

HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİNDE GİZLİ BARIKATLAR: AYRIMCILIK VE MİKRO SALDIRGANLIK

Ahmet Selim BAŞARAN* Selçuk CANDANSAYAR**

Öz: Hasta hekim ilişkisi tanı ve tedavinin başarısını belirleyen bir etkileşim sürecidir. Hekimlerin büyük bir kısmı hastalarına yönelik bir ayrımcılık yapmadıklarını düşünürler ancak her sosyal etkileşimde olduğu gibi, hasta-hekim ilişkisi içinde de karşılıklı önyargılar olabilir. Hekimler de içinde buldukları toplumun bireyi olarak ırkçılık ve ayrımcılık sorunundan muaf değildirler. Günümüzde daha sinsi ve örtük görünümlere sahip olan ırkçılık, geleneksel biyolojik ırksal ayrımlardan öte toplumda azınlık konumunda olan birçok grubu kapsayacak şekilde genişlemiştir. Mikro saldırganlık terimi, bu modern ırkçılığın günlük etkileşimdeki görünümünü betimlemek için geliştirilmiştir. Hasta-hekim ilişkisinde de bazen daha açık, bazen de daha örtük biçimde bu mikro saldırganlıklar görülebilmektedir. Hasta-hekim ilişkisini diğer sosyal etkileşimlerden ayıran bazı temel özellikler mikrosaldırganlıkların oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Daha adil ve eşitlikçi sağlık hizmeti sunabilmek için mikro saldırganlıkların farkına varılması ve bunların önlenmesi için hekimlerin eğitilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: ırkçılık, ayrımcılık, mikrosaldırganlıklar, sağlık sistemi, hasta- hekim ilişkisi

Hidden Barriers in Patient-Physician Relationships: Discrimination and Microaggressions

Abstract: The services provided by physicians to their patients manifest through a process of reciprocal interaction. This interaction can sometimes be inherently therapeutic, while at other times it becomes a crucial component of adherence to treatment. Although many physicians believe they do not discriminate against their patients, mutual prejudices can exist within any social interaction, including the patient-physician relationship. As members of society, physicians are not exempt from the evolving concept of racism. Today, racism has more insidious and covert manifestations, extending beyond traditional biological racial distinctions to encompass a broader range of minority groups. The term "microaggressions" was developed to describe these manifestations of modern racism in daily interactions. These microaggressions can be evident in the patient-physician relationship, sometimes overtly and sometimes covertly. Certain fundamental characteristics of the patient-physician relationship, which distinguish it from other social interactions, can facilitate the formation of these subtle behaviors. Recognizing and preventing microaggressions through proper education for physicians is of paramount importance for providing more just and equitable healthcare services.

Key words: racism, discrimination, micro aggressions, health system, patient-physician relationships

"32 yaşında, üniversite mezunu, çalışmayan, evli, üç çocuğu olan Melek, bir kamu üniversite hastanesinin plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvurur. Melek sağ memesinin sol memesine göre küçük olmasından, sosyal ortamlarda dış görünümünün bu nedenle dikkat çekmesinden ve sık sık sorulara maruz kalmaktan rahatsız olduğunu belirtir. Ankara'ya deprem bölgesinden gelen Melek, depremden önce yaşadığı şehirdeki tıp fakültesine başvurmuş ve operasyon kararı alınmış fakat deprem nedeniyle operasyonu iptal olmuş. Daha sonra kendisi ve ailesi güvenli barınma koşulları olmadığı için Ankara'ya gelmişler. Melek ergenlik döneminden beri dış görünüşünden rahatsız oluyormuş ve üniversite mezunu olmasına rağmen çalışmaktan kaçınmış. Deprem sonrasında değişen hayat koşullarıyla birlikte eşiyile evlilik içi çatışmaları başlamış ve boşanmaya karar vermişler. Depremden iki ay sonra Ankara'da başka bir üniversite hastanesine başvurmuş. Muayene eden hekim 'depremde insanlar kollarını, bacaklarını kay-

bettiler, bunun için başvurmaya utanmıyor musun" dediği için o merkeze tekrar gitmemiş. Ancak eşinden ayrılıp, çalışmayı planlayan Melek, öncelikle kendini beğenmek için tekrar plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahiye başvurmaya karar vermiş. Melek'i değerlendiren hekim sağ memesinde hipoplazi olduğunu söyler ve ameliyat olduktan sonra eşinin kendisine tekrar döneceğini düşünüp düşünmediğini sorar. Melek bu soru karşısında öfkelenir ve 'memem değil de elim küçük olsaydı veya elimde yara izi olsaydı da aynı şeyi söyleyecek miydiniz?' diye sorar"

Kimlik bilgileri değiştirilen bu vakayı okuyan hekimler, hastayı muayene eden iki hekimin de hastaya ayrımcılık yaptıklarını, yargıladıklarını, suçladıklarını fark edebilirler. Ancak klinik pratiklerinde karşılaştıkları benzer vakalardaki tutumlarını düşündüklerinde kendilerinin de vakadaki meslektaşlarına benzer tutum ve davranışlar gösterip göstermediklerinden emin olamayabilirler.

*Araş. Gör. Dr. Rub Sağlığı ve Hastalıkları A. D, Gazi Üni. Tıp Fak., (ORCID No:0000-0002-9954-3085)

**Prof. Dr. Rub Sağlığı ve Hastalıkları A D, Gazi Üni. Tıp Fak.,(ORCID No:0000-0002-7708-3321)

Geliş Tarihi / Received : 13.05.2024

Kabul Tarihi / Accepted : 07.06.2024

Hekimler genellikle hastalarına yönelik herhangi bir ayrımcılık yapmadıklarını, hoşgörülü olduklarını ve mesleki uygulamalarını hastalarının sağlıklarını daha iyi bir düzeye getirmek için kullandıklarını söylerler (**Sue ve ark. 2007a**). Birçok hekim için bu doğrudur da. Fakat yukarıda verilen örnekte görüldüğü üzere hayatın her alanında olduğu gibi hasta-hekim etkileşiminde de çoğunlukla her iki tarafın da bilinçli düzeyde farkında olmadıkları önyargılara dayalı ayrımcılık ve saldırganlık olabilir (**Kraemer 1995, Hall ve ark. 2015**).

