü körüne kabullenip rehavete düşmeye sebep olabilir. Birey için en doğrusu optimal güven noktasıdır (Gargiula ve Ertug, 2006).

Sosyal sermaye ekonomik kalkınma üzerinde etkisi olan, normlar, kurumlar, davranış ve değerler olarak tanımlanabilir. Güvenin olmadığı bir toplumda sosyal sermayeden söz etmek mümkün değildir (Fukuyama, 2005). Mikro düzeyde de menfaatlerin karşılıklılığı esasına dayanarak bireylerin birbirine güvenebilmesi ilişkilerin devamlılığı, işbirliği yapabilme şansı ve bireysel itibar içinde de esastır (Hardin, 2006, s.75). Kişinin itibarı özellikle bireysel tecrübenin olmadığı durumlarda güvenilirlik açısından kritiktir (Cantekin, 2014). Para, bilgi ve otorite modern toplumda güveni belirleyici roller üstlenmişlerdir. Ancak bilginin insanlığı kurtarmaktan çok zapturapt altına almak için kullanılacağı endişesi Foucault'un *Büyük Kapatılması*'nda kullandığı "Panopticon" metaforunda olduğu gibi modern dünyanın pozitivism yaklaşımını sorgulanır hale getirmiştir. Küreselleşmeyle beraber bireyselliğin yükseldiği, tüketim ve hazzın kutsandığı, yarının beklenmesinin belirsizlikle eş anlamlı kabul edildiği post-modern diye tanımlanan yeni dünyada ise kişiler arası güven iyice zayıflarken kurumlara duyulan güvene gereksinim iyice artmıştır. İklim değişiklikleri, adı yeni duyulan virüsler (Zika gibi), çevre sorunları, genetiği değiştirilen gıdalar, sismik, nükleer saldırı ihtimalleri bireyin maruz kaldığı stres dozunu iletişim teknolojilerindeki muazzam ilerlemenin de katkısıyla çok daha dayanılmaz hale getirmiş, insanoğlu mağaradan bakıp yıldırım düşer mi, aslan bana saldırır mı diye endişelendiği günleri, vebanın kara yüzünü, tüberkülozun derin romantizmini arar hale gelmiştir. Aslında

“güvensizlik” modern dünyanın panopticonunun post-modern dünyadaki karşılığıdır. Kişilerin içine yayılan bu duygu sayesinde kurumların toplum üzerindeki kontrolü kolaylaşmıştır (Bauman, 2005). “Genelleşmiş ya da sosyal güven” olarak tanımlanan kavram aslında post-modern dünyanın getirdiği bir sonuçtur. Bireysel olarak tanımadıklarımıza duyulan ve kurumsallaşma üzerinden şekillenen güveni anlatmaktadır.

Toplumlardaki güvenin durumunu ölçmek için kullanılan “Size göre insanları çoğu güvenilir midir yoksa ilişki kurarken dikkat mi edilmelidir?” sorusuna dayanılarak yapılan analizlerde İsveç, Norveç gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde güven indeksi yüksekken “Babana bile güvenme” öğretisiyle büyütüldüğümüz Türkiye ne yazık ki son sıralardadır (worldvaluessurvey.com). Burada toplumun özellikleri (gelişmişlik düzeyi, ekonomik parametreler, kültürel farklılıklar, gelir dağılımı, eğitim seviyesi) kadar bireysel özelliklerin de önemli olduğu düşünülmektedir ancak özellikle fırsat eşitliğinin olmadığı ülkelerde geleceğe dair “güven” hissetmenin zorluğu da aşıkardır.

Bireyin doğumu ve en yakın çevresiyle ilişkisine bağlı gelişen “Temel Güven”, diğer birey ve gruplarla olan tecrübeleri sonucu şekillenen “Kişilerarası Güven”, günümüzün kurumsallaşan dünyasındaki yapılar, ağlar ve sistemlere ilişkilendirilen “Sosyal Güven” toplam güven duygusunun farklı unsurlarıdır ancak birbirlerinden ayrı düşünülemez. Bir anlamda eş merkezli genişleyen daireler gibidirler. Birbirlerini etkiler, değiştirir, ilerletir veya ket vururlar. Hesap, bilgi, özdeşleşme, etkileşim, kurum temelli güven tanımlamaları güvenin oluşumunu farklı unsurlara dayandırıyor olmakta birlikte özetle denebilir ki güven düzeyi yüksek bireyler (güven her ne şekilde gelişmiş olursa olsun) karşısındakinin güvenilmez olduğuna dair bir kanıt buluncaya kadar ona güvenirken, güven düzeyi

düşük bireyler tam tersine karşısındakinin güvenilmez olduğu varsayımıyla ilişkiye başlamaktadır (Cook vd., 2003 s. 5-6).

Güvenin nasıl ölçüleceği de önemli bir sorundur. Güven üzerinde yapılan çalışmalar bu karmaşık yapıyı belirleyen pek çok unsur olduğunu göstermektedir. Belirsizlik, savunmasızlık, risk, risk alma becerisi, inanılabilirlik, bilgi gibi kavramların hepsi güveni şekillendirmede rol oynamaktadır. Güvenin ölçüldüğü çalışmalarda deneysel metotlar denense de, genellikle standardize edilmiş ölçekler ve anketler kullanılmıştır. Uslaner güvenin ölçülebilirliği konusunda dünya değerler anketlerinde olduğu gibi tek cümlelik soruların yeterli olmayacağını savunur (Uslaner, 2008).

Güven iletişimi, dayanışmayı artırır, bütünleştirir, işbirliğini kolaylaştırır, yokluğunda yalnızlaşma ve yozlaşma baş gösterir.

2.9.2. Tıpta Güven Algısı

Kim olduklarından bağımsız olarak bazı rollerin güven çağrıştırdığı söylenebilir. Anne, doktor, hakim, profesör gibi roller güven telkin ederken avukatlar, vergi memurları, tüccarlar daha çok güvensizlikle anılırlar. Ancak toplumun yaşadığı değişimler bütün bu algılarda değişikliklere yol açmıştır (Sztompka, 2006). Makro düzeyde bakıldığında “tıp” kurumuna güven giderek azalmaktadır. İlaç sektörü, kurumsallaşan hastane zincirleri, hekimden çok, hekimin çalıştığı hastane isimlerinin öne çıkması son dönemde tıpta yaşanan aktör değişiklikleridir.

Hasta ile hekim arasındaki mesafe teknolojinin getirdiği görüntüleme bağımlılığı ile daha da artmış, memeye dokunmadan meme kanseri tedavi edilir

hale gelmiştir. Hastanın hekime güvenmesi hekimin tavsiyelerine uyma olasılığını arttırmaktadır. Hastalar doğru hekimi seçmede becerilerine inanmakta hekime güvenmediğinde hekimin bilgisini, tedavisini, sorgulamakta, teyit etme ihtiyacı duymakta tekrar tekrar farklı hekimlere başvurup tetkik yaptırmaktadır. Ayrıca sağlık gibi önemli bir konuda doğru seçimi yapmak zorunluluğu da stresi arttırmaktadır.

Modern ve post-modern toplumda kurumsal güven giderek daha önemli hale gelmektedir. Tıbbın tüketicileri de tıbbi okur yazarlığın artmasına ve medyanın tıbbi bilgiyi hazır kalıplar halinde sunmasına bağlı olarak bilinçlenmekte ve dönüşmektedir. Bireyler arasında güven kişilerin iletişim sürelerinin uzunluğuna bağlı olarak artmaktadır. Taraflar birbirlerini tanıyor ve birbirlerinin çıkarlarını koruyacak şekilde davranıyor ve bunu uzun zamandan beri sürdürüyorlarsa aralarında bir güven olduğunu söylemek mümkündür (Khodyakov, 2007). Güvenin sadece kazanılmış olması yetmez devam etmesi için de emek verilmelidir.

2.9.3. Hasta Hekim İlişkisinde Güven

Sağlıkla ilgili herhangi bir konuda fikri olmayan tek bir birey bile kalmamıştır. İki kişinin yan yana gelmesi kilo vermeden, kolesterol tedavisine, kısırlıkta yaşanan gelişmelerden saç ekimine, botokstan depresyona kadar geniş bir skalada “sağlık ve hastalık” konuşmak için yeterlidir. Tıbbın sırça köşkü medya ve iletişim teknolojileri nedeniyle halka açılmış, bilgiye ulaşmanın kolaylığı aynı kolaylıkla yorumlanabilir olduğu algısını da beraberinde getirmiş ancak bu bilgi akışı karmaşa ve yanlış anlamalara neden olmuştur. Hekimin yerle bir edilen imajı, basının teşhir etmeye duyduğu ihtiyaç, hekime yönelen öfkedeki artış, hekimlerin

bilgi ve birikim yetersizliğine eklenen tükenmişliklerine insanların post-modern dünyanın beklentilerine uygun olarak daha genç, güzel, zayıf olma çabaları eklendiğinde hekim hasta ilişkisi içinden çıkılmaz biçimde karmaşıklaşmıştır. Sağlık “tüketici” yaratmak için mükemmel bir malzeme olmuş sağlıklarını korumada birinci sorumlu gibi hissettirilen bireylere “yön göstermek” görevi de medyayla ticari işletmelere düşmüştür. Sağlık hizmetleri pahalıdır ve bu alandaki harcamalar kontrol edilmelidir. Hasta hekim ilişkisinde bir denge yoktur her durumda hekim bilginin sahibi olan taraf olarak üstündür ama bu ilişkide her iki taraf da aynı şeyi istemektedir, hastanın iyileşmesini. Eğer güçlü taraf güçsüzü ezmez, ciddiye alır, saygı duyar, zaman ayırır, şefkat gösterir ve anlaşılır biçimde bilgi verirse güven daha kolay oluşmaktadır. Sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı kavramları toplumun ve bireyin sağlık hakkındaki genel ve kişisel bilgilere ulaşımını arttırırken, hekim-hasta ilişkisini de değiştirmektedir. Hekim-hasta ilişkisinde tanımlanan modeller; hastanın sağlığı konusunda neyin en iyi olduğunda hekimin karar verdiği ve uyguladığı ilk ilişki modelinden hasta ve hekimin karşılıklı konuşup anlaşarak doğruya vardıkları bugünküne yakın modellere kadar hepsinde iki taraf arasındaki en önemli farkın bilgi olduğu düşünülür. Ancak GTAT uygulamalarında GTAT uygulayıcısının bilgi sahip olup olmadığını değerlendirmek veya doğrulamak mümkün değilken bugün gelinen yerde hemen her hekimin kararı (hastayla beraber alınsa bile) “ikinci fikir” kapsamı altında mutlaka denetlenmektedir. Buna karşın GTAT uygulayıcılarının söylediklerine tam bir teslimiyet söz konusudur.

Türkiye’de özellikle sağlık alanında önemli bir dönüşüm yaşanmıştır. Sosyal güvenlik kurumları birleştirilmiş, randevu ve ambulans hizmetleri telefon üzerinden sağlanmaya başlanmış, aile hekimliği tüm illerde uygulamaya konmuş,

muayenehanelerin önemli bir kısmı kapatılmış ve özel hastanelerin bir kısmı ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında ödeme anlaşmaları yapılmıştır. Türkiye’den yapılan bir çalışmada bu dönüşümden hastaların genellikle memnun oldukları, hekimlik mesleğini büyük oranda güvenilir buldukları gösterilmekle birlikte (“Doktorlar benim için en doğru kararı verir” önermesine katılma oranı %95.5.’tir) birey olarak hekimlerin tutum, beceri, bilgi ve davranışlarının güveni etkilediği ve hekimlere yönelik şüpheler doğurduğu belirtilmiştir (Ertong, 2011).

Hastalar şüpheli tüketicilere dönüşmüştür. Fukuyama sosyal sermaye kavramıyla toplumun verimliliğini arttıracak güven, normlar ve ağlar gibi özellikleri kastederken, bu özelliklerin bireylerin etkin bir işbirliği sağlamalarına yaradığının böylelikle hem birey hem toplum bazında yarar sağlandığının üzerinde durmuştur (Fukuyama, 2005). Burada sosyal ağların etkisini vurgulamak faydalı olacaktır. Özellikle tıba ve hekime duyulan güvende bireyin kendisinin veya yakın çevresinin birebir tecrübeleri çok önemlidir. Güven, geçişken ve yayılımcıdır. Hekimin ünü, birinin ona güvenmesi, ona güvenenin bir başkasına tavsiye etmesi sonucu, “O güvendiyse ben de güvenirim” algısının yayılmasıyla artar. Tersine de biriyle yaşanan kötü bir tecrübenin benzer şekilde başkalarına da yaşatılacağı ön kabulü bazen hekimin ününü zedeleyebilmektedir.

Sağlıkta güven konusu ile ilgili çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Pearson ve Raeke tıpta güven ile ilgili yaptıkları bir meta-analizde ilginç sonuçlara varmışlardır. Diğer bütün disiplinlerde olduğu gibi güvenin tanımı tıbbi literatür içinde de farklılıklar içermektedir. Ancak diğer bilim dallarında olduğu gibi tıpta güven kavramında da “zarar görebilme ihtimali”ni “iyimserlikle kabul etme” öne çıkmaktadır. Güven teorisyenleri tüm alanlarda olduğu gibi güvenin iki insan, iki kurum veya bir insan bir kurum arasında belli alanlarda kurulabilirken aynı ilişkide

belli alanlarda da kurulamayacağına altını çizmektedirler Bu anlamda güvenin pek çok yönü olduğu “vefa, yeterlilik, dürüstlük, güvenilirlik, ve genel güven” kavramlarının güvenin öne çıkan boyutları olduğu vurgulanmıştır.

Hekim-hasta arasındaki güveni pek çok faktör etkilemektedir (Pearson ve Raeke, 2000). Güvenin olmaması yenilenen entelektüel birikimin hastalara aktarımını engellemektedir. Güven tanının, tedavinin ve iyileşmenin ana unsurlarından biridir (Jacobs, 2004). Hastanın özellikleri, hekimin kişiliği, davranışları ve iletişim becerileri öne çıkmaktadır. Hastaların dikkatlice dinlenmesi, hastalıkları hakkında yeterince bilgi verilmesi, samimiyet gösterilmesi, gerçekçilikle umut vermenin sınırlarını karıştırılmaması güveni ve paralelinde memnuniyeti arttırmaktadır. Hastalar ideal hekimi cana yakın, açık ve dostane olarak tanımlamaktadırlar. Ayrıca genellikle hasta-hekim karşılaşmaları hastane içerisinde olduğundan hastane ortamının nitelikleri de (hem fiziksel hem de insan kaynakları açısından) güven konusunda belirleyici olabilmektedir, ayrıca hastanın ayaktan tedaviye göre yatırılarak tedaviye daha çok güvendiği de bildirilmiştir. Özellikle kritik tıbbi durumlarda yazılan ilaçların yan etkileri, hastaneye yatırılıp yatırılmama ve hastalığın ciddiyetinin hasta tarafından algılanış miktarı güveni etkilemektedir (Shenolika vd.,2004).

Basının rolü tartışılmazdır, sağlık sisteminin eleştirildiği, hataların, ihmallerin, yolsuzlukların gösterildiği haberler ister istemez sağlık sistemi hakkında şüpheler doğurmaktadır. Tıbbi araştırmalarda hastaların nasıl seçildiği, bu çalışma sonuçlarının nasıl yansıtıldığı, ilaç şirketlerinin tıbbi uygulamalar konusunda etkin olup olmadığı, sağlık harcamalarının kontrol edilme zorunluluğunun hasta aleyhine işleyip işlemediği gibi sorular herkesin içinde endişe doğurmaktadır. Hastaların güvenmeyi isteyip istememeleri, güvenmesi gerekirken güvenmeyip,

güvenmemesi gereken noktayı bilmemesi de olumsuz tecrübelerin yaşanmasına sebep olmaktadır (Hall vd., 2001). Güven kırılğan ve narindir. Yeniden oluşturulabilir ama eski haline getirmek zaman ve emek gerektirir. Hasta hekim arasındaki güvenin değerlendirilmesi açısından bakıldığında pek çok teori olmakla beraber ölçümler ve veriler sınırlıdır.

2.9.3.1. Hastanın Perspektifi

Bilgilendirilmiş onam formu, hastalara yapılacak olan işlemleri ve olası sonuçlarını açıklayan bir formdur. Burada hekim “iyi niyetle” yapacağı işlemi formal bir dille anlatmakta ama tüm “iyi niyetime rağmen” bu sorunlar da çıkabilir demektedir. Ancak olabilecekleri önceden söylemiş olmak hastaların başına olasılıklardan biri geldiğindeki tutumları üzerinde ne kadar belirleyicidir? Bugün önlenabilir tıbbi hatalar olduğunu, bu hatalara bağlı olarak pek çok hastanın kaybedildiğini ve/veya zarar gördüğümü biliyoruz. Binde bir olasılıklı bir komplikasyon sizin başınıza geldiğinde oran yüzde yüzdür ve bu noktada tecrübe bireye özgüdür.

“Hasta emniyeti” kavramı yeniden tanımlanırken eğitimlerin en alt basamağındakilerin “öğrenme dönemleri”ni canlı bireyler üzerinde değil modeller üzerinde geçirdiği eğitim yaklaşımları benimseniyor. Hastalığın doğasının getirdiği endişe ve belirsizlik, eşitsiz bilgi düzeyi, mahremiyetin paylaşımındaki zorunlu teslimiyet, güler yüz ve şefkat görmeme, medyanın etkisiyle birbiriyle çelişen ve sıklıkla değişen tıbbi bilginin ham haliyle sunulması ve hekimlerle ilgili olumludan çok olumsuz haberlerin paylaşılması hastaların kafasını iyice karıştırırken hekimin

bilmediğini söylememesi, yanlış teşhis koyup, yanlış tedavi uygulaması, takip etmemesi, finansal çıkarların öne çıkartılması gibi kusurlar eklendiğinde güven kavramı iyice hırpalanmaktadır. Sağlık sisteminin kendisine duyulan güvenin yaşadığı hırpalanma, zaman zaman sistemi temsil eden kişilerin tavrı nedeniyle iyi ya da kötü yönde değişebilmektedir.

Bugün insanları yönetebilmenin tek yolunun onların güvenini kazanmak olduğunun sağlık sektörü de farkındadır. Ancak sağlık sektörünün geçmişine baktığımızda 21.yy'da giderek daha fazla önem kazanan güven kavramının 1847 yılından Amerikan Tıp birliği tarafından hazırlanan Tıbbi Etik Kodları ve Prensipleri'nde hemen hiç yer almadığı, bilakis hastanın sorgusuz sualsiz itaatini önerildiği görülmektedir. Ancak 1920'lere gelindiğinde hasta-merkezli tıbbi etikten bahsedilmeye başlanmıştır. "Hastalık tedavisi kişisel değildir ancak hasta bakımı kesinlikle öyledir. Hasta ve doktor ilişkisinin önemi asla azımsanmamalıdır zira pek çok vakada tanı ve tedavi buna bağlıdır (Jacobs, 2005). 1927 yılında hasta bakımı ile ilgili bir yazıda söylendiği gibi "The secret to the care of patient..is in caring for the patient"⁸ (Peabody ,1927). Yirmi yüzyılın ikinci yarısından itibaren hastanın da karar alma mekanizmasının içinde yer aldığı bir anlayış gelişmiş hastanın kendi sağlığı için alternatifleri değerlendirmesi, kendi değerlerine ve yargılarına göre karar alması beklenir olmuştur.

Güven hastaların tedavi süreçlerine katılmasında büyük önem taşımaktadır. Hasta ancak güvenirse tedavi için çare aramakta, hayati bilgileri vermekte, tedaviye ve önerilere uymaktadır. Hekimin başarısı ancak bunu hastanın istemesine bağlıdır.

⁸ **Hasta bakımını sırrı hastayı önemsemekte yatmaktadır**

Güveni anlamak nispeten kolay olmakla beraber ölçmek gerçekten zordur, özellikle kesilip biçilip tartılmadığı göz önünde bulundurulduğunda... Toplumsal güvende son otuz kırk yılda muazzam bir azalma olduğu bilinmektedir. Toplumsal güven çalışmalarında kurumlar teker teker incelendiğinde tıp mesleğine ve doktorlara duyulan güven hep yüksekken toplumsal güvende oluşan azalmaya hem paralel şekilde hem de buna büyük ölçüde katkıda bulunarak son yıllarda büyük düşüş izlenmektedir. 2014 yılında yayınlanan bir çalışmada 1966 yılında Amerikalıların %73'ü tıp uzmanlarına güvendiklerini söylerken 2012'de bu rakam %34'e düşmüştür. Başka ülkelere göre ABD'de hekime güvenme oranları daha düşük olmakla birlikte (rakamlar İsviçre, Hollanda ve Danimarka'da daha yüksektir), genel rakamlara bakıldığında artık tıp mesleğine ve hekimlere olan güvende muazzam bir azalma olduğu inkar edilemez bir gerçektir (Blendon vd., 2014). Artan sağlık masrafları ve hekimlerin performans çarkına sıkıştırılmış olması kararlar üzerinde hastanın mı yoksa paranın mı lehine karar verildiği şüphesini doğurmaktadır. “Doktor- hasta” ilişkisinin “Hizmet sağlayıcı-müşteri”ye dönüştürülmesi güveni yaralayan unsurların başında gelmektedir.

Farklı çalışmalarda hasta hekim güven unsurunu ölçmek için skalalar geliştirilmiştir (Pearson ve Raeke, 2000, Hall vd., 2001). Bu skalaların temel amacı güven unsurunun ölçümünü hızlandırmak, kolaylaştırmak ve nihayetinde rakamlara indirmektedir. Trust in Physician Scale (Hekime Güven Skalası) 11 soru içerir (Anderson ve Dendrick, 1990). Beş puanlık ölçek sisteminde 1= Kesinlikle güvensiz ve 5= Kesinlikle güvenli olarak değerlendirilmektedir. Birinci Basamak Değerlendirme Anketi de benzer şekilde uygulanmaktadır. Kao vd. tarafından oluşturulan 10 maddelik son ölçüm yöntemi sağlık uygulamalarında ödeme şeklini de göz önüne aldığından popülerlik kazanmıştır.

- ⁹1. Doktorumun insan olarak beni önemseydiğinden şüpheliyim.
2. Doktorum ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurur ve öncelik verir.
3. Doktoruma o kadar güvenirim ki her tavsiyesine uymaya çalışırım.
4. Eğer doktorum bana bir şey söylemişse mutlaka doğrudur.
5. Bazen doktorumun fikrine güvenmem ve ikinci bir fikir almak isterim.
6. Doktorumun tıbbi bakımımıyla ilgili kararına güvenirim.
7. Doktorumun tıbbi bakımımıyla ilgili yapması gereken her şeyi yapmadığını hissederim.
8. Doktorumun benim tıbbi gereksinimlerimi her şeyden önemli saydığına güvenirim.
9. Doktorum benimkine benzer tıbbi problemleri çözmede uzmandır.
10. Doktorumun tedavi ile ilgili bir hata yapılırsa bana söyleyeceğine güvenirim.

11. Doktorumun konuştuğumuz mahrem bilgileri saklamayacağından endişelenirim sorularına 1-5 arasında yanıtlar verilir. Benzer şekilde bir başka değerlendirme formu da Birinci Basamak Bakım Değerlendirme Anketi'dir (Safran vd., 1998) Bu ankette

- ¹⁰1. Doktoruma her şeyi anlatabilirim.
2. Doktorum bazı konularda emin olmasa bile biliyormuş gibi davranır.
3. Doktorumun tıbbi bakımım konusundaki kararlarına tamamen güvenirim
4. Doktorum benim sağlığım için gerekenden çok maliyeti azaltmaya önem verir.

⁹ Araştırmacının kendi çevirisi

¹⁰ Araştırmacının kendi çevirisi

5. Doktorum sağlığım hakkında gerçeği haberler kötü olsa bile bana
söyler

6. Doktorum en az benim kadar sağlığımı düşünür

7.Eğer tedavimde bir hata varsa doktorum bunu benden gizlemeye çalışır

8. Tüm bunlar göz önüne alındığında doktorunuza ne kadar güvenirsiniz?

Benzer Şekilde Likert-Skalasına göre yanıtlanması istenir. Bir başka ölçüm aracı da Hasta Güven Skalasıdır (Kao, 1998). Hekiminize aşağıdaki konularda ne kadar güveniyorsunuz diye sorulur.

1.Sağlığınızı ve iyilik halinizi tüm sigorta limitlerinin önüne koyar

2. Hassas kişisel bilgilerinizi saklar

3. Sadece sigortanın karşıladıklarını değil tüm tedavi seçeneklerini size sunar.

4. Gerektiğinde bir uzmana sevk eder.

5. Gerektiğinde hastaneye yatırır.

6. Sigorta limitlerinden ve kurallarından bağımsız düşünerek doğru tıbbi kararlar alır.

7.Tıbbi bakım konusunda doğru karar verir.

8. Maliyetten bağımsız gerekli testleri ve prosedürleri uygular

9. Yüksek-kalitede tıbbi bakım sunar

10.Sadece tıbbi gerekliliği olan testleri ve prosedürleri uygular.

Hekime güvende hekimin davranış biçimi ne çıkarken, hekime güven arttıka memnun olma ve tavsiyelerine uyma oranları da artmaktadır. Sonuç olarak hekime duyulan güvenin incelendiği çalışmalarda da genellikle kantitatif çalışmalar ne çıkmaktadır ve oğunluğuunda da anket yaklaşımı kullanılmıştır. Hastaların yaşı, ırkı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, dini inanışları, gelir düzeyi, hastalığın tipi,

süresi, hekim seçme hakkının oluşu, hekimle geçirilen zamanın fazla olması hekime olan güveni etkiler görünmektedir ancak farklı çalışmalar da farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Hekimlerin özellikleri açısından da kişisel ve iletişim becerileri belirleyici olmaktadır. Ancak tıbbi literatür açısından bakıldığında “güven” kavramı büyük ölçüde sanaldır. Batı tıbbının bilimsel veriye yaklaşımıyla değerlendirildiğinde güven kavramı konusunda net fikirlere ulaşmak mümkün değildir. Yine de güvenin giderek azaldığını matematiksel veri ile de söylemek mümkün olduğundan güvenin artırılması gerektiği konusunda herkes hemfikirdir. Bu konuda neler yapılabileceği, güvenin yeniden oluşturulmasının hangi yolla mümkün olabileceği üzerine yapılan çalışmalarda üç ana unsur öne çıkmaktadır. Birincisi “Teknik beceriklilik” tir. Teknik beceriklilik doktorun tanı ve tedavi etme becerisini belirler ve bunu iyileştirmek güveni arttırabilir. Bu anlamda atılacak en önemli tıbbi hatanın azaltılmasıdır. İkinci unsur “İletişim Becerisidir”. Hastaları dinlemek, anlamak, tam ve dürüst bilgi vermek ve en önemlisi hastalara önemsendiklerini hissettirmek gereklidir. Hastayı oturtmak, rahatlatmak, göz kontağı kurmak, bölmeden dinlemek, baş hareketi gibi jestlerle onaylandığını hissettirmek, hastanın doğru sözleri bulmasını sabırla beklemek, muayene ederken açıklamalarda bulunmak önerilmektedir (Ludwig ve Burke, 2014) Üçüncü unsur “Aracı”nın iyileştirilmesidir. Sağlık sistemi sağlayıcıları bu anlamda değişmek zorundadır. Hastanın iyiliği her şeyin önüne konmalıdır. (Jacobs, 2005). Güvenin yeniden arttırılabilmesinin yegane yolu tıbbi ileri taşıyan teknolojik gelişmeler yanı sıra insani yönün de unutulmamasıdır.

2.9.3.2. Hekimin Perspektifi

Hekimlik yalnızca bir eğitim, meslek veya iş değildir. Aynı zamandan bir toplumsal konum ve yaşam biçimidir. Hekim hastayı sadece biyolojik olarak değerlendirmeye niyetlense bile böyle bir seçeneğe sahip değildir. Bu ilişki kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik pek çok etmen taraf belirlenmektedir.

Eski Mısır, Eski Yunan ve Ortaçağ'dan başlayıp neredeyse günümüze kadar süren hekimliğin altın çağı bitmiştir artık. O dönemlerde mistik öğelerle donatılmış üstün kişi olan hekim bilginin artışıyla giderek güçlenmişse de, 19. yy'ın sonunda itibaren giderek hastanın rolü değişmeye başlamış ve son 30 yılda ilişki tamamen farklılaşmıştır. Daha eşitlikçi bir ilişkide ortaklaşa kararların alındığı bir modele evrimleşmiştir (Atıcı, 2007). Görüşmeci model olarak adlandırılan bu ilişkide hastanın ve hekimin bireysel özellikleri göz ardı edilmemelidir.

