

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM
ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ'NDE
HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ**

Yüksek Lisans Tezi

Aynur ARSLAN

Ankara-2005

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM
ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ'NDE
HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ**

Yüksek Lisans Tezi

Aynur ARSLAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Asker KARTARI

Ankara-2005

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM
ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ'NDE
HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Asker KARTARI

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

Prof. Dr. Metin Kazancı

Prof. Dr. Asker Kartarı

Prof. Dr. Bayram Kaya

Tez Sınavı Tarihi 17.10.2005

ÖNSÖZ

Hekim-hasta iletişimi üzerine yazılmış olan bu tez, sağlık sisteminin temel aktörleri olan hekimlerin ve hastaların etkin iletişim kurmalarının bireysel ve toplumsal öneminden yola çıkılarak hazırlanmıştır. Hekim-hasta iletişiminde yaşanan sorunların saptanması bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirilmesi konusunda gerek sorunların yaşandığı örgüte gerekse sağlık sisteminin işleyişine katkıda bulunacaktır.

Tez çalışmamın tamamlanmasında öncelikle, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca değerli katkılarından ve teşviklerinden dolayı hocam tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Asker Kartarı'ya sonsuz teşekkür ederim. Çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen sevgili dostlarıma, alan araştırmasını yaptığım Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde araştırma yapmama izin veren tüm yetkililere, hekimlere ve hastalara yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Ayrıca, sevgili aileme eğitim hayatım boyunca beni sabırla destekledikleri ve daima yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Aynur ARSLAN

EKİM- 2005

İÇİNDEKİLER

I- GİRİŞ	1
- Sorun.....	3
- Konu.....	4
- Amaç ve Önem.....	5
II- KURAMSAL ÇERÇEVE	
1- İLETİŞİM VE ETKİN İLETİŞİM.....	9
2- HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ MODELLERİ	11
a- Parsons'un Hekim-Hasta İletişim Modeli.....	11
b- Freidson'un Hekim Hasta İlişkisi Modeli.....	14
c- Emanuel ve Arkadaşlarının Hekim Hasta İlişkisi Modelleri.....	16
d- Hekim-Hasta İletişimi İle İlgili Diğer Modeller	18
3- HEKİMLİK MESLEĞİ VE MESLEKİ ÜSTÜNLÜK.....	20
4- OTORİTE VE HEKİMLİK.....	25
5- HASTALIK VE HEKİM-HASTA ROLLERİ.....	29
6- HASTA VE HASTANE İLİŞKİSİ.....	37
7- TEZİN KURAMSAL YAKLAŞIMI	42
8- ARAŞTIRMA SORULARI.....	45
III-YÖNTEM	46
1- ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	48
2- VERİ TOPLAMA TEKNİKLERİ.....	51
- Görüşme.....	52
- Gözlem.....	56

IV- BULGULAR	58
A- OMÜ HASTANESİ'NDE HEKİM OTORİTESİNİN HEKİM-HASTA İLETİŞİM SÜRECİNE ETKİLERİ.....	58
1- HASTALARIN HEKİMİ OTORİTE OLARAK KABUL ETME NEDENLERİ.....	58
a- Uzman Bilgiye/Beceriye Duyulan İhtiyaç.....	59
b- İnanma Ve Güvenme İhtiyacı.....	63
c- Gelenekler ve Saygı	66
d- İletişimin Gerçekleştiği Bağlam.....	68
2- OTORİTE HAKKINDA HEKİMLERİN DÜŞÜNCELERİ	69
a- Hekimlere Göre Otorite Niçin Gereklidir?	69
b- Hekimler Otoritelerini Nasıl Gösteriyorlar?	71
c- Hekimlerin Hastaların Otorite Algılayışları Hakkındaki Düşünceleri.....	72
3- HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNDE OTORİTENİN İLETİŞİM SÜRECİNE ETKİLERİ.....	76
B- OMÜ HASTANESİ'NDE HEKİM VE HASTALARIN ETKİN İLETİŞİM KURABİLMEK İÇİN BİRBİRLERİNDEN BEKLEDİKLERİ ROL GEREKLERİ	84
1-ETKİN İLETİŞİMİN GERÇEKLEŞEBİLMESİ İÇİN HASTALARIN HEKİMLERDEN BEKLEDİKLERİ ROL GEREKLERİ	84
a- Güler Yüzlü, Sevecen ve Şefkatli Yaklaşım	85
b- Kaygıların Giderilmesi.....	87
c- Bilgilendirilmek, Tıbbi Dilin Mümkün Olduğunca Az Kullanması.....	88
d- Özel Muayene Hastası Ve Diğerleri Ayrımının Yapılmaması.....	89

2- ETKİN İLETİŞİMİN GERÇEKLEŞEBİLMESİ İÇİN HEKİMLERİN	
HASTALARDAN BEKLEDİKLERİ ROL GEREKLERİ.....	91
a- Hasta Anlatılanları Anlayabilmeli ve Sorununu İfade Edebilmeli.....	93
b- Hasta Hekimine Güvenmeli ve Saygı Göstermelidir.....	94
c-Hasta Hekimden İlgı Beklentisini Abartmamalıdır.....	96
d- Hastalar Hekimlerin Çalışma Koşullarına Anlayış Göstermelidir.....	96
3- HEKİMLERİN VE HASTALARIN ROL GEREKLERİNİN	
KARŞILAŞTIRILMASI.....	98
V- SONUÇ	110
KAYNAKÇA.....	117
EKLER.....	123
ÖZET	132
ABSTRACT.....	133

I- GİRİŞ

Tıp alanındaki bütün bilimsel ve teknolojik gelişmelere rağmen, hastalıkların teşhis ve tedavisinde iletişimin önemi hiç değişmemiştir. Gelişmiş bilgisayar sistemleri hekimlerin temel rolü olan teşhis ve tedavinin büyük bir bölümünü üstlenseler de, hastayla iletişimde insan ögesinin yerini alamamışlardır.

Tıp tarihçisi Robinson, herhangi bir nedenle duyduğu acı karşısında çılgın atan ilk insanı “ilk hasta” ve onun yardımına koşanı da “ilk hekim” olarak tanımlar. Hekim-hasta ilişkisinin başladığı bu ilk an çok önemlidir, çünkü bilinmezliğe karşı acı duyanın yanına giden “ilk hekim” böylece, hasta karşısında kendiliğinden bir üstünlüğe de sahip olmuştur¹ ve bu üstünlük bugün halen devam etmektedir. Acı çeken ve hayatı üzerindeki kontrolünü kısmen de olsa kaybetmiş olan hasta, yardım beklediği hekimin üstünlüğünü ve dolayısıyla otoritesini en başından çaresizce kabul etmiştir. Yani acı, bilgiye boyun eğmiştir.

İnsanın insana acıma ve acı içindeki kişiye yardım etme içgüdüsünden kaynaklanan tıp, zaman içinde “hasta” yerine “hastalık” odaklı hale gelince, hekim-hasta iletişimi de giderek hümanizmden uzaklaşıp mekanik bir biçim almaya başlamıştır. Hekimlerin, çoğu zaman sadece semptomlarla ilgilenmesi, hastayı bir bütün olarak görmemeleri ve otoritenin yarattığı baskı, hastanın hekim karşısında pasif kalmasına neden olmuş ve özünde insan sıcaklığı ve güven barındıran bu ilişki zedelenmiştir.

¹ T. Ersoy, *Tıp Tarih Metafor*, Öteki Yayıncılık, İstanbul 1996, s. 28.

Oysa hekim ve hastanın kuracakları iletişimin hastalıkların teşhis ve tedavisindeki belirleyici rolü yüzyıllardır bilinen bir gerçektir. Konunun önemi Antik Çağda dahi dile getirilmiş, Hipokrates, hekim-hasta iletişiminde insan ögesinin tedavideki önemine işaret ederek, hekimin iyiliğinden hoşnut olan hastanın sağlığına daha çabuk kavuşabileceğini ileri sürmüştür².

Hekim ve hasta arasında kurulacak etkin iletişim, tedavi sürecini hızlandırırken aynı zamanda hastanın yaşama sevincini de artırır. Hekimine güven duyan, onun verdiği bilgilerle tedavi planına daha bilinçli uyum sağlayan hasta, aldığı sağlık hizmetinden de memnun kalır. Hastasıyla etkin bir iletişim kurabilen hekimin ise, teşhis ve tedavideki başarısıyla birlikte iş doyumunu da artar. Hekim ve hastanın iletişim sorunlarının çözülmesi uzun vadede sağlık konusunda bilinçli bir toplumun oluşmasına temel hazırlar.

Sorun

² D. Şahin, “Hasta-Tedavi Ekibi İlişkisi”, *Sağlık Psikolojisi*, Derl. Ülgen H. Okyayuz, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1999, s. 39.

Kamu hastaneleri, daha çok alt ve orta gelir grubu insanların sosyal güvenceleri kapsamında hizmet aldığı devlete ait sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık sisteminin mevcut sorunlarından en fazla etkilenen bu kuruluşlarda, sisteminin baş aktörleri olan hekim ve hasta arasındaki iletişim de koşullardan etkilenir.

Bu hastanelerde hasta sayısı, teknik koşullar ve bürokrasi gibi nedenlerle hastalara yeterince zaman ayır(a)mayan hekimler³, hastayla etkileşim sürecinde onu bir bütün olarak görmek yerine, sadece ifade ettiği tıbbi sorununa odaklanırlar. Teşhis ve tedavi aşamasında, hastayı tedavi planına ortak etmeden, tek söz sahibi olarak hareket eden hekimler, hastanın karşısında otoritelerini çok belirgin şekilde kullanmak durumunda kalırlar. Tamamen hekimin yönlendirmesi altında hareket eden hasta ise bu süreçte, sadece kendisine verilen talimatları yerine getirmekle yükümlüdür. Hasta, sağlığı söz konusu olduğu için hekimin uzman bilgisi nedeniyle, onun otoritesine boyun eğer. Çoğu durumda aralarındaki yüksek güç aralığı nedeniyle hekimle konuşamayan, ona soru soramayan hasta, gerekli bilgileri tam ve doğru olarak veremediği gibi tıbbi terminolojiyi bilmediği için hekimin anlattıklarını da anlayamaz. Etkileşim sürecinde hekim ve hastanın birbirlerinin beklentilerini karşılayamamaları etkin iletişimin kurulamamasında önemli engellerden biridir. Hastaların hekimlerden en önemli beklentisi güven verecek güler yüzlü, sıcak ve ilgili bir yaklaşımdır. Teşhis ve tedavisi hakkında tatmin edici bilgiler almak isteyen hasta kendisine bu şekilde yaklaşan hekime güvenecek ve karşısında rahat olacaktır. Ancak

³ “Kamuda çalışan doktorlar günde ortalama 80-100 hasta muayene etmektedir. Her branş için günde 50-60 hastaya randevu verilir. Ancak, randevu almadan gelen ve durumu ağır olan hastaların muayene edilmesi ile bir doktorun günlük muayene ettiği hasta sayısı 100'e çıkabiliyor, bunların yanında kliniklerde yatan hastaların da sorumluluğu var. Bu durumda hekimin bir hastaya ayırabileceği zaman sadece 3-4 dakika ile sınırlı olabiliyor. Avrupa ülkelerindeki hastanelerde ise hekim başına düşen hasta sayısı 25-30'u geçmiyor. Sayı artıçça, hekim hastalığı teşhiste zorlanıyor ve hata yapma oranı yükseliyor. <http://www.istabip.org.tr/hf/012005/hf012005.asp>, Erişim tarihi:05.07.2005

hekimin iş yoğunluğu, çoğu zaman hastanın ilgi beklentisini karşılamasına engel olur. Çok sayıda hastayla ilgilenme sorumluluğu olan hekimler, hastaların sadece kendileriyle ilgilenilmesini beklediklerini ve iş yoğunluklarına anlayış göstermediklerini düşünürler. Her iki tarafın birbirlerinden bekledikleri rol gereklerinin gerçekleşmemesi iletişim sürecinde sorunlar yaşanmasına neden olur. Hekim ve hastanın etkin iletişim kuramamaları hastanın tedavi planına uymasını güçleştirirken, hekimin de teşhis ve tedavideki başarısını etkiler. Oysa sağlık sisteminin en önemli aktörleri olan hekim ve hastanın kuracakları etkin iletişim birçok sorunun çözümünde temel noktadır.