Hekimler ve diğer sağlık çalışanları sağlık hizmeti sürecinde hastalarla sürekli etkileşim içerisinde. Sağlık hizmeti kitaplardan alınan teorik bilgi ya da kanıta dayalı tanı tedavi algoritmalarının doğru uygulanmasından daha karmaşık bir süreçtir. Hekimin hastasıyla sözel veya sözel olmayan etkileşimi "kanıta dayalı olarak uyguladığı tıbbi tedavilerden" ayrılmaz ve çoğu zaman uygulamanın niteliği ve başarısını dolaysızca belirler. Bu etkileşim kimi zaman, psikiyatrik tedaviler gibi, başlı başına tedavi edici bir nitelik taşıyabilirken, kimi zaman da insülin tedavisi gibi hastanın tedaviye uyumunun önemli etkenlerinden biridir (**Stewart 1995**). Bu nedenle hekimlik, yalnızca "doğru bilgiye" dayalı olmaktan öte, toplumsal, etik ve ideolojik bir boyut taşır.

Bu yazıda önce günümüzde ırkçılığın nasıl bir görünüme büründüğü gösterilip ardından bu sorunun hasta-hekim ilişkisine etkileri ele alınacaktır.

"35 yaşında, «doğu» kökenli, ilkokul mezunu, çalışmayan, üç çocuğu olan, İstanbul'un sosyo-ekonomik düzeyi düşük bir semtinde yaşayan Ayşe bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvurur. Ayşe, son zamanlarda kendisini suçlayan sesler duyduğunu, iyi bir eş ve anne olmadığını, çocuklarına yeni bir anne bulmak istediğini, geceleri uyuyamadığını, uyku ilacı yazdırmak için başvurduğunu belirtir. Ayşe konuşurken kelimeleri bulamaması ve duraksamaları nedeniyle psikiyatr ile iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Değerlendiren hekim Ayşe'nin "zihinsel kapasitesinin sınırlı" olduğunu düşünür ve psikotik semptomlarına yönelik antipsikotik tedavi başlayıp kontrole çağırır.

Ayşe aynı devlet hastanesine kontrole geldiğinde ilk değerlendiren hekimi bulamadığı için başka bir hekim tarafından muayene edilir. Tedaviden fayda görmemiştir. Çok yavaş konuşmaktadır ve duraksamaları artmıştır. İkinci psikiyatr tanımı tekrar gözden geçirmeye karar verir. Görüşmede Ayşe'ye ana dilini sorar. Ayşe'nin ana dili Türkçe değildir ve Türkçeyi 7 yaşında ilkokula gittiğinde öğrenmiştir. Görüşme derinleştirildiğinde Ayşe'nin üç çocuğunu yardım olmadan tek

başına büyütebildiği, ev işlerini tek başına yapabildiği, son beş aya kadar kitap okumanın en çok sevdiği hobisi olduğu anlaşılır. Ayşe'den onay alarak eşyle de görüşmek ister ve Ayşe'nin yedi aydır sürekli yatmak istediğini fakat çok az uyuduğunu, artık yemek bile yapacak gücü olmadığını, yemek yapamadığı için çocuklarını aç bıraktığını söylediğini, anne olmayı hak etmediğini söyleyerek ağladığını öğrenir. Psikiyatr, Ayşe'nin psikotik özellikli depresyonu olduğunu düşünür, antidepresan tedavi başlar ve antipsikotik ilacın dozunu düşürür ve bir süre sonra kesilmesini planlar."

1. Irkçılık ve Modern Irkçılık

Yukarıdaki vakada ilk psikiyatr hastaya ana dilini sorsaydı, hastanın kelimeleri bulmakta zorlanmasının, konuşurken duraklamasının anadiliyle konuşmamasına bağlı olabileceğini düşünebilecekti.

Irkçılık, bir ırkın diğerlerinden üstün olduğunu iddia eden bir ideolojidir (Fredrickson 2015). Biyolojik ve toplumsal farklılıklara dayanan bu ideoloji, genellikle korku ve aşağılamayı temel alır. Sınıflı toplumun ortaya çıkmasından bu yana ırkçılık farklı görünümde üretim ilişkileri ve toplumsal düzeni belirleyen önemli bir değişken olagelmıştır. Ancak I. Wallerstein'e göre kapitalist dönemde ırkçılık sadece biyolojik ve toplumsal ölçütlere dayalı basit bir kavram olmaktan öteye giderek sistemi düzenleyen bir sihirli formül olarak işlev görmeye başlamıştır (Wallerstein ve Wallerstein 2000). Sermaye birikimi işgücüne dayalı emek sömürüsü ile gerçekleştirilebilir. Emek sömürüsüne rıza, eşitsizliğin kurumsallaştırılıp, meşrulaştırılmasıyla üretilir. J. B. Foster da ırkçılığı kapitalizmin temel bir unsuru olarak görür ve sınıf mücadelesiyle bağdaştırır (**Foster 2000**). Kapitalizm ırkçılığı hem teşvik eder hem de besler. Wallerstein ırkçılığın artık yok etme amacı gütmeye başladığını ancak emek gücünde hiyerarşik bir yapılanmayı sağlamak ve emek gücündeki üstünlüğü belirginleştirmek için değişimden geçtiğini düşünmektedir. Gruplar arasındaki hiyerarşinin değişebileceğini, bazen kaybolabileceğini veya birleşebileceğini vurgulayan Wallerstein, her zaman sistemin içinde «ötekileştirilmiş» grupların oluşacağını öne sürer. Günümüzde de sistem kendi koşullarına uygun olarak yeni gruplar oluşturmaya devam etmekte ve bu gruplar arasındaki sınırlar, modern ırkçılık anlayışıyla daha keskin bir şekilde belirlenmektedir. (**Wallerstein ve Wallerstein 2000**).