Sağlıkta yaşanan dönüşümün Türkiye'deki hekimler üzerindeki etkilerine bakıldığında günlük hasta sayısının artması, siyasetin hekimin "hizmet vermeye zorunlu" olduğu imajını yaratması, performans endişesi ve hastaların güven konusundaki en yaralayıcı buldukları konuların başında yer alan para öne çıkmaktadır. Amerika'da yapılmış bir çalışmada sağlık sisteminde hekimlerin kazancının azaltılarak bu sağlık harcamalarının azaltılabileceği, bu konuda sağlık hizmeti sağlayıcılarının inisiyatif kullanması gerektiği yoksa bu kararların sağlık sektörü ile ilgisi olmayanlar tarafından alınacağı üzerinde durulmuştur. Türkiye'de de olan odur (Blendon vd., 2014).

Hasta hekim ilişkisi konusunda sınırları belirlemek zordur. Hastaların hekimlerinin özel hayatları ile ilgili bir şey bilmenin onları hekime daha çok bağladığı bildirilmiştir ama burada da neyi paylaşmanın uygun olacağını

belirlemenin sorumluluğu hekimlerin omuzlarındadır. Samimiyet ve iyi niyet sınırları içinde paylaşılan bir bilginin yanlış anlamalara yol açmayacağından emin olma zorunluluğu bir yana bırakılsa bile, hastanın konunun ana öznesi olduğu unutulmamalıdır. Unutulmamalıdır ki, hekim de bir insandır, etik ve legal sınırlar içinde olsa bile hekim olarak kendinden yapması istenen işlem onun inançlarına uymuyor olabilir, ya da kendisiyle hekim-hasta gizliliği içinde paylaşılan bir bilgi vicdanen onu yaralayabilir, hasta eylemlerini onaylamadığı bir grubun mensubu olabilir, hekimin daha önce yaşadığı, hastalar ve bulunduğu durumlarla ilişkili tecrübeleri bu durumda ikilemde kalmasına neden olabilir. Hekim hastayı tedavi etmeyi seçmese bile uygun bir biçimde tedavi edilmesini sağlamalıdır. Hastanın paylaştığı bilginin gizliliği ile kanuni bildirim zorunluğu arasında kalınabilir. Aynı aileden birden fazla insanın hekimi olmak, tarafların birbirinden sakladığı bilgilere sahip olmak hekimi zor durumda bırakabilir. Bazen başlangıçta hasta uyumlu gibi gözükürken sonradan önerilere direnebilmektedir ya da hastanın talepleri o kadar çoktur ki makul süre içinde hekimin bunlara yanıt vermesi mümkün değildir. Bu çatışmada hastayı uyumsuz olarak nitelemektense karar aşamasına dahil etmek ve ona sunulabileceklerin sınırlarını direk ve net olarak aktarmak gerekir.

Son yıllarda özellikle ülkemizde giderek artan sağlık personeline şiddet sorunu mevcuttur (Ludwig ve Burke, 2014). Hata yapmaktan korkan hekimlere vicdanları yerine “Zorunlu Mesleki Yükümlülük Sigortaları” yaptırılmakta, sağlıkta şiddete karşıyız dense de her gece izlenen dizilerde “Hekimler nasıl zorbalığa maruz bırakılır?” konusu ayrıntılı olarak işlenmektedir. DSO sağlıkta şiddeti “Hastanın kendisi, yakınları ve üçüncü kişilerden gelen, sağlıklı çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel veya cinsel saldırı” olarak tanımlamaktadır. Her üç hekimden ikisi sözel ve/veya fiziksel

şiddete maruz kalmaktadır. Güçlünün haklı olduğu, empati kurma becerisi zayıf bir toplum dinamiğinde kendi canını emniyette hissetmeyen birinin başka canlara şifa olmasını beklemenin ne derece mantıklı olabileceği de ortadadır.



BÖLÜM 3

YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Türk İstatistik Kurumu (TUIK) rakamlarına göre 2009 yılında özel sektörde ve devlette toplam hekim sayısı 118.641, hekim başına düşen kişi sayısı 612, hekim başına düşen hasta müracaat sayısı 4.447 iken, 2014 yılında toplam hekim sayısı 135.616, hekim başına düşen kişi sayısı 573, hekim başına düşen hasta müracaat sayısı 4.648 olmuştur (TUIK, 2016). Türkiye’de sağlık hizmetleri ile ilgili rakamlara bakıldığında başvuru sayısı, acil başvuru sayısı, ameliyat sayısı gibi rakamlara ulaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı web sayfasında hasta-hekim ilişkisinin sosyal boyutu açısından ulaşılabilen tek veri olan “memnuniyet” sonuçlarına bakıldığında 2004 yılında %48 oranında olan hasta memnuniyet oranının 2014 yılında %70'lere çıktığı bilgisine ulaşılmaktadır. Ancak memnuniyet oranları yapılan anketlerle ölçülmektedir ve bu anketlerde temel sorular, hastaneye başvuruda, giriş işlemleri veya tahlil sırasında bekletilip bekletilmedikleri, bekleme salonunun temiz olup olmadığı üzerinedir. Hekim-hasta ilişkisi üzerine sorulan sorular “Doktoru kendiniz mi seçtiniz?, Doktor size hastalığınız ile ilgili bilgi verdi mi?, Doktor kibar ve saygılı mıydı?” şeklinde olup hekim-hasta ilişkisinin içeriğine ilişkin hiç bir bilgi edinilmemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Bugün itibariyle hasta-hekim ilişkisinin duygusal yönü bilinmemekle beraber, standart tıbbi uygulamalar için hangi branşta kaç hekim olduğu, günlük kaç hasta baktığı, başvuru sıklıkları gibi sayısal verilere ulaşılabilmektedir.

Güven; “Bir bireyin herhangi bir kontrol ve denetim etkisi olmaksızın, diğer tarafın davranışlarının kendi beklentilerini karşılayacak yönde gelişeceğine dair bir inanç duyması ve bu inanç doğrultusunda karşı tarafın eylemlerine kendisini savunma gereği duymaksızın açık olması” olarak tanımlanmaktadır (Mayer vd., 1995). Sağlık Bakanlığı’nın memnuniyet artışında hastanın hekime daha kolay ulaşabilir olmasının etkisi büyüktür ancak tüm dünyada yapılan çalışmalarda doktora karşı duyulan güvenin azaldığı bildirilmektedir (Blendon vd., 2014; Pearson ve Raeke, 2000; Jacob 2005).

Türkiye’de verilen standart tıp eğitimi sırasında GTAT uygulamaları ile ilgili herhangi bir eğitim verilmemektedir. Kısa süre öncesine kadar bu uygulamaların kimler tarafından, kime, ne zaman, hangi şekilde uygulanacağı ile ilgili bir düzenleme olmadığı gibi ülkede GTAT uygulayıcılarının kim oldukları, ne tür uygulamalar yaptıkları, bu uygulamaların ne sıklıkla tercih edildikleri konusunda da herhangi bir veri mevcut değildi. 27 Ekim 2014 tarihinde hazırlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp yönetmeliği” ile ilk kez bu alanda düzenlemeler yapılmıştır (Resmi Gazete, 2014). Bu yönetmelikle getirilen en önemli uygulama GTAT uygulamalarını sadece hekimler tarafından ya da hekimlerin gözetiminde yapılması zorunluluğudur.

Türkiye’de farklı hastalık gruplarında GTAT kullanımı ile ilgili dar kapsamlı çalışmalar olsa da tüm Türkiye’yi kapsayan GTAT kullanımı ile ilgili yapılan anket çalışması yeni sonuçlanmıştır. Araştırmacının sorumlusu olduğu bu çalışmada öncesinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmış, araştırma nicel araştırma tekniklerinden yüz yüze anket uygulaması kullanılarak yapılmıştır. Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmiştir. Anket uygulaması, proje

araştırmacıları tarafından hazırlanan anketlerin, aşağıda belirtilen b6lgelerde yer alan şehirlerdeki devlet hastanelerinde ve belirlenen sağlık ocaklarında araştırmacılar tarafından eğitilen anket6rler tarafından uygulanmıştır. (şimsek, Yayınlanmamış Veri). Aşağıdaki adı ge7en illerde anketler ger7ekleştirilmiştir.

1. İ7 Anadolu B6lgesi: Ankara, Sivas
2. Marmara B6lgesi: İstanbul, Edirne
3. Karadeniz B6lgesi: Trabzon, Kastamonu
4. Doğu Anadolu B6lgesi: Erzurum, Ağrı
5. Ege B6lgesi: Afyon, İzmir
6. Akdeniz B6lgesi: Antalya, Adana
7. G6ney Doğu Anadolu B6lgesi: şanlıurfa, Gaziantep

Anketlerin %70'i şehir merkezlerinde (Eğitim ve Araştırma ya da Devlet Hastanelerinde) kalanlar il7elerdeki aile sağlığı merkezlerinde yapılmış, Afyon ve Kastamonu anketleri anket6r kaynaklı g6venilirlik sorunu nedeniyle tekrarlanmıştır. Acil hastaları, gebe ve 7ocuk hastalar 7alışmaya dahil edilmemiştir..

6zetle bu 7alışmada toplam 2770 (%47.1) kadın ve 3112 (%52.9) erkek hastaya anket yapılmış, kadınların erkeklere g6re daha sıklıkla GTAT uygulamalarını kullandıkları g6r6lm6řt6r. (P=0.001). Katılımcıların yaşları 14-71 arasında ortalama yaş 43.7 ± 16.3 olarak bulunmuş, 35 ve 6zeri yaşta olanların GTAT uygulamaları kullanma sıklığı anlamlı olarak y6ksek olduğu g6r6lm6řt6r ($p < 0.0001$).

Bu 7alışmada T6rkiye Geneli'nde GTAT kullanım sıklığı %60.5 (3558 kişi) olarak bildirilmiştir. GTAT kullanımını b6lgelere g6re incelendiğinde 6zellikle Marmara B6lgesi'nde kullanım sıklığının 7ok fazla olduğu dikkat 7ekmektedir. Bu

sonuçlara göre Marmara Bölgesi'ndeki GTAT kullanım sıklığının diğer tüm bölgelerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. (tüm bölgeler kıyaslandığında $p < 0.0001$). İller açısından bakıldığında en sık kullanımın İstanbul'da olduğu görülmüştür. İstanbul'dan sonra en sık kullanım sırasıyla Antalya, Edirne, Sivas, Afyon, Şanlıurfa, Ankara, Erzurum, Trabzon, İzmir, Kastamonu ve Ağrı'da tespit edilmiştir.

Türkiye Geneli'nde GTAT kullanım tiplerinin başında bitkisel tedaviler ve sülük tedavisinin olduğu görülmüştür. Bitkisel tedavilerden ve sülükten sonra sırasıyla okuma, hacamat, akupunktur ve yoga sıklıkla başvuru alan GTAT yöntemi olarak rapor edilmiştir.

GTAT kullanıcılarına neden bu tedaviyi uyguladıkları sorulduğunda %47.7'si mevcut hastalıklarının tedavisi olmadığı için umutsuzluk nedeniyle, %34.3 fayda görmese de bu tedavilerden zarar göreceğini düşünmediği için, %10.8'lik kısmı ise doğal yöntemlerle tedavi olmak istediği için, %7.2'lik kısmı da sadece denemek için başvurduğunu belirtmiştir. GTAT uygulayıcılarının kimler olduğu sorulduğunda %20.9'nun hekim, kalanların hekim olmadığı öğrenilmiştir. Uygulamaların %76.8 oranında sağlık kuruluşları dışında uygulandığı, GTAT kullanıcılarının yalnızca %2.8'sinin uygulamalardan ücretsiz olarak faydalandığı, kalanların hepsinin bu tedaviler için ücret ödediğini bildirilmiştir. GTAT uygulayıcıların %76.6'si hastaların hekimler tarafından önerilen tedavileri ile ilgili herhangi bir öneride bulunmamış. %18.8'i ilaçlarını ve tedaviyi bırakmalarını önermiş. %4.6'si mutlaka ilaçlarına ve tedavisine devam etmesi gerektiğini söylemiştir. GTAT kullananlara tedavi yanıtları sorulduğunda %11.9'u tamamen iyileştiğini, %37.7'si kısmen iyileştiğini, %24.6'si hastalığı ile değişiklik

olmamakla beraber bazı yakınmalarında azalma olduğunu %26'i fayda ya da zarar görmediğini %4.6 ise zarar gördüğünü belirtmiştir.

GTAT uygulanan hastalardan %59.4'ü bu tedaviyi başkalarına önermiş, %40.6'sı önermemiş, önerenlerden %92.1'i bu tedaviden fayda gördüğü için önerdiğini, %7.9'u ise fayda görmemekle beraber karşısındakinin fayda göreceğini düşündüğü için önerdiğini söylemiş, bu tedaviyi başkalarına önermeyenlerin %51.3'ü fayda görmediği için önermediğini, %39'u başkasının başına kötü bir şey gelmesini istemediği için önermediğini, %9.6'si ise tedaviyi uygulayan kişiye güvenmediği için tedaviyi değil yapan kişiyi önermediğini belirtmiştir.

GTAT uygulananların %54.3'ü bu tedaviyi uyguladığını hekimleriyle paylaşmış, kalan kısmı bu bilgiyi hekimleriyle paylaşmamıştır. Hekimiyle bu bilgiyi paylaşmayanlara neden paylaşmadığı sorulduğunda %85.9'u gerekli görmediğini, %11.1 hekimin kızacağını düşünerek söylemekten çekindiğini ve %3'ü ise uygulayan kişinin hekimine söylemesini istemediğini belirtmiştir (Şimşek vd, 2015 yayınlanmamış veri).

Geleneksel tıp uygulamalarının yaygın olduğu Çin Hindistan ve Afrika'da düşük gelir düzeyleri sağlık hizmetine ulaşmanın güçlüğü nedeniyle GTAT kullanım sıklığını arttırırken, gelişmiş olan ülkelerde gelir düzeyinin artışı ile GTAT kullanım sıklığı doğru orantılıdır. Benzer şekilde eğitim seviyesi ile de ilişki kurulmaktadır ancak bizim çalışmamızda her ikisi ile de bir ilişki ortaya konamamıştır.

Bu çalışmada en sık kullanılan tedavi bitkisel tedaviler olmuştur. Tüm dünyada bu bitkisel tedaviler GTAT uygulamalarında başı çekmektedir. Ancak kültürel olarak bizim toplumumuzda diğer ülkelere farklı olarak sülük ve hacamat yaygındır.

Hastalar tüm dünyaya benzer şekilde hastalıkları için şifa bulamadıklarını düşündüklerinde, fayda göreceklere umuduyla GTAT uygulatmışlardır. Diğer çalışmalara benzer şekilde doğal vurgusu öne çıkmaktadır.

Uygulayıcıların büyük çoğunluğu hekim değildir ve uygulamalar sağlık kuruluşlarının dışında yapılmaktadır. Bu durum hastaları büyük bir riskle karşı karşıya bırakmaktadır. İnsan anatomisi, fizyolojisi ve hastalık patolojileri ile ilgili hiç bir eğitim almamış kişilerce yapılan bu uygulamalar hasta özelinde geri döndürülemez sonuçlar doğurabilir.

Uygulayıcıların yetersizliğine ve uygulamaların uygunsuz olarak yapılıyor olmasına karşın hastaların pek çoğu bu tedavilerden fayda gördüklerini düşünmektedirler. Benzer şekilde fayda gördüğünü düşünsün ya da düşünmesin büyük bir kısmı da bu tedaviyi başkalarına tavsiye etmektedirler. Ayrıca hemen hiç bir hasta böyle bir tedavi aldığını hekimine söylemeyi gerekli bulmamaktadır.

GTAT uygulamaları ülkemizde denetimsiz kişiler tarafından uygun olmayan şartlarda yapılmakta ve ülkemizde her üç kişiden ikisi bu uygulamalardan faydalanmaktadır. Bu pilot çalışmayla bu durumun ülke genelinde yaygın olduğu ve sağlık birimlerine ulaşılabilirlikle, eğitim ve/veya gelir düzeyiyle ilgili olmadığı gösterilmiştir. Üstelik uygulayıcıların çoğu hekim olmadığı gibi bu uygulamaların karşılığı olarak para alınmıştır. Pek çok hasta GTAT uygulattığını hekimleriyle paylaşmazken bu tedaviyi başkalarına tavsiye etmekte de herhangi bir sakınca görmemişlerdir. Bu kapsamda bakıldığında hiçbir eğitimi olmayan kişilerce uygulanan ve hiç bir denetime tabii olmayan GTAT uygulamaların bu denli tercih ediliyor olması ve bunlara duyulan güven şaşırtıcıdır.

Bu anket çalışmasını takiben yapılan tez çalışmamda hastalar, hekimler ve GTAT uygulayıcıları ile görüşülmüştür. Hekimin algı olarak baskın hissedilebileceği hastane ortamında görüşmekten mümkün olduğunca kaçınılmıştır ancak az bir kısmıyla hastanede görüşülmek zorunda kalınmış diğerleriyle ev ortamlarında görüşülmüştür. Görüşme yapılan hekimlerin ikisi dışında diğerleri ile evde veya hastane dışında bir mekanda görüşülmüş, alternatif tıp uygulayıcıların biriyle-ki aynı zamanda hekimdir- kliniğinde, diğerleri ile uygulamaları yaptıkları evlerde görüşülmüştür. Hastaların biri hariç hepsi Türkiye’de GTAT kullanımını ile ilgili yapılan anket sırasında belirlenen GTAT kullanan veya kullanmayan hastalardan Ankara’da olup ayrıntılı görüşme yapmayı kabul edenlerden seçilmiştir. Kalan son hasta daha önce klasik hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde görülen ancak GTAT kullanımı konusunda defalarca bilgi paylaşılan bir hasta olduğundan özellikle seçilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışmada hem nicel hem de nitel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Hasta-hekim ilişkilerinin araştırıldığı çalışmalarda özellikle sağlık bilimleri alanında yapılan çalışmalarında geçmiş yıllarda genellikle nicel araştırma yöntemleri kullanılmakla beraber nitel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar son dönemde artış göstermektedir (Goold ve Lipkin, 1999; Wilk ve Platt, 2016; Hoff ve Collinson, 2016; Tanco vd., 2016; Klest ve Philippon, 2016). Bu çalışmanın başlangıcında nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır ancak elde edilen sonuçlar tez çalışmasının dışında bırakılmıştır.

Antropolojinin bir bilim olarak ortaya çıktığı ilk yıllarda işlevselcilik, yapısal işlevselcilik gibi pozitivist ontoloji ve epistemolojiler kullanılmasına karşın sonrasında etnografinin, hermönetik, fenomenolojik epistemoloji ve ontolojilerden giderek daha sıklıkla yararlanılmıştır, antropolojideki bu seyir, tıbbın biyomedikal tıp teorisinden sosyal teoriye doğru uzanan seyrine benzetilebilir. Hekim-hasta ilişkisindeki güven kavramının önceden belirlenmiş ve rakamlara indirgenmiş ölçeklerinin arkasında kalan, ancak asıl önemli olan unsurlarının değerlendirilmesinde, bu kez her iki tarafın da sayılardan bağımsız birbirlerini nasıl gördüklerini anlamak adına tez çalışmasının ikinci kısmında nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır ve çalışmanın birinci kısmının sonuçları bu nedenle özellikle tezin dışında bırakılarak araştırmanın kapsamı kısmında ayrıntılı olarak özetlenmiştir. Nitel araştırmalarda araştırmacılar olayları kendi ortamlarında incelerken, araştırmaya dahil olan kişilerin yaşadıklarını nasıl anlamlandırdıklarını yorumlamaya çalışırlar. Bütün yorumların nihayetinde bireysel olması sonucu evrensel olarak kabul edilebilecek bir yorumun olmadığını düşünülebilir ancak yine de bu çalışmada nitel araştırma teknikleri kullanılarak güven kavramının hasta-hekim, hasta-GTAT uygulayıcısı ve son olarak hekim-hasta perspektifinden nasıl değerlendirildiği konusunda nihai bir sonuca varma amacı olmaksızın çıkarım yapılmaya çalışılmıştır. Nitel araştırma yönteminin seçilme sebeplerinin en önemlisi “hekim” kimliği ile hayatını kazanan biri olarak standart uygulamalar esnasında aslında neleri gözden kaçırabiliyor olduğumuzu anlama isteğidir. Derinlemesine mülakat tekniği kullanılarak yapılan görüşmelerde “standart bir muayene” sırasında “söylenmeyenler” daha doğrusu “söylenemeyenlere” duyulan merakta yeni bir kuram geliştirme amacı yoktur. Burada fenomenolojik yaklaşımla bu ilişki dinamiklerinde bireylerin edindikleri deneyim olduğu gibi yansıtılmaya

çalışılmıştır. Derinlemesine mülakat tekniğinin temel amacı soru sorup yanıt almak değil, yaşanan deneyimleri ve bunlardan yaratılan anlamları ortaya koymaktır (Seidman, 2006). Bu nedenle çalışmanın ikinci kısmında ilk kısmının aksine tüm soruların önceden belli olduğu bir soru kağıdı üzerinden yapılan “yapılandırılmış mülakat yöntemi” yerine “yarı yapılandırılmış derinlemesine mülakat yöntemi” tercih edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce görüşülecek kişiler hekimler, hastalar ve GTAT uygulayıcıları olarak belirlenmişti. Tüm görüşmecilerden, mülakat öncesi yazılı ya da sözlü katılım rızası alınmıştır. Üç hasta, bir hekim ve bir GTAT uygulayıcı ile görüşüldükten sonra toplam beş mülakat kayıtları incelenmiş, bu mülakatlar değerlendirildikten sonra soru kağıdı gözden geçirilmiş, bazı sorularda değişiklik yapılmış ve yeni sorular eklenmiştir. Başlangıçtaki ilk üç görüşme çalışma dışı bırakılmıştır. Toplam geriye kalan 26 adet görüşmenin biri hariç hepsinde ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Kayıt cihazı kullanılmasına izin vermeyen kişiyle yapılan görüşme esnasında elle not tutulmuş sonrasında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Ortalama görüşmeler bir saat sürmüştür, bütün görüşmelerden sonra görüşme ortamı, görüşülen kişiler, görüşme sırasında yaşanan durumlar, araştırmacının düşünce ve duyguları da bilgisayar ortamında kaydedilmiştir.

Deşifre edilen mülakatların aktarımında fenomenolojik bir yaklaşım kullanılmakla beraber, birbirini tekrar eden durumlar, kavramlar ve olaylara hakim olabilmek için “içerik analizi yöntemi” nden faydalanılmıştır. Derinlemesine mülakatta oldukça fazla veri elde edilmektedir, içerik analizi yönteminde amaç bu bilgiyi araştırma konusuna uygun biçimde indirgemektir (Coffey and Atkinson, 1996). Ancak tamamen içerik analizine dayalı bir yorum yapmaktan, durum tıbbın klasik “sonuç cümlesini” arayışından farklı olmayacağından özellikle kaçınılmıştır.

Bu çalışmayı nihayetinde bir “çaba” olarak nitelendirmek yanlış olmayacaktır. “Ben GTAT karşıtı bir hekim değilim” cümlesinin arkasında bağırmakta olan “kaskatı bir pozitivist olduğum” gerçeğinin farkına varışla başlayıp, “Daha şefkatli olabilir miydim, olabilir miyim?” e uzanan bir farkındalık çabası...

3.3. GÖRÜŞMECİ PROFİLLERİ

Tezle ilgili görüşmeler yaklaşık bir yıllık bir sürede tamamlanmıştır. Görüşmelerden üç tanesi analize dahil edilmemiş, bir tane görüşme kayıt alınamadan gerçekleştirilmiştir. Görüşülenlerin yaşları 19-74 arasında değişmekte olup genellikle 40-50 arasındadır. Görüşülenlerin çoğunluğu kadındı. Tüm görüşmeler araştırmacı tarafından yapılmıştır. Tüm görüşülenlere araştırmacının aynı zamanda hekim olduğu bilgisi verilmiştir. Görüşülenlerin eğitim düzeyleri farklılık göstermekteydi. Okur yazar olanlar olduğu gibi yüksek lisans ve doktora derecesine sahip olanlar da mevcuttu. Görüşülenlerin hepsi Ankara’da yaşıyordu, bir hastanın asıl ikamet ettiği yer Lüleburgaz olmakla beraber geldiğinde burada kızında kalıyordu. EK-1’de görüşmecilerle ilgili ayrıntılı bilgiler verilmiştir. Burada görüşülen kişilerin deneyimlerini anlatışları özellikle kendi cümleleriyle aktarılmıştır. Tüm görüşmelerin içinde bu kısımda özellikle dikkat çekici ayrıntılar belirtilmiştir. Deneyim farklı da olsa da aynı da olsa ayrıştıkları ve birleştikleri noktalar üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Hastaların kimlik bilgileri hasta-hekim ilişkisi gereği saklanmış yerlerine Türkiye’de sık kullanılan isimler verilmiştir. Görüşmecilerle ilgili demografik veriler aşağıda gösterilmiştir.

GÖRÜŞMECİ	YAŞ	CİNSİYET	MESLEĞİ	GÖRÜŞME NEDENİ	ÖZELLİK
Ayşe	74	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulanmış	Ani görme kaybı
Fatma	48	Kadın	Hemşire	GTAT uygulanmış	Alerji, ilaç kullanmama
Elif	50	Kadın	Hekim	GTAT uygulanmış	Yumuşak doku tümörü
Zeynep	50	Kadın	NLP Uzmanı	GTAT uygulayıcısı	NLP, EFT uyguluyor
Betül	44	Kadın	Hekim	GTAT uygulayıcısı	Akupunktur yapıyor
Emine	65	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulayıcısı	Ocak
Hatice	56	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulayıcısı	El almış
Meryem	47	Kadın	Hekim	GTAT uygulanmış	
Şerife	40	Kadın	Hekim	GTAT karşıtı	
Sultan	46	Kadın	Biyolog	GTAT uygulanmış, uygulayıcısı	Tiroid hastalığı sürecinde önce tedavi alıp sonra eğitmen olmu
Ali	38	Erkek	Memur	GTAT uygulanmış	Trigliserid yüksekliği nedeniyle tedavi görmüş
Ahmet	45	Erkek	Hekim	GTAT'la ilgili tecrübesi var	
Hasan	40	Erkek	Hekim	GTAT karşıtı	
Zehra	26	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulanmış	Guatr, gebe kalmak istiyor
Hanife	55	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulanmış	Eşi GTAT almış
Merve	69	Kadın	Kuran Hocası	GTAT uygulayıcısı	Ocak
Mehmet	60	Erkek	Aktar	GTAT uygulayıcısı	Batı Tıbbi Karşıtı
Havva	48	Kadın	Hekim	GTAT uygulanmış	Kişisel Gelişim Eğitimi almış
Zeliha	22	Kadın	Öğrenci	GTAT uygulayıcısı	Astroloji, numeroloji ile ilgili
Fadime	56	Kadın	Hekim	GTAT uygulayıcısı	Reiki, hipnoz
Esra	43	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulayıcısı	Ocak
Hacer	53	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulayıcısı	Ocak
Özlem	48	Kadın	Ev Kadını	GTAT uygulayıcısı	Medyum, fala bakıyor
Hülya	33	Kadın	Akademisyen	GTAT uygulanmış	Gebelik tedavisi
Yasemin	40	Kadın	Yoga Master	GTAT uygulayıcısı	Şifa konusunda çalışıyor
Mustafa	35	Erkek	Hekim	GTAT uygulayıcısı	Özel GTAT kliniği var

BÖLÜM 4

ARAŞTIRMA VE SONUÇLARI

4.1. İçerik Analizleri

Burada görüşmelerde aktarılan deneyimleri parçalamaktansa bütün olarak aktarmak tercih edilmekle beraber, sağlık ve hastalık deneyimleri, hekime/GTAT uygulayıcılarına başvurma nedenleri ve beklentileri, seçme nedenleri ve beğenme kriterleri, GTAT'a yönelme nedenleri, güveni belirleyen unsurlar (klasik ve GTAT açısından algı ve değerlendirmedeki farklılıklar), sağlık-para sorunsalı, bilginin önemi/önemsizliği, hekim/GTAT uygulayıcıları açısından güven, hekimliğin meslek olarak özne bazında evrimi öne çıkan temalar görüşmeleri yorumlarken kullanılmıştır.