Bu bağlamda çalışmanın cevabını aradığı iki temel soru vardır;

- Hekim-hasta iletişim sürecinde otoritenin iletişim sürecine etkileri nelerdir?

-İletişim süreci hastaların ve hekimlerin hangi rol gereklerini yerine getirmeleriyle etkin hale gelir?

Konu

Bu çalışmada hekim-hasta iletişimi ile ilgili birbirini tamamlayan iki konu ele alınmıştır. Araştırma konularından biri; hekim otoritesinin, hekim-hasta iletişimindeki rolü ve etkisidir. Araştırmanın diğer inceleme konusu etkin iletişim kurulabilmesi için hekimlerin ve hastaların birbirlerinden bekledikleri rol gerekleridir. Bu amaçla her iki gruba birbirlerinden beklentileri ve birbirlerinin beklentilerini nasıl algıladıkları sorularak, etkileşim sürecinde yaşanan sorunlar saptanmıştır.

Kamu hastanesi ortamında hekim-hasta iletişiminin etkinliğine engel olan sorunların araştırıldığı bu çalışmada, tespit edilen sorunlar kültürel, psikolojik ve etik boyutlarıyla ele alınacaktır. Hekim-hasta iletişiminde ekonomik ve politik nedenlere bağlı olarak yaşanan sorunlar, çalışmanın asistan hekimlerle yapılacak olması nedeniyle ve bu konuların tek başına ayrıntılı bir çalışmayı gerekli kılması nedeniyle kapsam dışı bırakılmış ve başka bir çalışmanın konusu olarak kabul edilmiştir.

Amaç ve Önem

Bu çalışma; otoritenin hekim-hasta iletişim sürecindeki rolünü ve etkisini anlamayı ve hekim-hasta iletişim sürecinde tarafların birbirlerinden bekledikleri rol gereklerinin öğrenilmesi yoluyla iletişimin etkinliğine engel olan sorunları her iki tarafın bakış açısından tespit etmeyi amaçlamıştır. Hekim-hasta iletişiminde yaşanan sorunların saptanması, bu sorunların çözümünde gerek araştırmanın yapıldığı örgüte gerekse sağlık sisteminin işleyişine katkı sağlayacaktır.

Sağlık ve hastalık kavramlarının insan hayatındaki yeri ve önemi, fen bilimleri kadar sosyal bilimlerin de bu konularda çalışma yapmasını gerekli kılmıştır. Hekim-hasta iletişimine dair dünyada ve Türkiye’de yapılmış araştırmaların bir çoğu; sağlık bilimleri, sosyoloji ve psikoloji alanlarındadır. Sağlık bilimleri alanında yapılan çalışmalar genellikle spesifik hastalıklarda hekim-hasta iletişimi üzerine odaklanmıştır. İletişim bilimleri alanında ise konuyla ilgili kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aşağıda bu tez çalışmasının konusu ile ilgili olan önemli çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir.

Türkiye’de konuya, sosyolojik açıdan yaklaşan çalışmalardan biri Zafer Cirhinlioğlu’nun “Sağlık Sosyolojisi” adlı eseridir. Cirhinlioğlu kitabında, hasta ve hastalık olgusuna ayrıntılı yer verirken Türkiye’nin sağlık sistemini de eleştirmiştir. Yazar sağlık, hastalık ve hasta ile ilgili konularda hekim-hasta iletişiminin önemine değinmiş ve konu hakkında kuramsal yaklaşımlara yer vermiştir⁴. Hekim otoritesinin hastayla iletişim sürecindeki rolünün ortaya konulması, Cirhinlioğlu’nun hekim-hasta iletişimi konusundaki tartışmalarına da katkıda bulunacaktır.

Aytül Kasapoğlu, sağlık ocağında çalışan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin hastayla etkileşimini araştırdığı çalışmasında hastaları, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik çevresinden soyutlamadan ele almış ve sağlığı toplumsal bir sorun olarak görmüştür. Bu sosyolojik çalışmanın sonucunda etkileşim ortamının hekimin etkileyebilme kapasitesini doğrudan belirlediğine ve hekimin ancak sosyal, sosyal psikolojik, kültürel, ekonomik vb. nesnel koşulların olanak verdiği durumlarda istemlerine yanıt alabildiği sonucuna varmıştır⁵. Hastane ortamında hekim hasta iletişiminin incelenmesi, Kasapoğlu’nun hastaları sosyo-kültürel ortamlarından soyutlamadan yaptığı çalışmasına, iletişimin biçiminin belirlenmesinde bağlamın önemini ortaya konulması açısından katkı sağlayacaktır.

Aylin Ersan “Ege Üniversitesi Hastanesinde Doktor-Hasta İlişkileri” başlıklı tez çalışmasında, hekim-hasta iletişimini hastanın bakış açısından ele almış ve hastaların genel olarak hastane sistemi içerisinde oynadıkları hasta rolü modelini ortaya koymaya çalışmıştır. Hastaların doktorlarının kendilerine karşı olan

⁴ Z. Cirhinlioğlu, *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yayınları, Ankara 2001.

⁵ A. Kasapoğlu, *Sağlık Sosyolojisi*, Sosyoloji Derneği Yayınları VI, Ankara 1999.

yaklaşımlarını değerlendirmelerini ve böylece oynadıkları hasta rolünü açığa çıkarmalarını amaçlayan çalışmada 90 erkek ve 90 kadın hasta üzerinde anket yapılmıştır. Araştırma sonucunda Parsons'ın hekim-hasta ilişkilerinde hastalar için tanımladığı rolü doğrulayan sonuçlar ortaya çıkmıştır⁶. Çalışmasında hasta rolü üzerine odaklanan Ersan'ın bu rolün tamamlayıcısı olan hekim rolünü araştırma kapsamı dışında bırakması çalışmanın oldukça önemli bir eksiğidir.

“Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarında Hekim-Hasta İlişkisi” konulu tez çalışmasında Elmas Kılıç, hekim-hasta etkileşiminin kamu sağlık kuruluşlarında yetersiz, özel sağlık alanında ise arzu edilen şekilde gerçekleştiğini göstermiştir. Bu durumun en büyük sorumlusu hekimler olarak düşünülse de temelde sağlık sistemindeki aksaklıklar, ekonomik nedenler, sağlık politikalarının eksik ve yanlış olması sorunun asıl kaynağı olarak saptanmıştır⁷. Kılıç, çalışmasında hekim-hasta iletişimde yaşanan sorunları ekonomik ve politik temellere dayandırsa da, hekim ve hasta iletişimde kültürel, psikolojik ve etik faktörler de oldukça önemli rol oynamaktadır.

Thomas Gordon ve W. Sterling Edwards tarafından yazılan “Doktor-Hasta İşbirliği” adlı eserde yazarlar, batı ülkelerindeki hekim ve diğer sağlık personeli ile hasta arasında yaşanan iletişim sorunlarına hekim gözüyle bakmışlar ve çözüm önerilerinde bulunmuşlardır. Kitapta iletişim sorunları örneklerle açıklanarak hatalı yaklaşımlar ile doğru yaklaşımlar karşılaştırılmaktadır. Yazarlar hekimlerin yeterli iletişim becerisine sahip olmadıklarını söyleyerek bu becerinin eğitimle ve deneyimle kazanılabileceği anlatmaktadırlar. Kitapta anlatılan sorunlar Türkiye ile

⁶ A. Ersan, “Ege Üniversitesi Hastanesinde Doktor-Hasta İlişkileri”, E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir 1997.

⁷ E.Kılıç, “Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarında Hekim-Hasta İlişkileri Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma”, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Elazığ 2001.

karşılaştırıldığında, sağlık sistemlerinin görece çok gelişmiş olduğu söylenen batı toplumlarında da bazı temel sorunların hiç değişmediği görülmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş bir sağlık sistemine sahip ülkede dahi hastalar hekimlerin kendilerine yeterince zaman ayırmadıklarından ve kendilerini dinlemediklerinden şikayet etmektedirler⁸.

Hekim-hasta iletişimine dair yukarıda söz edilen kapsamlı çalışmaların hepsinde, daha önce geliştirilen modeller çerçevesinde hekimin otoritesinin varlığından söz edilmiş ve ideal modeller üzerinde durulmuştur. Yapılan literatür incelemelerinde kamu hastanelerindeki otoritenin iletişim sürecindeki etkilerini her iki tarafın bakış açısından araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmacı bu çalışmayla otoritenin etkilerini ortaya koyarken aynı zamanda hekim-hasta iletişiminde her iki grup için iletişimin etkinliğine engel olan sorunları saptayarak daha önce yapılmış çalışmaların eksik bıraktığı bir alana katkıda bulunacaktır. Dolayısıyla bu tez çalışması hekim otoritesinin hekim-hasta iletişim sürecindeki etkilerini anlamaya çalışan bir çalışma olduğu için ve iletişim bilimleri alanında hekim-hasta iletişimine ait ülkemizde yapılmış ilk yüksek lisans tezi olduğu için önemlidir.

II- KURAMSAL ÇERÇEVE

1- İLETİŞİM VE ETKİN İLETİŞİM

⁸ T. Gordon., W. S. Edwards, *Doktor-Hasta İşbirliği*, Çev. E. Aksay, Sistem Yayıncılık, İstanbul 2001.

İletişim, insan yaşamının ve ilişkisinin temel koşuludur⁹. İletişimin çok çeşitli tanımları olmakla beraber temel olarak; simgeler aracılığıyla bir kişiden ya da gruptan diğerine bilginin, fikirlerin, tutumların ya da duyguların iletimi¹⁰ olarak tanımlanabilir.

İletişimin gerçekleşebilmesi için en az bir gönderen ve bir alıcı gereklidir. Gönderen, iletişime gereksinme duyan kişidir. Bu gereksinim, bir birey olarak kabul görmeye yönelik sosyal arzudan, başkalarının sonraki eylemlerini etkileyebilmek için sahip olduğu enformasyonu onlarla paylaşmak isteğine kadar değişen geniş bir yelpazeye yayılabilir¹¹. Gönderen, mesajını amacına uygun bir araçla alıcıya iletir. Alıcı gönderilen mesajı algılayan bireydir. Mesaj alıcıda göndericinin hedeflediği anlamın oluşmasını teşvik eder. Aynı kodları paylaşan ve aynı gösterge sistemini kullanan kişiler arasında mesaja yüklenen anlamlar birbirine yakın olur¹². Hekim-hasta iletişiminin başlangıcında, gönderici konumunda olan kişi hekimle görüşmek üzere hastaneye gelen hastadır. Ancak hekimin otoriter tavırları iletişimin diyalog şeklinde gelişmesini engeller ve iletişime gönderici olarak başlayan hasta, çoğu zaman alıcı olarak devam eder. Kendini baskı altında hisseden hastalar gönderilen mesajların birçoğunu da algılayamaz ve hasta, hekime geribeslemede bulunmaz

Bir göndericinin iletişimine alıcı tarafından gösterilen tepki¹³ olarak tanımlanan geribesleme, özellikle hekim-hasta iletişiminde, iletişimin etkinliğini ölçebilmek için çok önemlidir. Geribeslemeyle, mesajı gönderen kişi alıcıdan gelen tepkiye göre mesajında değişiklik yaparak iletişimin başarısız olmasına engel

⁹ İ. Erdoğan, *İletişim, Egemenlik, Mücadeleye Giriş*, İmge Kitabevi, Ankara 1997, s. 22.

¹⁰ E. Mutlu, *İletişim Sözlüğü*, Ark Yayınları, Ankara 1995, s. 168.