"43 yaşında, evli, lise mezunu, bir çocuğu olan ve inşaat işçisi olarak çalışan Mehmet Endokrinoloji servisinde kan şekeri regülasyonu nedeniyle yatarken psikiyatriden konsültasyon istenir. Mehmet'in beş

yıldır diyabet tanısı varmış. Tanı aldığı ilk dönemde oral anti diyabetiklerle tedavisi yapılmış fakat son bir yıldır insülin tedavisi de almaktaymış. Tedaviye yeterli uyum sağlamadığı için psikiyatrik görüşme istenmiş. Önerilen diyet programına uymuyormuş, zaman zaman insülin dozlarını atlıyormuş veya geciktirdiği oluyormuş. Psikiyatr görüşmesi sırasında Mehmet'in 19 yaşında bir oğlu olduğunu, şehir dışında üniversitede okuduğunu öğrenir. Oğlunun eğitim masrafları nedeniyle son dönemde daha çok çalıştığını, bazen geceleri ek mesai yaptığı anlatır. İş koşulları nedeniyle bazen ilaçlarını unuttuğunu ve önerdikleri besinleri alamadığını anlatır. Endokrinoloji hekiminin önerilerini uygulamadığı ve vakitlerini boşa harcadığı için utanmaktadır. Ancak maddi durumu nedeniyle çalışma koşullarını düzeltmeyeceğini, oğlunu okutmanın sağlığından daha önemli olduğunu düşündüğünü söyler. Bu öğrendiklerinin üzerine Mehmet'i değerlendiren psikiyatr endokrinoloji hekimiyile görüşür, diyetisyenin Mehmet'in temin edebileceği besinlerle bir diyet hazırlama olanağı olup olmayacağını ve gün içinde daha az sıklıkta kullanabileceği bir insülin tedavisi olup olmadığını sorar."

2. Yapısal ve Sistemik Irkçılık

Yapısal ve sistemik ırkçılık kavramları da sağlık hizmetleri içerisindeki ırkçılığı anlamamızı kolaylaştırabilir. Yapısal ırkçılık; sağlık sisteminin, azınlık gruplarının sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştıran politikalar, uygulamalar ve kurumsal düzenlemelerle şekillenmiş olmasıdır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişim, teşhis ve tedavi süreçlerinde eşitsizliklere yol açar (Bailey, Krieger et al. 2017). Sistemik ırkçılık ise hekimlerin bilinçli veya bilinçsiz önyargılarının ve ayrımcı tutumlarının, azınlık gruplarının bakım kalitesini olumsuz etkilediği durumlardır (Williams and Mohammed 2009). Yapısal ve sistemik ırkçılık modern ırkçılık biçimlerinin üstünde kolayca yeşerebildiği verimli bir vasat işlevi görmektedir.

Günümüzde ırkçılık, eşitlikçi değerlerin bilinçli bir düzeyde işlendiği fakat azınlık karşıtı görüşlerin bilinçsiz ve örtük olduğu bir görünüme bürünmüştür (Jones 1997, Thompson ve Neville 1999, Devos ve Banaji 2005). Irkçılığın daha örtük biçimleri modern ırkçılık, sembolik ırkçılık ve kaçınmacı/ "aversif" ırkçılık olarak adlandırılmıştır (McConahay 1986, Sears 1988, Dovidio ve ark. 2002). Irkçılığa dair bu üç terim de ortak özellikler taşır. Bu terimler, ırkçılığın her zamankinden daha fazla gizlenmiş ve örtük olma olasılığının yüksek olduğunu, açık ve alenen sergilenen eski moda ırkçı nefret ve bağnazlıktan, tanımlanması ve fark edilmesi daha zor olan

belirsiz ve muğlak bir biçime evirildiğini vurgular. Bazı açılardan, bu üç ırkçılık biçimi ve geleneksel ırkçılık bir süreklilik boyunca sıralanabilir; kaçınmacı/aversif ırkçılar bilinçli farkındalığın en az olduğu bir bilişsel yapılanma gösterirken, onları biraz daha önyargılı olan modern ve sembolik ırkçılar izler ve son olarak eski moda, bilinç düzeyinde saldırganlık düşünceleri de olan ve hatta fiili saldırılarda bulunabilen geleneksel biyolojik ırkçılar gelir (Nelson ve Olson 2023).