4.1.1. Hastalık ve Hekim Deneyimleri

Hastaların bazıları kendi hastalıkları, bazıları da yakınlarının hastalıkları nedeniyle hekime başvurmuştu. Ani gelişen hastalıkları olanlar da vardı, uzun süreli tedavi görmüş olanlar da. Doğrudan GTAT uygulayıcısına gitmiş hiç hasta ile yoktu, hepsi öncesinde hekime başvurmuştu. Hekimler hastalık öykülerini anlatırken aralarda kullandıkları tıbbi terimleri saymazsak benzer süreçler yaşamışlardı. Önce bir hekime sonra bir başkasına başvurmuşlar kafaları karışmış, sonrasında çözüm bulamadıklarında GTAT uygulamalarını denemişlerdi.

74 yaşındaki Ayşe'nin kendi sözleriyle anlattığı aniden gelişen görme kaybı sürecinde yaşadıkları ile Elif'in bir hekim eşi ve hekim olarak tanı konulamadan ağrılarla geçirdiği dönemdeki deneyimleri benzerdi. Ayşe de Elif de beklenmedik

bir hastalıkla karşılaşmışlar, hayatları bir anda alt üst olmuş, farklı doktorlardan farklı tedavi önerileri gelmiş ve bu durum her ikisinde de kafa karışıklığı yaratmış.

-Gözde akşam böyle akşamüstü 15 Ocak'ta birden bire...Tam 1 yıl önce. Bir girdim bir baktım elim simsiyah oldu, bu gözümü tuttum bi de gittim su attım hani belki bir şey mi oldu baktım yok. Eşime dedim ki - Seyfettin dedim namazı kıldın mı? -Akşam namazı yok dedi dedim hemen ben kör oldum doktor bul...O da dedi ayakta geziyorsun nasıl kör oldun, dedim biri görüyor. Hemen hastaneye gittik doktor telefon açtı ilaç yapın dedi . İlacı yaptılar geldikten sonra dedi ki -Ablam senin sonuç çok zor ben ya seni Edirne'ye göndereceğim ya İstanbul'a. Dedim ki N. Bey, İstanbul'da M. Ö'yü arasana sen hani benim çocuğum gibi elimde büyüdü o dedim, aradı. O da dedi ki bekletmeden gönder benim çok yakınımıdır N. Bey dedi ki zaten bekletmem hemen gönderiyorum. Biz tabi çıktık İstanbul'a gittik o gece. İşte ameliyathaneyi saat 2'de açtılar, ekibi topladılar, aldılar beni ameliyata basınç mı ne iki saat kaldım, emboli mi ne olmuş kan pıhtısı işte.....Sabah bana dediler ki acele oksijen odasına gideceksin ama şey yok yakında hiç yok taa bilmem nerede var orda da sıra yer yok. Sonra valla oğlum devlet büyüklerini hemen aradı. Doktorum dedi ki; "Seni oraya göndermeden önce bir şey soracağım: sen ışık görüyor musun görmüyor musun?" Mercimek tanesi bir yerde kırmızı gözüküyor dedim...Tamam dedi ışık var gönderiyorum dedi işte. Dediler ki "Teyze sen kör olmuşsun binde bir şansın var yani dedi. Bende dedim ki ben o kadar yol gelmişim...Biz tedbir alalım takdir Allah'ındır dedim.

-Bundan 5 yıl önce çok ciddi ağrılarım ortaya çıktı ve giderek arttı bu ağrılar. Çeşit çeşit yani her gün yeni bir yer eklenerek. İşte kaburgalarım kırıldı, bacaklarımda, kalçamda, sırtımda. Daha çok önce sırtta başladı Ankilozan spondilitten¹¹ şüphelendiler fakat bir türlü o laboratuvar sonuçlarında bunu bulamadılar. Etrafımdaki profesörler dâhil arkadaşlarım, hocalarım, kollajen dokucular işte fizik tedavi uzmanları, ortopedistler hani birçok kişi ile beraber sürekli bunun üstünde uğraştım. En sonunda ankilozan spondilit deyince bana spor yap dediler. Sonra bunun yanı sıra astım ilave oldu bir de çocuk hastanesinde doktoru olduğum için sürekli mikrobik enfeksiyonlarla karşı karşıya kalınca hiç astımdan kurtulamamaya başladım. Kulağım akıyor, tırnak yatağında iltihaplar oluşuyor derken uykum bozuldu. Ve artık geceleri hiç uyumamaya başladım. Şu acile beni yatırsalar insanların içinde yani tek isteğim yatmak çünkü bu arada da çalışmaya devam ediyorum yani elimden geldiğince. Gidiyorum işe hiç aksatmıyorum ama çalışırken tabi sürekli aksıyorum, topallıyorum. Arkadaşıma gittim MRG için M.A. dedi

¹¹ Özellikle omurga ve kalçayı tutan ağrılı, kronik bir hastalık

ki senin iki taraflı femur¹² boyun kırık dedi. Ben o anda tabii protez nasıl olur falan diye düşünüyorum Eşim sürekli doktorlara kızıyordu kendisi çok iyi bir hekim İngilizce tıp derecesiyle mezun bilmem ne ama kendi baş edemediği bir konu olduğu için gene mi tanı koyamadılar, falan söyleniyordu diye. Uyku ilacı anti-depresan başlandı ağrılara iyi gelir diye. Sonra sintigrafi¹³ de 23 tane metastatik nokta şeklinde algılanan bir şey gördüler. Bu defa düşündüler ki acaba metastaz mı?. Bir tane ben kendime 1,5 fosfor bakmışım başka da hiç kimse istememiş fosforu, pediatrik nefroloğa gittim işte hastanenin son günü dedim 1,5 fosforum var bu sizce anlamlı mı deyince, biliyorsunuz nefrologlar çok şey insanlar yani inanılmaz çalışkan insanlar. pediatrik nefrologlar fosfora falan bakınca bunun fosfor atan bir şey olduğundan şüphelendiler. O arada ben Amerika'daki D vitamini metabolizmacısı H. ile arkadaşım yoluyla iletişim kurdum. H. bunun büyük bir ihtimalle 40 yaşından sonra fosfatürik mezenkimal¹⁴ bir tümörün olabileceğini, bunun vücutta herhangi bir yerde özellikle yumuşak dokuda koltuk altında olabileceğini söyledi. Bu arada ailede herkes çok perişan benim bu durumumdan. Yani herkes bana acımdan beni dinlemiyor ve yardımcı olamamaktan da herkes sinir içinde herkes ağlıyor falan.Z. Spor yaptırmak için eve geliyor ve şu hareketleri yapıyoruz sadece şu kadarlık (gösteriyor) çünkü kırılıyor. İlaç tedavileri ile 1 yılın sonunda sporda diğer insanların yaptığı hafif sporları yapabilecek duruma geldim 6 ayın sonunda spor salonuna gitmeye başladım. Şu anda sonra 2,5 yıl bu ilaç tedavisinden sonra bir gün böbreklerimde sıkıntı hissettim. Fosfatürik mezenkimal tümör diyorlar ama onu bulamadılar. Tümörü bulabilmek için özel bir teknik var. Unuttum ya. Aynı anda hem Gazi'de hem Ankara Tıp da bu yapıldı. Fakat hiçbir yerde tümör bulunamadı.

Bu iki hastanın hikayesini kısaltmadan olduğu gibi aktarmak istedim.

Aslında GTAT'a giden yolu özetleyen iki hikaye olduğu için. Her iki hastada da net biçimde hissedildiği üzere, tanı konulmadığında ya da tanı konulup uygun tedavi yapılmadığında ne yapılması gerektiği bilinmiyor. İkinci, hatta üçüncü fikir alma ihtiyacı doğuyor, ikinci hasta örneğinde olduğu gibi hasta hekim bile olsa içten içe doktorlara öfkeleniyor, sorunu çözemedikleri için. Bu teslim olmuş oldukları insana güvenememe hali sıkışmışlık, bıkkınlık ve umutsuzluk

¹² Uyluk kemiği

¹³ Tüm vücut görüntüleme yöntemlerinden biri

¹⁴ Vücuttan fosfor atılımına sebep olan yumuşak doku tümörü

yaratıyor, sonuç olarak da “Başka ne yapabilirim?”in peşine düşüyorlar. Hasta-hekim ilişkisinde güven açısından ilk çatlak hekimler arasında fikir birliği olmamasından ve sonuçta hastanın tedavi edilememesinden kaynaklanıyor. Hekime güvenin artırılmasına yönelik önerilerin başında yer alan “teknik beceriklilik” burada öne çıkıyor (Ludwig ve Burke 2014). Hastalıkların ürkütücü olduğu gerçeği, Elif’in “bana acımdan beni dinlemiyorlar” sözlerinden hissediliyor. Hastalık hastanın hayatını egemenliği altına alırken, hasta teslim olduğu hekimin derdine çare olamayışının gerçekliği altında eziliyor. DSÖ’nün GTAT raporunda belirtilen, GTAT kullanımının yönelmenin ana unsurlarından biri olan “çaresizlik” hissi özellikle hastalığın ülkesinde kalınan süre uzadıkça derinleşiyor (WHO, 2014; Sontag, 1978, s. 3-5). Bu iki görüşmecinin kendi sözleriyle açık olarak aktardıkları sıkışmışlık hissi başlangıçta güvensizliği barındırmıyor. Zaman ilerleyip sonuç alınmadıkça alternatif arayışlar ve sorgulamalar başlıyor.

Sultan’ın aşağıda anlattıklarında Batı Tıbbi’nin hasta-hastalık kavramlarına yaklaşımını takip edebiliyoruz. Hastalığa bakışta ontolojik yaklaşımla şekillenen “biyomedikal model”in parçaladığı bedende hasta hastalığa indirgenirken, hasta sadece hastalığın getirdiği sorunlar ve ıstırapla değil, hastalığın hastanın efendisi olması gerçeğiyle de uğraşmak zorunda kalıyor (Lindemann 2009, s. 26-27; Nettleton, 2006)

Çökkünlük, kilo alımı belirtileri. İşte cildiniz bozuluyor, saçınız bozuluyor ve...Hashimoto’sunuz¹⁵ diyorlar. Aslında tiroit budur, sonuçları budur, kabullen şeklidede. Halsizsin evet tiroitten, işte kansızsin evet tiroitten, şu evet tiroitten. Evet, ben yaşamaya çalışıyorum ve kaliteli bir yaşama dönüşmesi lazım ki çünkü anneyim, eşim, köpeklerim var. Onlara da yetebilmeliyim ve hayata tutunmalıyım. Bir de durduk yere niye bende var

¹⁵ **Kronik tiroit hastalığı**

niye bende var hani o niye sizi o noktaya getiriyor. Nedir o bilinçaltında bizi sıkan, işte kaygıyla konuşmayı engelleyen onları yavaş yavaş işlemeye başlıyorsunuz ve oradan da bir yön bulup bir akışa kapıp gidiyorsunuz”.

Hastalık kavramına yaklaşımda modern tıbbın dayandığı biyomedikal model, her ne kadar eleştiriliyor olsa da halen tıp eğitiminin ana eksenini oluşturmaktadır. Hastalık tanılarında ve tedavisinde hastalığın bulunduğu beden göz ardı edilir (Sugiyama 2010, s.79). “Kör olmuşsun, tiroit hastasısn” demiş olmak hekim tarafından bakıldığında rahatlatıcı olabiliyor, hastanın tanısı konmuş, etiketlenmiş ve bir sonraki hastaya geçilmeye hazır olduğu fikri yaratılmış olabiliyor ancak hasta açısından iş orada bitmiyor, hayatını tepetaklak buluyor, bunun hastalığın ciddiyetiyle birebir ilişkisi var ama ölümcül olma ihtimali kadar hayat kalitesini bozmuş olması da kabul edilemez geliyor ona, başka bir çözümü olmalı diye düşünüyor ve arayış başlıyor. Görüşülen hastaların hepsinde ortak nokta, çaresizlik, endişe, belirsizlik; doktorların fikir birliği içinde olmaması işleri daha da karıştırıyor. Süreç içerisinde doktorların yardım etmek istediğini temelde düşünmekle birlikte, bilgi, beceri, dikkat eksikliğinden kaynaklanan sebeplerle uygun tedavi edilmedikleri duygusu oluyor. “Mutlaka bir tedavisi olmalı” diye geçiyor içlerinden. Burada hekimler eğitiliş biçimlerine uygun olarak algoritmaları doğru işletip, tanıyı koyar (veya koyamaz), tedavi ederse (veya edemezse) kendi açısından elinden geleni yapmış oluyor ama hasta şifa bulmuş hissetmediği müddetçe konu onun için kapanmıyor.

Görüşmelerde hastalık kavramına yaklaşımda farklılık gösteren bazı yorumlar ön plana çıktı. Bunlardan biri kendi mesleği de sağlıkla ilişkili olan Fatma'nın çok katı biçimde hekimleri genel olarak yetersiz buluyor oluşuydu. Görüşmenin kalan kısmında da hekimlere duyduğu tepkiyi hissetmek mümkündü. Sadece test önerdiklerinden, alerjisini unuttuklarından, tanı

koyamadıklarından bahsetti. Bu görüşmecinin GTAT konusundaki tavrı ise tamamen zıttı.

İkinci gebeliğimde sekiz ay yattım, her iki böbrekte ve mesanede taşlar oluştu. Toplam beş yılda düşürebildim. Samsun'un bir köyünden taş düşürmek için bir su getirdiler. Enfeksiyon ve ağrılarla düşürdüm. O dönemde alerjim yoktu. Bu çok su içme çok idrara çıkma başlayınca ben Dışkapı'da T.Bey'e gittim. Diabetes İnsipidus teşhisi koyup ilaç başladılar. Ancak bana alerji yaptı. Bünyem çok hassas, ilaç kullanamıyorum ben de alerji yapıyor. Mesela midem ağrıdığı zaman sabahları rendelenmiş çiğ patates koyuyorum suya onu yiyorum suyunu içiyorum, tadı kötü ama Helicobacter¹⁶ dahil iyi geliyor.....Biliyorsunuz bir arada feokromasitomadan¹⁷ şüphelendiler, çok şükür çıkmadı, ben tiroit ilacımı da bıraktım almıyorum Allaha Şükür şimdi öncesine göre bel sorunum da olmasa daha iyiyim. Doktorlara kalsa çoktan alerjiden ölmüştüm.

Hastalığı bireyin sosyal ve kültürel kökenlerinden ayrı değerlendirmek, bireyin hastalığa yüklediği anlamı yok saymak geçmişten gelen deneyimleri önemsiz addetmek ve hastalığı o ana ait kabul ederek tedavi etmeye çalışmak Batı tıbbi hekimlerinin GTAT uygulayıcılarına göre en belirgin farkı olarak görülmekte, bu görüşmecinin sözlerinde de bundan duyulan rahatsızlık hissedilmekteydi (Le Breton, 2003, s 52). Benzer şekilde Merve'nin anlattıkları da aslında hastalığa yaklaşımda hastalığın ne olduğundan çok kimin hasta olduğunun önemini vurgular nitelikteydi.

Kanser teşhisi koyduk, acil ameliyat olman gerekiyor” dediler. Doktor benim için “Rahim kanseri” dedi öyle bir teşhis koydu Fatma da o zaman işte Hacettepe’de okuyordu. Bayıldı gitti beni bıraktılar onun peşine düştüler kanser deyince. Ben kabullenmedim o kanseri. Ondan sonra şeye gittim Gülhane’de hocaya gittim. Hocayı da tanıyordum, tanıştık. İşte anlattım durumu falan bana ilaçlar falan yazdı. Diazem¹⁸ yazıyordu dedim “Hocam niye yazıyorsunuz diazemi?”. Ya “Kanser denilmiş dedi “Hele bunları bir şey yap da sonra tekrar takip edelim” dedi. “Hocam ben onları kabullenmiyorum dedim ben kanser değilim dedim. Ölüm birdir değişmez

¹⁶ Midede ülser ve gastrit yaptığı bilinen bir bakteridir

¹⁷ Adrenal bezde oluşan genellikle iyi huylu tümörlere bağlı yüksek tansiyon, çarpıntı gibi belirtilerle seyreden hastalık

¹⁸ Sakinleştirici etkileri olan benzodiazepin grubu ilaç

gerçekten öyle. Ölüm birdir. Kuran-ı Kerim de diyor ki siz onu ne bir dakika ileri alabilirsiniz ne bir dakika geciktirebilirsiniz. Yani Cenabı Allah onu belli bir zamana tayin etmiş buna inanan insanım. Ya ben kabullenmiyorum dedim ölüm birdir dedim o iyi olur bir yerde bir sivilce çıkar kansere çevirir yine ölürüm ben kanserden öleceksem dedim. Kabullenmiyorum. Asistanı yanımdaydı ya dedi ya hanım dedi ocağından ders almamız lazım dedi bu ne müthiş bir cesaret bu ne...”

Sonuçta hastalar zamana, sürece ve inançlarına bağlı olarak hastalıkları ile bir barışma sürecine giriyorlar, ona adapte oluyorlar, onunla yaşamayı öğreniyorlar, nadiren son hastanın anlattığı gibi ilk andaki reddedişi sonuna kadar sürdürebiliyorlar. Hasta olma hali, hastalık, hastane bir hüzün kültürü oluşturuyor. Kimse sabah kalkıp bugün kendimi şahane hissediyorum, bir doktora görünüyem demiyor. Hastane kapısından girildiği anda itibaren, endişe düzeyi artıyor, ancak burada sadece hasta tarafından bakıldığından hataya düşmek mümkün, oysa hastanın karşısında oturan hekim, bu hüzün kültürünün daimi bekçisi, acılar, ağrılar, yaralar, tekrar tekrar karşısına geliyor, sonuçta bir noktada yoruluyor, umudu azalıyor, duyarsızlaşıp tükeniyor, hastalardan süzülen her hüzün kalıntısı onun repertuvarında bir yere yerleşip, hekimin kendi özgül hüznünü yaratıyor (Schaufeli vd., 1996).

4.1.2. GTAT Uygulayıcılarına Başvurma Nedenleri ve Beklentileri

GTAT'a başvurmuş hastaların profilleri genellikle benzemekteydi. Hastaların hepsi önce hekimlere başvurmuş, sonrasında ya hekimle bir sorun yaşamış ya da hekimden fayda görmediğine inanmış. Kronik bir hastalık olması, hekimler arasında fikir birliği olmaması sonuç olarak şifa bulamamış olmak, mecbur bırakmış hepsini. Sonuçta çaresizlik nedeniyle GTAT'a başvurmuşlardı. Bu

çalışmada anlaşıldığı üzere “Son çare bu, herhalde bu da bir işe yaramaz duygusu” baskın olarak hissediliyordu ve bu ön kabulle giriliyordu ilişkiye. GTAT’a başvurma üzerinde eğitim düzeyinin bir etkisi net değildi, yani bu bir hekim, akademisyen, bunlara inanmaz diye bir çıkarımda bulunamıyorsunuz, hatta bazen tam tersi olabiliyor.

33 yaşındaki Hülya, önce kaza sonucu felç olan babasının hastalığı, sonrasında çocuk sahibi olmaya çalıştığı dönemdeki deneyimlerine dayanarak, insanın işe yarayacağına inandığı her şeyi deneyebileceğinden bahsediyor.

Ne duysan o sırada nereden duysan gidiyorsun. Hatta şöyle başka bir şey daha var mesela annem onda nedenini bilmediğimiz ben de o sırada zaten hani buradaydım evliyim filan, çok o sürece tanık olmadım ama vücudunun her tarafında kabarmalar ve kaşıntılar oldu. O da doktora gitti hiçbir şekilde tedavisi olmadı ve çok çeşitli ilaçlar kullandı. Annem şöyle bir şey söylemişti onu hiç unutmuyorum: “Kim ne derse böyle bir sıkıntı olduğunda kim ne derse ondan medet umuyorsun” demişti çünkü işte bitkiler kullandı, çeşitli şeyleri karıştırıp verdiler filan hatta ağabeyimin bir arkadaşı varmış onun tanıdıkları okudular filan öyle şeyler oldu yani o eğer bir sıkıntı yaşıyorsan onu şeyi neredeyse ha ben iyileştim bana iyi geldi kim ne diyorsa onu yapıyorsun”

Aynı vurguyu Ayşe’nin GTAT’a geçiş hikayesinde de hissetmek mümkün.

Düzelme olmayınca bir masajcı bulduk. Masaj belime, boynuma, sırtıma, ayaklarıma...Masajcı yaptı ama ben masajcının oradan bir fayda yok yani göremedim. Ozon verdi bir iki kere Bir de bir alet vardı elinde akupunktur dediği ama değildi bir kere iki kere... demirdi şöyle tutuyor... (yüzüne doğru tuttuğunu eliyle gösteriyor) Sonra sülük tedavisine başladık burada, Ağustos’ta bitti. Göz çevreme, boynuma, kulaklarımla arkasına, bacaklarıma, ayaklarıma zaten şimdi de koydular. 45 dakika bırakıyorlar sülüğü, dakikasını kesinlikle geçirmiyorlar, bazen kendi düşüyor. Bazıları yiyip doyduğunda düşüyor. Naylon torbadan getirip koyuyorlar, makasla alıp onları şişeye koyup ağzını kapayıp götürüyorlar. Ondan sonra imha ediyorlarmış. Ondan 15 seans girdim Coraspin¹⁹ kullanıyordum sonra Plavix ama bıraktım oradan şey veriyorlar bitkisel ilaç veriyorlar, kan sulandırıcı 6 kutu olunca onları

¹⁹ Kan pıhtılaşmasını önleyen ilaçlar

kesiyorlar bir de damla vardı o da bitti. Alıç ve yaban mersini var. Şimdi iki tane kullanacağım işte onları 6 kutu tamamlayınca bırakacaklar.

Ayşe'nin kızı burada araya giriyor ve ekliyor;

Şimdi tıp çözüm yok dediği zaman ben de çaresiz buraya başvurmak zorunda kaldım. Yani en son Temmuz'da aslında biz bu sülüğe başlamadan önce o saate kadar doktorlar söylemişti ama bizzat ben kendim yanlarında bulundum bir doktora götürdüm o da profesör G...'dan. Artık bitmiş yapacak hiçbir şey yok sen öbür gözünü koruyacaksın teyzecim dedi çünkü buradaki bütün dedi hücreler ölmüş, sinirler ölmüş bitmiş dedi, yani bu şekilde başladı annem.

Genellikle doktorlar biz bir şey yapamıyoruz dediklerinde hastaların GTAT uygulayıcılarına başvurdukları hikayelerinden net olarak anlaşılıyor. Katı biçimde doktor karşıtı olanlar çok daha az, Fatma örneğinde olduğu gibi. Fatma'nın doktorlara karşı olan sert tutumu, alerji nedeniyle ilaç kullanmamak istemeyişi GTAT uygulamaları söz konusu olduğunda tamamen değişiyor.

“Ben bu konulara meraklıyım. On sekiz doz ozon aldım. Fibromyaljim de var, ozonpunktur da yapılıyor. Ozon tedavisinde makat ve vajinadan da ozon verilebiliyor. Bilek ağrılarım, tenisçi dirseğim vardı iyi geldi ““Yeşim taşı, turkuaz, ametist, akik, kaplan gözü, mercan, sedef, opal gibi taşlar özellikler psikolojik rahatlama yapıyor. İnternette taş uzmanı var, adı Her bireye uygun ayrı takı oluyor. Ö.C'nin bitkisel tedavileri var. Çörek otu yemek özellikle faydalı, günde üç kez yemeklerle bir tatlı kaşığı tüketmek gerekiyor. Mesela amalgam dolguları söktürmek gerekiyor. Çok zararlı, ben amalgam dolgularımı söktürünce halsizliğim azaldı. Akupunktur yaptırdım mesanem ve fitiklerim için. Mesela ben sülükten çok korkuyordum ama rüyamda peygamberin Hz. Ali ile beraber beni ameliyat ettiğini gördüm sonra da sülükten korkmaz oldum. Mesele rahime uygulanırsa sülük adetleri düzenliyor. Kekik, kişniş, adaçayı, altınotu, ölmez otu, beş dakika demlenip içilirse mesane iltihabına kabızlığa iyi geliyor.”

Görüşülen hastalar içinde aktar olan dışında GTAT'a kayıtsız şartsız inanan tek kişi Fatma'ydı. Aktarlık yapan Mehmet, tüm görüşmeler boyunca kayıt almama izin vermeyen tek kişiydi. Benim doktor olduğumu öğrendiği

andan itibaren tavrı daha da sertleşti. Hekimler kadar bilgi sahibi olduğunu ve tedavi edebildiğini üstelik bunu hekimlerden daha ucuza yaptığını belirtti. Hekimlerin ilaç sektörünün kölesi olduğunu, paragöz olduğunu, bilgisiz olduğunu tekrarlayıp durdu. Tepki vermeden dinlemenin zor olduğu bu görüşme, Fatma'nınki de dahil açık hekim karşıtlığı olan tek görüşmeydi.

Fatma ise bütün kimyasal maddelere alerjisi olduğunu söylüyordu ancak GTAT uygulamalarının hiç birinde benzer bir durum yaşanmadığını aktardı. Bu daha önce doktorlarla yaşadığı kişisel deneyimlerin etkilerinin bir yansıması olabilir. Tezin kuramsal çerçevesi içerisinde tartışılan hekime güvende olan azalmanın sebepleri içinde sayılan hekimin bilgi, beceri ve iletişim sorunları değildi bu çalışmada kişileri GTAT'a yönlendiren, hekime duyulan güven duygusunda azalma aslında bir başka hekime yönelmeye sebep oluyor, GTAT ise tamamen farklı bir alan, burada en belirgin durum olarak çaresizlik öne çıkıyor (Pearson ve Raeke, 2000; Jacobs, 2004).

Pratisyen hekim olan ancak sonrasında GTAT üzerinde eğitim alarak kendi kliniğinde GTAT uygulamaları yapan Mustafa da bu durumu şöyle ifade ediyor:

Şundan dolayı biliyorum hastalar gözümün içine baka baka ilk gelişlerinde laf arasında ya bir dakika ben kime neyi söylüyorum diye düşünmeden spontane tabii samimiyete binaen söyledikleri çok sık bir cümle var: "Oğlum işte denize düşen yılanı sarılır" falan diyorlar bana. Ha ben yılanım diyorum bu örnekle falan...Yo yo öyle demek istemedim canım falan diyorlar, şaka yapıyorum teyze-amca falan diyorum geçiyorum. Yani o çaresizlik tabii ki çok belirleyici oluyor. Hasta iyileşmek ister kardeşim, bu yok Batı Tıbbıymış, mevzuat şöyle diyormuş, Doğu Tıbbıymış işte ilaç sektörünün dünyadaki cirosu şuymuş... Bunlar hastayı bağlamaz hasta iyileşmek ister biran önce, en hızlı biçimde, en konforlu biçimde, en sekelsiz biçimde ve mümkünse de en ekonomik biçimde...

GTAT tercih etmede daha az önemli kabul edilebilecek bir başka unsurda bu tedavilerin alternatif değil ama tamamlayıcı olarak görüldüğü durumlar. Ozon, akupunktur, sülük tedavisi dışında bazı gruplar tarafından GTAT içinde kabul edilen, bazıları tarafından kabul edilmeyen zihin-beden ilişkili teknikleri kullanmış olan hastaların bu metotları hayatı daha kabul edilebilir ve olumlu hale getirmek için kullandıklarını söylemek mümkün. Özellikle hekim olan ancak inançlarının şekillendirmesi sonrasında Reiki ve hipnoz eğitmeni olan Fadime'nin anlattıkları *“Ben de bu değişiklikler başlayınca eğitimini alayım diye reiki eğitimi almaya karar verdim bu arada öncesinde şiddetli sırt ve boyun ağrılarım var, iki büklümüm gece rüyamda mürşidimiz olan zat bana masaj yaptı, sabah kalktığımda ağrı yoktu ve elinin sıcaklığını akşama kadar hissettim, hocama söyleyince kızım sana manevi ameliyat yapmışlar dedi aşağı yukarı 10 yıl ağrı sızı bilmedim.”*, yine hekim olan Elif'in ağır hastalığı süresinde ve sonrasında yaşadıkları için söyledikleri *“Tek aklımda olan şey burada bence en önemli olan şeyler -Ne için bu bana oldu?- sorusu hiç olmadı. Bu hep NLP'nin bana verdiği şeydir. Yani şu anda bile çok fazla hızlı çözüm odaklıyım yani ben şimdi ne yapacağım ben şimdi ne yapmam lazım.. Şu anda fonksiyon bozukluğu yok 10 km'yi 59- 63 dakikada koşuyorum. Ondan sonra 3 tane yarışa katıldım sonbaharda ve ilkbaharda koşu antrenmanları yapıyorum. Hedefim pilates eğitmeni olmak, çok yaşlı olabilirim ama belki çok esnek olmayabilirim ama kesinlikle omurganın içinde orgazmik bir şey olduğuna inanıyorum ve ben kitapta yazacağım... orgazmın yöntemleri diyeceğim herkes onu sevişmeyle ilgili zannedecek ama aslında...”* GTAT yöntemlerinin çaresizlikten başka daha kaliteli bir hayat kurmak de kullanmalarına örnek teşkil etmekteydi (WHO, 2014).