¹¹ A. Kartarı, *Farklılıklarla Yaşamak*, Ürün Yayınları, Ankara 2001, s. 17-18.

¹² J. Fiske, *İletişim Çalışmalarına Giriş*, Çev. S. İrvan, Ark Yayıncılık, Ankara 1996, s. 61.

¹³ Mutlu 1995, s. 134.

olabilir. Hekim, hastadan alacağı tepkiye göre konuşmasını ya aynen sürdürür ya da hastanın anlamadığını görerek onun anlayacağı şekilde anlatır veya davranır.

İletişim sürecinin anlamlandırılmasında önemli bir faktör de bağlamdır. Bağlam etkileşim sürecine katılan insanların iletişim davranışını belirler. Duruş ve oturuştan kullanılan dile, konuşma üslubuna kadar iletişimin bütün bileşenleri, sürecin gerçekleştiği bağlama göre değişir¹⁴. Örneğin hekim-hasta iletişim sürecinin bağlamsal açıklaması kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde birbirinden farklı sonuçlar verir.

İletişimde hedef, etkinliğin sağlanmasıdır. Chen ve Starosta'ya göre etkinlik, bireyin çevresi ile etkileşimi yoluyla niyetlendiği etkiyi gösterebilme yeteneğini ifade etmektedir¹⁵. Etkin iletişim ise; etkileşime katılan tarafların, etkileşim sonunda, başlangıçta niyetlendikleri amaçlarına ulaşmalarıdır. İletişimin etkinliğine engel olan pek çok faktör vardır. Bireyin kaygı derecesi ve belirsizlik bunlardan ikisidir. Etkin iletişimin kurulabilmesi için bireyin belirsizlik ve kaygı derecesinin, karşısındaki kişinin davranışlarını uygun bir biçimde yorumlayabileceği ve onun davranışlarını doğru biçimde tahmin edebileceği düzeye indirilmiş olması gerekir¹⁶. Çünkü etkin iletişimde kaygı olabildiğince az olmalı ki, belirsizlik azaltılabilsin¹⁷. Hekim-hasta iletişiminde de önemli bir sorun olan kaygı, öğrenme düzeyini olumsuz etkiler, kaygılı hastanın dikkati dağınıktır ve hekimin verdiği bilgiyi algılayamaz¹⁸. Bu

¹⁴ Kartarı 2001, s. 21.

¹⁵ Kartarı 2001, s. 202.

¹⁶ Kartarı 2001, s. 188.

¹⁷ Kartarı 2001, s. 189.

¹⁸ S. E. Taylor, *Health Psychology*, McGraw-Hill Book Company, New York 1995, s. 50.

nedenle hekimin hastayla kuracağı iletişimde, hastanın kaygı düzeyini anlayarak ona yaklaşması gerekir. Ancak bu şekilde iletişimin etkin olması sağlanabilir.

2- HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ MODELLERİ

Hekim-hasta iletişimi çoğunlukla sosyal bilimcilerin sağlık sosyolojisi alanında incelediği bir konudur. Sosyologlar konuyu değişik açılardan ele alarak incelemişlerdir. Bazıları hekim ve hastanın paylaştıkları ortak değerleri, bazıları tedavi sürecinde her iki tarafın inanç ve beklentileri arasındaki farkları, bazıları ise hekim ve hastanın ideal rolleri üzerine odaklanmışlardır. Yapılan çalışmalar sonucunda hekim-hasta iletişimini açıklayan birçok model geliştirilmiştir. Tezin kuramsal çerçevesi oluşturulurken bu modellerden bazılarından yararlanılacaktır

a- Parsons'ın Hekim-Hasta İletişim Modeli

Talcott Parsons hekim-hasta ilişkisini teorik temellere oturtan ilk sosyal bilimcidir ve medikal sosyolojinin kurucusu olarak kabul edilmektedir. Onun işlevselci rol temelli yaklaşımı son yirmi yılın hekim-hasta ilişkisinin analizinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Parsons'ın işlevselci modeli toplumsal dengenin nasıl kurulacağı ve devam edeceği sorusu üzerine temellenmiştir. Parsons'a göre dengenin sağlanabilmesi için bireylerin, toplum tarafından önceden belirlenmiş davranış kalıplarına uygun hareket etmeleri gerekir. Ona göre toplumsal sistem bir denge veya istikrara ulaşma eğilimindedir. Diğer bir deyişle düzen sistemin normudur. Herhangi bir düzensizlik ya da normdan bir sapma olduğunda, sistem kendini ayarlar ve normal konumuna

dönmeye çalışır¹⁹. Parsons için hastalık, sosyal organizma ile yeniden bütünleşmeyi gerektiren ve normal fonksiyonlardan sapmayı temsil eden bir durumdur. Hastalık durumu bireylerin toplumsal sistem içindeki rol gereklerini yerine getirmelerine engel olan ve toplumsal sistemi tehdit eden bir olgudur²⁰. Bu nedenle hastalığın engellenmesi toplumsal dengenin sürdürülmesi için gereklidir.

Toplumsal sistemin dengede olmasının ön koşulu toplumsal aktörlerin rol gereklerini yerine getirmesidir. Sağlık sistemi içerisinde hekim hastaya, hasta da hekime ihtiyaç duyar. Hekimin görevi hastasını, tüm bilimsel donanımını kullanarak tedavi etmek, hastanın görevi ise iyileşmeyi istemek ve bunun için çaba göstermektir. Hastanın bilimsel ve teknik bilgiye ihtiyacı vardır, hekimin ise bilimsel ve teknik bilgisi vardır. Görüldüğü gibi modelde hekim-hasta iletişimde hekimin rolünü hastanın rolü tamamlar²¹. Bu nedenle iki grup arasında mükemmel yakın bir ilişki oluşur ve bu sayede çatışma ihtimali ortadan kalkmış olur.

Modelde, hekim ve hasta arasında asimetric bir ilişki tanımlanmıştır. Hekim bir uzmandır ve sahip olduğu bilimsel ve teknik bilgi onun otoritesini haklılaştırır. Hastanın, hekim talimatlarına tamamen uyan, onun teknik bilgisine güvenen ve kendisi için en iyi olana karar vereceğine inanan bağımlı ve itaatkar bir rolü vardır. Hastalık hali bireylerin rol gereklerini yerine getirmelerine engel olan geçici bir durumdur ve toplumsal sistemin dengesini tehdit eder. Hekim tüm bilgisini kullanarak hastalığı tedavi eden ve bireyi tekrar normal yaşamına döndüren çözüm

¹⁹ M.Poloma, *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, Çev. H. Erbaş, Gündoğan Yayıncılık, Ankara 1993, s. 151.

²⁰ T. Parsons, *The Social System*, The Free Press of Glencoe, New York 1964, s. 431.

²¹ Parsons, *a.g.e.*, s. 434-439.

noktasıdır. Dolayısıyla hekim toplumsal sistemin dengede olmasında önemli bir rol oynar²².

Bu modelde hekim ve hasta arasında eşitsizliğe rağmen bir uyum söz konusudur. Hekimin otoritesi, onun bilimsel/teknik bilgi ve becerisi nedeniyle hasta tarafından kabul edilir. Hasta hekimin kendi çıkarları için çalıştığını, bilimsel donanımını kendisini iyileştirmek için kullandığını düşünür. Bu ilişkide hastanın hekimiyle tam bir işbirliği içinde olması beklenirken, hekimin de tüm uzman bilgi ve becerisini hasta yararına kullanması beklenir.²³

Parsons'ın modeli günümüzde de hekim hasta iletişimde temel model olarak görülmesine rağmen birçok eleştiri almıştır. Eleştiriler genellikle modelin hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi idealize ettiği üzerinedir. Parsons modelinde hekim-hasta arasında çıkabilecek çatışmalara yer vermeyip sadece bir uyum ve dengeden söz etmiştir. Aynı zamanda doktorların evrensellik ve duygusal-tarafsızlığı başarılı bir şekilde özümseyebilecekleri konusunda fazla iyimser olmakla da suçlanmıştır. Oysa hekimler, zaman zaman ölmekte olan ya da sevmedikleri ve sürekli şikayet ettiklerini düşündükleri hastalarına olumsuz davranabilirler. Modelde eleştirilen diğer yön hekimlerin sadece hasta çıkarlarını düşünüyor olduğunun iddia edilmesidir. Hekimlerin hasta bakımında aynı zamanda kişisel ve maddi çıkarlarını da düşündükleri gerçeği üzerinde hiç durulmamıştır²⁴.

²² Ersan 1997, s. 52.

²³ Ersan 1997, s. 52.

²⁴ Şahin 1999, s. 41.

Parsons'ın tanımının diğere bir zayıf noktası da, modelin akut hastalıklara özgü olan davranışları tanımlamış olmasıdır. Giderek yaygınlaşan kronik hastalık ve sakatlıklardan, dolayısıyla geçici olmayan, kalıcı bir hasta rolünden hiç söz etmemiştir²⁵. Ayrıca eleştiriler, hasta rollerinde ve normlarında büyük bir kültürlerarası ve kişilerarası varyasyonun olduğunu da göstermektedir. Hekim ve hastanın iletişim sürecinde her birinin kendi çıkarları etrafında hareket edeceğini ve bu nedenle aralarında çatışma yaşanabileceğini iddia ederek, Parsons'ı eleştiren Freidson ise, hekim-hasta iletişimde uyum yerine çatışma ihtimalinden söz etmiştir.

b- Freidson'ın Hekim-Hasta İletişimi Modeli

Freidson Parsons'ın hekim hasta iletişimi modelini eleştirerek, onun yerini alabilecek bir model önermiştir. Freidson'a göre Parson'ın modelinde²⁶;

- Hekim, özellikle hasta beklentilerini ve hekimle mesleki iletişim içinde olan diğer hekimleri ihmal etmektedir.

- Modelde gösterildiği biçimde hekimin beklentilerinin her durumda değişmez gerçekler olarak kabul edilmesi mümkün değildir.

- Hekimin etkisi modelde savunulduğu gibi ideal sosyal beklentilerden değil, hekimin toplumda kazandığı pozisyonun gücünden kaynaklanmaktadır.

- Model, sosyal etkileşim içerisinde eşit olmayan gruplar arasındaki kaçınılmaz çatışmayı gözden kaçırmıştır.

Parsons'ın modelinde, hekimin otoritesinin belirgin biçimde öne çıkması aynı ölçüde hasta rolünü de hekime bağımlı kılmaktadır. Freidson'ın hekim hasta ilişkisi

²⁵ Şahin 1999, s. 42.

²⁶ Ersan 1997, s. 58.

modelinde ise, hekim ve hasta arasında kesin veya tam davranışlar yerine ideal beklentiler vardır. Freidson'a göre hekim ve hastanın beklentilerinin farklı oluşu çatışma yaratır. Bu nedenle hekim hasta ilişkisinde Parsons modelinin aksine asimetri değil iki tarafında onaylayacağı bir yaklaşım tarzı olmalıdır²⁷.

Freidson modelinde, bütün hekim-hasta ilişkilerinde görüş açısı farklılıklarından kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu ileri sürmüştür. Ona göre hekim ile hasta arasındaki çatışma, farklı ilgi ve önceliklerden kaynaklanmaktadır. Hasta kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgiliyken, hekimin sorumlu olduğu çok sayıda hastası vardır. Bu nedenle çatışma ihtimali kaçınılmazdır²⁸.

Bu modele göre, tedavinin başarısı ekip çalışmasına bağlıdır. Bu ekip içinde hastanın rolü çok önemlidir. Hasta, hekim dışında çevresindeki başka kişilerden de etkilenebilir ve bu kişilerin yönlendirmesi hasta için çok önemli olabilir. Aynı şekilde hekim de hastanın tedavisi konusunda diğer sağlık personeli ile işbirliği yapmalı ve onların fikirlerine önem vermelidir²⁹.