D. Harvey'e göre yeni sağ ideoloji, günümüze uyarlanmış ırkçılık biçimi olan modern ırkçılık kavramının kaynağıdır. Bu ideoloji, kapitalist sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak ya da sosyal devlet anlayışını yok etmek amacını taşıyan politik bir sistem olarak ifade edilebilir. Milliyetçilik ve din vurgusuyla ulusal ve kültürel bütünlüğü sağlama fikrine dayanır (Harvey 2007). Yeni sağ ideolojiye göre toplumun ortak ahlaki değerlere sahip olması önemlidir. Bu değerlere sahip olmayanlar toplumsal düzeni bozar ve cezalandırılmalıdır (Gamble 1994). Bu bağlamda kültür, toplumsal düzenin korunması ve üzerinde hakimiyet kurulabilecek bir alan olarak görülür. Çocuk, eğitim, kadın, cinsellik, toplumsal cinsiyet rolleri, cinsel yönelim, dini ve etnik kimlik gibi kavramlar, toplumsal düzen için tehdit oluşturabilecek "sabitlikler" olarak ele alınmıştır (Harvey 2007). Modern ırkçılık, bu politik zeminde ortaya çıkmıştır ve toplumdaki farklılıkları ortak kültürel değerlere göre değerlendiren ve yargılayan bir yapıyı yansıtmaktadır. Kültürel farklılıklara dayanan bir ayrımcılığı içermekte ve gündelik yaşamın rutin bir parçası haline gelerek sistemi yeniden üretmektedir. Bu kapsamda, modern ırkçılık biyolojik ırkların üstünlüğünü değil, kültürel farklılıkların aşılabilirliğini vurgulamakta ve farklı grupları dışlamaktadır (Barker 1981).

Modern ırkçılığın çeşitli biçimleri hakkında geniş bir literatür vardır. Sağlık hizmetleri (Smedley and Smedley 2005), eğitim (Gordon and Johnson 2003), çalışma ortamları (Hinton 2004), ruh sağlığı (Burkard and Knox 2004) ve diğer sosyal ortamlar (Sellers and Shelton 2003) üzerine yapılan birçok çalışma, "kaçınmacı ırkçılık" veya "örtük önyargı" yoluyla meydana gelen ırksal ayrımcılığı tanımlamanın zorluğunu göstermektedir. Bu tür ırkçılığın, ince, muğlak ve isimsiz doğası nedeniyle tanımlanması, ölçülmesi ve düzeltilmesi zordur (Gordon ve Johnson 2003, Sellers ve Shelton 2003, Burkard ve Knox 2004, Hinton 2004, Smedley ve Smedley 2005).Kaçınmacı ırkçılığı karakterize eden günlük ırksal saldırganlık deneyimlerinin, geleneksel

açık ırkçılık biçimlerinden önemli ölçüde daha fazla öfkeye ve hayal kırıklığına yol açabileceği, dezavantajlı gruplardaki bireylerin kimliklerine yönelik özgüvenlerini etkileyebileceği öne sürülmüştür (**Solorzano, Ceja ve ark. 2000**). Ayrıca, bu örtük ırkçılık eylemlerinin görünmez doğasının, faillerin azınlıklar için psikolojik açmazlar yaratmadaki suçluluk duygularını ve istihdam, sağlık hizmetleri ve eğitimdeki eşitsizliklerin yaratılmasındaki rollerini fark etmelerini ve bu durumla yüzleşmelerini engellediği düşünülmektedir (**Pérez Huber ve Solorzano 2015**).

İrksal önyargılar ve stereotipler, psikiyatrik tanı süreçlerinde özellikle önemli rol oynamaktadır. Hekimler ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri, bilinçli veya bilinçsiz olarak, azınlık gruplarındaki bireylere farklı muamele edebilirler. Örneğin, bir psikiyatrin aynı semptomlara sahip olsalar bile bir Siyah Amerikalıya şizofreni tanısı koyma olasılığının Beyaz Amerikalı birine göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (**Neighbors ve ark. 2003**). Aynı şekilde uzun yıllar boyunca şizofreninin Siyah Amerikalılarda daha yaygın olan bir hastalık olduğu düşünülmüştür. Bu durumun farklı açıklamaları olabilir. Siyah Amerikalılar genetik farklılıkları nedeniyle şizofreni geliştirmeye daha yatkın olabilir ya da değerlendirme yapan psikiyatrin önyargıları etkili olmuş olabilir. Genetik farklılık saptandığında, bu farklılığın "ilkel-gelişmişlik" hiyerarşisi olarak mı kabul edileceği yoksa genetik farklılığa neden olan ekonomi-politik değişkenlerin mi araştırılması gerektiği politik bir seçimdir. İrkçılığa yönelik farkındalığın artmasıyla psikiyatrin ön yargılarının, aynı semptomları olan bir hastanın beyaz veya siyah olması durumunda, tanı koymalarını etkilediği anlaşılmıştır (**Neighbors ve ark. 2003, Barnes 2008**).

İrksal önyargılar sadece psikiyatrik tanımlarla sınırlı değildir. Siyah ve Hispanik Amerikalıların, Beyazlara göre daha yüksek diyabet ve hipertansiyon oranları olduğu bilinmektedir. Bunlara bağlı veya bağımsız olarak kronik böbrek hastalığı ve kardiyovasküler hastalıklar da daha sık görülmektedir (**Peek, Wagner ve ark. 2011, Norton ve ark. 2016, Ogunniyi ve ark. 2021**). Bu durumu açıklamak için bazı genetik faktörler ön plana atılmıştır. Yanı sıra diyet ve fiziksel aktivite gibi faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Bu gruplarda bu hastalıkların daha fazla görülmesi peki doğal bir sürecin parçası mıdır? Yoksa ayrımcılığa uğrayan bu grupların sağlığa erişmekte yaşadığı zorluklar, düşük sosyo-ekonomik koşullara bağlı elverişsiz yaşam ortamları, beslenme kaynaklarına erişmekte zorlanma gibi faktörle-

rin bir sonucu mudur? Peki bu grupların tamamını aynı, tek bir ilaçla tedavi etmeye çalışan, diğer koşulları göz ardı eden hekim bu grupların tedavilerini eksik mi yapmıştır?