Bazen GTAT konusunda kafa karışıklığının yaşandığının, beklenti düzeyinin yüksek olabildiğinin, hatta yanlış beklentiler içine girilebildiğinin de vurgulandığı görüşmelerde Batı Tıbbi ve GTAT ayrımının zaman zaman silikleştiği de görülmekteydi.

42 yaşındaki yüksek lisans eğitilmiş yoga eğitmeni olan Yasemin'in anlattığı gibi “Şeyi de gördüm yani fiziksel olarak kolum ağrıyor yoga yap dedi doktor skala çok yani 180 derecede var işte benim gibi zihnim çok karışık biraz stres düzeyimi düzeltmek istiyorum var ya da doktor git nefesini düzenli dedi, nefes çalış dedi diye gönderiyor, hamileyim normal doğum yapmak istiyorum yüzde olarak bakmak istersek elimde öyle bir veri yok Türk insanı için ama çoğunluğu fiziksel. Kilo vermek için bile yoga yapmaya gelen insanlar var, değişik...Yoga eğitmenlerinin çoğu da kendindeki bir sıkıntıyı çözmek için giriyor bu işe” genellikle hekimin de dahil olduğu bir süreçte GTAT dahil edilebiliyor hatta bazı hekimler Meryem örneğinde olduğu gibi kendi de bir takım GTAT yöntemlerini bilimsel pratiğinin içine dahi edebiliyordu

Yani şöyle söyleyeyim ben hekim olarak hastalıkların hepsinin ruh kökenli, ruh bazlı ya da yaşadıklarımızla ilgili olduğunu düşünüyorum. Kendi hastalıklarım da dahil. 2000 yılında karşıma birisi çıktı yani bu anlamda beni yönlendiren aslında benim gözlerimi açan birisi diyeyim... sizin auranız mor dedi bana girer girmez. Mor çok özel bir renktir dedi.Benim çakralarımı açtı ve bana şey söyledi. Sen zaten çok meyillisin buna işte nedir dedim buna meyilli olmanın kriteri, en hafif elin acı vermemesi vs. Plevra²⁰ biyopsisi yaparım, bitiririm hasta aa hocam başladınız mı diye sorar. Plevra biyopsisi çok ağırlıdır sadece lokal anesteziyle yaparız ve içeride o plevranın sinir şeyi çok fazladır. Bunu hissetmezdi hastalar plevra biyopsisi. Ben asistanlığımda da sonra uzman olduğumda da ikinci planda durduğumda da bir hastanın başında, yatağın etrafında durduğumuzda hastalar mutlaka elimi tutarlar. İlk ben bunu fark ettikçe niye tutuyorsunuz diye soruyordum. Hocam senin elini tutunca

²⁰ Akciğer zarı

böyle bir şey hissediyorum iyileşiyorum yanıtı, defalarca duydum hala duydum ve şu anda yoğunluğu ve sıklığı arttı”

Sonuçta herkes şifa bulmak için bir yola çıkıyor ancak önüne engeller çıktığında, başvurduğu yerlerde çare bulamadığında başka bir seçenek var mı diye araştırmaya başlıyor. Tıbbi seküler bir yaklaşım olduğunu başka türünün kabul edilmesinin hekimleri ait oldukları grubun dışına ittiğini kabul etmekle beraber, şifa arayışının alternatif yolları zorlamaya devam edeceği gerçeğini inkar etmenin de bir faydası kalmamıştır (Dole, 2012, 258). Hekimlerin GTAT’ı kendileri için bir alternatif gibi görmediğini biliyoruz ama hastaları GTAT’a başvurduklarında öfkelenen ve onları “şarlatanlara para kaptırmakla” suçlayanları olduğu gibi en hafifinden hiç bir yarar göreceğini inanmadıklarını söyleyenlerin skalasında hekim aslında bir gerçeğe sırtını dönmektedir. İşin özünde çoğu zaman hastalar da GTAT’ı bir alternatif gibi görmüyorlar. Batı tıbbi tarafından, tanı ve tedavi sürecinde herhangi bir nedenle yalnız bırakıldıklarında GTAT’a başvuruyorlar. Ozon, sülük, akupunktur gibi yöntemler daha çok fiziksel hastalıklar için kullanılırken, endişe, depresyon, konsantrasyon sorunlarında hipnoz, reiki, NLP gibi yöntemlere başvuruluyor. GTAT uygulayıcılarının az bir kısmı hekim ve uygulamalar çoğu kez hastane dışında yapılıyor. Çok nadir hekim GTAT’ı uygulamalarını onaylamasa da bunu en azından kabul ettiğini hastasına hissettirebiliyor. Havva’nın anlattığı gibi bir yaklaşımı çok az hekim sergileyebiliyor aslında hekim burada hastasını hem tedavi edememiş oluyor, hem de hastanın kendi içinde bile suçluluk duyabildiği bir tercihle farklı bir yönetime yönelerek seçtiği yolda onu yalnız bırakmış oluyor.

“Yani benim böyle hiç ağır sorunlarım olmadı yaşamda ama şöyle eğer hasta kendini rahat edecekse her yöntemi denemesini önerebiliyorum.

Dolayısıyla benim de başıma böyle bir şey gelse tıbbın sıkıştığı bir nokta ya da hastanın sıkıştığı duygularının bunaldığı bir noktada eğer faydası olacaksa alternatif tıbbi denemesinde bir sakınca görmüyorum. Çünkü o süreç bazen hasta ve çevresindeki yakınları için rahatlatıcı bir şekle dönebiliyor. Bir şekilde üstümüze düşen her şeyi yaptık duygusu çünkü işin bir materyalist yönü var yani tıbbın uyguladığı bilimsel gerçeklerin olduğu şeyler var. Burada yapılması gereken her şeyi yaptık diyor doktorlar da zaten cümle olarak hani filmlerde de böyle bir replik var zaten. Ama hasta bir de manevi dünyada yani bu her neyse hani bu hatim mi indirir, başka bir büyüciye mi gider hani neyse onun görgüsü çevresindekilerin deneyebileceğini kabul ediyorum. Hekim diyor ki biz size bilimin tüm olanaklarıyla yaklaştık ve şunları şunları şunları yaptık. Belki hani ispat etmek içinde kuruyor zaten cümleleri yani yapılması gereken her şeyi yaptığımıza ikna etmek anlamında. Ama ne kadar çok açıklayınca o kadar çok karşı tarafın kuşkusu uyanmaya başlıyor ve bilim adı üstünde sorgulanır bir şey geliyor bana yani kuşku olmalı ki daha iyiye gidelim. Dolayısıyla hastanın kuşku duymasını ben bu noktada normal karşılıyorum. Ama alternatif tıbbi zaten hekimlerde bilimde işte bazen şarlatanlık diye niteliyor. Bazen inançlar üstünden diye niteliyor. O noktada da şöyle algılıyorum inanç sorgulanmaz diyorsak hani hasta da şeye gitmişse alternatif tıp yöntemi uygulayan bir yerlere gitmişse körü körüne inanma pahasına gidiyor diye düşünüyorum”

Üstüne üstlük hekim GTAT’a net olarak karşıysa ve hasta da öyle olduğunu biliyorsa, bu uygulamalara başvurduğunu hekimden saklıyor, bu hekimin korunaklı dünyasından bakıldığında vicdanen “hastasını şarlatanlardan korumuş” olması bakımından onu rahatlatırsa da, sonuçta bu durum devam ediyor, sadece hekim bilmemenin konforunda yaşıyor. Nadiren hekimler kendileri artık bir şey sunamaz olduğunda, hastaların başka bir yerde- bu onlara rasyonel gelmese bile- çare aramalarını normal karşılıyor, genelde bizim yapamadığımızı onlar nasıl yapacak duygusu hakim. Hekim sorumlu olmaktan çıkıyor burada (Brennan vd., 2004). Klasik kanıta-dayalı tıp anlayışı açısından bu argümanın yüzde yüz doğru olduğu söylenebilmekle beraber, aslında hastalar GTAT’a başvurduklarında sadece bedensel tedavinin değil, ruhlarına “yapılacak her şeyi

yaptık” duygusunu yaşatmanın da peşinde oluyorlar, en son noktada hasta hekim, akademisyen olduğunda bile klasik batı tıbbı çare olamıyorsa alternatif arayışlara başvurabiliyor. GTAT’ın umut tacirliğiyle suçlanmasının ardındaki neden gerçekten bazen ölümcül hastalardan bile “ İyileşeceği varsa bu iyi gelir, yoksa ölür” diyerek yüksek miktarlarda para alınması. Her ne kadar GTAT’in zengin kültürel zenginliğini tehdit etse bile, kontrol ve denetim mekanizmaları işletmek, yaptırımların uygulanmasına imkan sağlayacak kanuni düzenlemeleri yapmak hasta ve hasta yakınları korumak adına zorunlu hale geliyor. Yoga Eğitmeni Yasemin’in kendi sağlık sorunuyla ilgili vardığı noktaya, *“Sonuç olarak ben kendi hayatımda şunu artık idrak ediyorum, batı tıbbından yardım alıp hormon düzeyimi düzeltmesem olmayacak ne yogayla ne reikiyle hiç bir şey başaramadığımı gördüm Ama bunu yaşaya yaşaya 40 yaşında ancak gördüm; yani tiroidin var 100’lük bir ilaç alman gerekiyor ama yıllarca 25 alıyorsunuz...Ve iyileşemiyor... ”*her hastanın kendi kendine varacağını ummak hayalperestlik gibi görünüyor.

GTAT uygulayıcısının deyimiyle “Denize düşen yılana sarılıyor”. Batı tıbbının yetmez hale geldiği anda hekimlerin samimi endişelerle de olsa, önyargıyla da olsa bilgide, bilginin tarafında tutmak adına hastayı, bilmediği herhangi bir şeyi denediğinde haksız görmesi, ya da daha baştan fayda görmeyeceğini kabul etmesi, en uç noktada da şarlatalara para kaptırdığını söylemesi hastanın hekime her şeyi söyleyebileceğine olan inancını sarsıyor. Aslında hasta da derinlerde bir yerde bundan yarar göremeyebileceğini biliyor belki de. Nihayetinde sadece mekanik varlıklar olmadığımız için bedenlerin hastalıklarının tedavisinde bilgi düzeyinde fayda etmeyeceğini %100 bilseler bile, kişiler ruhlarını rahatlamak için “Herşeyi denedik” huzuruna ulaşmak

istiyorlar....Buna karşı çıkmak aslında hekimin hem kendine hem de hastaya gereksiz bir yük yüklemesine sebep oluyor, hem de hekim-hasta arasına sırsokarak güveni zedeliyor. Güvenin en belirleyici unsurlarından biri olan samimiyet büyük bir darbe alıyor (Pearson ve Raeke, 2000)

4.1.3. Hekimi/GTAT Uygulayıcılarını Seçme ve Güvenme Kriterleri

Sonuçta bu tezin ana konusu hastaların hekimlere ve/veya GTAT uygulayıcılarına neden güvendiği/güvenmediğini anlamaya çalışmaktı. Güven konusundaki sorulara aldığım yanıtlar herkesin bir güvensizlik girdabı içinde sıkışıp kaldığını gösteriyordu, temelde herkes güvenmek istiyor ama bazı ön kabuller en ufak bir sorunda arka arkaya onlarca “Acaba?”yı sıraya diziyordu. Bu çalışmada beni en çok şaşırtan “Bilgi ve Deneyim” kısmının görüşmelerde özellikle hekim tercihinde çok az söz edilen bir unsur olmasıydı. Sadece bir hasta ve bir hekim, doktor seçiminde özgeçmişinin önemli olabileceğinden bahsetti. Samimiyet, ilgilenmek, ulaşılabilirlik, başkalarının referansları, o kişinin eğitiminden ve deneyiminden çok daha önemliydi hastalar için... Görüşmecilerden sadece akademisyen olan Hülya ve kendisi de hekim olan Havva belirgin olarak bilgi ve deneyime vurgu yapıyordu.

Evet o iletişim meselesi benim için çok önemli bir de güven vermesi gerekiyor yani ama onu ben başta biraz şey yapıyorum zaten. Birincisi o araştırma kısmında yani daha başlarken neler yapmış olduğu benim için önemli onlara bakıyorum orada biraz aa bu çok iyi birisi olabilir diyorum. Gerçekten ince ince ayrıntısına bakıyorum cv'sinde. Bence güven tam öyle bir şey değil yani bir yerde kırılabilir de devamlılığı da olabilir yani benim kendi sürecimde bütün o başta söylediklerim araştırıyorum neler yapmış bakıyorum, çalışkan olmasına filan bayağı bildiğiniz dikkat ediyorum. Hımm genç yaş... Benim için hoca mesela çok genç yaşta doçent olmuş hımm harika tamam ne yazmış şu şu konularda da makale yazmış diye

bayağı baktım yani. İkincisi karşı karşıya geldiğimiz zaman nasıl davrandığı önemli yani nasıl iletişim kuruyoruz o da çok önemli. “

“Hekime güvenirken bir defa yani donanımlı bir hekim olması hani bilgili bir hekim olması herkes zaten ister de sonra...Yayınından ziyade hani belki ihtisas aldığı yer önemli olabilir. Üniversite de bir profesörlerimiz de genç şimdi ama yaşlı bir profesöre gitmektense genç bir profesöre veya doçente gitmeyi tercih edebilirim daha bilgileri taze oluyor okuyabiliyor: Yani kendini yetiştiriyor mu o da önemli, okuyor mu işte kongreyi falan takip ediyor mu? Sonuçta bilinen biri olması da önemli Tabi tavsiye edilen bir hekim olması o hep önemlidir zaten Karşı karşıya geldiğinde tabi ki güler yüzlü olması seni anladığını hissetmen, hissetmeli yani o an bile olsa seni dinlemesi sonuna kadar dinlemesi ve sana açıklama yapması önemli. Hastalığınla ilgili ne nedir, ne yapmak lazım kontrole geleyim mi gelmeyeyim mi ben sormadan onun hani bir yönlendirme yapması, sahiplenilmiş hissetmek. Ulaşılabilirlik çok etkili gerçekten bir problemim varsa gittiğimde hastanede mesela ulaşabileyim. Cep telefonu evden aramayayım ama hastaneye gideyim görmek istiyorum, ekstra bir şey oldu randevum yok hastaneye doktoru bulabileyim.”

Diğer görüşmecilerin çoğu hekim tercihlerinde bilgi ve deneyimin üzerinde durmadılar. Özetlenecek olursa, hekimleri seçerken genellikle ilk başvuru olan hekim en ulaşılabilir olanı oluyor. Sonrasında tanıdık olması ve yardım alabilme olasılığı olan hastane ve hekimlere gidiliyor, aradan sıra alabilmek, zora düşerse “torpil” yapılabilmesi olasılığı önemli, çünkü kapıdaki güvenlik görevlileri dahil herkesin tanıdıklarını kayırdığı düşünülüyor. Daha sonra sorun çözülmezse, eğer imkan varsa özel hastanelere, muayenehanelere yani hastalık konusunda uzman hekimlere yöneliyorlar ve genç doçent, profesör olması tercih unsuru oluyor.

GTAT seçmede daha çok yakın çevrenin önerileri etkili oluyor. Resmiyeti olan bir iş yapılmadığı için kulaktan kulağa yayılıyor. Görüşülen hastalardan bir kaç tane dükkan dahil hiç bir düzenlemesi olmayan farklı mekanlarda tedavi uygulandığından bahsediyor. GTAT uygulayıcılarına hastalar daha kolaylıkla teslim oluyorlar, örneğin ilaç kesin kimyasal istemiyoruz dendiğinde “Acaba

bana bir zararı olur mu ilaçlarımı kesmemin” diye bir tereddüt yaşamıyorlar. İlginç noktalardan bir GTAT uygulayıcısının tıp doktoru olmasının güven duyma da kolaylaştırıcı rol oynaması, yani doktora doktorluk yaparken güvendiklerinden daha fazla GTAT uygulayıcılığı yaparken güveniyorlar. GTAT uygulayıcıları ile ilgili en belirgin unsur asla kesin konuşmamaları ve hastayı “kendiniz karar verin, şansınız olabilir diyerek yönlendirmeleri, umut vermeleri ancak sıklıkla vaatle bulunmamaları, nadiren %100 olur diyenler olsa da genellikle daha muğlak konuşmayı tercih etmeleri .

Doktorların üslubu, yumuşak olup olmaması önemli, genellikle doktorların hastalara daha resmi olduklarını, nadiren doktorlar da benzer hitaplar kullansa da GTAT uygulayıcılarının daha sıklıkla “Abla, ablam, teyze, teyzem gibi” hitapları olduğunu görüyoruz, bu yakınlık yaratıyor olabilir. Ama hekimleri kendilerinden uzak buluyorlar, onlara dert anlatmanın, ulaşmanın veya hissettiklerini söylemenin zorluğundan bahsediyorlar. Literatürde hasta hekim ilişkisinin incelendiği diğer çalışmalara benzer şekilde samimiyet, cana yakın ve dostane davranılması gibi kavramların bizim toplumumuzda önemli olduğu ortaya çıkıyor (Shenolıkar vd, 2004).

Hasta hekim ilişkisinde değişen modellerden paternalistik modelin rahatsız edici olabileceği Havva'nın ve Yasemin'in anlattıkları ile de doğrulanıyor (Emmanuel ve Emmanuel, 1992).

“Doktorun odasına giriyorsun masa var. Ondan sonra koltuklar farklı en azından. Yani diyor ki orada bak ben büyük koltukta oturuyorum sen haddini bil ona göre davran. Kapı kapanıyor, bak benim mekanıma girdin ayağımı denk al bundan sonra ben ne söylersem o olacak falan... Alternatif tıpçıya güvenmesi kolay, kendi gibi ama doktora güvenmesi çok zor çünkü şu koltuğu evinde görmemiş olabilir, şu odayı evinde görmemiş olabilir yani tamamen yabancı bir dünyanın içine girmiş işte gücü evet hissettiren

sonuna kadar biz eşit değiliz her tarafından bas bas bağıran bir ilişkide güven çok zor”

“Hekime güven duyabilmek için ya birazcık böyle sevecen olması herhalde hani bu ilk kontakta kalbimi kazanması yeterli oluyor bence çünkü zaten güvenmek için gidiyorsun. Beni rahatlatıyor olması çok önemli o açıdan., eğitimi, bilgisi, bu konuları genellikle doktor arkadaşlarımıza bırakıyoruz, onlar iyi diyorsa iyidir diyoruz”

Hekimin kendisinin ya da bir yakınının benzer bir hastalık sürecinde veya geçirmiş olması onunla bir kader birliği yaratıyor. Tümörden iyileşmiş bir onkolog için *“İçimden bunun kendine faydası yok diye geçirmedim değil ama eşekten düşenin halini gene eşekten düşer anlar dedim”* diye anlatıyor hastalardan biri. Çocuk doktoru eğer çocuğundan bahsediyorsa, kadın-doğumcu benim bebeğim de böyle olmuştu diyorsa arada bilgi, masa, otoriteden kaynaklanan ayrılık kalkıyor ve hastalar hekime daha çok bağlanıyor. Kendi de guatr olan Sultan bu durumu *“ Tabi dolaşıyorsunuz ta ki aslında kendiniz gibi Haşimoto olan bir hekim buluncaya kadar o da sizinle birlikte savaşıyor. Hani bu şey var ya elektriklenme eğer olumlu enerjiyle olumlu göz teması kuruyorsa kişi ve sizi dinliyorsa ve inanıyorsanız o yolda devam ediyorsunuz ama bir noktada tamam diyorsunuz bir şeyler daha değişebilir, bir şeyler daha farklı olabilir”* diye anlatıyor. Ancak hekim-hasta ilişkisi görüşmecî, paylaşımcı kararların ortak olarak alındığı bir modele dönerken hasta hekim arasındaki mahremiyet sınırlarının hekim aleyhine de bozulmamasına dikkat etmek gerekiyor (Yüksel, 2009)

Tüm çalışma boyunca hasta-hekim arasındaki en önemli unsurun iletişim olduğu ortaya çıkıyor. Bu durum hem hekimler hem de hastalar tarafından

belirtiliyor. Keza GTAT uygulayıcıları da hekimlerle kendilerini kıyasladıklarında hastalara daha fazla zaman ayırdıklarını, onlarla iletişim kurmaya özen gösterdiklerini söylüyor. Samimiyet ve ilgi iletişim açısından en önemli unsurlar olarak görülüyor. Ulaşılabilirlik de güven açısından önemli bir faktör olarak ortaya konuyor. Hasta-hekim arasında yaşanan güven-güvensizlik sorunlarının kaynağının temelinde iletişimin yer aldığına ortaya konduğu bazı çalışmalardaki unsurlar bizim çalışmamızda da öne çıkıyor (Kao, 1998; Safran 1998; Yılmaz 2012; 28-40). Acil hekimi olan Ahmet iletişimin çoğu zaman sorunu başlamadan bitirdiğini belirtiyor.

İlgisizlik en çok şeylerden bir tanesi ilgisizlik ondan sonra şeye dikkat ediyorlar hekimin kılık kıyafetine, saçının başının durumuna. Mesela herhalde uykudan uyandı, gözleri kan çanağıydı gerçi o halde zaten bana bakması mümkün değildi, kendine bile bakamıyor ki bana nasıl baksın aynen bu ifadeler. Ondan sonra tabii hekimin konuşma şekli yaklaşım şekli, Öncelikle hekimin yaklaşımı en önemli faktörlerden bir tanesi hastayla diyaloga girebilmek, onunla konuşmak, hastanın derdini anlayıp çözüm yoluna gidebileceğinizi hissettirmek hastada güven oluşturuyor. Ama hastaya çok yakın davranamıyorsanız ya da çok ilgilenmez gibi, neyiniz var gibi böyle emir kipleriyle falan konuştuğunuz zaman hasta zaten en baştan sizden kopuyor. Ondan sonra ne yaparsanız yapın iletişimi kuramıyorsunuz”,

Yine tıp literatüründe çok üzerinde durulan göz temasının önemini uzman hekim olarak çalışan Hasan da vurguluyor;

Ben bir hekimin konusu ya da tıbbı hâkim olduğunu ifade kendini ifade etme şeklinde anlıyorum. Göz temasından anlıyorum, bence hekime güven duygusunu aşıl原因an en önemli ayrıntı göz teması kuruyor olması. Bir sürü hastamdan da duyduğum şey şu ki: yüzüme bakmadan reçete yazdı. Ben ona soru soruyorum, onun gözü bilgisayarda, ben ona kendimi anlatıyorum – bu hastaların ifadeleri- ben ona kendimle ilgili bir şey anlatıyorum dışarıdan birine bir şey söylüyor gibi. Dolayısıyla bence hasta-hekim arasında güveni yaratan şey göz teması kuruyor olmak. Karşı tarafta ben seni dinliyorum duygusunu uyandırmak”.

Hekimlerin genelde sert olduğunu, az, katı ve ümit vermeden konuştuklarını belirtiyorlar. GTAT uygulayıcıları da bunun farkında ve kendilerini tam da burada doktordan ayırıştırıyorlar. Görme kaybı yaşayan Ayşe ve ona GTAT uygulmuş doktoru Mustafa da ayrı ayrı ilişkilerini benzer sözcüklerle tarif ediyorlar;

*Benim buradaki doktorum çok yumuşak, sakın sakın anlatıyor Mesela bak şimdi öyle diyeyim göz doktoru K. Bey çok iyidir. Bu Hacettepe'deki M. Bey çok anlayışlı çok iyiydi, fakat bizim N. Beye gidiyorum. N. Bey konuşmuyor ağzından dirhemle laf alıyorsun. Burada her şeyi anlatıyorlar. Sülük için bütün ilaçları kesmişlerdi, sülükte kimyasal istemiyorlar yani şey bile yüzünü bile hiçbir şey olmayacak yüzünde sadece duru suyla yıkayıp gideceksin. Çünkü kokuya gitmiyormuş kimyasalda tam etkili olamıyormuş. Sonuçta bunlar da tıp doktoru, bile bile yanlış yapmazlar. Ben dedim ki yani şansımı tıpta çok denedim çaresiz kaldım buraya gideceğim ...**Kızı araya giriyor;** Ben dedim ki eğer ben bu kadar çaresiz kalsaydım...Kesinlikle giderdim her şeyi göze alır giderdim dedim, bence denemelisin dedim çünkü deneyerek kaybedeceği bir şey yok. Allah kerim dedik yani. Buradaki doktorumla devamlı görüşüyorum.. Gecenin bir vakti de olsa gözüm rahatsız ağrıyor ne yapayım diye telefonla hani hemen cep telefonunu açıyor B. Teyzem bir şey mi var ilgileniyorlar. Göz doktoruyla ben öyle telefonla kimseyle görüşmedim. Bir iki M. 'yi aradım benim elimde büyüyen bir çocuk iki sefer iyi görüştük üçüncü de ben ona sülük lafı etmiştim o zaman. ben ona dedim ki böyle böyle, o dedi ki o şarlatanlara gitme dedi. Oğlum dedim siz de bir çözüm şey etmiyorsunuz. Ondan sonra bana kızdı gibi geldi bana....*

Farklı bir zamanda doktoru da aynı sözleri söylüyor; *“Şimdi bu doğru yani... Şimdi siz biran böyle görünmez olsaydınız da ben normal işte hastalarla konuşurken bir yarım saat veya işte bir saat burada otursaydınız muhtemelen çok sık karşılaşılmayan bir hekim-hasta ilişkisi ortamı olduğunu görürdünüz. Şundan dolayı bizim gördüğümüz hastaların zaten az öncede söyledim tamamı kronik ...Psikolojik bir yorgunlukta işin içine girmiş oluyor. Şimdi onların en çok özlediği şeylerden bir tanesi şu; doktor bizimle konuşmuyor yani özele de gitsek*

şu kadar para muayene ücretini veriyoruz tamam buna bir itirazımız yok sonuçta bir hizmet alıyoruz oradan ama kafasını kaldırıp da bize birkaç cümle bir şey söylemiyor diyorlar çok büyük bir bölümü.”

Hepimiz sağlıklı olmak için çaba gösteriyoruz. Sağlığın bir erdeme dönüştüğü günümüz toplumunda hasta olmak aslında bir başarısızlık olarak da görülüyor. Kendine bakmadı, kontrollere gitmedi yorumları arasında zaten tedirgin olan birey, hekimin kapısına geldiğinde korku içinde oluyor (Metzl, 2017) Hastane, doktor yoga eğitmenliği yapan Yasemin’in söylediklerinden de anlaşılacağı gibi şifa kadar ölümü de çağırıyor.

Sağlıkla ilgili doktora gitme korkusu gibi bir şey var, hekimin ölüm çağırıtıran bir tarafı da var, pek çok insan için sırf sana özel bir durum değil. Yani hastalık ve ölümlle aslında yan yana duran bir şey hekimlik sonuçta aslına bakarsan bardağın ne tarafından hani iyileşmeyle de çağırıtım yapabilir...Müzikle tedavi var şifahane çağırıtırdı şimdi sular müzikler daha sık yapıyorlar yani eski Türklerin, Şamanların nasıl tedavi ettiğini. Sufilik, Mevlevilik her aşamada ama daha çok müzikle. Enteresan bence herkese iyi gelen bir yöntem var. Herkese her şey iyi gelmez yani 50 yaşında bir erkekle 50 yaşında bir kadının vücudu aynı değerler içinde olamaz işte kadın kalbiyle bilmem ne geçen Dr. Öz'ün programında gördüm. Bunlar çalışılıyor galiba batı tıbbında...”