Hekim-hasta iletişimine Parsons'ın ve Freidson'ın yaklaşımlarını da içeren dört farklı yaklaşım getiren Emanuel ve arkadaşları, iletişimi hekimlerin hastaya yaklaşım tarzlarına göre sınıflandırmışlardır.

²⁷ C. İşnas, "Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirilmeleri", H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1998, s. 22.

²⁸ İşnas, *a.g.e.*, s. 22.

²⁹ İşnas, *a.g.e.*, s. 24.

c- Emanuel ve Arkadaşlarının Hekim-Hasta İletişimi Modelleri

Emanuel ve Arkadaşlarına göre dört çeşit hekim-hasta iletişimi vardır. Bunlar³⁰;

Paternalistik (Ataerkil): Bu model, hekim-hasta iletişiminde; hekimin hasta için en iyi müdahaleyi yapacağı düşüncesini destekler. Ataerkil modelde hekim; hasta için neyin doğru olduğunu söyleyerek ve bunu uygulayarak, bir anlamda hastanın koruması gibi davranır. Bu amaçla hekim; hastanın sağlık durumunu, hastalığın hangi aşamada olduğunu ve hastayı sağlığına kavuşturacak ya da acısını azaltacak tıbbi testleri ve tedavi yöntemlerini belirlemede tüm becerilerini kullanır. Ardından hekim hastayı ikna etmek için uygulayacağı tedavinin en iyi müdahale şekli olduğu konusunda gerekli bilgileri hastaya verir. Ataerkil model, en iyinin belirlenmesi için ortak objektif kriterlerin olduğunu varsayar. Bu nedenle hekim; hastanın sınırlı katılımıyla hasta için neyin en iyi olduğuna karar verebilir. Modelde otorite hekimdedir. Sonuç olarak; hastanın o anda razı olmasa bile sonrasında hekim tarafından alınan kararlara minnettar olacağı varsayılır. Hastanın özerkliği ve sağlık arasındaki seçimde ataerkil hekimin temel vurgusu sağlıktır.

Bilgilendirici Model: Bu modelde, hekim-hasta iletişiminin amacı; hekim için hastaya gerekli tüm bilgileri sağlamak, hasta için ise hangi tıbbi müdahaleyi seçeceğine karar vermektir. Böylece hekim seçilen müdahaleyi uygulayacaktır. Bu amaçla hekim; hastalığın durumu, olası teşhis ve terapötik müdahaleler, bu

³⁰ E. Falkum, R. Forde, "Paternalism, Patient Autonomy, And Moral Deliberation in the Physician–Patient Relationship: Attitudes Among Norwegian Physicians", *Social Science Medicine*, Ocak 2001, Sayı: 52/ 2, S. 239-248.

müdahalelerle özdeşleştirilen risk ve yarar olasılıkları ve bilginin belirsizliği konusunda hastayı bilgilendirir. Modelin en gelişmiş şeklinde, hastalar hastalıklarıyla ilgili tüm tıbbi bilgiyi ve mevcut müdahaleleri bilme ve bu müdahalelerden kendi değerleriyle en iyi örtüşenini seçme hakkına sahiptir.

Yorumlayıcı Model: Hekim-hasta etkileşiminin amacı; hastanın değerlerini ve hastanın gerçekte ne istediğini aydınlatma ve hastanın bu değerlerle en iyi şekilde örtüşecek mevcut tıbbi müdahaleleri seçmesine yardım etmektir. Bilgilendirici hekim gibi; yorumlayıcı hekim de hastaya, duruma ve olası müdahalelerin risk ve yararlarına dair bilgi verir. Ancak bunun da ötesinde yorumlayıcı hekim; hasta için hastanın değerlerini yorumlamaya da yardım ederek, hastanın kendi değerlerini ifade etmesinde ve bu değerlere en uygun müdahaleleri belirlemesinde yol gösterici bir rol üstlenir.

Uzlaşmacı Model: Hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın söz konusu klinik durumda sağlıkla ilgili ulaşılabilecek en iyi değerleri belirlemesi ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla; hekim hastanın klinik durumuyla ilgili bilgiyi sunmalı ve mevcut seçeneklerin içerdiği değer türlerinin anlaşılmasına yardımcı olmalıdır. Hekimin amaçları; neden bazı sağlık değerlerinin daha değerli olduğunu ve bunlara ulaşmak için ne yapılması gerektiğini önermeyi içerir. Bunun en uç noktasında; hekim ve hasta, hastanın ne tür sağlık değerlerini göz önüne alıp izlemesi gerektiğine dair fikir alışverişinde bulunur. Hekim ahlaki bir iknadan başka bir şeyi amaçlamaz; zorlamadan kaçınılır ve hastanın, kendi hayatını ve değerler sırasını belirlemesi gerekir.

Bu modellerin dışında hekim-hasta iletişimini biçimlendiren farklı etkenlerin varlığından söz eden modeller de vardır.

d- Hekim-Hasta İletişimi İle İlgili Diğer Modeller

Hastanın hekimle işbirliği içinde olduğu Hayes ve Bautista'nın modelinin temeli, karşılıklı etkileşime dayanır. Bu modelde genel olarak hasta pasif konumda değildir ve tedavisi konusunda hekimle işbirliği yapar, kendi görüşlerini kabul ettirmeye çalışır. Hayes ve Bautista, hastanın hekimin direktifleri doğrultusunda hayatını yönlendirmesi konusunu ele almışlar ve tedavinin başarısız olması durumunda tedavinin değiştirilmesi yönünde hekimin ikaz edilmesi ve tedaviye müdahale edilmesi konusu üzerinde durmuşlardır³¹.

Modelde hekim-hasta iletişiminde hastanın pasif olmadığı iddia edilse bile iletişimin biçiminin hastanın sosyal durumuna göre değişebileceği vurgulanmıştır. Buna göre genellikle alt sosyo-ekonomik sınıftan gelen hastaların hekim karşısında pasif olduğu ve hekimin onların karşısında otorite konumunda olduğu, orta ve üst sosyo-ekonomik sınıftan olan hastaların ise hekimle daha çok hekim-müşteri iletişimi içinde olduğu ve tedavide hekimle işbirliği yaparak iletişime aktif olarak katıldıkları savunulmuştur³².

Byrne ve Long'un hekim-hasta iletişimi modelinde ise hekimin, tedavi sürecinde hastaya yaklaşımına göre bir bakış açısı belirlenmiştir. Modelde hasta

³¹ W.C.Cockerham, *Medical sociology*,. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey 1992, s. 162.

³² Cockerham, *a.g.e.*, s. 162.

merkezli ve hekim merkezli olmak üzere iki ayrım yapılmıştır. Hasta merkezli yaklaşımda hekim tedavi sırasında hastanın durumuna göre, hastanın bilgi ve deneyimlerinden faydalanır. Bu yaklaşımda hastanın aktif bir rolü vardır. Hekim merkezli yaklaşımda ise hekimin önceliği zamanı iyi kullanmaktır. Bunun için de öncelikle kendi bilgi ve deneyimlerini kullanmayı hedefler. Hekim-hasta ilişkisinin biçiminin hastanın hastalığına ve yere göre değişebileceğini söyleyen Szasz ve Hollender, hekim-hasta ilişkisi için üç model öne sürmüşlerdir. Bunlar aktif-pasif, rehberlik-işbirliği ve çift taraflı katılım modelleridir. Aktif-pasif model; ciddi hastalık durumlarında ya da acil hallerde geçerlidir, örneğin yoğun bakımdaki hastalarda. Modelde hasta tamamen pasif durumdadır ve tüm kararları hekim alır. Rehberlik-işbirliği modelinde, hasta hastalığı hakkında bilgi sahibidir ve hekimle işbirliği yaparak tedavide aktif rol oynar. Çift taraflı katılım modelinde hekim ve hasta arasında eşitlik vardır. Bu model genellikle kronik hastalıklarda örneğin diyabet ve hipertansiyon gibi, hastanın hekime bağımlı olmadığı, iki tarafın da eşit olduğu durumları açıklar³³.

Hekim-hasta iletişiminin açıklanmaya çalışıldığı yukarıdaki modellerin hepsinde hekimin hasta karşısında ve toplum içinde özel bir yerinin olduğu görülmüştür. Hekimin mesleki üstünlüğünün kaynağı aşağıda tartışılacaktır.

3- TIP MESLEĞİ VE MESLEKİ ÜSTÜNLÜK

Toplumsal sistem içinde bazı meslek gruplarının diğerlerine oranla daha üstün bir yerleri vardır. Bunun nedeni bu meslek gruplarının toplumu tümüyle etkileyen hayati bir işleve sahip olmalarıdır. Tıp mesleği ya da diğer adıyla hekimlik

³³ A. S. Flocke, W. L. Miller, "Relationships Between Physician Practice Style, Patient Satisfaction, And Attributes Of Primary Care", *Journal Of Family Practice*, 2002 Ekim; 51(10): 835-840.

geçmişten günümüze daima sözü edilen üstün grup içerisinde yer almıştır. Sağlık ve hastalık konularının insan için önemi, hekimliğin toplumsal sistem içindeki konumunun belirlenmesinde etkili olmuştur. İnsan için sağlığın önemi hiç değişmemesine rağmen tıp mesleği, toplumsal değişim ve dönüşüm hareketlerine paralel olarak, değişerek bugünkü durumuna ulaşmıştır.

Eski çağlarda, iyileştirme gücünün tanrı ve tanrıçalarda olduğuna inanılmış ve bu güce sahip olanlar daima yüceltilmişlerdir. Ortaçağa kadar büyücülük ve cadılıkla eş değerde görülen iyileştirme yeteneği/bilgisi ve hekimlik, 18. yüzyıl sonrasında ehliyetli bir meslek olarak tanımlanmıştır³⁴. Kilisenin büyücülere karşı başlattığı davalarda hekimlere, onların büyücü olup olmadığına karar verme yetkisinin tanınmasıyla, sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanma tekeli hekimlere resmen geçmiş ve hekimler yasal olarak tıp ehliyetine kavuşmuşlardır³⁵. 18. Yüzyıla kadar olan dönemde “hekimler” çoğunlukla zengin hastaların hizmetinde, onların yaşadıkları mekanlara çağrılarak görevlerini yapmışlar ve bir daha çağrılmamak korkusu nedeniyle her zaman hasta memnuniyeti anlayışında çalışmışlardır. Bu dönemde aralarındaki iletişim patron-hekim iletişimi şeklinde gelişmiştir. 18. yüzyıl sonrasında kilisenin büyücülere ve cadılara karşı başlattığı mücadeleden sonra, ehliyetli bir meslek olmanın avantajıyla yavaş yavaş hekimlerin otoritesi oluşmaya başlamıştır.

Sanayi devrimiyle birlikte şehir merkezlerinde vasıfsız işçilerin çoğalması, fabrikaların kurulması ve işçi sınıfının gittiği çok sayıda hastanelerin açılmasıyla

³⁴ E. Freidson, *The Profession of Medicine*, Adline, New York 1970, s. 11-12.

³⁵ H. Atabek, “Ortaçağ Tababeti”, *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları*, İstanbul 1977, No:2272, s. 32.

hekimler bu hastanelerde tam otoriteye sahip olmuşlar ve örgütlü hale gelerek giderek güçlenmişlerdir. Bu dönemde hekimler daha çok alt statüdeki eğitimsiz insanları tedavi ettikleri için hastanın söylediklerinden çok hekimin kendi bulguları ön plana çıkmıştır. Böylece hastanın bir “vaka” olarak görülme dönemi başlamıştır. Hekimin işini kolaylaştıran teknolojik sistemlerin giderek çoğalmasıyla hekim-hasta ilişkisi sadece semptomlara indirgenmiş ve bugünkü, hastanın sosyal ve ekonomik yaşamına önem verilmeyen bir tür biyolojik indirgemenin yapıldığı dönem başlamıştır³⁶.