Hasta-Hekim ilişkisi de ırkçılıktaki değişimden muaf değildir. Amerika'da Siyahiler ve Beyazlar arasındaki ayrımcılık hekimler arasında önceki dönemlere göre daha az görülmektedir (**Paradies ve ark. 2014, Filut ve ark. 2020**). Türkiye gibi belki de Amerika'ya göre "biyolojik ırksal" olarak daha az çeşitli bir ülkede biyolojik ırkçılık beklenen bir durum olmamakla birlikte örtük ırkçılık için aynısı söylenebilir. Bir hekimin içinde bulunduğu toplumun çeşitli kesimlerinden bireylerle karşılaşması bir istisna olmaktan öte mesleğinin getirdiği doğal bir süreçtir. Ancak hekimler de toplumun bir parçası olarak bilinçli veya bilinçsiz olarak birçok değer ve önyargı taşırlar. Bu durum, tıbbi tanıların doğruluğunu, zamanlamasını ve sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

3. Mikro Saldırganlık

Mikro saldırganlık terimi ilk olarak Chester Pierce tarafından ortaya atılmış ve genellikle fark edilmeyen, gizli, sinsice veya açıkça adaletsizlik yaratan, çoğu zaman kasıtsız ancak bazen de kasıtlı olarak gerçekleştirilen ırk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim, dini görüş, fiziksel engellilik gibi özellikler üzerinden yapılan ayrımcılık biçimlerine dikkat çekmek amacıyla geliştirilmiştir (**Pierce ve ark. 1977, Torres ve ark. 2010**). Son yıllarda bu terime yönelik ilgi ve çalışmalar artmaktadır (**Sue ve ark. 2007a, Sue ve ark. 2007b, Nadal ve ark. 2011, Sue ve Spanierman 2020**). Mikro saldırganlıklar, genellikle ince aşağılama veya küçümseyici bakışlar, jestler ve tonlar şeklinde karşı tarafa bilinçsizce iletilen etkileşimlerdir. Bu etkileşimler, günlük konuşmalar ve eylemler sırasında o kadar yaygındır ve otomatiktir ki, genellikle masum ve zararsız olarak görülür ve göz ardı edilebilir.

Mikro saldırganlıkların incelenmesinin, günlük etkileşimler sırasında ortaya çıkan somut ırk temelli ve diğer ayrımcılıkları görmemize veya farkına varmamıza olanak tanıyabileceği düşünülmektedir (**Pérez Huber ve Solorzano 2015**). Aynı zamanda, bu etkileşimler önemli makro düzeyde etkiler yaratmaktadır. Bunlar dezavantajlı grup üyelerini hedef alan, katmanlı, kümülatif ve çoğu zaman örtük bilinçdışı ırkçılık biçimleridir ve daha büyük ırkçı yapıların ve ideolojik inançların günlük yansımalarıdır (**Pérez Huber ve Solorzano 2015**). Günümüzde insanların çoğu kendilerini eşitlikçi, hoşgörülü ve

iyi niyetli kişiler olarak tanımladıkları için önyargılı veya ırkçı olabileceklerine ve ayrımcı davranışlar sergileyebileceklerine inanmaları zordur (**Wong ve ark. 2014**). Ancak daha önce de bahsedildiği üzere bu çağdaş veya modern ırkçılık diyebileceğimiz kavramın temel özelliklerinden biridir. Görünüşte masum olan bu ifade ve davranışların kümülatif birikimi, baskın olmayan veya dezavantajlı konumda olmaları anlara zarar verebilir.

"48 yaşında Suriye'den Türkiye'ye gelmiş göçmen bir kadın karın ağrısı ve hazımsızlık şikayetleriyle aile hekimine başvurur. Hasta şikayetlerini söylediğinde hekim henüz muayene etmeden 'Bu kadar baharatlı yemek yerseniz tabii ki mideniz rahatsızlanır. Belki de buraya geldiğinizde göre bizim gibi beslenmeyi öğrenmelisiniz.' diye bir cümle kurar"

Sue ve arkadaşları mikro saldırganlıkları, mikro saldırılar, mikro aşağılamalar ve mikro değersizleştirmeler olarak üç temel başlığa ayırmışlardır (**Sue ve ark. 2007b**). Mikro saldırılar, hakaret etme, lakap takma gibi sözel veya kişiyi rencide edici davranışlar olarak tanımlanabilir (**Sue ve ark. 2007a, Jones ve ark. 2015**). Mikro saldırılar genellikle sınırları belirli bir ortamda, baskın olmayan yani azınlık durumunda olan grubun üyelerine yönelik bilinçli ve amaçlı saldırılardır. Mikro saldırılar, fail tarafından kasıtlı ve bilinç düzeyinde gerçekleştirildiği için geleneksel ırkçılığa oldukça benzemektedir (**Dovidio ve Gaertner 2000**).

Mikro aşağılamalar azınlık veya dezavantajlı grupta bulunan bir bireyin üstü kapalı olarak, genellikle sözel olmayan, mimikler ve vücut hareketleri veya sözel mesajları içeren etkileşimlerdir (**Sue ve ark. 2007a, Sue ve ark. 2007b, Ford ve ark. 2013**). Bunlar genellikle faili tarafından çoğunluk fark edilmez ve bilinç düzeyinde değildir. Bu durumlar her zaman saldırı anlamına gelmeyebilir, mutlaka bağlamı içinde değerlendirilmelidir (**Sue ve ark. 2007b**).

"33 yaşında erkek hasta üroloji polikliniğine başvurur. Genital bölgesinde bir aydır akıntı olduğunu söyler. Hastayı muayene eden hekim anamnez alırken hastanın eşcinsel olduğunu öğrenir ve 'tek gecelik ilişkilerinizde' kondom kullanıyor musunuz?' diye sorar. Hasta, soru karşısında bocalar, on yıldır tek bir partneri olduğunu, düzenli bir ilişkileri olduğunu söyler."

Bu vakada hekim, eşcinsellerin tek gecelik ilişkileri daha çok kurduklarına dair yanlış bir önyargıya sahiptir ve önyargısının farkında değildir.