Doktorlar da hastalara GTAT uygulayıcıları kadar zaman ayırmadıklarının farkındalar ama çoğunlukla iş yükü nedeniyle bunu yapamadıklarını düşünüyorlar. Her iki alanda da çalışmış olan Şerife GTAT'a güven konusunun zamandan bağımsız olarak ortaya çıktığını da vurguluyor “Batı tıbbıyla uğraşıyorsan yapacağın şey çok belli işte zaman sınırlıysa hasta tabii şikayetlerini söylüyor, tetkik nedir ama doğu tıbbı dediğimiz işte alternatif tıpta birine uygulayacaksanız zaten onların temelinde doktor hasta ilişkisi onu dinlemek daha ayrıntılı semptom sorgulaması var yani akupunktur da Doğu Çin

Tıbbi temelli bir uygulama Doğu Çin Tıp buna göre zaten hastanın nabzına bakmak durumundasınız, diline bakacaksınız. Yani bu durumda otomatik olarak hastaya daha fazla zaman ayırmış oluyorsunuz. Hastanın emosyonel durumuyla ruh haliyle belki evdeki durumuyla hani daha çok ilgilendiği için sadece fiziksel durumuyla değil de ben ona bağlı olduğunu düşünüyorum güveni. Türkiye’de daha bence alternatif tıpla ilgili güven sorunu yok komşusu yaptırdı. Memnunsu gidiyor ama diğer doktorda yaptığı araştırmayı onda yapmıyor bence. Daha kolay kabulleniyor iyi olmadıysa da peşine düşmüyor”.

Doktorların yeterince zaman ayırmaması büyük bir sorun olarak görülüyor. Göz teması kurmadıkları, ekrana bakarak reçete yazdıkları, arandığında ulaşamadıklarında çok şikayet ediliyor. Hekimlerin sertliğiyle ilgili “Doktor bey siz de hiç gülmüyorsunuz” dediğinde, “Hanımefendi burası hastane, pastane değil” dediğini anlatıyor biri. GTAT kısmının duygusallık ve inançla ilgili olan yönü de var. İnançlar üzerinde bu çalışmada ayrıntılı görüşme yapılmamakla beraber hastalıkların zihinsel kaynaklı olduğu düşüncesi kadar, GTAT ile ilişkili dinsel motiflerin varlığı zaman zaman tercih edilmesine sebep olabiliyor. Dualar, dilekler, rüyalar hastalıkların kabul edilme süreçlerinden tedaviye yanıtlarına kadar her alanda etkili görülüyor. Çoğu görüşmede hissedilen GTAT’a başvuru yapanların “güven” kavramı üzerinde pek de durmadıkları, onlara göre yapılabilecekler yapılmışken zaten, bu son bir çaba, güvenin belirleyici unsurları bu son çabada silikleşiyor. Sultan’ın hastadan GTAT uygulayıcısı olmaya giden yolda tesadüflerin ve arayışların önemini şu sözlerle anlatıyor “*Aslında kaygı ve korkularınızla yüzleşmek, şeyi algılamaya başladım. Bir şey olduğunda nefesi tutuyoruz. Nefes tuttuğumuzda vücudu hırpalıyoruz, hırpalama başladığında*

tuttuğunuz böyle arıza vermeye başlıyor. Haşimoto oldum, kas romatizması oldum neden neden neden derken reiki kendi içimde kendi alanını açtı ve o yolda da devam ettik. Her gelen veya her kişide başka bir şey buluyor. Beni için korkularıyla yüzleşmekti bir başkası için başka bir şey. Benzer şekilde yıllarca her iki alanda da çalışmış olan Fadime “Problem değil aslında bizim insanımız her şeyi denemek istiyor. Şey inanç sistemiyle inanç yönüyle yani şifa olabilir diye düşünüyor ve bana gelen hastalarım sadece alternatif tıp için gelmediler gerektiğinde ilaçta kullanıyordum ben onlara çünkü mesela çok şeyle NLP ile panik atak çözdüm yani hekim olduğum için bana daha bir teslim olarak geliyorlardı...diyerek güven kavramının şifa arayışı sırasında o denli önemli olmayabileceğinden bahsediyor.

Yine de güvenmek ihtiyacı gördüğüm herkeste belirgin biçimde hissediliyordu. Teslim olmak, canını teslim etmek gerçekten zorlayıcı bir deneyim, birey varlığını anlamlı kılan “can”ı için yapılacak her şeyi yapmak isterken, hekim de öğrendiklerinin ve sorumluluklarının çerçevesinde işini yapmak, işini doğru yapmak ve aynı zamanda hastasını zarar görmekten korumak istiyor. Ama bu karşı çıkışın kaynağı “kanıta dayalı tıbbı inanmak” olsa da, bilginin ne denli çabuk değişebildiği düşünülürse, rasyonel olmak isteği tamamen irrasyonelliği doğuruyor ve hekim aslında bildiklerinin alışıldık dünyasını korumaya çalışıyor (Akan, 2005). Ocak olan görüşmecilerin pek çoğu da GTAT uygulamalarına inanmakla beraber hastalık ortaya çıktığında ilk tercihlerinin hekim olduğunu belirterek GTAT’ın aslında gerçek bir alternatif olarak görülmediğini doğruladılar.

GTAT uygulayıcıları hastalara yaklaşımları ve ayırdıkları zamanın fazla olması bakımından klasik batı tıbbı uygulayıcılarından ayrılıyorlar. Burada

güveni belirleyen de zedeleyen de iletişim oluyor, özellikle hekim hastayla iletişim kurmayı becerebiliyorsa, hasta daha kolay inanıyor.

4.1.4. Sağlık-Para Sorunsalı

Sağlıkta dönüşüm Türkiye’de herkesin istediği hastaneye gidebilmesi gibi sunulmuşsa da hastalar çoğu zaman kamuda dertlerine çare bulamadıklarından bu yüzden özel hastanelere ve muayenehanelere başvurmak zorunda kaldıklarından bahsediyorlar. Genel olarak hastaneye ve/veya hekime para ödemek konusunda tedirginlikleri var. Nihayetinde bedava değilse de çok az miktarda para ödeyerek ulaşabileceklere bir hizmete ödeme yapmak zorunda kaldıkları hissiyatı seziliyor ve genellikle bunun sorumlusu sistem değil doktor olarak görülüyor (Adashi 2015, Özbay vd. 2011). Kanser olan eşini muayenehaneye götüren ama sonra GTAT için 8000 TL ödeyen hasta ona helal ettiği parayı doktora helal etmiyor. Karşılıklı olarak para kaygısı duyulan bir ilişki var gerçekte. Buna karşın benzer hatta daha fazla miktarlar GTAT için harcandığında o denli sorun olmuyor. Ayşe ve kızı göz tedavisi sürecinde para ile ilgili yaşadıklarını şöyle anlatıyorlar.

Para tabii çok para harcadık önemli ama parayı sorun hiç etmedim o anda hiç aklıma para gelmedi. Fakat özel muayenehaneye gidince tabi ki doktorlar bir değişikiler mesele devlete gidiyorsun değişik aynı doktor, aynı doktorların ikisi de ama yine de benim için her zaman için hani ilgisi, konuşması, muayenesi hani yaklaşımı önemlidir. Muayenede de şeyi hissediyorsun detaylı mı inceledi...Salladı mı? 3700 lira masaj için verdik. Şimdiki doktor içinse valla şimdi sana bir şey diyeyim mi, 70-80 liradır bir seans ama benlen eşim giriyoruz birde bir doktora açık açık söyledik hani buradakine. Dedim ki, doktor bey oğlum; onlarda tıp doktoru dedim biraz hani ikram et biz çok uzaktan geliyoruz bu sefer fazla değil”

Bir hastadan 12 milyar istemişler ameliyattan. Ben dedim ki bizim M'ye götürün baksın dedim. M. yabana atılacak hekim değil doktordur yani. Götürmüşler o da bakmış demiş ki ben bunu B. Teyzem sizi buraya yönlendirmişse ben altıya çıkartırım sizi buradan demiş... Yani 5 milyar 6 milyar çok para”

Ozon tedavisine 130 TL seansına verdim. Akupunktur da öyle ama bana iyi geldi. Bir de bel fitiği için bir şey yapıyorlar, böyle küçük bir alet koyuyorlar onu da ben cebimden ödedim ama sonuçta doktorlara da gerektiğinde ödüyoruz”

Hastaların GTAT uygulayıcılarına daha kolay ödeme yapmalarının altındaki sebep, GTAT uygulayıcılarının medya tarafından doktorlar kadar “para düşkün” gösterilmeyişi ya da hastanın artık bu son çare diye düşündüğünden o esnada harcadığı parayı düşünmeyişi olabilir. Aslında şifa kavramı ile para yana durmaması gereken iki olgu olarak görülüyor, ortada can varken hesap yapılması her iki taraf için de rahatsız edici olabiliyor.

Doktorların çok para kazandığı ile ilgili yanlış bir algı var, gerçekte doktorların sosyal statüsündeki değişiklikler pek çoğunun maddi sorunlarla boğuşmasına neden oluyor. *“Bir buçuk sene içinde boşandım. İşsiz kaldım, dispanser hekimi oldum, tek kuruş tazminat ve nafaka almadan boşandım. Kiralık bir evdeyim, kimseden maddi yardım almıyorum. Berbat bir halde sıkıntı içindeyim kredi kartımla geçiniyorum ve kredi çekip onu kapatıyorum vs. her şeyim gitti yani böyle böyle İnsan şanssızlığını kendisi yaratır, kurduğumuz her cümle evrene gider. Evren bunu çok borcum var borçtan kurtulmak istiyorum ve evren aa buna para yollayalım diye anlamıyor. Borcu duyuyor o ve sana yeni borçlar yolluyor gibi nüanslar öğrendim ben o öğretilerde. Dolayısıyla kurduğum cümleleri değiştirmeye başladım.”* diye anlatıyor yaşadığı maddi sıkıntıları Meryem. Acil servis hekimliği yapan Mehmet *“Oğluma arkadaşı oğlum baban ne kadar cimri kendine iyi bir araba alsın ya demiş, sanki dünyaları*

kazanyoruz, sınıfta çocuklara birer davetiye benimkine beş, baban doktor alsın diyerek, isyan etmek istiyor insan. Ne kazandığımız ortada” diyerek doktorlar olduklarından zengin zannediliyor olmalarının acısını da çektiklerini dile getiriyor. Elif’in kendi hastalığını takiben yaşadığı süreçteki duyguları aslında hekimlerini parayla ilişkilerinin sanıldığından çok daha farklı olduğunu gösteriyor. “Mesela hiçbir zaman çok param olmasını istemedim, hiçbir zaman çok param olmuyor. Birde para takıntım vardı niye çünkü yeni ev kredisi çekmiştik, çok fazla ödeme yapıyorduk. Bu beni çok ezdi bir eve aşık oldum eşime dedim ki 40’ındaki aşk böyle olur ben bu evi istiyorum dedim ama hiç paramız yoktu. Hep çok üzüldüm eşim nasıl ödeyecek diye. Hani ona bir şey olsa ne yapacağız derken Bu arada arabamızın da kredisi devam ediyor çok fazla bir ödememiz var. Babam benim inşaat mühendisiydi hep battı çıktı battı çıktı ya sırf doktorluğu batmamak için seçtim . Yani beni şöyle hep şey derler alternatifçiler, yogacılar böbrek korku demektir. Yani yaşamla ilgili hep büyük bir direncim, hırsım, azmim vardı ama hep de çok ciddi korkularım oldu. Para ödeyememekten korktuğum gibi ondan sonra ne oldu tümü eşime kaldı. Hiçbir zaman kendime V.’den bir şey almamışım, yünlü fular dışında falan yani öyle bir giyim, marka işte hani hiçbirimizin yok da hani benim daha bir kaygı eşiğim yüksek parayla ilgili.”

Her meslek grubunda olabilecek “çürük elmalar” sanki medyanın da etkisiyle daha çok öne çıkarılıyor, söz konusu idealizm ve hümanizmle paralel olması gereken hekimlik mesleği olduğunda da bur durum insanların gözünde daha kabul edilemez oluyor. Oysa onca paracı diye nitelendirilen doktorlar bugün on yıl öncesine kıyasla maddi anlamda çok daha zor şartlarda yaşıyorlar.

Samimiyet ve iletişim yine devreye giriyor, hastanın ve hekimin kendini ifade edebilmesi özellikle para söz konusu olduğunda daha da önemli hale geliyor.

Kişisel gelişim uzmanı olarak çalışan Zeynep, tıbbın bir hizmet sektörü olmakla beraber, hekimin neyi niye yapmak istediğini hastaya aktaramamasının da yanlış anlamalara sebep olabileceğini söylüyor.

Hani para önemli bir unsur mesela para konusu doktorla hasta arasına yerleşmiş durumda. Hani neden para almalılar? Doktorun hekimlik hizmetini bedava yapması noktasına geliyorlar aslında çünkü para hep bir sanki hani para için ameliyat ettiler, para için ilaç yazıyorlar. İlaç sektörleri bu işte kolesterol ilaçlarındaki olduğu gibi hani bu önemli bir figür ona takılıyorlar. Artı işte böyle bir şey olsaydı ilk biz bilirdik, noktasında... Para algısı tabii yani hastalarda şöyle bir şey olabilir. Hekim para almasın yani böyle bir şey olmaz çünkü o insanda yaşamını idame ettiriyor, kendi yaşam tarzı var. O da onun mesleği bir şekilde icra edecek ama acaba hastalar niye böyle.. Şimdi burada acaba hasta niye öyle düşünüyor. Mesela şu olabilir cerrah direk tamam der gel alayım. O da mesela şunu düşünüyor olabilir ya dur bakalım ben daha yeni geldim, hani belki şey olarak medikal bir şekilde iyileşebilirim niye hemen kesme biçme istiyorsun. Onun mesleği o direk oradan girer, hasta da burada bir güvensizlik oluşabilir. Yani burada hastaya öyle düşündürten doktorlar... Tabi hepsi ne diyorum her meslekte olabilir, her meslekte nasıl diyeyim yani zıt kutbu olabilir. Kutsiyetler dünyası öyle iyisi var, kötüsü var, paracısı var, paraya çok önem vermeyeni var. Bunlar beklenen bir şey çünkü bu dünyada böyle. Alternatif tıbbı bir sefer gidiyor ve çok çözülememiş problemi bir iki seferde kesin çözeceğiz diyorsa o parayı gözden çıkarabiliyorlar öyle de olabiliyor tabii.

Hekimler kadar GTAT uygulayıcıları da özellikle enerji ve mistisizmle ilgilendiklerinden bu uygulamaların alınır-satılır olmasından rahatsızlar. Reiki master'ı olan Sultan ve Yoga eğitmeni olan Yasemin bu konudaki tedirginliklerini aşağı yukarı benzer cümlelerle aktarıyorlar.

Reiki için ücret alanlarda daha farklı oluyor kişi hazır olmasa da bunu verebiliyor işi ticarete dökmüş olabiliyor. Sertifikası oluyor ama bu enerji işi öyle olmamalı uyuşturucu, marka işte hani tüketim çağıdır ya

hani buradadır ya kişi işte daha çok daha çok almak isteriz ama biraz daha yukarı vermemiz lazım enerjiyi o yüzden de parayla yapılan şeyleri çok hani hoş bakamıyoruz çünkü parası olmayan dışarıda mı kalacak. Yani hep ben konudan konuya geçiyorum Türkiye’de şey vardı hep eskiden çeşmeler herkes içerdi kimse bakmazdı orada paran mı var, kuşlar içebilir. Onun gibidir nefes almak gibidir, herkes bunu yapabilir, herkes reiki yapıyordu zaten ama unutupuyoruz çünkü öğretiler geliyor. Hekimlik de bir şifa aracı sonuçta profesyonelleşmesi satılabilir bir hizmet halini dönüşmesi bazen zorluk yaratıyor. Ama iki tarafta sanırım hekim grubu da ya da bu işi parayla satmaya dönen hani paran varsa şifanı al gibi bir noktaya geldiği için hani sanki ortada bir pasta var ve herkes orada bir şey almaya çalışıyor ya da onu bir... Birbirinden ayrı değil ki yani biz bir bütünü bir bütünsel o bütünü tedavi etmek lazım”

Reiki aldığım hocaya çok güveniyordum, Azeri bir kadındı uygun bir kanal olduğunu düşündüm yani şey noktasında ben de çok susup kalmak istiyorum yani bunun çok fazla piyasa, new age hale gelmesi noktasında orada nutkum tutuluyor daha böyle hani sempatik ne denir ona temiz niyetlerle yapıldığında çok süper şeyler ama bu kadar çok dillendirilip kirletilmesi benim de canımı sıkıyor değil. Böyle olduğuna inanıyorum bir sürü insan elbette herkes para kazanacak ama olur olmaz şekilde kullanıyor diyeyim bu sembollerinde aslında daha kutsal daha ne bileyim daha temiz kalabilir. Yani büyük paralardan bahsediyoruz, çok büyük paralardan bahsediyoruz çoğu insan için...Yani nasıl mesela şöyle söyleyeyim sonuç olarak bu yaradanın bilgisi, evrenin bilgisi tamam mı hani kimseye ait değil bir taraftan öyle düşünüyorum bir taraftan da insanlar bundan ekmeğe yiyor bir de öyle düşünüyorum. Benim dayım bir jinekologdur kendisi hep şey der “Allah herkesi kalbi temiz doktora düşürsün” der çünkü hani galiba sizin sektörünüzde de böyle bir şey var yani “ihtiyacın yok ama seni ameliyat edeyim” her yerde var galiba böyle bir şey... Üç saatlik terapiye ihtiyacın varsa onu yapıyor 30 saat anlatabiliyor muyum her meslekte galiba böyle içimize sinmeyen şeyler oluyor ama...

Ozon tedavisi, sülük, akupunktur gibi yöntemler daha elle tutulabilir olduğundan daha az sorun yaratıyor ancak iyileştirici enerji transferini sağlamak üzere verilen bir sertifikanın ocak ritüelindeki “el verme”nin ticaretine dönüşmesini yadırgıyorlar ve işin çıkış felsefesine baktığımızda da sonuna kadar haklılar ancak çoğu kez GTAT uygulayıcıları da para ile yaşanan sorunlar için

hekimleri suçluyor. GTAT uygulayıcısı aynı zaman da hekim Mustafa'nın toplumdaki algının bir özeti gibi *“Şimdi şöyle burada ki hani trafikte hep suç oranları verilirdi ya hala verilir mi bilmiyorum da uzun süredir kaza yapmadım...8'de 4, 8'de 8 falan diye böyle suçlar vardı ya şimdi burada hastayı bir taraf, hekimleri bir taraf gibi düşünürsek aslında ikisi de süttten çıkmış ak kaşık değil. Hasta bir kere evet hekim paracıdır, hekim gözünü bir anda böyle bir şey yaptın mı hemen para için bir şeyler yapar, yatırır ameliyat eder gibi düşünüyor öyle bir önyargıyla geliyor ama öyle olaylar oluyor ki hekimin yaptıkları da bunu destekliyor”*

4.1.5. Güven/Yeterlilik/Öfke

4.2.5.1.Hekim Perspektifi

Bu çalışma sırasında beni en çok üzen, yaralayan sanıyorum bu kısım oldu. Hastalar hekimlerin ilgisiz, iletişime kapalı, bilgi vermek konusunda mütereddit olduğundan şikayet ederlerken, hatta daha ileri gidenleri paragöz olmak, para basmak, ilaç şirketlerinin kölesi olmak, gereksiz ameliyat yapmakla suçlarken hekimlerin çoğu -GTAT'la uğraşanları bir kenara bırakırsak – yalnız, umutsuz, yorgun, tükenmiş hissediyordu (Aksoy, 2014). Vardiyalı çalışan bir hekim olan Ahmet sanki sadece doktorlar suçluymuş gibi davranılmasından duyduğu mutsuzluğu şu sözlerle anlatırken *“Yani bu son zamanlarda özellikle son bir 10 yıl içerisinde diyeyim, kısmen medyanın veya bu araçların işte doktorlarla ilgili birçok yanlış aslında yanlış sunumlar yapmaları öyle diyorum. Yani basit bir olayı abartarak anlatmaları işte doktor hatasından şöyle oldu,*

doktor bilmem neyinden böyle oldu. İşte tabii muhakkak bizim içimizde de çürük elmalar var yani hepimiz süttten çıkmış ak kaşığız demiyoruz ama bizim içimizde de çürükler var. Ama bu her meslek grubunda var sadece bize ait bir şey değil”

Hasan da bir hekim olarak duyduğu korku ve endişeyi şu şekilde dile getiriyordu; “Bir ortopedist arkadaş hastanede asla yalnız dolaşmayız biz en az üç kişi oluruz, hastalarla olası tekme tokat kavgaya karşı diye anlatmış. Ambulans bulmadın diye kavga, gencecik doktoru ölüm raporunu ileri tarih yazmadı diye öldürdüler biliyorsun, kadın doğumcu kadıncağızı sekreterinin kocası öldürdü, doktor çocukları koleje gitmesin, doktorun elini cebinizden çekeceğiz, iftira ve yalan dolu şikayet dilekçelerine itiraz yazmakla geçiyor zamanı arkadaşlarımızın, niye diyorum niye buradayım, ben bu mesleği seçerken aklımda ne para, ne şan, ne şöret, saygı hiç bir şey yoktu, insanlara hizmet etmek istiyordum geldiğim noktaya bak, kendimi tanıyamaz oldum, yoruldu, inancım, güvenim, umudum, kalmadı. Resüsitasyondaki²¹ hekimin omuzuna vurup onu bırak öldü o bize bak diyen insanlar için mi onca fedakarlık”

Kanuni düzenlemelerin, hasta yükünün yanı sıra aslında hem eğitim sürecinde hem de profesyonel çalışma hayatında yaşanan zorlukların en büyük karşılığı olan “takdir görme” durumu ortadan kalktığı için neden bu işi yaptığını sorgular olmuştu pek çoğu ve çaresiz hissediyordu. “Bazen işte bu işi bu yüzden yapıyorum diyorum, hasta uyanıyor, sorunsuz, rahatlama, o an dünyanın en mutlu insanıyım, başka iş yapmak istemezdim dünyada diyorum, sonra kapının önünde sıra için hır gür çıkıyor, çöküyor omuzlarım”

²¹ Kalbi duran hastayı yeniden canlandırmak için yapılan müdahale

İş yükünün fazlalığı, kayıt sistemleri, hata yapma korkusu, sağlığın neo-liberalizmin etkisiyle alınır-satılır bir mala dönüşmesi hastayla hekim arasındaki mesafeyi büyütüyor. Mevcut durumla ilgili yaşadıklarını Ahmet (Acil Hekimi), ve Betül (Hekim) sırasıyla şöyle anlatıyorlar.

Ahmet;

Vallahi özel hastaneler için içine girdikten sonra hastaların öfke sınırları arttı, seviye düştü. Yani daha çabuk sinirlenmeye başladılar özellikle de şu: örnek veriyorum ben daha önce SSK'yla anlaşmalı hastanelerle de çalıştım, özel hastanelerde de çalıştım, devlette de çalıştım. Şimdi devlette insanlar aslında bir miktar para veriyorlar ama vergilere paralel nasıl kesildiklerini bilmedikleri için çok algılamıyorlar. Kendi kendilerine konuşuyorlar ama hani çok da kulak ardı ediyorlar herhalde bu işi ama X bir özel hastaneye gittiğinde hastanın statüsüne göre çıkan bir fark çıktığında parayla sizi satın aldığınızı düşünüyorlar. Hemen işte ben paramla geldim, ben ne zaman muayene olacağım, ben niye sıra bekliyorum burası özel hastane değil mi; özel hastaneye girdiğinde sanki her şey bütün kapılar açılacak, herkes en ön sırada olacak, hiçbir sıra olmayacak, hiç beklemeyecek. Ya da her halde acilde 20-25 tane doktor falan çalıştırılıp aynı anda herkese bakılacağını düşünüyorlar sanırım. Bir de şey mesela işlemdesiniz bütün odalar dolu, bütün muayene odaları dolu her tarafta hasta var. 'Beni ne zaman muayene edeceksin' diye sorular"

Betül;

Arkadaş ortamları hep doktorları eleştirirler ya en çok sevdikleri şey insanların doktoru yermek, konuşmak bir araya gelince. Hani o ortamdaysanız ve doktor değilseniz. O yüzden bizim sağlıkçılar dışındaki insanlarla bir araya gelmemiz ve bir başka bir ortak konu yoksa çok zor oluyor. Diyelim tatilde bir tatil köyünde oturuyoruz. Grup var başlıyor işte doktora gittim de şöyle yaptı da bakmadı da geri yolladı da, eve geldim, serum tak dedim, serum takmadı. ...Hastalar genelde başından savdığını düşünüyor doktorun hani yeterince ilgilenmedi başından savdı. Doktor tarafından bakarsan diyor ki bunun hani aciliyeti daha az, acil servisi meşgul ediyor tamam diyor şunu al işte diyet yaptır git diyor. Ama oraya gelmiş ve bir sefer kusmuş gerekli olmadığı halde çocuğuna serum taksın istiyor. Serum da hastalar gözünde çok büyütüyor yani çok olağanüstü bir

tedavi gibi... Bir materyal olarak görüyorlar o yüzden kalkıyor onu eleştiriyor, ondan sonra şuraya gittik bilmem hangi hastaneye gittik orada serum takıldı yoksa ölecekti, bilmem ne olacaktı gibi... tabi sistemin işleyişinde de zaman bir sorun hani çok hasta bakıyor olmak olayı biraz zor hale getiriyor”.

Doktorların hemen hepsinde bir yetersizlik duygusu seziliyor, sırf hastaneye, hastalara değil kendine de yetmeme durumu. Okuyacak, kendilerini geliştirecek vakit bulamamaktan, hasta yükünün fazlalığından, kayıt sistemlerinden, şikayet dilekçelerinden, hastaların, hasta yakınlarının, iş arkadaşlarının tavırlarından yorulmuşlar, bunca emek neden diye sorguluyorlar, başka iş yapmak ister miydiniz diye sorduğumda pek çoğu ben bu işten başkasını yapamazdım derken aslında mesleklerine ne kadar bağlı olduklarını hissettiriyorlar ama doktorlar da güvensizlik içinde kaybolmuş durumlarda en çok da geleceklerine duydukları güvensizliğin...Çok fazla emek verdikleri ortada, pek çok kişiye göre çalışma saatleri fazla, üstelik eve gittiklerinde de işle ilgili sorumlulukları bitmiyor, evden hastaneye nöbetçi olmasalar bile gitmeleri gerekiyor, gitmeseler de telefonla aranabiliyorlar. “Endişe ediyorum, hasta iyi mi, kanaması oldu mu, ilaçları doğru kullanıyor mu, hasta kapıdan çıktığında başlıyor asıl iş” diye anlatıyor hekimlerden biri duyduğu endişeyi. Şerife'nin “Bazen kaçmak istiyorum, arka arkaya herkese aynı şeyleri söylemekten yoruluyorum, artık kimse teşekkür etmez oldu, bazen size verdiğim tedaviyi kullandığınız için teşekkür ediyorum diyorum hastalara onu bile anlamıyorlar, hizmetle beraber beni de satın almış gibi davranmalarından yorulduğum, her ay daha az kazanıp, daha çok yoruluyorum, eve gel, çocukların ödevleri, biraz nefes almak istiyorum. Hep sürekli aslında kusur bulma doktor hatası, ecelinden ölen kimse yok herkes doktor hatasından ölüyor. Bunu bilmiyorum nasıl çözülür bu iş

ama şöyle bir durum var. Tabii şimdi atıyorum devlet hastanesinin acilini düşünün aynı anda 40-50 tane hastanın giriş yaptığı, 2-3 tane hekim arkadaşın çözmeye çalıştığı bir yer. Biz neticede insanız yani bizde etten kemikten yapılmışız, biz farklı bir yerden uzaydan gelmedik. Bizim ailemiz bizim de çoluk çocuğumuz var. İşte bazı hastalar sizin çocuğunuz olsa anlarsınız gibisinden ifadeler kullanıyor. Benim 2 tane çocuğum var ben sizin çocuğunuza zarar vermek, size zarar vermek, çocuğu zor duruma düşürmek ya da kötü haldeyken ‘tamam kardeşim benim yapabileceğim bu kadar çıkın gidin’ demek gibi bir şeyim olamaz diyorum,. Elbette ki elimden gelen neyse onu yaparım ama elbette benim de bir sınırim vardır” ve Ahmet’in “Azalma oldu güvende ama bu tabii karşılıklı ilişki. İşte alınan ücretler, verilen ücretler, çalışma saatleri bunlar hep yıpratıcı şeyler. Yaptığınız işle emeğinizin karşılığı parayı alamıyorsunuz birçok yerde. Sonra kendi kendinize sorgulamaya başlıyorsunuz ben ne yapıyorum, ben neredeyim... Ben bu kadar emeği niye verdim, ben yıllarca niye okudum gibisinden. Veya işte atıyorum hastanın özel sağlık sigortası vardır da bütün dünyayı satın almış gibi sizi satın almış gibi, hastaneyi satın almış gibi tavırlar, davranışlar bunlar tabii ki sizi etkiliyor, tabii ki şey yapıyor. Ondan sonra kendi kendinizi sürekli sorgulamaya başlıyorsunuz. Ben ne yapıyorum, ben ne ediyorum, ben ne için bu kadar strese giriyorum, ben niye uğraşıyorum” sözleri hekimlerin son dönemde yaşadıklarını çelişkileri özetliyor.