Geçmişte ve günümüzde tıp mesleğine toplumsal sistem içinde diğer birçok profesyonel mesleğe göre özel bir değer verilmesinin nedeni, sağlık ve hastalık olgularının insan için çok önemli olmasındandır. Ancak hekimliğin mesleki üstünlüğünün mesleğin doğasından ve uygulayıcılarından kaynaklanan farklı nedenleri de vardır. Illich’e göre; tıp ahlaki bir iştir ve bu nedenle, kaçınılmaz olarak iyinin ve kötünün içeriğini belirler. Tıp her toplumda, yasalar ve din gibi neyin normal, uygun ya da arzu edilir olduğunu belirler. Tıbbın bir kişinin şikayetini meşru bir hastalık olarak etiketlemeye, bir diğerini herhangi bir rahatsızlıktan şikayetçi olmasa da, hasta olarak ilan etmeye; bir başkasının acısının, maluliyetinin, hatta ölümünün toplumca kabulünü reddetmeye yetkisi vardır³⁷. Tıbbın mesleki üstünlüğünün en önemli nedenlerinden biri bahsedilen sağlık ve hastalık tanımlama yetkisidir.

³⁶ İşnas 1998, s. 2-4.

³⁷ İ. Illich, *Sağlığın Gasplı*, Çev. S. Sertabipoğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1995, s. 41.

Mesleki üstünlük kavramına eleştiriler getiren Freidson eğitim gerektiren bir mesleğin ya da en azında tıp mesleğinin üstünlüğünün ve ayırt edici özelliğinin, yerine getirdiği iş üzerinde ipleri eline geçirmesi olduğunu söylemiştir. Ona göre tıp mesleğinin klinik özerkliğe sahip olması ve hastalık tanımlama yetkisinin yani bir hastalığın hastalık olduğuna karar verme yetkisinin hekimlerin elinde olması mesleğe önemli bir üstünlük sağlamıştır. Freidson, mesleki üstünlük kavramının kaynaklarını şu şekilde sıralamıştır³⁸.

- Mesleki güç, statü ve prestiji belirleyen şey klinik özerkliktir³⁹.

-Ancak özerklik gerekli olmakla birlikte yeterli değildir, bunun yanında aynı alanda çalışan diğer insanların işi üzerinde de kontrol kurulması gerekir. Bu tip bir kontrol özerkliğin ötesinde bir güç sağlar, fakat bürokratik yapıyı da gerekli kılar (hastanelerde olduğu gibi). Bürokrasi ise kurallar ve hiyerarşik yapısından dolayı kendi güç kaynaklarını üretme yollarına sahiptir.

- Mesleksel üstünlüğün diğer bir kaynağı kültürel inançlarda ve insanların tedavi eden kişiler olarak hekimler arasında yaptıkları ayırmda yatar. Bu itibarlandırma sınıf hiyerarşisinde, kurumlarda ve tıp kültüründe yeniden üretilir.

- Kurumsal güç mesleki üstünlüğün kaynaklarından başka biridir. Bir meslek değerli ve karmaşık bilgi sistemini, kültürel ve hukuksal yetkiye bu nedenle de kurumsal yetkiye dönüştürebilir. Yetki alımındaki her ilerleme mesleksel üstünlüğün daha ileri boyutlara taşınmasında yeni bir adım sayılır. Bugün sağlık sisteminde hekimlerin profesyonellik gerektiren diğer işleri de üstlenmiş olmalarının (örneğin; hastane yöneticiliği, idari hizmetler vs.) kaynağı kurumsal güçleridir.

³⁸ Z. Cirhinlioğlu, *Meslekler ve Sosyoloji*, Gündoğan Yayınları, Ankara 1996, s. 171-172.

³⁹ D. Armnstrong, "Clinical Autonomy, Individual And Collective: The Problem Of Changing Doctors' Behaviour", *Social Science & Medicine*, Kasım 2002, Sayı: 55/10, s. 1771-1777.

Freidson'ın eleştirileri başka araştırmacılarca da desteklenmiştir. Ancak değişen toplumsal koşullar, teknolojinin ilerleyişi, küreselleşme gibi etkenlerle mesleksi üstünlük kavramı hakkındaki düşünceler de zaman içinde değişmiştir. Fakat Freidson mesleklerin hala hukuksi olarak karar vermeye ve diğer tıbbi işleri gözden geçirmeye yükümlü olmalarından dolayı baskın bir konuma sahip olduklarını ifade eden tutumunda ısrarından vazgeçmemiřtir⁴⁰.

ABD, İngiltere ve İtalya'da mesleki prestij ve aranan kişilik özellikleri konusunda ve kimlerin özerk olarak algılandığına ilişkin yapılan araştırmalarda prestiji en yüksek mesleklerden biri de tıp mesleği çıkmıştır. Yapılan anketlere yanıt verenlerin bu mesleği yüksek değerde görmelerinin nedeni, bu meslekten kişilerin yalnızca kendi anlayışları doğrultusunda ve kendi ilgi alanlarında çalışma olanağı bulduklarına inanmalarındır. Toplumda özerk mesleklerin ve kişilerin güçlü olduğuna dair yaygın bir inanç vardır⁴¹.

Günümüzde hekimlik mesleği eskiye göre farklılaşmıştır. Klinik özerklik geçmişteki hakimiyetini kaybetmiştir. Değişen toplumsal koşullar ve hızla gelişen teknolojik olanaklar sayesinde tıp mesleğinin özerkliği, maliyet kapsamı stratejileri ve yükselen tüketiciilik gibi tehditlerle karşı karşıya kalmıřtır⁴². Hekimlerin hastaya ve tedaviye yönelik işler dışında idari işlere el atmaları, sağlık ve hastalık olgularına çok kazançlı bir alan olarak bakılması, hastanelerin kar amaçlı işletmelere dönüşmeleri, hastalara “müşteri anlayışıyla yaklaşma” davranışı, neredeyse bir hekimden daha isabetli bir biçimde tanı koyabilen bilgisayarların ortaya çıkması,

⁴⁰ Cirhinlioğlu 1996, s. 173.

⁴¹ S. Richard, *Otorite*, Çev. K. Durant, Ayrıntı Yayınları, Ankara 1992, s. 93.

⁴² Armnstrong 2002, s. 1771-1777.

özel sigortacılığın yaygınlaşması, ilaç ve tıbbi malzeme sektörünün hekimlerle sıkı ilişkiler içinde olması gibi nedenlerle mesleki özerklik eski gücünü yitirmiştir. Ayrıca eğitim seviyesinin yükselmesi, bilgisayarın/internetin günlük yaşama girmesi ve medyanın sağlık konusuna önem vermesi ile bireyler sağlık ve hastalıkla ilgili konularda bilgi sahibi olmuşlardır. Bunun sonucunda hekimler ve uygulamaları sorgulanmaya başlanmış ve tıp mesleğinin sahip olduğu özerklik tahtı ve otorite sarsılmıştır.

4- OTORİTE VE HEKİMLİK

Otoritenin, üzerinde anlaşmaya varılmış tek bir tanımı yoktur.

Batı dünyasında *authority* sözcüğü ve aynı kökten gelen *author*; yaratıcı, yazar *authentic*; sahih, aslına uygun, *authoritative*; otorite sahibi, söz sahibi bir kaynaktan gelen, *authorize*; belli bir erkin verilmesi ya da devredilmesi olarak algılanır. Bu bağlamda otorite sahibinin yönetme hakkını konumundan, sahip olduğu özelliklerden ya da kabul edilmiş bir hak devrinden aldığı görülüyor.⁴³

Hançerlioğlu otoriteyi, bir kişinin bir gücün ya da bir örgütün genellikle boyun eğilen büyük etkisi olarak tanımlar. Schapiro'ya göre ise otoriteden sözdebilmek için, bu güçle ilişkili olan (ona boyun eğen) bir grup insanın ve gücü icra eden tarafından uygulanan birtakım normların veya kuralların bulunması gerekir.

⁴³ <http://www.psikiyatrikulubu.gazi.edu.tr/p01-7.htm>, Erişim tarihi: 10.06.2005.

Otoritenin itaat etmeyi sağladığı, yapılan bütün tanımların ortak noktasıdır. Toplumsallaşma sürecinde birey, hayatın her alanındaki kendi dışındaki karar vericiler tarafından oluşturulmuş kurallara boyun eğmenin, otorite altına girmenin gereğine inanmıştır. Bireyin ilk karşısına çıkan baba figürü ve anne, öğretmen, uzmanlar, devlet, yasa, yasa koyucu, yargıç, yetkili memur vb.leri eylemlerin belirleyiciliğini kendi dışına itmesi gereğini vurgulamışlardır. Kendine özgü bir ilişki ağına sahip olan otorite kavramı meşruluğunu ancak kabul gördüğünde gösterir⁴⁴.

Genel anlamda itaat etme, bir otoritenin emirleri ile oluşan davranış değiştirmesidir. Hannah Arendt'e göre; otoritenin temel özelliği, itaat etmesi istenenler tarafından sorgusuz kabul edilmesi ve bunun için zorlamanın ya da ikna etmenin gerekmediğidir. Otorite öznesi tarafından yani itaat etmekle yükümlü kişilerce sorgulanmayan bir özelliğe sahiptir. Aynı zamanda otoritenin gerektirdiği itaat insanların özgürlüklerini koruduğu bir itaattir. Yani kişi bir şeye zorlandığı için değil, inandığı için itaat eder. Mommsen otoriteyi; öğütten fazlası, emirden azı; kişinin basit bir şekilde göz ardı edemeyeceği bir öğüt olarak ifade eder⁴⁵. Kişisel otoritenin meşruluğunun, güç farklılıklarının algılanışından kaynaklandığını söyleyen Sennett'e göre ise, otoritenin sahip olduğu bir güç, özgüven ya da bir giz vardır ve bağımlı kişinin buna etki edemez. Otorite ve bağımlı kişi arasındaki bu fark hem korku hem saygı uyandırırken aynı zamanda, otorite bağımlı kişiyi yargılayabilir ve ona güven verir⁴⁶.

⁴⁴ <http://www.psikiyatrikulubu.gazi.edu.tr/p01-7.htm>, Erişim tarihi: 10.06.2005.

⁴⁵ Stephen 2002, s.104.

⁴⁶ Sennet 1992, s. 160.

Weber'in tanımında ise, otoritede gönüllülük esas alınır. İnsanlar yöneticilerine gönüllü itaat ettikleri zaman otorite vardır. Eğer insanlar itaate zorlanıyorsa bunun nedeni yöneticilerin meşru olmamasıdır. Weber otoriteyi üç kategoriye ayırır. Birinci kategoride “çok eski geleneklere ve kurumsallaşmış inanca” dayalı geleneksel otorite vardır. Bu otorite toplumsal kalıtsal ayrıcalıklara bağlıdır. İkinci kategori yassal-ussal otoritedir; bu otorite “kuralların yasallığına ve bu kurallara göre yönetimi elinde tutanların emir verme hakkına inanmaya” dayanır. Bunun anlamı bir lider ya da patronun gerçekte ne yaptığına bağlıdır. Son kategori karizmatik otoritedir; bu otorite ise “bir müritler topluluğunun bir bireyin kutsallığına ya da kahramanca gücüne ya da örnek alınacak bir kişi oluşuna ve onun ortaya koyduğu ya da getirdiği düzene olağandışı biçimde kendilerini adayışlarına” dayalıdır.

French ve Raven'e göre otoritenin dayandığı bazı kaynaklar vardır. Onlar otoriteyi şu şekilde sınıflandırmışlardır⁴⁷;

Zorlayıcı Güç: Ceza korkusuna dayanır. Zora dayalı güç, kişinin etkilenenler üzerinde cezayı araç olarak kullanma kapasitesinden kaynaklanır. Kişi belirli bir davranışı göstermediği takdirde zarar göreceği düşüncesiyle etkilenir. Aslında etkileyen kişinin ödül veya cezayı araç olarak kullanması onun objektif kapasitesi değildir. Etkilenen kişilerin algıladıkları potansiyel ödül ve ceza önemlidir. Uygun bulmama, sevmeme, reddetme, anlaşmazlık potansiyel zorlayıcı güç kaynaklarıdır.