Mikro değersizleştirmeler ya da yok saymalar, dezavantajlı bir konumda olan birinin hislerinin, yaşadığı

zorlukların yadsınması olarak görülebilir (**Sue ve ark. 2007a, Sue ve ark. 2007b**). Bu durumlarda, dezavantajlı bireylerin sahip olduğu özelliklerin ve farklılıkların önemli olmadığı mesajı örtük olarak verilmektedir. Mikro değersizleştirmeler de mikro aşağılamalar gibi çoğunluk bilinç düzeyinde değildir, faili tarafından çoğunlukla fark edilmez (**Sue ve ark. 2007b**).

"Cinsiyet geçiş sürecinde olan Emek, takipli olduğu psikiyatrya kontrole gitmiştir. Emek cinsiyet kimliğini trans kadın, cinsel yönelimini heteroseksüel olarak tanımlamaktadır. Yakın zamanda tanıştığı bir erkekten hoşlanmaya başladığını fakat cinsiyet kimliğinden dolayı reddedilmekten korktuğunu, bu nedenle mutsuz hissettiğini söyler. Emek'le görüşme yapan psikiyatry 'trans kadın olmanın zorlukları var, bunları en baştan konuşmuştuk' diyerek cevap verir."

Bu vakada hekim, trans hastasına "madem böylesi karmaşık bir sürece girdin, bedelini de ödemeye hazır olmalısın" mesajı vermektedir. Oysa ondan beklenen hastasının zorluklarla baş etme kapasitesini geliştirmesine destek olmaktır.

4. Epistemik Mikro Saldırganlıklar

Hasta-hekim ilişkisinde mikro saldırganlıklar, hastaların ırkı, etnik kökeni, cinsiyeti, cinsel yönelimi, dini görüşü ve sosyo-ekonomik durumu gibi özelliklerine dayanarak olumsuz veya aşağılayıcı mesajlar ileten, genellikle kasıtsız olan hafif, ince hareketler veya yorumlar olarak tanımlanabilir. Ancak hasta-hekim ilişkisini gündelik hayattan farklı kılan özellikler vardır. Hekim, acı çeken, yardıma ihtiyacı olan kişiye yardım edebilme yetisine sahip olan kişidir. Bu durum hastanın zihninde hekimin mesleki yeterliliklerini veya sınırlarını aşan yetiler atfetmesine neden olabilir. Aynı şekilde hekim de karşısındaki hastanın otonomisini ve özerkliğini elinden alan davranışlar sergileyebilir. Bu durumu betimlemek için Freeman ve arkadaşları "epistemik mikro saldırganlık" terimini kullanmışlardır (**Freeman ve Stewart 2018**). Epistemik mikro saldırganlığı açıklamadan önce hasta-hekim ilişkisinin bir diğer özelliğini açıklamakta fayda vardır. Mikro saldırganlıkların tipik olarak dezavantajlı, "marjinal" grup üyelerini hedef aldığı düşünülmektedir ancak klinik pratikte, az önce bahsedilen hekimliğe atfedilen değerlerden dolayı, hastalar kurumsal ve epistemik bir gücü olan otoriteye boyun eğen bir konumda olabilirler (**Carel ve Kidd 2014, Kidd ve Carel 2017, Sue ve Spanierman 2020**). Bu bağlamda diğer sosyal alanlardan farklı olarak, genel toplum içinde baskın olan bir birey, hasta-hekim ilişkisi

içerisinde karar verme yetilerinden yoksun, özekliğini kaybetmiş bir durumda dezavantajlı hale gelebilir (**Freeman and Stewart 2018**).

Epistemik mikro saldırılar, hekimlerin ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastaların bedenleri üzerinde kendilerini "sorunlu" bir şekilde uzman olarak görme eğilimlerini anlatan bir terimdir. Hekimlerin hastalar üzerinde bir tür tıbbi otoriteye sahip oldukları doğrudur; tıp eğitimi almışlardır ve hastaların başvurmalarının temel nedeni de budur. Epistemik mikro saldırganlıktan, hekimlerin hastalarının iddialarını ve bedenleri üzerindeki kişisel perspektiflerini tanımlarını, ciddiye almalarını veya dikkate almalarını engellediklerinde bahsedilir. Bir hasta tıp eğitimi almadığı için perspektifi profesyonel bağlamda doğru olmayabilir, ancak bedenleri ve belirtileri üzerindeki birinci şahıs perspektifleri, hekimlerin doğru teşhis koymalarına yardımcı olmak için genellikle çok önemlidir. Hekimlerin, hastalarının bedenleri ve deneyimleri üzerindeki varsayılan epistemik ayrıcalığı, hastaların güvenilirliğini açık veya örtük bir şekilde azaltma veya hastaların iddialarını dikkate almama gibi mikro saldırılara yol açabilir. Bu tür mikro saldırılar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu davranışları sergilediklerinin farkında olmadan meydana gelme eğilimindedir.