Bir hüznün kültürünün içinde hayatını sürdürüyor hekim, “Bugün doktora gittim, gergindim, endişeliydim, telaşlıydım” diyen her bir hasta o günü ve yaşadıklarının hastanenin kapısından çıktığında arkasında bırakırken, hekim orada kalakalmakta, her hastayla yeniden ve durmadan endişe, üzüntü, gerginlikle şekillenen bu kültürde bir nevi aynı yıpratıcı deneyimi sonsuz kere

yeni baştan yaşamak zorunda kalmaktadır. Hekimlerden beklenen sonsuz, ilgi, şefkat ve anlayış insan olma sınırlarının çok ötesine geçmekte, hekim bunlara cevap veremez olduğunda da ne kendisi ne de karşısındaki kendinden memnun olmaktadır.

4.1.5.2. Alternatif Tıp Uygulayıcıların Perspektifi

GTAT uygulayıcıları hekimlere göre kendilerini daha iyi ve daha yeterli hissediyorlar. Burada eğitim ya da bilgi bir etmen değil, yaptıkları işe, sundukları hizmete daha fazla inanıyorlar, belki her gün muhatap oldukları insanların kendilerinden talepleri daha az, iş yükleri doktorlara göre az ya da iletişim becerileri daha iyi olduğu için daha az yıpranıyorlar. Sebep her neyse daha az tükenmiş hissediyorlar.

Fadime (Doktor ve GTAT uzmanı) *“Bir kere anatomiye çok iyi bilen bir insanım patolog olduğum için vücudun anatomisini, dokunun histolojisini bu büyük bir avantaj oldu benim için bu işte. İkincisi de sadece doktor olarak değil şey yaptığınız zaman tarama yaptığınız zaman ellerinizi vücudun üstünde belli şekilde gezdirdiğiniz zaman hiçbir tahlil tetkike gerek olmadan işte tiroit bölgesinden aldığınız enerjiyle sizin tiroidinizde şöyle şöyle sorun var falan diye onu şey yapabiliyorsunuz check-up’tan geçirmiş oluyorsunuz hastayı”* diye anlatıyor hastaya yaklaşımını. Halen GTAT uygulayıcı olan Mustafa ise sözleriyle *“Kanser hastalarında ben çalışmıyorum ama gönderdiğim bir hocam var. Hem doktor hem fitoterapi uzmanı. Dönüp ağlamaklı bana Allah razı olsun o ismi bize siz verdiniz bize de sizin sayenizde o ismi duyduk da gittik, şuanda*

işte hiçbir şey yapılamaz bu hastayı eve götürün denilen hastamız bütün metastazları ortadan kalktı yapılan iğne işte testlerde falan hiçbir şey çıkmıyor diyen onlarca da hasta oldu. Akut hastalıklar ile ilgili sorun yok batı tıbbında ama kronik hastalıklarda çuvallıyoruz kabul edelim. Hipertansiyonu tedavi edebiliyor muyuz, diyabet, nörolojik hastalıklar keza öyle. Baş ağrısı bile tedavi edemiyoruz migren ... Ben 20 yıl her Allah'ın günü düzenli iki doz migren ilacı kullanmış hasta gördüm. 20 yıl boyunca migren ilacı kullanmış hasta yani biz baş ağrısını bile tedavi edemiyorken kronik baş ağrısını şimdi oturup insanların bir alternatif arayışı içinde olmalarını bu yüzden doğal tıba da meyil ediyor olmalarını hiçte garip karılamıyorum yani ben gayet normal” GTAT seçme kararının doğruluğunun altını çiziyor.

Hekimlere kıyasla GTAT uygulayıcılarının kendilerini daha az sorguladıkları ve durdukları yerden daha mutlu oldukları görülebiliyor.

4.1.6. Çözüm olabilir mi?

Tıp bugün artık pek çok hastalığa tedavi bulmuş ya da bulma yolunda ancak kronik hastalıkların tedavisinde özellikle öldürücü olmayan ama hayat kalitesini belirgin biçimde bozan hastalıklarda tıbbın yapabilecekleri bittiğinde hastalar GTAT uygulamalarını denemek istiyorlar. Hekimler yetiştirilişleri gereği pozitif bilim dışında bir şeye inanmıyorlar ancak bilimin de değişebildiği gerçeğinin unutmamak gerekiyor. Hastaları bu tip uygulamaların doğurabileceği sonuçlar konusunda uyararak ve kararı hastayı bırakmak hem hekim hem de hasta açısından daha rahatlayıcı olabilir. Tıbbın eğer hastalar fayda gördüğünü

söylüyorsa GTAT'a hastaya zarar gelmeyeceğinden emin olunması kaydıyla şans vermesi gerekli görünüyor.

Yalnız mevcut sağlık sistemi şu anda sadece hekimin sorumlu tutulduğu ve zorlandığı bir sistem haline dönüşmüş durumda, hekimlerin iletişimle ilgili eksikleri belki eğitimleri esnasında bunun öğretilmiyor olmasından- ki on yıl önce hekimin hastayla ilişkisinin sadece yapılacakların dikte edilmesi üzerinden yürüdüğü düşünülürse- kaynaklanıyor olabilir ama gelinen yerde hekimler pek çok açıdan tükenmiş durumda. Hekimlerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve iş yükünün azaltılması yanında iletişim becerilerini arttıracak eğitim programları ile stres azaltıcı yöntemlerin öğretilmesi, halkın ve özellikle medyanın sağlık çalışanlarının, bu alanda iyi niyet, samimiyet ve fedakarlıkla çalışanların durumlarının da farkına varması gerekmektedir. Skandalların öne çıkarıldığı, basit gelişmelerin mucize gibi sunulduğu, dakikalık çözümlerin önerildiği programların yerine, yanlışın gösterildiği ancak doğrunun da sunulduğu, haklılığın ve fedakarlığın da takdir edildiği ve bunun batı tıbbı ve GTAT için adil olarak yapıldığı bir medya gerekli.

Tıba inanmak zorunludur, kronik hastalıklar başta olmak üzere belli bazı noktalarda tıkanmış olsa da pek çok insan, pek çok yeni teknoloji kullanımıyla bu alanlarda çalışmaktadır. GTAT'ı yok saymak haksız olsa da herkes durmuş bir kalbi sülük tedavisi ile çalıştıramayacağımızın farkına varmalıdır. Birleştirilmiş (integratif) tıp kavramı bugün dünyanın pek çok yerinde uygulanmaktadır. Klasik tıbbın GTAT uygulamalarından fayda görebileceklerini kendi uygulamalarının içine entegre ettiği bu yaklaşım, hem hekimlerin GTAT konusundaki endişelerini azaltacak hem de ehil olmayan kişiler tarafından yapılabilecek bir GTAT uygulaması nedeniyle hastaların zarar görmesinin önüne

gececektir. Zeynep, Betül ve Mustafa'nın anlattıkları belki ortak bir nokta bulunabileceğinin umudunu taşımaktaydı.

Zeynep:

NLP, EFT, Hipnoz eğitimleri aldım, regresyon fizyoterapist eğitimleri adım. Yani artık ne diyelim paramedikal diyelim bunlara. Yani alternatif tıp da diyebiliriz. Bu tür eğitimleri yani şöyle diyelim kişisel gelişim alanında eğitimlerimi aldım evet. Şimdi geleneksel tıbbın yaklaşımı semptom giderme yönünde. Yani belli semptomları giderme. Aslında şöyle de bir bu konuda daha geniş düşünen artık esnek düşünen doktorlarımız da var ama genelde zihinle bedeni ayrı ayrı düşünüyorlar. Yani zihin ve beden aynı sistemin parçası olarak düşünmüyorlar. Ruhsal bedenimiz var, duygusal bedenimiz var, zihinsel bedenimiz var ve fiziksel bedenimiz var. Ve bir hastalık fiziksel bedende ortaya çıkmadan çok önceden aslında duygusal bedende ortaya çıkıyor. Duygularda ruhsal bedende ortaya çıkıyor eğer o aşamada yakalanırsa zaten fiziksel bedende daha ortaya çıkmadan kişi onu aşmış oluyor. Ama bunu gözden kaçırıyorsa, farkına varmıyorsa veya işte yaşamında öfke oluyor, sıkıntı oluyor, tıkanıklık oluyor, üzüntü oluyor, bu benim kaderim diyor. İşte kaosa giriyor, çıkış yok diyor, bir insan tesadüfen hasta olmuyor, bir insan tesadüfen sağlığını kaybetmiyor. Yani onu ortaya çıkaran duygu nedir, düşünce nedir, o insanın zihinsel süreçleri nedir ki, nasıldır ki o kişi hastalanıyor. Şimdi burada genelde tabi şu da var hekimlere niye güven duyulmuyor. Bu bana göre iletişim sorunundan kaynaklanıyor olabilir. Yani nasıl diyeyim şöyle şimdi hasta psikolojisi hasta kendisinin anlaşılmasını istiyor. Yani onu anlayan biri olsun karşısında. Empati yapalım hekim tarafına baktığımız zaman da o da bir an evvel iyileştireyim istiyor yani iyileşsin. O karşılıklı sağlıklı iletişim ve etkileşimde bir uyum gerekli o uyumu kuramıyorsan hekim hastasıyla uyum kuramıyorsa. Hasta güvenini yitirebiliyor uyum yani aslında burada hekime çok görev düşüyor. Karşısındaki kişiyi gerçekten anladığını, anlıyordur mutlaka tabi ki mesleki deneyimleri çok var karşısındaki daha konuşurken anlıyordur. Anlıyordur ama o anlaşıldığını bakalım hasta hissediyor mu, o bir uyum kurulsa tam karşılıklı iletişim-etkileşim inaniyorum ki hasta sonuna kadar o hekime güvenir ama gerek hani zaman sorunu olabiliyor?.

Betül:

Çoğunluğu konvansiyonel tedaviden fayda görmemiş veya konvansiyonel tedavinin çok fazla yan etkisi olduğuna inanan kişiler geliyorlar. Yani böbrek, karaciğer halk arasında böbrek ve karaciğere çok

zarar verdiğini düşünülüyor ilaçların. İlaç kullanmak istemedikleri için ya da çözümlenemediyse. Gitmiş, dolaşmış çözümlenememiş, ağrısı var hep ağrı kesici içmek zorunda tamamen kurtulmak istiyor mesela birde alternatif tıbbi deneyeyim diyor. Bana ulaşmaları şöyle hani arkadaşlarım oluyor işte birine bir şey yapmış oluyorum aaa iyi gelmişti benim de işte belim ağrıyor. İşte bana da yap, işte şu arkadaşım şuydu var yapar mısın şeklinde oluyor. Ama genelde bunlar konu komşu yaptırın birinden duyarak geliyorlar..... Duygu olarak çok daha sık hani düzenli geldikleri için bir bağlanma oluyor. Mesela hekime belki ayda bir gidiyor, iki ayda bir gidiyor kronik hastalığı varsa daha sık gidiyordur ama siz ister istemez hani akupunktur için zaten diyorum haftada iki kez yapmamız lazım hani bu kulak akupunkturunu dışındakilerde aslında en azından iki kez yapmak gerekiyor. Daha sık hasta sizi gördüğü için siz hastayı daha iyi tanıyorsunuz hasta sizi daha iyi tanıyor bir süre sonra artık aileden biri gibi olup duygusal bağlılık hissediyor hasta size karşı. Şimdi Çin’de öyle bir şey var yani batı ile doğuyu birleştirme. Batı doktorları doğu şeylerini benim düşüncem hani klinisyen alternatif tıp yöntemlerinden bazılarının bilirse konvansiyonel tıpla beraber kullanabilir işte bütünüleyici tedavi uygularsa En mantıklısı o diye düşünüyorum yoksa onu bırakıp da sadece birini uygulamak yeterli olmayabilir.

Mustafa:

Bakanlığın düzenlemesi çok iyi bu noktada, anatomi ne fizyoloji ne bilmeyen bir adam. Sonra bir gün televizyonda biri çıkıyor elinde bir kavanoz bitki-bal karşımı var ve hiçbir teknik bilgisi yok neyle ne etkileşir, nasıl olur ondan da haberi yok ve ben ya da işte kaynatılmış ısırgan çayı var ve ben kanseri %100 tedavi ediyorum diyor. Biz daha çok eski değil yani 8-10 sene önce bile belki bugün hala vardır internette şurada burada, bu insanlardan geçilmiyordu ortalık. Birleştirmek gerekiyor, çare integratif tıpta....”

Bu yol uzun bir yol olacaktır, hasta ile hekim arasındaki güven tamamen sarsılmadan, her açıdan sorunlar ortaya konmalı ve gerekenler “can sağlığı”nı korumak adına bir an önce hayata geçirilmelidir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hekim olmak, ıstırabı dindirmeye çalışmaktır. İnsanlıkla yaşıt bu mesleğin bugünkü uygulayıcılarının geldiği nokta duvar resimlerinde otlardan ilaç hazırlayan meslektaşlarından çok farklıdır. Afetlerden, hayvan saldırılarından korunmaya çalışan insanoğlu, vebanın, koleranın, tüberkülozun karanlık kollarından da sıyrılmayı başarmış nihayet 20.yy’da kansere yakalanmazsa tansiyon aletinin manşonunun, parmak ucundan şeker ölçen cihazların ya da aylık kolesterol ölçümlerinin mahkumu olmuştur ama bu insanoğlunun ölümsüzlüğe doğru uzanan yolda yürümeye başladığının da kanıtıdır aynı zamanda (Harari,2012, s399-403,).

Hekim olmak sorumluluğunu da beraberinde getirir. Tarihin ilk çağlarından beri hekim yanlış yaparsa bedelini öder (Özgönül, 2010). Hekimin sorumluluğu artan bilgiyle paralel olarak artarken hastalıklarla beraber sağlık algısı da değişmiştir. Başlangıçta doğa sonra dini motifler sağlık yaklaşımlarını belirlerken, tıp bilime dayanarak giderek sekülerleşmiş, veremin romantizmle ilgili olduğu miti tüberküloz basilinin izole edilmesiyle yıkılmıştır. Ardından her hastalık tek bir nedene bağlanmış, insanlar organlara, organlar hastalıklara, hastalıklar rakamlara indirgenmiş, insanın bedeni bilimin eliyle tıbbın otopsi masasında ruhundan ayrılmıştır (Nettleton, 2006). Halk tıbbı da bu süreçten nasibini almış ve “hurafeler” sandığına kaldırılmıştır. Foucault’un panopticonun da olduğu gibi “sağlıklı olmak” hem bir denetim hem de bir gözlem aracı haline gelmiş, sağlık için sadece hastalıklı olmamak değil aynı zamanda genç, güzel, dinamik (üreten ve dolayısıyla tüketen) olmak zorunluluğu da doğmuştur. Bu daha güzel, en güzel yaşama vaadinde her sektör (ilaç, hastane, kozmetik) kendine bir pazar yaratmış,

beden denetimi sağlık üzerinden fark ettirmeden yapılırken, sağlıklı olma konusunda etken olduğunu sanan bireyler aslında kendilerine dikte edilen yaşam çemberinin esiri haline gelmişlerdir. Kolesterol hedef değerindeki 10 mg/dl'lik bir dş, milyonlarca insanı hasta kategorisine sokmakta, erken tanının önemi vurgulanırken son teknolojik ürünlerin kullanımı teşvik edilmekte (dijital mamografi, tomosentez gibi), hayatın doğal olan her evresi sağlıkla ilişkilendirilip tıbbileştirilmekte, daha güzel ve genç görünmek mutlulukla eş anlamlı olarak sunulurken öyle olmayan, kendilerine sunulan bu eşsiz imkanları kullanıp sağlığını denetim altına almayan herkese kaybedenler kulübü için davetiye verilmeye başlanmıştır (Sezgin, 2011, s.79-81)

Hastalarla hekimler arasında artık sır olamaz zira her şey kayıt altında alınmak zorundadır. Devlet ya da sigorta şirketleri bunu talep etmekte, hekimi geri ödeme yapmak için bilgi paylaşmaya zorlamakta ancak bir süre sonra edindiği bilgiyi hastanın aleyhine kullanabilmektedir (primlerin arttırılması gibi). Doldurduğunuz belgeler, tuttuğunuz notlar aracılığıyla bankoda duran sekreterden provizyon veren sigorta görevlisine kadar herkes aranızdaki mahremiyet alanını işgal etmektedir. Hasta için en iyi olanın ne olduğuna karar verirken maliyet-etkin de olabilmeyi becermeye çalışmak hekim için en zorlayıcı alandır (İzgi, 2014)

Hastalar hastalık tanıları arasında kaybolmuş organa indirgenmişken aynı kaybolma durumu hastane zincirleri ve cihaz isimleri arasında artık kendine yabancılaşan hekim için de söz konusudur. Bilginin efendisi olan hekim tanrılar katından dünyaya indirilmiş, para, eğitim, gelecek korkusu ve tükenmişlik gibi sorunlarla uğraşmak zorunda kalmıştır (Schanafelt vd., 2009).

John Billings'in "Sağlıkta para gibidir, kaybedene kadar değeri anlaşılmaz" sözü bugün paran yoksa sağlığın zaten olamaz anlamına gelebilir çünkü sağlık artık bir hizmettir (Adashi, 2015, Özbay vd, 2011)

Karşıdakinin vicdanına, sana bilerek ve isteyerek zarar vermeyeceğine inancına teslim olmaktır güven. Söz konusu kavram işin içinde varoluşun temeli, insanoğlunun canı olduğunda, ilişki dinamiklerindeki teslimiyet, mahremiyet gibi unsurlar da göz önüne alındığında tıp alanında da daha da zor anlaşılabilir olmaktadır (Pearson ve Raeke, 2000)

Tıpta güven konusunun klasik ve GTAT perspektifinden değerlendirildiği bu çalışmada hastaların hekimlerle genel olarak bir güven sorun yaşadığı görülmektedir. Bu durum dünyada yaşanan hem genel güvende hem de tıba olan güvende azalmaya paraleldir (Blendon vd.).

Hastaların hekimlerle olan ilişkilerine bakıldığında hastalık hali ortaya çıktığında hemen herkesin ilk önce hekime başvurduğu görülmektedir. Burada hastalık süresinde eğer sorun yaşanırsa birden fazla hekime başvurmakta, hekimler arasında fikir birliği olmadığında veya tedavi olamadıklarında bir arayış içerisine girmektedirler. İlk başvuru hekim genellikle en yakındaki hekim olmakta, sonrasında tanıdık olması, tavsiye edilmesi tercih sebebi haline gelmektedir. Hekimin eğitimi veya araştırma yapıp yapmamış olması kısaca bilgi düzeyi çok az hasta için önemli görünmektedir.

GTAT uygulayıcılarına ise hastalar genellikle "Yapılacak bir şey yok" cümlesini duymalarının ardından başvurumaktadırlar. Bu durum tüm dünyada da benzerdir (WHO, 2014). GTAT uygulayıcıları için referans sistemi kulaktan kulağa iletim şeklinde işlemekte, daha çok "o gitmiş, düzelmiş" cümlesi bir başka hastanın gitmesi için yeterli görülmektedir. Ozon tedavisi, akupunktur, sülük gibi

tedaviler daha çok fiziksel rahatsızlıklarda, NLP, yoga gibi GTAT yöntemleri ise daha çok ruhsal rahatsızlıklar da tercih ediliyor gibi görünmektedir. Ocak olarak nitelendirilen kadınların çoğunda hekim GTAT'a göre her zaman tercih edilmektedir, "Hiç olmazsa onların diplomaları var" tercihin belirgin olarak ortaya konduğu cümlelerden biridir.

Hastaların hekim ve GTAT uygulayıcılarına güvenmek konusunda en öne çıkan unsur iletişimdir. Hekimin üstü başı düzgünse, bilgisayar ekranına değil hastanın gözlerine bakıyorsa, ona dinlendiğini ve anlandığını hissettiriyorsa, hastalığı hakkında ve yapılacaklar konusunda bilgi veriyor, hasta acil bir durumda hekime ulaşabileceğine inaniyorsa ona güveniyor. Burada hekimin eğitimi, bağlı olduğu kurum, araştırmaları, önceki başarıları daha geri planda kalıyor. Tıbbi literatürde güvenle ilgili nicel ölçüm metotları kullanılarak yapılan çalışmalarda da iletişim önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Kao 1998, Safran vd, 1998, Yılmaz, 2011, 28-40) Güvenin rakamlara indirgenmediği çalışmaların aksine hastaların hissettiklerini kendi sözcükleri ile ifade ettikleri bu çalışma da benzer bir sonuca ulaşılmış olması önemlidir.

Din konusu burada ayrıntılı tartışılmayacak olmakla beraber dinin güven üzerindeki etkileri konusunda yayınlar çelişkilidir. Yurtdışından yapılan çalışmalarda din kurumunun ve dini yapılanmaların düşük güvenle ilgilendirildiği bildirilmekle beraber Türkiye'den yapılan bir çalışmada bunun tersi sonuçlara ulaşılmıştır (Tecim, 2011). GTAT uygulamalarının Türkiye'de en çok uygulananları arasında sülük ve hacamatın yer alması sebebiyle dini etkiler göz ardı edilemez. Bu uygulamaların peygamber tıbbi içerisinde yer alıyor olması sebebiyle tercih ediliyor olabileceği de düşünülmelidir. Ayrıca inançların, duaların, rüyaların hastalığı kabullenme ve tedavi olma sürecinde de etkili olduğu düşünülmüştür.

GTAT uygulayanlar hariç hekimlerin hemen hepsi GTAT uygulamalarına şüpheyle yaklaşmaktadır. “Şarlatanlık-faydasız-zaman kaybı-para tuzağı” en karşı olanları sarf ettikleri sözler olurken bazıları “Denesin çok istiyorsa” noktasında kalmış ancak mesafelerini korumuşlardır. Hastalara gereğinden fazla umut verildiği, standart şeyler söyledikleri için hekimlerin sıradan, GTAT uygulayıcıların umut verici bulunduğu ancak bunun umut tacirliği olduğu ve son dönemde nedeni belirsiz karaciğer hastalıklarındaki artışın sebebin GTAT olduğunu düşünüldüğü yapılan eleştiriler arasındadır. Hekimlerle ilgili en büyük eleştiri hastalarla iletişim kurmadıkları ve paragöz oldukları yönünde olmuştur.

Duruma hekimler açısından bakıldığında pek çoğunun maddi ve manevi olarak zorlandığı görülmektedir. Hekim toplum içindeki statüsünü kaybederek diğer mesleklerin endişeli dünyasına karışmıştır. Pek çoğu gelecek endişesi duymakta, hasta ve hasta yakınlarından gelebilecek şiddet yüzünden iş yerinde tedirgin olmakta, şikayet edildikleri konuları haksız bulmakta, hasta yükü, kayıt sistemleri, tıbbi literatür takibi zorunluluğu, maliyet etkin çalışma beklentisi içinde bu mesleği seçme nedenlerini ve neden hekim olduklarını unuttur hale gelip tükenmektedirler. Tüm dünyada hekimlerin yakınmalar benzerdir (Lee, Medford ve Halim, 2015). Hastalar hastalık tanılarını içinde görünmez olurken, hekimler de hastane zincirlerinin, en teknolojik robotların şaşaalı isimlerinin arasında kaybolmaktadırlar. En çok eleştirildikleri konu olan iletişim becerilerinin eksikliği bu konuda eğitilmemiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir, nihayetinde tıp her şeyin doktorun belirlediği “paternal model”den hastanın da kendi tanı ve tedavi sürecine katıldığı “paylaşımçı modele” yeni yeni adapte olmaktadır. Katı oldukları, umut vermedikleri eleştirileri, tükenmişliğin getirdiği duyarsızlaşmayla kısmen

açıklanabilir ancak bu doktorların gerçek sorunlarının bir yansıması da olabilir (Schaufeli, 1996, Aksoy, 2014)

GTAT uygulayıcıları bu anlamda kendilerinden daha memnun görünmektedirler. Yaptıkları işi daha anlamlı bulduklarını, doktorlarla ilgili yaşanan güven sorunlarının yine doktorlardan kaynaklandığını, kendilerinin hastaya ruh ve beden bütünlüğü içinde yaklaştığını ancak hekimlerin sadece laboratuvarı tedavi ettiğini söylemişlerdir. GTAT ve klasik tıp ile ilgili literatürde yapılan eleştiriler benzerdir (Yuill, Cimson vd., 2010).

Hekim teknisyen değildir, bilgi sahibi olmak hastayı tıp konusunda yetkin yapmaz birebir aynı hastalık çok benzer iki insanda görülse bile aynı tedaviye farklı yanıt verebilir, aynı hastaya iki hekim “tamamen doğru ama farklı biçimde” yaklaşabilir. Toplumun sosyokültürel yapısındaki farklılıklar, hasta ve hekimlerin geçmişten getirdikleri tecrübeler ve bireysel özellikleri, hasta sayısı, alt yapı ve fiziksel koşullar, hekimlerin haklarının çiğnemesi gibi pek çok faktör her bir hasta-hekim ilişkisini eşsiz hale getirmektedir. Her seferinde kendine has iki ayrı repertuar karşı karşıya gelmekte ve yeniden şekillenmektedir. Hasta da itaatle yükümlü değildir, etkin iletişim kurmak, samimiyet açık net bilgi sunmak tıbbi kararlara hastaları dahil etmek ve hastaların bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurmak artık bir zorunluluktur (Trachtenberg, 2005).

Sağlık iletişimi kavramı güven konusunda ön plana çıkabilir. Sağlıkla ilgili bireylerin ve toplumun doğru ve dürüst biçimde bilgilendirilmesi, sağlık bilincinin ve farkındalığın oluşturulması, sağlık okur/ yazarlığının (tıbbi terimlerin anlaşılır olması) artırılması önemlidir. Medya hekim hasta arasındaki güven açısından belirleyici olabilir. Sunulan bilgilerin eksik, yanlış, yönlendirici ve kötü olması sadece hastaların hekimle olan ilişkilerine değil toplum sağlığına da zarar

vermektedir. Genç, güzel, sağlam insanlar “Daha” vaadinin peşinde eksik hissederek ameliyat olmakta, dudaklarına uzun süreli etkileri bilinmeyen her türlü maddeyi enjekte ettirmekte tereddüt etmemekte, detoks, spinning gibi önüne sunulan her seçeneği denemek için büyük bir açlık hissetmektedirler. Yaşlılık, çirkinlik, şişmanlık, cinsel performans kaybı kabul edilmemesi gereken lanetler gibi sunulmaktadır. Bu açıdan bakıldığında aslında basın en az hekim kadar sorumludur (Sezgin, 2011)

Modern tıbbın mutlak bilimsel olma kaygısı irrasyonelliğini doğurmaktadır. Tıbbi gereklilikler ve finansal kaygılarla zaten boğulmuş olan hekimler, mal-practice davaları ile daha da sıkıştırılmakta artık hastalar konusunda inisiyatif kullanmak ve risk almak istememektedir. Ancak hukukçular hastaları korumak adına yaptıkları ile farkında olmadan gelecekteki hastaların tedavi edilebilme şanslarını da ellerinden alıyor olabilirler (Tarıverdi vd., 2015).

Modern tıbbın duyulan şüphe ilaçların “kimyasal” oluşlarıyla vereceklerinden şüphelenilen zarar, doğal vurgusuyla şekillenen GTAT’a dönüşün bir sebebi olarak ortaya çıkmıştır. Tüketici-hasta kavramının muğlaklaşması, ilaç firmaları tartışmaları GTAT uygulamalarının doğal dolayısıyla tamamen zararsız olduğu yanılmasını getirmektedir. Organ mafyasının, insan ticaretinin, gen terapilerinin, embriyo transferlerinin, otofajilerin konuşulduğu geleceğin tıbbında güven unsuru daha pek çok defa sınanacaktır. Ancak klasik tıp ve GTAT hasta yararına bir orta yol bulmak zorundadır.