⁴⁷ Kasapoğlu 1999, s. 28-30.

Uzmanlık Gücü: Etkileyen kişiye üstün bilgi ve yetenek atfedilmesinden kaynaklanmaktadır. Kişiyе diğerlerinin saygısını kazandıran bu güç, onun uzmanlık, bilgi ve becerisine dayanmaktadır. Genel olarak insanlar belli bir konuda bilgi ve beceriye sahip kişiden etkilenme eğilimi gösterirler. Uzman kişinin önerdiği davranış, diğerlerine çoğu kez uzun uğraşlarla elde edilmiş bilgilerden çok kısa zamanda yarar sağlama olanağı verir.

Bilgi Gücü: Bir insanın diğerlerine gerekli açıklamaları yaparak onun davranışlarını değiştirmesi veya yeni davranışlar kazandırması bilgi yoluyla etkilemedir. Diğer güçlerden farklı olarak bilgi gücü etkileyen kişiden bağımsızdır. Temeli etkileyen kişinin iletişim kurarken kullandığı bilgidir.

Sevgi ve Özdeşim Gücü: Bu tür kişiler genellikle başkaları tarafından sevilen ve takdir edilenlerdir. Burada seçme, beğenme ve özdeşim kurma durumu, diğerlerini etkilemede bir araç olarak kullanılır. Çünkü birbirini seven kişilerin birbirlerini etkileme gücü vardır.

Hekim-hasta ilişkisinde hekimin, hastanın sağlığı konusunda belli bilgi ve beceriye sahip olması; hastanın da, hekimin bu bilgi ve becerisine ihtiyaç duyması, doğal olarak ilişki dengelerini bozmakta, daha ilk başta hekimi, hasta karşısında üstün duruma sokmaktadır. Yardım bekleyen, acı çeken, yaşam mücadelesi içerisinde; kişisel kontrolünü kaybetmiş, olan hastanın karşısında onun çözümü olarak bulunan hekim "otorite" konumuna gelmektedir. Hasta, tıbbi ve bilimsel gerekçelerle kendi bedeni üzerinde yapılan müdahaleler hakkında hiçbir bilgi ve karar noktasında bulunamamakta, büyük bir inanç ve güvenle kendini hekimine

teslim etmektedir. Bu bağlamda görülüyor ki, hekimlik uğraşı kaçınılmaz biçimde içerisinde belli bir “otorite” barındırmaktadır.

Parsons’a göre hekimlerin profesyonelliği onların uzman otoritesinde yatar, çünkü bu onların mesleğini gerekli kılan otoritenin doğasıdır. Hastalarının ve toplumun bilmediği bir şeyi bildiklerinin farkındadırlar⁴⁸. Yalnızca profesyonellikleriyle hastalarının ve toplumun zihninde otoritelerini uygulamaları için yeterli bir güven oluşturabilirler. Hekim ve hastaya ait ideal rolleri de tanımlamış olan Parsons’a göre hekimler otoritelerini hastanın çıkarları için en iyi olan duruma göre kullanmalıdırlar⁴⁹.

Otorite hakkında yukarıda yapılan tanımlamalardan yararlanarak bu çalışmada hekim-hasta ilişkisinde hekim otoritesi; kaynağını bilgi ve uzmanlıktan alan ve hastaların düşüncelerini, davranışlarını, inançlarını etkileyerek onlara güven veren ve rıza yoluyla itaat etmelerini sağlayan güç, olarak ele alınacaktır.

5- HASTALIK VE HEKİM-HASTA ROLLERİ

⁴⁸ G. C. Homans, R. K. Merton , *Social Behavior*, Harcourt Brace Jovanovich Inc., New York 1974, s. 92.

⁴⁹ S.R. Latham, “Medical Professionalism: A Parsonian View”, *The Mount Sinai Journal Of Medicine*, Sayı: 69, No. 6, Kasım 2002, s. 363-369.

Hastalık kavramına ait tanımlamalar hastalığın ne olduğu hakkındaki görüşlere göre toplumdan topluma, çağdan çağa değişebilir. Bir bireye ne zaman hasta denileceğinin ya da bireyin kendisini ne zaman hasta olarak algılayacağıının genel bir ilkesi yoktur. Fakat bütün tanımların temelini “sağlıklı olma durumunun yitirilmesi” oluşturur⁵⁰.

Genel olarak hastalığın tanımlaması iki farklı bakış açısından yapılabilir. Bunlardan biri medikal açıdan hastalıktır ki “disease” olarak ifade edilir. Burada hekimin bakışı yani nesnel hastalık söz konusudur. Bu anlamıyla hastalık bazı semptomlarla kendini gösteren patolojik bir durumu ifade eder. İkinci bakış açısı ise toplumsal-kültürel içerikli hastalık tanımlamasıdır ve “illness” kavramını açıklar. Bu tanımlamada ise sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının öznel deneyim içinde bireyce algılanması yani bireyin acıyı, rahatsızlığı duyma durumu söz konusudur⁵¹.

Modern tıbbın anlayışında hastalık yani disease, vücudun içsel çevresini etkileyen değişikliklere veya bazı sakatlık durumlarına verilen biyolojik tepkilerdir. Bu anlamda hastalık tanımlaması ile biyolojik bir organizma olarak vücudun işlevlerini değiştiren objektif bir durum tanımlanmaktadır⁵². “Illness” durumu ise, kişinin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma ve tıbbi çözüm arama girişimine kadar, bireyin ve çevresinin değerlendirmelerini içeren bir süreç olarak kalır. Bireyin hastalığının tıbbi uzmanların objektif bakış açılarıyla yorumlanmasından sonra

⁵⁰ Cirhinlioğlu 2001, s. 24.

⁵¹ O. Ülgen, “Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar”, *Sosyoloji Dergisi*. E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, sayı:4, İzmir 1993, s. 97.

⁵² N.Ö. Adak, *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul 2002, s.26.

belirtilerin “disease” olarak tanımlanması hastalığın birey ve toplum bazında geçerliliğini yasallaştırır⁵³

Hastalık durumunun ilk aşamasında bireyde güvensizlik, kaygı, kuşku hali teşhis eylemiyle birlikte belirli bir düzeye inebilir. Bu aşama da bireyin toplumsal konumu “hasta birey” statüsünde yasallaşır ve böylece normal sorumluluklarından soyutlanır. Teşhis eylemi sonrasında hasta birey ve çevresindeki kişiler tutum ve davranışlarını buna göre belirlerler⁵⁴.

Hastalık rolünü toplumsal sistemle ilişkilendirerek değerlendiren Parsons, hastalığı biyolojik bir olay olarak kabul ederken, tıpkı meslektaşısı Durkheim gibi, hastalığı sosyal bir olay olarak görmekte ve eğer birey intihar edecekse, bu olayı aslında bireyin değil, toplumun bir sorunu olarak kabul etmek gerekir diye düşünmektedir. Parsons’a göre hekimin ve hastanın yerine getirmesi gereken kalıplaşmış roller vardır. Toplumsal sistem içinde hasta birey hasta rolünü hekim ise mesleki rolünü oynar. Parsons için hasta rolü, toplum içinde sürekli olarak yerine getirilmesi gereken bir rol değildir. Hastalık normal durumdan bir sapmadır. Bu nedenle Parsons bu role “geçici rol” adını vermiştir. Ancak hemen herkes hayatının bir veya birçok döneminde hasta rolünü yerine getirmek durumunda kalacağından bu rol aynı zamanda evrensel özellikler de taşımaktadır⁵⁵. Parsons’a göre hasta bireyin iyileşme isteği ve çabası ile hekimin hastası için yapabileceğinin en iyisini yapması sayesinde tedavi kısa zamanda sonuçlanacak ve birey topluma kazandırılacaktır. Bu ilişkide her iki taraf da yapabileceğinin en iyisini yapar.

⁵³ Ersan 1997, s. 14.

⁵⁴ Adak 2002, s. 32.

⁵⁵ Cırhinlioğlu 2001, s. 61.

Parsons, hekim ve hasta rolüne ilişkin yaptığı tanımlamalarda her iki grubun rollerinin birbirini tamamlayan uyumundan söz eder. Ona göre toplumsal sistemin dengede olabilmesi her bireyin üstlendiği rolü tam olarak yerine getirmesiyle ilişkilidir.

Parsons, işlevsel hasta-hekim rolünü yöneten 4 normun varlığını ortaya koyar:

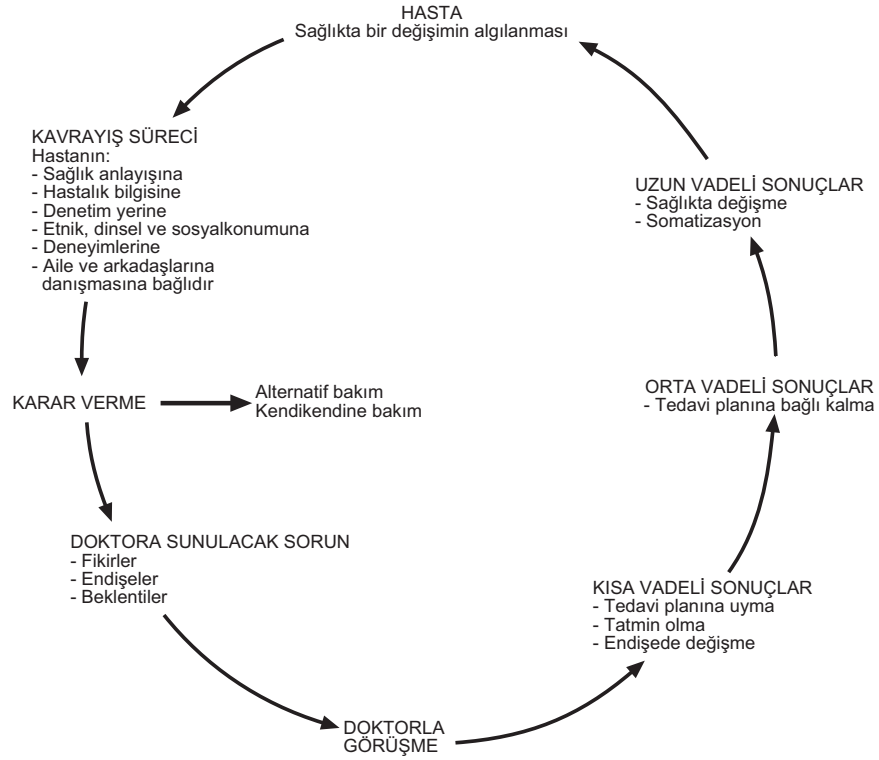
Hasta: Hastalık Rolü	Hekim: Mesleki Rol
1- Hasta mümkün olan en kısa zamanda iyileşmeyi ister. 2- Hasta hekime başvurup, yardım ister. 3- Hasta iyileşene kadar bazı etkinlikleri ve sorumluluklarından muafır. 4- Bakıma ihtiyacı olacaktır ve kendi kendine iyileşemeyeceğine inanmalıdır.	1- Hekimler hastalığı iyileştirmek için bilgi birikimine ve beceriye sahip olmalıdır. 2- Hekim kendi çıkarlarını ve parayı değil hastanın ve kamunun refahını düşünmelidir. 3- Hekimler tarafsız olmalı ve duygularından sıyrılmalıdır. Hastayı kendi değerlerine göre yargılamamalıdır. 4- Hekimler meslek kurallarına göre hareket etmelidirler. Ayrıca: - Hekimin hastanın fiziksel ve kişisel hayatını bilme hakkı vardır. - Hekimin mesleki özerkliği olduğu kesinlikle kabul edilmelidir. - Hastayla ilişkisinde otorite hekimin elinde olmalıdır.

Kaynak: T. Parsons, *The Social System*, The Free Press of Glencoe, New York 1964, s. 431-438.