5. Sonuç Ve Öneriler

a. Hasta-hekim ilişkisi, tıbbi hizmetlerin sunumunda kritik bir rol oynayan ve sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkileyen karmaşık ve çok boyutlu bir etkileşimdir. Bu ilişki, yalnızca kişilerarası bir etkileşim olmanın ötesinde, geniş bir sosyokültürel ve politik bağlamda yer alır. Hekimler, toplumun çeşitli kesimlerinden gelen hastalarla etkileşimde bulunurken, bu bireylerin sosyo-ekonomik durumu, kültürel geçmişi ve kişisel deneyimlerini göz önünde bulundurmalıdır. Sosyo-ekonomik etkenler, hasta-hekim ilişkisinde belirleyici bir rol oynar. Düşük gelirli hastalar, sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşayabilir ve bu durum hekimlerin hastalarla kurduğu ilişkiyi etkileyebilir (**Stewart 1995, Hall ve ark. 2015**).

b. Hastaların mümkünse kendilerini ana dilleyle ifade etmesi sağlanmaya çalışılmalıdır. Örneğin Türkçe diline hakim olmayan Alman bir hekim, "böğrüm bir taş oturdu" sözünü üzüntü ve kaygı semptomu olarak anlayamayıp, hastanın "karnında taş olduğuna" inandığını düşünerek, bu ifadeyi hezeyanı olarak değerlendirip yanlışlıkla psikoz tanısı koyabilir. Benzer durum ana dili Türkçe olmayan

hastaların ifadelerinin çok farklı ve yanlış olarak değerlendirilmesi riskini akılda tutmak gereklidir.

c. Hasta hekim ilişkisinde biyolojik cinsiyetle cinsel yönelimin bir ve aynı olduğu ön yargısı cinsel yönelimi heteroseksüel olmayan hastaların hekime olan güvenlerini baştan sarsabilir. Biyolojik cinsiyeti kadın olan bir hastaya "erkek arkadaşınız var mı, varsa cinsel hayatınız nasıl?" diye soran bir hekim, karşısındaki kadın hastanın "lezbiyen" olma olasılığını daha baştan yok saymaktadır. Oysa aynı soru, "romantik ilişkileriniz ve cinsel hayatınız hakkında ne anlatabilirsiniz?" şeklinde sorulsa, hasta hekimin cinsel yönelim konusunda duyarlı ve eşitlikçi olduğunu anlayabilecek ve güven duyarak yakınmalarını anlatabilecektir. Benzer şekilde cinsel yöneliminin heteroseksüel olmadığını anladığı her hastasından, düşündürecek herhangi bir semptomu olmasa bile HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar testlerini isteyen bir hekim, hastasına "sen nasılsa korunmadan seks yapmışsındır" ön yargısıyla yaklaşmış olacaktır (Yertutanol ve ark. 2019).

d. Yapısal ve sistemik ırkçılık sorununun belirlendiği modern ırkçılık ve mikro saldırganlık tutum ve davranışları hasta-hekim ilişkisinin toplumsal boyutunu daha da karmaşık hale getirmekte ve sağlık hizmetlerinin eşit ve adil olmasını engelleyebilmektedir (**Jones 1997, Devos ve Banaji 2005**). Mikro saldırganlıklar, genellikle fark edilmeyen, ancak hastalar üzerinde derin ve kalıcı etkiler bırakabilen ince aşağılama veya küçümseyici davranışlardır (**Sue ve ark. 2007a; Nadal ve ark. 2011**). Bu tür mikro saldırganlıkların tespit edilmesi ve önlenmesi, hastaların sağlık hizmetlerinden daha adil faydalanmasını ve eşitlikçi bir sağlık sistemi oluşturulmasına katkı sağlayacaktır (**Sue ve ark. 2007b**). Hasta-hekim ilişkisinde mikro saldırganlıkların farkında olunması ve bu tür tutum ve davranışlardan kaçınılması, sağlık hizmetlerinin niteliğini arttıracaktır.

e. Hekimler, hastalarının bireysel deneyimlerine ve perspektiflerine daha fazla değer vererek, tedavi süreçlerinde daha empatik ve anlayışlı bir yaklaşım sergileyebilirler. Bu bağlamda, hekimlerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve empati yeteneklerinin artırılması, hasta-hekim ilişkisinin güçlendirilmesi için temel adımlardır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için mikro saldırganlıkların önlenmesi ve hasta-hekim ilişkilerinin güçlendirilmesi gereklidir.