Bu çalışmayla amaç söylenenlerin tekrar edilmesi değildir. Güvenin genel olarak zayıfladığı günümüz toplumunda tıbbın güven hem genel güven kaybına paralel, hem de kendi iç dinamiklerinde yaşanan çatışmalar nedeniyle erozyona uğramıştır. Hastaların her birinin farklı hastalık sürecinden geçmiş olmaları,

karşılaştıkları hekimlerin karakter, bilgi ve yaklaşımlarındaki farklılıklar, GTAT uygulatmayı seçenlerin GTAT uygulayıcılarıyla yaşadıkları tecrübeleri değerlendirirken ki yorum farkları, nihayetinde her şeye rağmen araştırmacının 1991 yılından beri “biyomedikal” algıyla şekillendirilmiş bir kültürün parçası olması her şeye rağmen “bir hekimin pozitivist bakış açısından kurtularak standart dışı bir empati kurma çabası” olarak giriştiği bu çalışmada yanlış yorumlara neden olmuş olabilir. Kısıtlı sayıda hasta olması da ancak onların bakış açısının yansıtılmasına imkan tanımıştır. Daha önce de söylediğim gibi “Ben GTAT karşıtı bir hekim değilim” cümlesinin arkasında bağırmakta olan “kaskatı bir pozitivist olduğum” gerçeğinin farkına varışla başlayıp, “Daha şefkatli olabilir miydim, olabilir miyim?” e uzanan bu yolda hem hastaların hem de hekimlerin bilgi, birikim, samimiyet, mahremiyet kavramları içinde en eksik ve en ihtiyaç duyulanan anlaşılacak ve şefkatle kabul edilmek olduğu noktaya varılmıştır.

KAYNAKÇA

Adashi EY. (2015) Money and Medicine: Indivisible and Irreconcilable. **Am Med Assoc J Ethics** 8; 780-6.

Akan H. (2005) Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları. **Yoğun Bakım Dergisi** 5; 50-4.

Aksoy DY (2010) Şişmanlık ve şeker hastalığında halk tababeti kullanımını üzerine antropolojik bir çalışma Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji A.D. Sosyal Antropoloji Yüksek Lisans Tezi

Aksoy DY, Durusu Tanrıover M, Unal S, Dizdar O, Kalyoncu U, Karakaya J, Unal S, Kale G. (2014) Burnout syndrome during residency in internal medicine and pediatrics in a country without working time directive. **Int J Health Care Qual Assur** 27; 223-30.

Anderson LA, Dedrick RF. (1990) Development of trust in physician scale. A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships **Psychol Rep** 67:1091-100

Atıcı E. (2007) Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 33: 45-50

Bauman, Z. (2015) Bireyselleşmiş toplum, Çeviri. Yavuz Alogan **Ayrıntı Yayınları**. İstanbul

Bayraktar K. (1972) Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu **İstanbul Üniversitesi Yayınları**, İstanbul

Blendon RJ, Bendon JM, Hero JO. (2014) Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective **N Eng J Med** 371; 1570-2

Bloom SW. (2002) The world as a scalpel : A history of medical sociology, **Oxford University Press** NY

Boratav PN. (1994) 100 Soruda Türk Folklorü, **Gerçek Yayınevi**, İstanbul,

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR; Lawthers AG; Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. (2004) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I **Qual Sa Health Care** 13:145-52

Bulut A. (2007). Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi. Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, **İletişim Yayınları**, İstanbul

Canguilhem G. (1991) On the normal and the pathological. **Zone Books**, New York

Cantekin HM. (2014) Türk Kuyumculuk sektöründe güvenin karanlık yüzü: Nitel bir değerlendirme. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi

Casper MJ, Morrison DR. (2010) Medical sociology and technology: critical engagement **J Health Soc Behav.** 51 Suppl: s120-32.

Coffey A, Atkinson P. (1996) Making sense of qualitative data. Complementary Research Studies, **Sage Publications**, London

Conrad P. (1992) Medicalization of Social Control **Annual Rev Sociol.** 18; S209-32

Cook KS. (2003) Trust in Society **Russel Safe Foundation**, New York.
Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies

Değirmenci P. (2009). Kişilerarası ilişkilerde, örgütte, toplumda güven ve işverenlerin güvene bakışını anlamaya yönelik bir araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi,

Demir Ö, Acar M. (2005) Sosyal bilimler Sözlüğü, **Adres Yaunları**, s 177

Deutsch M. (1958) Trust and Suspicion. **J Conflict Resolution** 2; p.265-79.

Dole C. (2012) Seküler Yaşam ve Şifacılık Modern Türkiye’de kayıp ve adanmışlık **Metis Yayınları**, İstanbul

Eggers D. (2013) Çember Çeviren Handan Balkara, **Siren Yayınları** İstanbul

Emmanuel EJ, Emmanuel LL. (1992) Four models of the the physician-patient relationship. **J Am Med Assoc** 267: 2221-6

Erikson EH. (1950) Childhood and Society, **W.W. Norton & Company**, Inc., USA

Ertong G. (2011). Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji A.D. Doktora Tezi

Fantuzzi G. (2014) The sound of health **Frontiers in Immunology** 5, 351

Foucault M. (2015; 1994 basımından çeviri) Büyük Kapatılma Çeviri: Işık Ergüden, Ferda Keskin, **Ayrıntı Yayınları**, İstanbul

Foucault M. (1963) Kliniğin doğuşu, Tıbbi Algının Arkeolojisi Çeviren İnci Malak Uysal, **Epos Yayınları**, İstanbul

Foullon RA. (2011) The professional status of physicians is at risk **Physician** July 12

Fukuyama F. (2005) Güven/ Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması Çeviren Ahmet Buğdaycı İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul

Gargiulo M, Ertug G. (2006) The dark side of trust Handbook of Trust Research, 165-186 Edgar Elward Publishing, UK.

Giddens A. (1990) The Consequences of Modernity **Stanford University Press**, CA

Goold SD, Lipkin M Jr. (1999) The Doctor-Patient Relationship Challenges, Opportunities, and Strategies. **J Gen Intern Med** 14: p 26-33

Hall MA, Camacho F, Dugan E, and Balkrishnan R. (2002) Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues **Health Serv Res** 37: 1419-39

Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. (2001) Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? **The Milbank Quarterly** 79: 613-39

Harari YN. (2012) Hayvanlardan Tanrılara Sapiens İnsan Türünün Kısa Bir Tarihi Çeviren Ertuğrul Gen., Kolektif Yayınları, İstanbul.

Hardin R. (2006) Trust, **Polity Press**, USA

Heidegger M. Varlık ve Zaman, 1926. Çeviren Kaan H.Ökten. **Agora Kitaplığı**, İstanbul

Hekimler Meslek Etiği Kuralları, (1999), www.ttb.org

Hoff T, Collinson GE. (2016) How Do We Talk About the Physician-Patient Relationship? What the Nonempirical Literature Tells Us. **Med Care Res Rev.**

Hung A, Kang N, Bollom A, Wolf JL, Lembo A. (2015) Complementary and Alternative Medicine Use Is Prevalent Among Patients with Gastrointestinal Diseases. **Dig Dis Sci.** 60:1883-8.

<https://www.ttb.org.tr/kutuphane/udekstandartlar.pdf>

Illich I. (1976) Limits to medicine, London, Marion Boyars.
Agora Kitaplığı İstanbul

ISSP Research Group (2015): International Social Survey Programme: Health and Health Care - ISSP 2011. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5800 Data file Version 3.0.0,.

İzgi MC. (2009) Etik açıdan yaşlı mahremiyeti,: Huzurevi örneğinde alanlar ve verenler açısından bir değerlendirme. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara

İzgi MC. (2014) Mahremiyet kavramın bağlamında kişisel sağlık verileri **Türkiye Biyoetik Dergisi** 1; 25-37

Jackman RW and Miller RA. (1998) Social capital and politics. **Annual Review of Political Science** 1: 75-93

Jacobs AK. (2004) Rebuilding an enduring trust in medicine: A global mandate: Presidential Address American Heart Association Scientific Sessions **Circulation** 111. 3494-8

Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. (1998) Patients' trust in their physicians **J Gen Intern Med** 13;681-6

Kasapoğlu A. Sağlık Sosyolojisi : Türkiye'den Araştırmalar (1999) **Sosyoloji Derneği Yayınları**, Ankara

Keyder C. (2007). Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Surnlar, Tartışmalar, İletişim Yayınları, İstanbul

Khodyakov D. (2007) Trust as a process A three-dimensional approach. **Sociology** 41 pp 115-132

Kilgour FG. (1962) Modern Medicine in Historical Perspective. **Bull Med Libr Assoc** 50; p 42-56

Kuçükbasmacı GG. (2000) Kastamonu'da halk tababeti, inanış ve uygulamaları T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Halk Edebiyatı Bilim Dalı Master Tezi

Le Breton D. (2003) Acının Antropolojisi Çeviren İsmail Yerguz, **Sel Yayıncılık**, İstanbul

Le Fanu, J. (1999) The rise and fall of modern medicine. **Carroll and Graf Publishing**, New York.

Lee YY, Medford AR, Halim AS. (2015) Burnout in Physicians **JR Coll Physicians Edinb** 45; 104-7

Lemke T. Biyopolitika (2012) Çeviren Utku Özmakas, **İletişim**

Yayınları, İstanbul

Levi-Strauss C. (2012) Modern dünyanın sorunları karşısında antropoloji, Çeviren Akın Terzi, **Metis Yayınları**, İstanbul.

Lindemann M. (2009) *Medicine and Society in Early Modern Europe* **Camnbridge University Press**.

Ludwig MJ, Burke W. (2014) *Physician-Patient Relationship, Ethics in Medicine*, **Washington University Press**

Luhmann N. (2000) 'Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives', in Gambetta, Diego (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, chapter 6, pp. 94-107

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. (2001) Job burnout. **Annu Rev Psychol** 52; 397-422

Mayer RC, Davis JH and Schoorman FD. (1995) An Integrative Model of Organizational Trust **The Academy of Management Review** 20, pp. 709-734

Metzl JM, Kikrland A. (2017) *Yeni Bir Erdeme Dönüşen Sağlığa Karşı* Çeviren: Nurettin Elhüseyni, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul

Mishler W and Rose R. (2001) What are the origins of political trust? Testing Institutional and Cultural Theories in Post-communist Societies. **Comparative Political Studies** 34; 30-62

Murthy V, Sibbritt DW, Adams J. (2015) An integrative review of complementary and alternative medicine use for back pain: a focus on prevalence, reasons for use, influential factors, self-perceived effectiveness, and communication. **Spine J** 15:1870-83.

Nettleton S. (2006). Introduction, The changing domains of the Sociology of Health and Illness, The Sociology of Health and Illness 2nd Edition, , United Kingdom, **Polity Press**, Page 1

Nettleton S. (2009) Commentary: The appearance of new medical cosmologies and the re-appearance of sick and healthy men and women: a comment on the merits of social theorizing **Int. J. Epidemiol.** 38 : 633-636.

Özbay C, Terzioğlu A, Yasin Y. (2011) Neoliberalizm ve Mahremiyet. Türkiye’de beden, sağlık ve cinsellik **Metis Yayınları**, İstanbul.

Özgönül ML. (2010) Türkiye’de tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata kavramı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi

Peabody FW. (1927) The care of the patient **JAMA** 88: 877-82

Pearson SD, Raeke LH. (2000) Patients’ trust in physicians: Many theories, few measures and little data **Gen Intern Med** 15: 509-13

Poonthananiwatkul B, Howard RL, Williamson EM, Lim RH. (2015) Cancer patients taking herbal medicines: A **review** of clinical purposes, associated factors, and perceptions of benefit or harm. **J Ethnopharmacol.**

Resmi Gazete , www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

Romani M, Ashkar K. (2014) Burnout among physicians **Libyan J Med** 9: 1-6

Safran DG1, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, Ware JE. (1998). The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. **Med Care** 36; 728-39

Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr

Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. (1996) Maslach Burnout Inventory-General Survey The Maslach burnout inventory-test manual 3rd ed Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press;

Seidman I. (2006) Interviewing as a qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences 3rd edition, Teachers College Press, New York and London.

Sezgin D. (2011). Tibbileştirilen Yaşam, Bireyselleştirilen Sağlık Çelişkileri, Alternatifler ve Sağlık İletişimi, Ayrıntı Yayınları, İstanbul

Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag JA (2009) Burnout and career satisfaction among American surgeons. **Ann Surg** 250: 463-71

Shenolikar RA, Balkrishnan R, Hall MA. (2004) How patient-physician encounters in critical medical situations affect trust: results of national survey. **BMC Health Services Research** 24: 1-6

Şimşek B, Kalaycı MZ, Basaran NC, Aksoy DY. (2015) Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımı Sonuç Raporu, (Yayınlanmamış Veri)

Sontag S. (1989) AIDS ve metaforları Türkçe basım (2005), **Agora Kitaplığı**, İstanbul

Sontag S. (2003) Başkalarının acısına bakmak, Regarding Pain of Others, **Agora Kitaplığı**, İstanbul

Sontag S. (1978), Metafor olarak hastalık, Türkçe basım (2005), **Agora**

Kitaplığı, İstanbul

Sugiyama CA. (2010) Antropolojide beden sorunsalına bedenleşme teorisinin katkısı **Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi** 24: 69-93

Sztompka P. (1999) Trust: A Sociological Theory **Cambridge University Press**

Tanco K, Rhondali W, Park M, Liu D, Bruera E . (2016) Predictors of Trust in the Medical Profession among Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Preliminary Study. **J Palliat Med.** 19;991-4

Tanriverdi O, Cay-Senler F, Yavuzsen T, Turhal S, Akman T, Komurcu S, Cehreli R, Ozyilkan O. (2015) Perspectives and practical applications of medical oncologists on defensive medicine (SYSIPHUS study): a study of the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). **Med Oncol.** 32 ;106.

Tecim E. (2011) Sosyal güven oluşumunda dinin etkisi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Din Sosyolojisi Bilim Dalı, Doktora Tezi

Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA. (2005) How patients' trust relates to their involvement in medical care. **J Fam Pract.** 54:344-52

TUIK, www.tuik.gov.tr

Türkçe Sözlük, (1988) Türk Dil Kurumu, (TDK),

Ünver AS. (1938).Tıbbi folklor ve İyi Telkinler, İstanbul-Eminönü,

Uslaner EM. (2002) Moral foundations of trust **Cambridge University**

Press.

Uslaner EM. (2008) The foundations of trust: macro and micro
Cambridge Journal of Economics, 32, 289–294

Uzel İ. (1992) Tıp Tarihi ve Deontoloji **Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları** , Ankara

WHO Geleneksel Tıp Stratejisi 2014-2023 WHO Kütüphanesi Çeviren
Sağlık Bakanlığı

WHO, (DSÖ) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Wilk AS, Platt JE. (2016) Measuring physicians' trust. A scoping review with implications of public policy. **Soc Sci Med** 165; P 75-81

www.cambrella.eu.

www.medscape.com/malpractice report 2015

www.medscape.com/physicianscompensation report 2016

www.worldvaluesurvey.com

Yılmaz E. (2012) Doktorumun Hastasıyım.com **Mavna Yayınları**, İstanbul

Yuill C, Crinson I. & Duncan E. . (2010), The social model of health
Key Concepts in Health Studies **Sage Publications**, Page 11

Yüksel M. (2009) Mahremiyet haklarına ve bireysel özgürlüklere felsefi yaklaşımlar **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 64: 275-98



ÖZET

Tarihin ilk çağlarından beri ıstırapı dindiren hekimlik kavramı, hastalık ve sağlık algısında yüzyıllar içinde yaşanan değişimle beraber değişiklik göstermiştir. Tıbbın dinin etkisinden kurtulup bilime ve kanıta dayalı hale gelmesiyle hastalar hastalıkların tedavi edildiği bedenlere indirgenmiştir. Daha sağlıklı, her açıdan daha kabul edilebilir olma kaygıları post-modern dünyanın yeni denetim mekanizması olarak kullanılırken hasta-hekim ilişkisi hastane zincirleri, kayıt sistemleri, sigortalar, ilaç firmaları gibi pek çok başka unsurunda yer aldığı karmaşık bir hale dönüşmüştür.

Güven “Korku, çekinme ve endişe duymadan inanma ve bağlanma” olarak tanımlanır. Tıpta Güven konusunun Klasik ve Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (GTAT) Perspektifinden incelendiği bu çalışmada, hastaların hekimlere olan güveninde genel bir azalma olduğu, hastalık anında hekimlerin ilk tercih olduğu, GTAT uygulayıcılarına genellikle çaresiz kaldıktan sonra başvurdukları, fiziksel hastalıklarda ozon, sülük akupunktur gibi yöntemler tercih edilirken, ruhsal sorunlarda NLP, yoga gibi yöntemlere başvurulduğu görülmüştür. Hem hekime hem de GTAT uygulayıcılarına duyulan güven konusundaki en belirleyici unsur iletişim becerileridir. Hekimler GTAT uygulamalarına şüpheyle yaklaşmakta, kendilerini kayıt sistemleri, ekonomi sıkıntıları, şiddet korkusu ve hasta yükü altında tükenmiş hissetmektedirler. GTAT uygulayıcıları ise hekimleri katı, iletişime kapalı görmekte hastaları sadece beden olarak değerlendirdiklerini düşünmektedirler.

Güven kavramının yeniden güçlendirilebilmesi için hem hastaların hem hekimlerin hem de GTAT uygulayıcılarının iletişimlerini iletişim becerilerini ve buna paralel olarak iletişimlerini arttırmanın hastaların gereksinimi olan optimum

bakımı sağlamak için zorunludur. Öte yandan mesleklerini yaparlarken kendilerinden sonsuz ilgi ve şefkat beklenen hekimlerinde de anlaşılmaya ihtiyaç duydukları aşıkardır.

Hasta ile hekim arasındaki güven hastanın tedavi edilebilmesini, hekimin de tedavi edebilmesini mümkün kılan en önemli unsurlardan biridir. Güvenin giderek azaldığı günümüzde buna neden olan sorunlar ortaya konmalı ve güveni korumak ve güçlendirmek için gereken ne varsa yapılmalıdır.



ABSTRACT

The meaning of “physician” who was the healer of pain has changed through centuries in accordance with the change in the perception of health and illness. The medicine being released from the influence of religion has become science and evidence-based and that has resulted in patients being demoted to bodies where illness has been cured. While efforts to become healthier and more acceptable has been used as the new-control mechanism of post-modern world, physician-patient relationship has turned into a more complicated form with the involvement of hospital chains, medical records, insurance companies and pharmaceutical industry.

Trust can be defined as a “Belief and connection to someone without fear, abstinence or anxiety” In this study we have evaluated the Trust in Medicine from both conventional (western) and traditional, complementary and alternative medicine (TCAM) perspectives. Our study revealed that the trust to medicine has declined; western medicine is still the first choice for patients. Incurability and despair are the motives that lead patients to TCAM use. Communication skills are the most important determinant of trust for both groups. Physicians approach TCAM with suspicion, most of them feels burned out within the high work-load, economical issues, medical records and violence towards medical staff.

Communication skills should be improved for physicians, TCAM professionals and also for patients. This can help all groups to understand each other. Physicians work conditions must also be improved to maintain and improve the trust in medicine, which has suffered from erosion.

EK-1. GÖRÜŞMECİLERLE İLE İLGİLİ AYRINTILI BİLGİLER

AYŞE

74 yaşında, kadın, Lüleburgaz'da yaşıyor, eşi sağ, Ankara'ya geldiğinde kızında kalıyor, on yıl arayla altı defa doğum yapmış, beşi sağ biri sekiz aylıkken ölmüş, çocuklarının hepsi üniversite okumuş, bir çocuğundan iki diğerlerinden birer torunu var, kızı hariç hepsi İstanbul'da yaşıyor, arada İstanbul'a da gidip geliyor. Görüştüğümüz ev kızının evi, , oldukça güzel bir ev, B.K. tertemiz giyimli, ufak, tefek, sade ama cana yakın bir kadın, konuşması hafif aksanlı, iki yıl Kuran kursuna gitmiş, biraz Kürtçe biliyor, Batman'da öğrenmiş, görüşme esnasında içtenlikle konuşuyor, kızı da yanımızda ara ara o da eklemelerde bulunuyor, yaklaşık bir buçuk saat sürüyor. Uzun süre ciddi bir sağlık sorunu olmadan yaşadığını, sadece bir kez son çocuğunu doğurmadan önce rahim kanseri şüphesi atlattığını “*Bir daha çocuğun olmaz*” dediklerini ama sonra bir oğlan daha doğurduğunu anlatıyor. Yaklaşık bir yıl önce tansiyonu yükselmiş sağlığı sonrasında bozulmuş. Bir gözünde ani görme kaybı gelişmiş, sonrasında altı-yedi doktor gezmiş, önce ameliyatla açmışlar arkasından hiperbarik²² tedavi almış, sonrasında gittikleri doktor gözüne anjiyografi yapmış yaklaşık %20 olan görmesi sonra kaybolunca bir GTAT merkezine başvurmuş, ardından yeniden doktora gitmiş hiç ilerleme olmayınca başka bir GTAT merkezine başvurmuş. Orada sülük ve ozon tedavisi almış. Doktorların ellerinden geleni yaptığını düşünüyor, kızdığı yerler olmuş GTAT tedavisinden memnun, devam ediyor.

²² **Kapalı bir basınç odasında, yüksek basınç altında hastaya aralıklı %100 oksijen solutulması**

FATMA

48 yaşında, yüksek hemşire ama beş yıl çalışmış uzun yıllardır çalışmıyor, iki çocuğu var biri kız hukuk fakültesinde ikinci üniversiteyi okuyor, oğlu lisede, kocası askeri hekim emekli, resmi olarak ayrılmamışlar ancak ayrı yaşıyorlar, farklı şehirlerde kalmış, eşinden fazla bahsetmiyor, ailesinde çok doktor olduğunu söylüyor, doktorlara ve ilaç tedavilerine inancının sarsıldığından bahsediyor, ikinci gebeliği çok zor geçmiş, yalnız kalmış, “Kızım yerde ağlardı, kalkıp bakamazdım, üç ay bisküviyle beslendi çocuğum” diye anlatıyor ağır bir bel fıtığı geçirmiş, sonrasında hipofiz²³ bezinde tümör olduğundan, adrenal²⁴ bezinden kitle olduğundan şüphelenilmiş, sık idrar yolu enfeksiyonu geçiriyor, tansiyon düşüklüğü yaşıyor. Çok su içiyor, bu nedenle bir devlet hastanesinde tetkik edilmiş, MRG²⁵ çekilmesi gerekmiş ama kapalı yer korkusu var. Diabetes Insipidus²⁶ olduğunu söylemişler ilaç başlanmış neredeyse ölüyormuş. Her türlü ilaca alerjisi olduğunu belirtiyor, hiç bir ilacı kullanmak istemiyor ancak çok farklı GTAT uygulamalarını defalarca kullanmış. GTAT uygulamalarına meraklı, bu konuda okuyor, dindar, çocuklarına çok düşkün, cömert, bilgili, özellikle GTAT konularında okuyor, öğreniyor. Evinde görüşüyoruz. Ev temiz düzenli. Titiz bir insan. Restoranlara gittiğinde mutfağı kontrol ettiğini, tabak altlarının ıslak olmamasına dikkat ettiğini söylüyor. Yoğurdunu evde mayalıyor, sebzeleri mutlaka üç kez yıkıyor ve sirkeli suda bekletiyor. Görüşmenin bir yerinde beli ağrıdığı için yaklaşık 20 dakika kadar uzanıyor.

²³ Beyinde yer alan vücuttaki hormonların salgılarının düzenlenmesinden sorumlu organ

²⁴ Böbreğin üzerinde yer alan birden fazla hormon salgılayan organ (kortizol, noradrenalin gibi)

²⁵ Manyetik Rezonans Görüntüleme

²⁶ Çok su içme çok idrara çıkma ile seyreden genellikle hipofiz kaynaklı hastalık

ELİF

50 yaşında, uzman hekim, evli eşi de doktor, üniversitede okuyan bir kızı var, sağlık sorunları ile uğraşmış. Hayattan zevk alan, pozitif, neşeli bir kadın ama çok uzun süre nedenini bilmediği ağrılar çekmiş. Tanı konamamış, psikolojik olabileceğinden şüphelenilmiş, farklı tedaviler uygulanmış, tedavilere bağlı ortaya çıkan komplikasyonlarla uğraşmak zorunda kalmış, kanser olabileceğinden şüphelenilmiş sonuçta iyi huylu ama fosfor düzeyini bozan ve kemikler etkileyen bir tümör olduğu anlaşılmış. Ameliyat olmuş ama öncesinde uygun tedavi almamasına bağlı ortaya çıkan sorunlar devam etmiş. Eşi süreç içinde doktorlara daha çok kızmış söylenmiş ama kendisi doktorlara tepkili değil. Hayatını farklı biçimde yaşama kararı almış. Şimdi çalışmıyor arada takasa dayalı işler yapıyor. Çok ciddi ve düzenli spor yapıyor. Hastalık öncesinde aldığı NLP eğitiminin hastalık sürecini atlatmasında yardım ettiğini belirtiyor

ZEYNEP

50 yaşında, kişisel gelişim uzmanı, ofisinde görüşüyoruz, iletişime çok açık, profesyonel hayatı hakkında konuşmak istiyor, fizyoterapist olduğunu, daha sonrasında NLP, EFT, Hipnoz gibi teknikler öğrendiğini anlatıyor. Ortağı var, orada bireysel ve grup eğitimleri veriyor.

BETÜL

44 yaşında uzman hekim aynı zamanda alternatif tıpla ilgileniyor. Evli, iki çocuklu, oğlu çok başarılı, eşi subay, kamuda çalışıyor, akademik çalışmalarla ilgili, İngilizce biliyor. Kısa zaman önce iyi huylu bir tümör nedeniyle ameliyat edilmesi gerekmiş ama herhangi bir sorunu yok. İlaç kullanmıyor. GTAT'ın kanuni

düzenlemelerinin yapılması çalışmalarına katılıyor. Çalıştığı kamu kuruluşunda görüşüyoruz. Sade, konuşması düzgün. Kariyer planları yapıyor ama aile hayatına uygun olmasına gayret ediyor.

EMİNE

65 yaşında, ilkokuldan ayrılmış, altı çocuklu, ikisi küçükken ölmüş, kendi evinde eşiyle yaşıyor, bütün çocukları evli, hepsinden ikişer üçer torunları var. Kendi annesi ocakmış, hastalara okuduğundan bahsediyor. Batıkent'teki evinde görüşüyoruz. Benim görüşmeye geleceğimi duyan iki komşusu da gelip görüşmek istemiş. Hep birlikte muazzam bir sofraya hazırlanmışlar. Komşularına göre daha sakin, yavaş yavaş anlatıyor, bazen anlamakta güçlük çekiyorum. Komşularına onları dinleyeceğimi ancak tezde kullanamayacağımı çünkü tüm görüşmecilerimi biri hariç Türkiye GTAT çalışmasından seçtiğimi söylüyorum. Üzülüyorlar. Son günlerde tansiyonunun yüksek seyrettiğini söylüyor, ilaçları ile ilgili bir kaç öneride bulunuyorum.

HATİCE

56 yaşında kadın, evli, bir kızı bir oğlu var, Etlik'te oturuyor, evinde görüşüyoruz, ocak değil babaannesinden el almış .”*Kızım ben okuyordum nazar değenleri sen oku benim yerime*” demiş. Baş ağrısına, hastalanana bilindik sureleri okuyorum diyor. “*Üç Kuluallah, bir Elham, Ayet-ül Kursi*” Seri değil ama Kuran okuyabiliyor. Okula hiç gitmemiş, kendi kendine okuma yazma öğrenmiş, 14 yaşında evlendirmişler, ilk bebeği üç aylık ölmüş. Bel fitiği var, kadın hastalıklarından ve gözden üç kez ameliyat olmuş. Bana da sende nazar var diyerek okumak istiyor, okuduktan sonra “*Bak başım tuttu, sen de erkek nazarı*

var, erkek nazarı böyle yapıyor. Ben inanırım nazara çünkü benim gelinim var şimdi görürsün çıkınca o benim gelinim oluyor, beraber oturuyoruz. Bir Yasin okutacaktık evde -Serpil git de komşuları al- dedim geldi ki gelinin dili paltaklıyor. Anam kurban olayım yavrum ne oldu diri gittin esneye esneye çatlayacaktım. Ben inanıyorum nazara bir de mavi gözlülerin değer derler suçlarım kendimi gözlerim mavi diye. Ben hastalanınca doktora giderim başkasına gitmem, en fazla kendim okurum “ diyor. “Doktora güvenmeyip ne yapacağız, öbürlerinin ne olduğu belli değil bari bunların iyi kötü diploması var”.