Hekimlerin, özellikle de tıp fakültesi öğrencilerinin hasta rolünü öğrenmeleri için Peter Tate tarafından yazılmış olan “Doktorun İletişim El Kitabı” adlı yapıtta, doktor ve hasta arasında iyi bir iletişim kurulmasının doğru tanı ve tedavinin ilk

adımı olduğu vurgulanmaktadır. Yazar kitapta, hastalarla etkin iletişim kurmanın yolunun onları anlamaya, bakış açılarını görmeye çalışmakla olacağı anlatarak hastanın hekimle iletişiminde yaşadığı süreci “hastanın öğrenme çemberi” adlı bir şemada açıklamıştır⁵⁶;

Hastanın Öğrenme Çemberi



Kaynak: P. Tate, *Doktorun İletişim El Kitabı*, Çev. S. Köseoğlu, Beyaz Yayınları, İstanbul 1998, s. 30.

Hastanın öğrenme çemberine göre, bir hasta hekimle karşı karşıya geldiğinde hangi durumlarda onun önerilerine uyacağına zaten karar vermiştir. Hastanın hekimin önerilerine uymak için çeşitli nedenleri vardır: Hastanın tedavi planına bağlı kalması için öncelikle hekime inanması ve anlayışının hekimin düşünceleriyle

⁵⁶ P. Tate, *Doktorun İletişim El Kitabı*, Çev. S. Köseoğlu, Beyaz Yayınları, İstanbul 1998, s. 30-38.

benzeşmesi gerekmektedir. Bunun yanında hekimlik mesleğine saygı duyduğu için saygı duyulan bir meslek mensubunun söylediğinin yapılması gerektiğine dair inancı ayrıca hekimin otoritesine itaatsizlikten korkulması da tedavi planına bağlı kalmayı beraberinde getirir.

Modele göre, hekimin tavrı hastanın kaygılarını artırabilir ya da azaltabilir. Hasta hekimden kaygılarını gidermesini beklerken hekimin yaklaşımı onu daha çok kaygılandırabilir. Otoriter hekimler, hastaların özerkliklerini azaltırken kaygılarını da azaltırlar. Ancak bu etki kısa ömürlü olur. Hastalara çok fazla özerklik vermek ise kaygıyı arttırır. Hastanın özerkliği ile kaygı arasında bir denge kurulması gerekir. Hastanın özerkliğini arttırıp, kaygının artmasını sınırlamak için en uygun yol, bilgi paylaşımı ve anlaşılmayı sağlamaktır.

Tedavide hasta tatmini çok önemlidir. Ancak bu hastayı tatmin etmek için örneğin onun istediği ilaçları gerekmediği halde yazmak anlamına gelmemelidir. Hastanın en büyük tatmin kaynağı hekimin yaklaşımıdır. Sıcak ve dost canlısı hekimlerin soğuk ve ciddi olanlara göre hastaları tatmin etme gücü daha yüksektir. Çok konuşan hekim tatmini azaltırken hastalarını dinleyen ve anlamaya çalışan hekimler tatmini arttırır.

Modelde hastaların tedavi planına bağlı kalıp kalmamalarını etkileyen etmen tedavinin hastalığın seyrini ne şekilde etkileyeceği ve sonucun ne olacağı ile ilgilidir. Hastanın hekimle her görüşmesi tedavi planında atacağı adımı etkiler.

Öğrenme çemberinin sonunda; hastalar, sağlıklarındaki değişmeyi anlamaya çalışır ve bunlarla daha önce ortaya çıkan değişimler arasında bağlantı kurmaya çalışırlar. Sonuç olarak birtakım batıl inançlar geliştirebilirler. Burada doktorun görevi, sağlıkta meydana gelen bu değişimlerin hastalar tarafından akılcı bir biçimde değerlendirilmesini sağlamaktır. Bu da yine hastaları dinlemek, onlarla bilgileri paylaşmak ve hastaların konuyla ilgili anlayışlarını kavramaktan geçer.

Somatizasyon, ise hastaların, duygusal tepkilerden ayrı olarak, fiziksel semptomlar yaratma eğilimini ifade eden bir terimdir. Hekimler, hastaların bir çok şikayeti arasından bir hastalık bulup çıkartarak bu eğilimi desteklerler. Hastaların aklında bir kere hastalık yaratıldıktan sonra onu oradan çıkarmak çok güçtür. Semptomlarını somatize eden hastalar, duyguları hakkında açık konuşmazlar.

Hekim için, hastayla etkin bir iletişim kurabilmesinde hastanın rol gereklerinin bilinmesi kadar önemli olan bir başka konu da mesleğin uyulması zorunlu etik kurallarıdır. Bu kurallara göre hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışmak ve böylece insan yaşamını ve sağlığını korumaktır. Hekimin meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, öncelikli ödevidir. Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri; yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik olarak sayılabilir. Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) etik ilkeler bağlamında belirlediği ve hekim-hasta ilişkileri başlığı altında topladığı bazı etik kurallar şunlardır⁵⁷:

⁵⁷ <http://www.ttb.org.tr/isak/hukuk/tuzuk2.html>, Erişim Tarihi: 10.05.2005.

Hasta Haklarına Saygı: Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı, saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli bir ortamda sağlık hizmeti alma hakkı vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.

Hekim Seçme Özgürlüğü: Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.

Hasta Üzerindeki Etkinin Kullanımı: Hekim, hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanamaz.

Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma: Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi ikinci bir hekime devredebilir. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.

Aydınlatılmış Onam: Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü

girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Bu kuralların uygulanması çoğu zaman birçok faktöre bağlı olarak mümkün olmamaktadır. Etik ilkelerin uygulanmasını zorlaştıran bazı nedenler şöyle sıralanabilir⁵⁸:

- Hastaya bağlı nedenler: yaş, cinsiyet, eğitim, sosyo-kültürel özellikler, hastalık vb.

-Sağlık kurumu ve sağlık personeline bağlı nedenler: Hasta yoğunluğu, sağlık personelinin yetersizliği, sağlık kurumlarının fiziki kapasitesinin yetersizliği, teknolojik yetersizlikler, örgüt iklimi ve yönetime bağlı nedenler.

-Sağlık sistemin yetersizliğine bağlı nedenler: kaynaklar, yatırımlar, sağlık politikaları, istihdam vb.

6- HASTA VE HASTANE İLİŞKİSİ

Tedavi hizmetlerinin en önemli organizasyonları olan hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak; izlendikleri, muayene edildikleri, teşhislerinin konulduğu, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlar⁵⁹ olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerin, amaç ve misyonlarına göre değişmekle beraber dört temel işlevi vardır;

⁵⁸ S. Bostan “Hasta Haklarının İhlallerinin Nedenleri”, <http://hnp.ktu.edu.tr/index.php?sayfa=makale.htm>, Erişim Tarihi: 21.06.2005.

⁵⁹ <http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=birimler&cid=2>, Erişim Tarihi:08.05.2005

bunlar, tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, araştırma ve eğitimidir⁶⁰.

İnsanın insana hizmet ettiği, emek yoğun çalışılan kurumlar olan hastanelerde amaçlar, birden fazla insandan oluşan bir grubun uyumlu çabalarıyla gerçekleşir. Hastanelerde herkesin görev alanı net bir şekilde tanımlanmış ve kurallar konulmuştur. Kuralların olduğu yerde, bu kuralları uygulayacak kişiler arasında, belli bir hiyerarşiden söz etmek gerekmektedir. Hiyerarşi, ortamın toplumsal bir organizasyon olduğunun göstergesidir. İçinde hiyerarşi barındıran toplumsal organizasyonlar otorite ilişkilerinin olduğu yerlerdir. Dolayısıyla hastaneleri otoratif ve hiyerarşik ilişkilere dayalı toplumsal organizasyonlar olarak da tanımlamak mümkündür⁶¹.

Hastanelerde çalışan personelin çoğu uzmanlaşmıştır. Mesleğinde uzmanlaşan profesyoneller için mesleki amaçlar çoğunlukla kurumsal amaçların önündedir ve sağlık kurumlarında profesyonellerin önemli derecede özerkliği bulunmaktadır. Bunun yanında profesyonel kişilerin mesleki bilgi ve deneyimlerinden kaynaklanan otoriteleri de kurum içinde oldukça etkindir⁶².

Sağlıklı yaşamın anayasal bir hak olduğu Türkiye'de, sağlık hizmetlerinin denetimi devlet tarafından tek elden yürütülmektedir. 2003 Yılı itibariyle Türkiye'de hizmet veren yataklı tedavi kurumları şunlardır:

Türkiye'de Hizmet Veren Yataklı Tedavi Kurumları (2003)

⁶⁰ Ş. Kavuncubaşı, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000, s. 198.

⁶¹ Cırhinliçoğlu 2001, s. 81.

⁶² Kavuncubaşı 2000, s. 76.

Kurumu	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak% Dağılımı
Toplam	1,172	180,797	100.0
Sağlık Bakanlığı	668	91,202	50.4
Milli Sav. Bak.	42	15,900	8.8
SSK*	121	29,157	16.1
Üniversite	50	26,162	14.5
Diğ. Bakanlıklar	2	680	0.4
Belediyeler	9	1,389	0.8
İkt. Devlet Teş.	8	1,607	0.9
Dernek	18	1,674	0.9
Yabancı	3	268	0.1
Azınlık	5	934	0.5
Özel	246	11,824	6.5

Kaynak: Sağlık İstatistikleri 2003, T.C. Sağlık Bakanlığı, s. 48.

* 2005 yılı Şubat ayı itibarıyla SSK hastaneleri ve bazı kamu kurumu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Günümüzde çok kârlı bir pazar haline gelmiş olan sağlık hizmetleri sektörü tüm dünyada ve Türkiye'de giderek sosyal devlet anlayışı kapsamında çıkmakta ve özelleştirilmektedir. Özelleştirme mantığının arkasında İngiltere gibi batılı ülkeler örnek gösterilerek; hizmet kalitesinin ve dolayısıyla da müşteri/hasta memnuniyetinin artırılması düşüncesinin olduğu söylenmektedir.

Oysa Türkiye'nin ekonomik koşulları sağlıkta özelleştirme uygulaması için uygun değildir. Türkiye'de 2004 yılı itibarıyla ortalama nüfus 70 milyondur. Aynı yıl bütçeden sağlığa ayrılan pay sadece yüzde 3.1 dir. Nüfusun yüzde 17'si sağlık güvencesinden yoksunken yüzde 15'i ise hiç hekime gidememektedir. Kadınların yüzde 26'sı doktorsuz doğum yapmaktadır. Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması 2002 yılında 172 dolar iken bu sayı Almanya'da 3 bin, Amerika'da 5 bin 200 dolardır. Bugün Türkiye'de 743 kişiye bir hekim, 392 kişiye bir yatak düşerken bu

hastalara hizmet veren bir pratisyen hekimin ortalama maaşı 900 YTL, bir uzman hekimin ortalama maaşı ise 1300 YTL dir⁶³.