Kaynaklar

- Bailey, Z. D., N. Krieger, M. Agénor, J. Graves, N. Linos and M. T. Bassett** (2017). "Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions." *The Lancet* 389(10077): 1453-1463.
- Barker, M.** (1981). *The new racism: Conservatives and the ideology of the tribe*, Junction Books.
- Barnes, A.** (2008). "Race and hospital diagnoses of schizophrenia and mood disorders." *Social work* 53(1): 77-83.
- Burkard, A. W. and S. Knox** (2004). "Effect of Therapist Color-Blindness on Empathy and Attributions in Cross-Cultural Counseling." *Journal of counseling psychology* 51(4): 387.
- Carel, H. and I. J. Kidd** (2014). "Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis." *Medicine, Health Care and Philosophy* 17: 529-540.
- Devos, T. and M. R. Banaji** (2005). "American= white?" *Journal of personality and social psychology* 88(3): 447.
- Dovidio, J. F., S. E. Gaertner, K. Kawakami and G. Hodson** (2002). "Why can't we just get along? Interpersonal biases and interracial distrust." *Cultural diversity and ethnic minority psychology* 8(2): 88.
- Dovidio, J. F. and S. L. Gaertner** (2000). "Aversive racism and selection decisions: 1989 and 1999." *Psychological science* 11(4): 315-319.
- Filut, A., M. Alvarez and M. Carnes** (2020). "Discrimination toward physicians of color: a systematic review." *Journal of the National Medical Association* 112(2): 117-140.
- Ford, D. Y., M. T. Scott, J. L. Moore III and S. O. Amos** (2013). "Gifted education and culturally different students: Examining prejudice and discrimination via microaggressions." *Gifted Child Today* 36(3): 205-208.
- Foster, J. B.** (2000). *Marx's ecology: Materialism and nature*, NYU press.
- Fredrickson, G. M.** (2015). *Racism: A Short History*: Princeton University Press, Princeton University Press.
- Freeman, L. and H. Stewart** (2018). "Microaggressions in clinical medicine." *Kennedy Institute of Ethics Journal* 28(4): 411-449.
- Gamble, A.** (1994). *The free economy and the strong state: The politics of Thatcherism*, Bloomsbury Publishing.
- Gordon, J. and M. Johnson** (2003). "Race, speech, and a hostile educational environment: What color is free speech?" *Journal of Social Philosophy* 34(3).
- Hall, W. J., M. V. Chapman, K. M. Lee, Y. M. Merino, T. W. Thomas, B. K. Payne, E. Eng, S. H. Day and T. Coyne-Beasley** (2015). "Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review." *American journal of public health* 105(12): e60-e76.
- Harvey, D.** (2007). *A brief history of neoliberalism*, Oxford University Press, USA.
- Hinton, E. L.** (2004). "Microinequities: When small slights lead to huge problems in the workplace." *DiversityInc Magazine*.
- Jones, J. M.** (1997). *Prejudice and Racism*, McGraw-Hill Companies.
- Jones, M. L. and R. V. Galliher** (2015). "Daily racial microaggressions and ethnic identification among Native American young adults." *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 21(1): 1.
- Kidd, I. J. and H. Carel** (2017). "Epistemic injustice and illness." *Journal of applied philosophy* 34(2): 172-190.
- Kraemer, H. C.** (1995). "Statistical issues in assessing comorbidity." *Statistics in medicine* 14(8): 721-733.
- McConahay, J. B.** (1986). "Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale."
- Nadal, K. L., M.-A. Issa, J. Leon, V. Meterko, M. Wideman and Y. Wong** (2011). "Sexual orientation microaggressions: "Death by a thousand cuts" for lesbian, gay, and bisexual youth." *Journal of LGBT Youth* 8(3): 234-259.
- Neighbors, H. W., S. J. Trierweiler, B. C. Ford and J. R. Muroff** (2003). "Racial differences in DSM diagnosis using a semi-structured instrument: The importance of clinical judgment in the diagnosis of African Americans." *Journal of health and social behavior*: 237-256.
- Nelson, T. D. and M. A. Olson** (2023). *The psychology of prejudice*, Guilford Publications.
- Norton, J. M., M. M. Moxey-Mims, P. W. Eggers, A. S. Narva, R. A. Star, P. L. Kimmel and G. P. Rodgers** (2016). "Social determinants of racial disparities in CKD." *Journal of the American Society of Nephrology* 27(9): 2576-2595.
- Ogunniyi, M. O., Y. Commodore-Mensah and K. C. Ferdinand** (2021). "Race, ethnicity, hypertension, and heart disease: JACC focus seminar 1/9." *Journal of the American College of Cardiology* 78(24): 2460-2470.
- Paradies, Y., M. Truong and N. Priest** (2014). "A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism." *Journal of general internal medicine* 29: 364-387.
- Peek, M. E., J. Wagner, H. Tang, D. C. Baker and M. H. Chin** (2011). "Self-reported racial discrimination in health care and diabetes outcomes." *Medical care* 49(7): 618-625.
- Pérez Huber, L. and D. G. Solorzano** (2015). "Racial microaggressions as a tool for critical race research." *Race Ethnicity and Education* 18(3): 297-320.
- Pierce, C. M., J. V. Carew, D. Pierce-Gonzalez and D. Wills** (1977). "An experiment in racism: TV commercials." *Education and Urban Society* 10(1): 61-87.
- Sears, D. O.** (1988). *Symbolic racism. Eliminating racism: Profiles in controversy*. New York, NY, US, Plenum Press: 53-84.
- Sellers, R. M. and J. N. Shelton** (2003). "The role of racial identity in perceived racial discrimination." *Journal of personality and social psychology* 84(5): 1079.
- Smedley, A. and B. D. Smedley** (2005). "Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: Anthropological and historical perspectives on the social construction of race." *American psychologist* 60(1): 16.
- Solorzano, D., M. Ceja and T. Yosso** (2000). "Critical race theory, racial microaggressions, and campus racial climate: The experiences of African American college students." *Journal of Negro education*: 60-73.
- Stewart, M. A.** (1995). "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review." *CMAJ: Canadian medical association journal* 152(9): 1423.
- Sue, D. W., J. Bucceri, A. I. Lin, K. L. Nadal and G. C. Torino** (2007a). "Racial microaggressions and the Asian American experience." *Cultural diversity and ethnic minority psychology* 13(1): 72.
- Sue, D. W., C. M. Capodilupo, G. C. Torino, J. M. Bucceri, A. Holder, K. L. Nadal and M. Esquilin** (2007b). "Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice." *American psychologist* 62(4): 271.
- Sue, D. W. and L. Spanierman** (2020). *Microaggressions in everyday life*, John Wiley & Sons.
- Thompson, C. E. and H. A. Neville** (1999). "Racism, mental health, and mental health practice." *The Counseling Psychologist* 27(2): 155-223.
- Torres, L., M. W. Driscoll and A. L. Burrow** (2010). "Racial microaggressions and psychological functioning among highly achieving African-Americans: A mixed-methods approach." *Journal of Social and Clinical Psychology* 29(10): 1074-1099.
- Wallerstein, I. and I. M. Wallerstein** (2000). *The Essential Wallerstein*, New Press.
- Williams, D. R. and S. A. Mohammed** (2009). "Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research." *Journal of behavioral medicine* 32: 20-47.
- Wong, G., A. O. Derthick, E. David, A. Saw and S. Okazaki** (2014). "The what, the why, and the how: A review of racial microaggressions research in psychology." *Race and social problems* 6: 181-200.
- Yertutanol F.D.K., Candansayar S., Seydaoğlu G** (2019) *Homophobia in Health Professionals in Ankara, Turkey: Developing a Scale*. *Transcultural Psychiatry* Vol: 56 Issue 6 p. 1191-1217