MERYEM

47 yaşında, hekim, 2 oğlu var, eşinden yıllar önce ayrılmış, 23 yıldır uzman hekim olarak çalışıyor, neşeli dışa dönük, renkli giyiniyor, zorlu bir hastalık dönemi sonrasında (kısmı felce neden olan bir tümör cerrahisi) hayatında GTAT yöntemleri kullanarak değişiklikler yapmış. Güven “*Sorgulamaktır*” diyor ve ekliyor “*Kendimi güvende hissetmek için güven duygusunu bende uyandıran hekimlerin takibinde tutuyorum kendimi. Ben hekim olmakla birlikte kendime hekimlik yapmıyorum. Branşımla ilgili bile olsa şikâyetlerim kendime müdahale etmiyorum, güvendiğim bir hekime bırakıyorum. Artı para-medikal bir takım yöntemleri kullanıyorum*” diye anlatıyor. Görüşme yaklaşık bir saat 15 dakika sürüyor bu sürede kendi hikayesinden başka hastalarına yaklaşırken profesyonel mesleki uygulamalarına nasıl iç gözü eklediğinden bahsediyor.

ŞERİFE

40 yaşında, uzman doktor, evli iki çocuklu, GTAT'a inanmıyor. Evinde görüşüyoruz, haftada iki gün gelen yardımcısı var, kedi besliyor, eşi daha yoğun çalışıyor, çocukları küçük, rahat bir ev, ferah, evin her yerinde kütüphane var, okumaktan çok keyif alıyor, son dönemlerde kilo almaktan şikayetçi, zamanı olmadığından yakınıyor, genellikle telaşlı. *“Bunca yıl okuyacağımıza bir kaç ay Çin'e gitsek daha iyi olacaktı”* diyor. Bu uygulamaların böyle yayılmasına insanların körü körüne bunları denemesine tepkili.

SULTAN

46 yaşında bayan, biyolog, evli, eşi, oğlu ve köpekleriyle beraber Çayyolu'nda yaşıyor. Kronik tiroit hastalığı var. Evlerinde köpekler serbestçe dolaşiyor. Evinde görüşüyoruz. Rahatlatıcı bir ses tonu var. Çay içip kek yiyoruz. reiki eğitimi almış, şimdi kendisi de eğitim veriyor. *“Kendini keşfetmek, kendini tanımakla başladı, sonra zamanla gelişti, hocam hocalık yapar mısın? dedi. Ben de peki dedim, önce bir arada kaldım ne öğretebilirim, ne biliyorum bilmiyorum kendiliğinden akış sizi bir yola getiriyor ve siz orada devam ediyorsunuz.”* diyerek anlatıyor öyküsünü. Kayınpederinin son zamanlarında ağrısının reiki ile geçtiğini, annesinin panik atağının bir ölçüde rahatladığını söylüyor. Ama bazen de işe yaramıyor diye ekliyor, *“Bir arkadaşımın babasına yaptım ağrısı geçmedi, arttı, fitik başlangıcı varmış ama ağrı da bir nimet sonuçta”*.

ALİ

38 yaşında erkek hasta, iki çocuklu, kamuda çalışıyor, hiç bir sağlık sorunu yokken bakılan kan değerlerinde trigliserid²⁷ düzeyi ölçülemeyecek kadar yüksek çıkmış, “*Bilsem ölçtürmezdim*” diyecek kadar yılgın, hastaneye yatırılıp kendi sözleriyle kanının değiştirilmesine varan müdahaleler yapılmış, her gün dört tane ilaç kullanıyor. “*Doktorlara güveniyor musun dersin güveniyorum ama doktor kendine güvenmiyor ki ne yapacağını o da bilmiyor, yayınlar onu veriyor olmuyor, hocası bunu yap diyor olmuyor, o kadar çaresiz ki beni görünce biliyorum anlıyorum yüzü asılıyor, ne yapacağız şimdi gene geldi bu diye, alternatif tıpta da denemediğim kalmadı, aloe vera'dan herbal life²⁸'a kadar kimseye güvenmiyorum artık, neyse kaderimiz onu yaşayacağız, Son bir yıldır ne doktora gidiyorum, ne başkasına.*”...

AHMET

45 yaşında erkek, hekim, evli iki çocuklu, acilde çalışıyor. Günde 15-20 hastanın olduğu rahat bir poliklinik, daha önce çok daha yoğun şartlarda çalışmış, şikayet etmemesi gerektiğini söylüyor ama yorgun ve yıpranmış hissediyor. Enerjik bir insan, çalıştığı poliklinikte konuşuyoruz, fazla hasta olmadığı için bana zaman ayırabiliyor, gene de tedirgin ya kapı çalarsa diye....

HASAN

40 yaşında, cerrah, iki çocuğu var, kamuda, doçentlik sınavını vereli dört sene olmuş ama eğitim kadrosuna geçmesi mümkün olmamış, iki çocuğu da özel

²⁷ Kanda bulunan yağların bir tipi

²⁸ Bitkisel tedaviler

okulda okuyor, eşi sağlık sorunları nedeniyle iki yıldır alışamıyormuş, bu yılın sonunda işe dönmek istiyormuş ama “*O zaman da çocuklar onun bunun eline kalıyor, hiç çalışmasa daha mi iyi diyorum bazen ama tek başıma yetişmek de mümkün olmuyor*” diye ekliyor. Çalışma saatleri yoğun, eğitim kadrosunda olmasa da asistan eğitimlerinde görevi var, ayda iki nöbet tutuyor ama icap nöbeti çok oluyor. “*Başka bir okul okusaydım diyorum her gün, pisliğin içinde sabahtan akşama kadar ter içindeyim, eve gidiyorum çocuklarla on dakika ilgilenecek bile enerjim kalmamış oluyor, gene de kimse memnun değil, yanlış tercih mi yaptık?*” diyor bana, kafa sallıyorum, herhalde diye geçiriyorum içimden.

ZEHRA

26 yaşında kadın hasta, evli, bir çocuğu var, önemli bir hastalığı yokken aniden guatr olduğu söylenmiş. Yeniden gebe kalmaya çalışırken tanı konmuş. Kanda çıkmıyor ultrasonda görünüyormuş ilaç önermişler kullanmak istememiş. Televizyonda İ.S'nin dereotu krn duymuş, kahvaltıdan 15 dakika önce a karnına yiyormuş. “*Vallahi billahi geçti*” diyor. Kendi babaannesinden öğrendiği duaları okuyormuş hastalanana, nazar olana. “*Hastaneleri sevmiyorum*” diyor , doktorlar değil sevmediği, güvenlik görevlileri, “*Hep haksızlık yapıyorlar, tanıdıklarını kayırıyorlar*” diye anlatıyor. “*İhlas, Felak okuyorum, biraz tuza, hastanın ağzına bir çimdik koyup, kalanını at ocağa, yansın için için, ne nazar kalır, ne hastalık.....*” Sessizce dinliyorum, parlak kırmızı yanakları var, söylediklerine tüm kalbiyle inanıyor. “*Sen gene de gebe kalmadan baktır tiroidine*” diyemiyorum.

HANİFE

55 yaşında kadın, iki oğlu var, kocasını bir ay önce akciğer kanserinden kaybetmiş, “Kurtuldu” diyor, “Ona da bize de çok zor oldu” diye anlatıyor. “Ben doktor moktor bilmem çok sağlıklıyım” diye ekliyor, “Herif de öyleydi, çok sigara içiyordu ama maşallah dağ gibiydi, bir grip oldu sonra şey yanlış tedavi ettiler adam kanser oldu” diyor. “Hangi yanlış tedavi kanser yaptı ? “ diyorum, “Bilmiyorum doktorlar söylemiyorlar bir şey, bu oğlanlar tutturdu babamızı özele götürelim diye, her şey para olmuş, matbaa gibi para basıyor maşallah muayenehane, parayı da verdik, bir şey olmadı, adam gitti, otçuya da gittik, ısırganlı bir karışım verdi, iyi olacaksa bu iyi gelir demişti hoca” “Otçu mu?” diyerek araya giriyorum “Evet ot da yapıyor dua da okuyor diye ekliyor, işte ölecekse işe yaramaz demişti baştan şey söylemişti yani ona da 8 milyar verdik helal olsun, ama doktora verdiğim parayı helal etmiyorum.....”

MERVE

69 yaşında, kadın, 3 çocuğu var, eşi 25 yıl önce ölmüş, Batıkent’te oturuyor. Arapça biliyor, kendimi kurtaracak kadar biliyorum diyor, Kuran öğrencileri var. Evine gidiyorum, küçük bir ev, torunu var yanında zaman zaman o da karışıyor söze, “67 yaşındayım” deyince “Anneanne annemle 19 yaş var aranızda 69’sun” diye düzeltiyor. Kendi anneannesi, annesi herkes ocak, o da temreye, egzemaya, siğile okuyor. Nasıl yaptığını ayrıntılı biçimde anlatıyor. “Şimdi mesela temre ve egzama vücutta çıkan şeyler için onu kendim abdestli bir şekilde şifa ayetlerini biliyorum ben ezberimde Kuran’dan ezberimde olan şifa ayetler var. (Arapça olarak ayetleri okuyor) “Önce euzu besmeleyle şeyin üzerini çiziyorum. Mesela

ayrı ayrı yerdeyse mesela çok müthiş gördüm Bolu'da bir çocukta gördüm yıllardır yillanmış çok fazla şey olmuştu ki üzeri böyle pütürlenmiş birçok artık doktorlar ümidi kesmişler çok tedavi görmüş geçmemiş her tarafında vardı. Çok fazla vardı yüzünde, elinde, ayağında çok böyle geniş yerde olursa mesela şurada birkaç tane olursa onu bir daireye alıyorum ileride varsa onu bir daireye alıyorum, ayrı ayrı çiziyorum... Kalemin boya geçirmesi lazım ondan sonra şifa ayetlerini ve **(okuyor yine)** yedi sefer o salavat-ı şifa dediğim onu okuyarakta onun üzerini çiziyorum ve üç gün yikanmamasını, 3 gün su değmeyecek oraya söylüyorum. Çarşamba sabahı aç karnına okumak çok önemli.” Yakın zamanda göz ameliyatı geçirmiş doktoru nazar değdiğini söylemiş, gerçekten çok nazar değiyormuş. Ocak olan ailesini söyle anlatıyor “Annem herkese karşı çok merhametliydi, maddi durumları da iyiydi herkese karşı el uzatan, böyle birisiydi. Kimsenin kalbini kırmaz dünya fazla şey yapmaz yaptığı şey Allah'ın. Dört tane bahçemiz vardı bizim biz sadece bir kız bir oğlanız ki bir bahçe bizim başımızda aşıyor sadece fakirler için yapardı onu. Babam da aynı şekil böyle fakir babalarıydı evimize devamlı fakirler... Hatta bir anımı anlatayım hep şeyimdedir örnek bir insan. Babam rahmetlik büyük baş hayvan alırdı onu beslerdi, onu keseceği zaman kışa kesiliyor yanına da birkaç koyun da alır onu keserdi büyük bir leğenimiz vardı, kalaylı kavurma leğeni o büyük bir ateş yakılır orada kavrulur günlerce et doğranır bütün köyde ne kadar fakir varsa onları toplar, şeyine oturtturur o sıcak şeyinde kendi şuraya oturur onları seyrederdi. Ekmek yiyeni gebertirim derdi böyle söylerdi...” “Annemin ölümü de çok ilginç oldu” diye ekliyor; “Annem madımağı çok severdi. Komşusu diyor “Hacı Teyze iyi ki geldin madımak pişirdim” diyor. “İyi olmuş Dürdane yeriz” dedi “İnşallah” dedi geldi diyor kayınvalidemle görüştü onun elini öptü,

konuşuyorlardı diyor birden diyor böyle birden irkildi diyor “Ben kalkıyorum” dedi diyor. “Hacı Teyze hani madımak yiyecektik, hayır hayır dedi” diyor. “O kadar değişti ki yüzü hatları, bakışı yani başka bir âlem” diyor. Kalktı diyor gitti diyor anlayamadık diyor. Eve gelmiş eve gelince de ortalığı böyle şeyleri filan düzeltmeye başlamış. Ağabeyim şaşkın şaşkın demiş “Hacı anne ne yapıyorsun? “Ya kapıda” demiş “Bir sürü misafir var görmüyor musunuz? demiş. “Hazreti Ebubekir, Hazreti Ömer Faruk, Hazreti Osman bütün sahabe kapıda bekliyor bak arabalar üstten levhalarda isimleri yazıyor” demiş.” Bize misafir geldiler” demiş. Biz de diyor çok hayret ettik anneme diyor çok ayrı bir değişik bir haller diyor. Ondan sonra diyor devamlı diyor onlarla konuşmaya başladı diyor. Peygamber efendimizle konuşuyor, çok değişik halleri var diyor, bir kaç gün sonra da öldü zaten” Bana da ayrılmadan bir nazar duası okuyor.

MEHMET

60 yaşında erkek, aktar sahibi, konuşmaya başladığı an pişman oluyor, kayıt yapmama izin vermiyor. Not aldığım şeylerin sadece söylediği şeyler olmasını istiyor. Doktorlara çok öfkeli, hiç bir şey bilmediklerini düşünüyor, benim doktor olduğumu tahmin etmediği anlaşılıyor, daha çok GTAT ile ilgili konuşulacağını umduğunu hissediyorum, bu yüzden daha da sinirleniyor. Beş yıl evvel bel fitiği olduğunu onu ameliyat etmek istediklerini söylüyor. Doktora “*Kaslarımı keseceksin, zayıflatacaksın, bir de garantisi yok diyorsun, ya felç olursam*” dediğini , bamyaya ve alabalık sararak belini iyileştirdiğini anlatıyor. “Hekimler paragöz onlar 500 alıyorsa ben 100 alıyorum ”, ne için aldığını soruyorum, “*Ben de tedavi ediyorum*” diyor. “*Kolesterol denen şeyi yedi kişi belirliyor, akli olan doktora gitmez*” diye ekliyor “*Kuran-ı Kerim’de bir derde bin deva vermedik mi*

diyor, kangal yavrusunu kuma gömer, en iyi dezenfektan topraktır” dediğinde tetanos diyemiyorum. “Kendine benzeyenle tedavi edeceksin, beyini cevizle, böbreği fasulye ile. Doktorlar, aletlerin, ilaç firmalarının esiri, döner sermaye performans diye ölüyorlar, tıbbi makineleştirdiler” diye devam ediyor. “Çok iyiler bu alternatif tıpçılar ama doktordan, devletten korkuyorlar. Koyunun ödünden kına yapar sürersen ayağına iyileşirsin. Topuktan, tükürükten, tırnaktan bakar bakmaz anlayanlar var, onca tahlille çocuk da anlar hastalığı” diyor, dişlerimi sıkıyorum, kendi yerinde görüşmek istemediği için benim çalıştığım yerde görüşüyoruz, kalkıp gidemiyorum. “Hekim yolu açmazsa hasta giremez” dediğini duyuyorum kalkarken, “Bu zamanda tüm hekimler yolları kapatmış....”

HAVVA

48 yaşında, kadın, evli, bir kız bir oğlan iki çocuğu var, aktif çalışıyor, *“Bazı insanlar sadece hayata güven üstünden tutunabilirler dolayısıyla önemli bir anlamı var. En azından benim için öyle. Bütün ilişkilerin temelinde güven olduğunu düşünüyorum dolayısıyla güvenin eksik olduğu noktalarda ilişkinin aksak yürüyeceğini düşünüyorum.”* Kendi iç dünyasını düzene koymak, zorluk yaşadığı konularda çözüm üretmek için kişisel gelişim, öfke kontrolü gibi kurslara gittiğini anlatıyor. Kurslarda sınıfa girdiğiniz anda oturmayı tercih ettiğiniz koltuktan, koltukların rengine kadar her şeyin bir ifadesi karşılığı olduğundan bahsediyor. Yumuşadığını, empati kurmayı becerdiğini anlatıyor kurslarla.

ZELİHA

Çok sessiz bir çocuk, 22 yaşında, baba anne ayrı, annesiyle yaşıyor, bir erkek kardeşi var, okul başarısı yüksek, astroloji, numeroloji, el falı merakı var, ailesinde ocaklar varmış, çocukluğunda çok zayıfmış astım geçirmiş, annesi çok düşkün, beslenmesine dikkat ediyor, *“Doktora güvenirim çocukluğundan beri beni takip eden E. Ablam var, onun sayesinde astımdan kurtuldum”* diyerek anlatıyor, şimdi hemen hemen hiç atak geçirmiyormuş, *“baharda polenler azdığına belki”* diyor ama genel olarak çok sağlıklı hissediyor, glütensiz beslenmeden fayda gördüğünü söylüyor, *“Ot çöp inanman öyle şeylere ben şarlatan onlar”* diyerek ekliyor ama *“Astroloji, numeroloji bunlar bilim.”* El falında çok iyi olduğunu söylüyor, elimi avucuna alıyor, *“çok uzun bir ömür görmüyorum diyor”*, buz kesiliyorum, *“Ama güzel bir ömür”* 22 yaşın pervasızlığına güleyim mi dertleneyim mi bilemiyorum.

FADİME

56 yaşında, kadın, uzman hekim, eşinden ayrı, emekli, diyabet hastalığı var, ilaçla takip ediliyor, kalçasında kireçlenme var o nedenle baston kullanıyor, doktor bir arkadaşı vasıtasıyla alternatif tıpla ilgilenmeye başlıyor, manevi bir grupla tanışıp kuran tefsiri eğitimi almış 20-21 sene bir hocadan. Kuran eğitiminin güzel ahlaklı insan olmaya yönelik Kuran eğitimi olduğunu söylüyor. Aynı zamanda kendisinde rüyalarla başlayan bir takım değişiklikler hissetmiş. Çocukluğundan beri başı ağrıyan birine enerji aktarımında bulunabildiğini hissediyormuş. Düzenli eğitim alarak reiki masterı olmuş, hipnoz öğrenmiş, NLP, biyoenerji üzerine konferanslar vermiş, muayenehane işletmiş.

ESRA

43 yaşında, iki oğlu üç torunu var, okur yazar değil, ocak, Nevşehirli, eşi şizofren, babaannesi annesine, o da kendine el vermiş. “*Mesela ben Elemtere’den başlıyorum Ayetel kürsiye kadar okuyorum. Yel isen nazar isen çık git dağlara taşlara ulu ulu ağaçlara ıssız evlere ben kestiremedim sen kestir Allah aşkına Muhammed aşkına diyorum üflüyorum böyle annem gibi, başım ağrıyor diyenlere nazar olanlara, karnı ağrıyana... Annem ipin keteni olur bilir misin bilmiyorum onu böyle didiklerdi kırmızı bez koyardı buraya onu da buraya koyardı onu yakardı üstünde burada okurdu yaktıkça okurdu onu yaktı azıcık yakardı alırdı o külünü pekmez sürerdi buraya o külü de buraya sürerdi, (gösteriyor) o al bezi de koyardı üstüne de bir yemeni bağlardı üç gün üst üste öyle yakardı annem. Hele bir tane bayan vardı ne doktorlara gitmiş geçmedi annemle geçti ne dua ederlerdi anneme ama ne dua al al olur parlardı yüzleri ama burada öyle bir şey yok tıp ilerledi olsa bile yani burada okutma mokutma yok bu mesela 35 sene önce 40 sene öncesi. İşte bunlar öyle geçerdi Duygu Hocam ya eskiden nasıl böyle bir adetlermiş bilmem. Şimdi memlekette şimdi yani ne böyle çubuk oluyor, kırk basar derlerdi Sen doğurdun ben de doğurdum 20 günlüğüz ikimizde ben senin üstüne gelirse senin çocuğun 40 basar...” “Hiç korkmam doktordan, güvenirim, eski usuller bunlar” diyor, her şeyi kocasının 15 günde bir yapılan iğnesini bile tam ismiyle sayıyor, kafam çok çalışır benim ama okutmadılar, bire bile göndermediler”, içim sızlıyor, kalkarken sarılıyoruz...*

HACER

53 yaşında, 33 yaşında bir oğlu var 22 yaşında eşinden ayrılmış, ocak, nazara karşı suya karşı köz attığını anlatıyor. Yalnız çocuklara yapıyormuş “*Büyüklere*

yapınca başım tutuyor” diye anlatıyor ama artık ateş atmıyormuş. Sadece evde yapıyormuş, kendi çocuğuna yeğenlerine. Kardeşinin karısını okuduktan sonra kötü olmuş. İlkokul mezunu, hayalinde üniversite okumak varmış, terzilik yaparak geçinmiş, bir daha evlenmemiş, oğlu evlenmiş evlendikleri kız çeteymiş ellerinde avuçlarında ne varsa almış götürmüş, çok üzülmüş karaciğerinde siroz başlamış. Eşi aynı köydenmiş, alkolikmiş, çöplerde yaşıyormuş. “Şu oğlanı bir evlendirsem, rahat edeceğim” diyerek bitiriyor sözlerini.

ÖZLEM

48 yaşında , evli, iki tane kızı var, Lüleburgaz’da yaşıyor, ikinci doğumunu yaptıktan sonra bazı ses duymaları başlamış. *“Mesela ben normal dururken böyle ya da üzüldüğüm bir zamanda sanki böyle gelip omzuma dokunup buna gerek yok ben seni destekliyorum, niye üzüliyorsun diyordu. Önceleri yani bunun hayal gibi olduğunu düşündüm ya da ben beynimde bir şeyler hissettiğimi kendimi teselli ettiğimi zannettim hani böyle üzüldüğümde bana bir şeyler olduğunu fark ettim. Birkaç zaman sessizce kendimi dinledim ta ki artık iyice bir şeyleri çok aydınlık görmeye başladığımda eşimle paylaştım.. Nasıl mesela gece işten geldiğinde dedim ki ben senin cebindeki ne kadar paran olduğunu görüyorum. Bunu kimseye anlatamıyorum bir tek eşimle paylaşabiliyorum deli mi derler nedir bu böyle durup dururken bir şey soramazsın ki karşıdaki arkadaşına. Dedi ki valla fark etmedim bu gün hiç cebimdeki parayı da kontrol etmedim ama dedim öyle olduğunu görmüyorum mesela 50 lira demeyeceğim ne kadarı 5lik 10luk işte ne kadar varsa hepsini dedim çok net olarak görebiliyorum bir bakayım dedi çıkarttı benim dediklerim gibi doğru”.* Üç harfli gibi bir şey değil ama yumuşak bir ses, sürekli bir şeyler söylüyor, ben çok yıpranmaya

başladım, anneme anlattım, uğrama olmayasın dedi, lohusalara olur, Yaradan'ın takdiri bazen iyi, bazen kötü,....” Sonrasında hocaya gidişlerini, hocanın bunun büyük bir şans olduğunu ve bu durumun rızıklarını arttıracığını söylediğini anlatıyor. Arkadaşının kocasının kumar oynadığını, başka birinin hastalığını, alacakları arabanın rengini tahmin etmeye başlayıp bu söyledikleri yayılınca kahve falı bakmaya başlamış. İnsanların rahatsızlıklarının da ultrason gibi görünmüş.

HÜLYA

33 yaşında, evli ikiz çocukları var, akademisyen, Eryaman'da oturuyor, İngilizce biliyor. 17 yıl önce eklem romatizması tanısı konmuş, sonra çocuk sahibi olmak için tedavi görmüş o ara hastalığı ile ilgili tedaviyi bırakmış, annesinde yüksek tansiyon ve astım var, babası o küçükken ağaçtan düşmüş, felç geçirmiş, sonra konuşması bozulmuş, doktorlar tedavi edememiş, hayal meyal babasının şehir dışında bazı hocalara tarikatlara götürüldüğünü hatırlıyor. Çocuk sahibi olabilmek için aklının kabul etmediği ama denemekte zarar görmediği bir takım tecrübeleri olmuş.

YASEMİN

40 yaşında evli işletme mezunu, master eğitimi var, iki oğlu var aralarında dört yaş var, yoga ve meditasyon eğitmenliği yapıyor, evinde görüşüyoruz, yardımcısı var. Genellikle yakınlarının tavsiye ettiği hekimlere gittiğini söylüyor. Reiki eğitimlerinin ilk iki basamağını tamamlamış. Endişe ile ilgili problemlerini çözmeye çalışırken yoga ile tanışmış, sonrasında devam etmiş. Hekimden, hastaneden genel bir korkusu var, hastalık ve ölüm çağrıştırdıklarını düşünüyor.

Dinlemek çok keyifli, yoga, meditasyon, şifa konusunda derin bilgisi var, sonuçta hekimlerin önerilerini yapmadan alternatif tıbbın tek başına yeterli olmayacağına inandığını söylüyor. Bana da reiki uyguluyor, ellerimi avuçlarına alıyor, “Hissediyor musun? diye soruyor, ne hissetmem gerektiğini tam bilmiyorum ama ellerim ısınıyor, gevşiyorum...

MUSTAFA

35 yaşında, hekim ama alternatif tıp uzmanı olarak çalışıyor, Çin, Azerbaycan, Rusya ve Almanya’da akupunktur, sülük, bitkisel tedaviler, kolon terapi*²⁹ eğitimleri var. Büyük bir GTAT merkezinde sorumlu hekim olarak çalışıyor. Oraya görüşmek üzere gidiyorum. Beklerken el broşürlerini okuyorum. Uzun bir yasaklar listesi var. Amalgam diş dolguları, diş macunu (içerdiği sodyum florid fare zehridir yazıyor), teflon tavalar, yemeklerde sadece zeytinyağı ve tereyağı serbest, refine edilmiş tuz (doğal kaya tuzu kullanın yazıyor), beyaz un, kutu süt, hazır yoğur, doğal olmayan sabun bulaşık çamaşır deterjanları, monosodyum glutamat (çin tuzu) içeren her şey (hazır çorba ve bulyonlar, işlenmiş etler, doğal olmayan sakızlar, soya içeren her şey, fast-food gıdalar, cips, kraker, bebe bisküvileri, asitli içecekler (doğal limonata, vişne suyu, ayran, karadut suyu ev yapımı olmak kaydıyla içilebilir diye belirtilmiş), mısır şurubu ile yapılan tatlılar ve hazır dondurmalar. Bu saydıklarımın hepsi yasak listesinde. Broşürde ayrıca klinikte uyulması gereken kurallar, uygulanan tedavilerle ilgili bilgiler (sülük için örneğin depresyon, fobiler, Parkinson, multiple skleroz, egzama, boyun fıtığı, hepatite iyi geldiği yazıyor) gibi tedavilerin olası yan etkileri (alerji, bezeler oluşması), sağlıklı yaşamın yolları, alkali ve asitli yiyeceklerin bir listesi yer alıyor. Ortam biraz karanlık, duvarlarda

²⁹ Kalın bağırsağın lavmanla boşaltılması esasına dayanan tedavi yöntemi

resimler, dualar var. Bekleyenlerin sayısı oldukça fazla. Sekreterler ve hemşireler var sessizce işlerini yapıyorlar. Hekim/GTAT uygulayıcısının odasında görüşüyoruz. Bitki çayı ikram ediyor. Yaptığı işe çok inandığı belli. Bir saatten fazla görüşüyoruz, benim branşım ile ilgili olduğu için tiroitten iyileşen çok hastaları olduğunu, kliniğe geldiğinde beni arayacağını söylüyor, sanıyorum yoğunluktan, aranmıyorum.



EK-2. AÇIK UÇLU YARI YAPILANDIRILMIŞ MÜLAKAT SORULARI

Hastalar İçin:

Kendinizi tanıtır mısınız?

Hastaneye neden başvurduunuz? Hastalık sürecini anlatır mısınız?

Alternatif tıp diye bilinen yöntemleri kullandınız mı? Neden? O süreçten bahseder misiniz?

Güven sizce nedir?

Hekime güvenmeniz için neler gereklidir?

Alternatif tıp uygulayıcısına güvenmek için neler gereklidir?

GTAT Uygulayıcıları İçin:

Kendinizi tanıtır mısınız?

Eğitiminizden, yaptığınız işlemlerden ayrıntılı bahseder misiniz?

Hastalara tedavi süresindeki yaklaşımınızı anlatır mısınız?

Güven sizce nedir?

Hekime güvenmek için neler gereklidir?

Sizce hastaların size duydukları güvenle hekimlere duydukları güven arasında farklılıklar var mıdır?

Hekimler İçin:

Kendinizi tanıtır mısınız?

Hastalara tedavi süresindeki yaklaşımınızı anlatır mısınız?

GTAT hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Güven sizce nedir?

Hekime güvenmek için neler gereklidir?

Size hastaların size duydukları güvenle GTAT uygulayıcılarına duydukları güven arasında farklılıklar var mıdır?

Hekim olma durumundaki değişiklikleri (hekim olmak istediğiniz günden bugüne) anlatır mısınız?