2004 yılı içinde sosyal güvenlik kapsamında; 36 milyon SSK'lı, 15 milyon Bağ-Kur'lu, 9 milyon Emekli Sandığı güvencesinde olan ve 11 milyon da yeşil kart sahibi insan vardır. Bunların dışında kalanlar ise sosyal güvencesi olmayanlar ile özel sigorta kapsamında olan insanlardır. Çoğunluğunu orta ve alt gelir grubunun oluşturduğu bu kişiler sağlık hizmeti almak için öncelikle sigortalarının kapsamı dahilinde olan sağlık kurumlarına başvurmak zorundadırlar. Bu kurumların hemen çoğu kamuya ait kurumlardır. Son yıllarda hastanın yapacağı ek ödemelerle ve bazı özel koşullarda, özel hastaneler ve sağlık merkezleri de bu zincire katılmıştır. Ancak ödeme gücü olmayan çoğu kimse sadece kamu hastanelerinden hizmet almaya devam etmektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin çok büyük sorunları vardır. Kamu hastaneleri bu sorunların en yoğun yaşandığı alt sistemlerdir. Hastane sayısının yetersiz oluşu ya da var olan hastanelerin talebi karşılayamaması, sağlık personeli sayısının ve eğitiminin yetersizliği, bürokratik işlemlerin çok olması, teknik donanım eksiklikleri gibi sorunlarla hastaneler kapasitelerinin çok üzerinde bir yoğunlukta çalışmakta ve bu ortamda hizmet verenler de hizmet almak isteyenlerde memnun olmamaktadır. Polikliniklerde bir hekime neredeyse günde 50-60 hasta düşerken; kuyruk çilesi, kalabalık/izdiham, yetkililere ulaşamama gibi sorunları aştıktan sonra hekimin karşısına çıkabilen hasta orada kaldığı 3-4 dakikadan doğal olarak memnun olmamaktadır. Günlük kapasitesinin çok üstünde hasta bakan hekim ise

⁶³ <http://www.ses.org.tr/basindases/55.htm>, Erişim Tarihi:10.05.2005.

yorgunluğunun yanında yaptığı işin kalitesinden de memnun olmamaktadır. Bunun yanında çalışma koşullarının yetersizliği ve düşük ücretler uzman hekimleri hastane dışında özel çalışmaya yönlendirmiş ve böylece muayenehane ya da özel hastanelerde yapılan tedavilerde hasta ve hekim arasındaki ilişkiye ticari bir boyut eklenmiştir. Bu ilişki kamu hastanesi ortamındaki ilişkileri de etkilemiş ve zamanla hem hasta hem de hekim tarafından doğal bir uygulamaymış gibi algılanmaya başlamıştır. Artık hastalar, özel muayene olmadan kamu hastanelerinde kendileriyle ilgilenilmeyeceğini düşünürken, hekimler de çoğu zaman bunu onaylayacak şekilde davranarak sistemi devam ettirmektedirler⁶⁴. Üniversite hastaneleri gibi bazı kamu hastanelerinde ise ticari boyut yasal zemine oturtularak, uzman hekimlere hastane içinde özel muayene ve tedavi yapma imkanı sağlanmıştır. Bu hastanelerde asistan hekim yerine uzman hekime muayene olmak ya da ameliyatını uzman hekime yaptırmak isteyen hastalar belirli bir ücret ödeyerek bu hizmeti satın almaktadırlar.

Bu sistem içinde hastaneye yatan hasta, sistemden kaynaklanan sorunların dışında hastaneye yatmış olmanın getirdiği bazı sorunları da yaşar. Hastanede yatma süreci çoğu kişinin kaçınmaya çalıştığı hoş olmayan bir durumdur. Hastane bireyin hemen her durumdaki kontrolünün elinden kayıp gittiği, toplumdaki rollerinden ve kimliğinden sıyrılarak adeta bir nesne haline dönüştüğü nadir yerlerden biridir. Hastanın kimliksizleştirilmesinde, hastanedeki tedavi işlemlerinin rutinleşmiş ve bürokratikleşmiş olmasının, tedavi ekibinin hastayı insan olarak değil de nesne olarak ele almasının ve ona hastalığı, durumu iyileşme şansı ve tedavinin niteliği hakkında çok az bilgi vermesinin payı büyüktür⁶⁵.

⁶⁴ Cırhinlioğlu 2001, s.109-119.

⁶⁵ Şahin 1999, s. 40.

Hastalar hastaneye yatmaya karar verdiklerinde örtük olarak bazı koşulları da kabul etmiş sayılmaktadırlar. Bu koşullar⁶⁶;

- Bir tek otorite sisteminin varlığı,
- Kaynakların yetersizliği,
- İletişimin yetersizliği

Bu durumda, hastanede yatan hastalar zaman içinde dört grup altında toplanabilecek davranışları gösterirler⁶⁷:

Geri Çekilme: Bazı hastalar birçok nedenden dolayı hastanedeki uyarıcılara karşı direnç geliştirebilirler ve tedaviyi dahi kabul etmeyebilirler.

Saldırı: Bazı hastalar ise hastanede mevcut kural ve düzenlemelere aşırı tepki göstererek protesto eğilimi içerisine girebilirler.

Bütünleşme: Hastalar kimi zaman belki de geldikleri kültürel köken dolayısıyla, temel ihtiyaçlarının karşılanmasından minnettarlık havasına bürünürler.

Boyun Eğme: Hasta hastanenin kuralları karşısında tamamen çaresiz hissetmiştir ve bu kuralların tamamını kabul edici ve uygulayıcı konumundadır.

7- TEZİN KURAMSAL YAKLAŞIMI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hekim hasta iletişiminin incelendiği bu çalışmada, otoritenin hekim-hasta iletişim sürecindeki etkilerine ve hekim ve hastaların etkin iletişim kurabilmek için birbirlerinden beledikleri rol gereklerinin neler olduğuna bakılacaktır. Çalışmada birden fazla modelden yararlanılmakla beraber temel model olarak Parsons'un hekim-hasta iletişimi modeli kullanılacaktır.

⁶⁶ Cirhinlioğlu 2001, s. 90.

⁶⁷ Cirhinlioğlu 2001, s. 90.

Talcott Parsons'ın hekim-hasta iletişimi modelinde, hekimin uzman bilgi ve becerisine dayanan otoritesi karşısında hastanın pasif konumda olduğu asimetric bir iletişim tarzı vardır. Parsons, modelinde hekime ve hastaya ait rol gereklerini tanımlayarak her iki tarafın da bunları yerine getirmeleri halinde sistemin asimetriye rağmen dengede olacağını savunmuştur. Parsons'ın bu modelle hedeflediği şey toplumsal düzenin kurulması ve devam ettirilmesidir. Ona göre hekim ve hasta arasındaki uyumlu ve dengeli ilişki toplumsal sistemin dengesine katkıda bulunacaktır. Parsons'ın modelinde eksik olan taraf, hastaların ve hekimlerin rollerinde kültürel ve kişisel varyasyonların olabileceğini kabul etmeyip, standart ve ideal roller geliştirmiş olmasıdır. Oysa hekim ve hasta arasında Freidson'ın da tanımladığı gibi beklentilerin farklılıklarından doğan çatışmalar yaşanabilir. İletişim sürecinde hastalar ve hekimler farklı davranış biçimleri sergileyebilirler. Örneğin hastaların hekimin otoritesini algılayışında sosyo-ekonomik ve kültürel düzeye göre farklılıklar olabilir. Hayes ve Bautista'ya göre orta ve üst sosyo-ekonomik gruptaki hastalar hekim-hasta iletişimine daha çok katılabilirler çünkü bunların sağlık tüketimi gücü ve bilinci daha fazladır. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki hastalar ise hekim karşısında Parsons'ın tanımladığı gibi pasif rolde kalırlar.

Emanuel ve arkadaşlarının geliştirdiği paternalistik model de tıpkı Parsons'ın modelindeki gibi hekim; hasta için neyin doğru olduğunu söyleyerek hastanın sınırlı katılımıyla tedaviyi yönlendirmektedir. Burada hekimin mutlak egemen olduğu bir ilişki söz konusudur ve hastanın özerkliği, hekimin aldığı kararlara rıza göstermek ve uymaktan ibarettir. Ancak Emanuel ve arkadaşları Parsons'tan farklı olarak hastanın

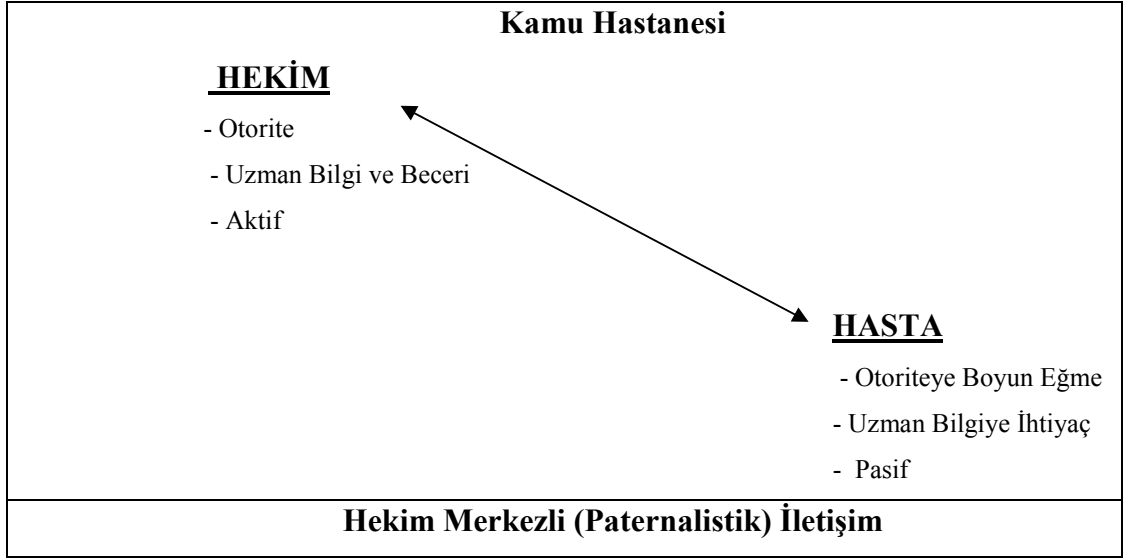
hastalığına göre ya da hastalığın aşamasına göre hekimin yaklaşımlarında da farklılıklar olabileceğini söylemişlerdir.

Kamu hastanelerinde, Parsons ve Emanuel'in modellerindeki gibi, hekimin otorite olduğu ataerkil (paternalistik) model hakimdir. Hekim, hasta için neyin doğru olduğunu söyleyerek onun sınırlı katılımıyla tedaviyi yönlendirir. Hekimin mutlak egemen olduğu bu ilişkide hastanın özerkliği, onun aldığı kararlara rıza göstermek ve uymaktan ibarettir. Uzman bilgiye olan ihtiyacı nedeniyle hekim karşısında pasif durumda kalan hasta, etkileşim sürecinde kendisini rahatça ifade edemediği için kurulan iletişim etkin olmaz.

Hekim-hasta iletişiminde yaşanan sorunların bir bölümü de hekim ve hastanın birbirlerinden bekledikleri rol gereklerinin karşılanmamasından kaynaklanır. Tıp mesleği hasta yerine hastalık odaklı hale gelince, hekimin gözünde hasta sadece sorunun yaşandığı organ haline dönüşmüş ve hekim-hasta iletişimi şefkat ve duyarlılıktan uzak mekanik bir biçim almıştır. Öyle ki, artık hekimler hastanın yüzüne bakmadan sadece dosyalardaki bilgileri inceleyip soru sorarak muayene yapmakta ve bir an önce işlerini bitirmeye çalışmaktadırlar. İnsanın insana yardım etme ve acısını dindirme içgüdüsünden doğan tıbbın, hümanizmden uzaklaşmasıyla hekim ve hastanın beklentileri farklılaşmış ve her iki grubun da birbirlerinin beklentilerine cevap verememesi ise aralarında etkin iletişimin kurulmasını engellemiştir.

Aşağıda görülen model tezin kuramsal çerçevesi bağlamında oluşturulmuştur.

Kamu Hastanelerinde Hekim-Hasta İletişimi



8- ARAŞTIRMA SORULARI

- Hekim-hasta iletişimde otoritenin rolü ve etkisi nedir?
- Hastalar hekim otoritesine neden boyun eğerler?
- Hekimin otorite olmasında hastanın ne gibi bir etkisi vardır?
- Hekimler için otorite gerekli midir?
- Otorite hekim-hasta iletişim sürecinin etkinliğine engel midir?
- Hekim-hasta iletişiminin etkinliğine engel olan sorunlar nelerdir?
- İletişim süreci hastaların ve hekimlerin hangi rol gereklerini yerine getirmeleriyle etkin hale gelir?
- Etkin iletişim kurmanın hekim-hasta iletişim sürecindeki önemi nedir?
- Hekim-hasta iletişiminin etkinliğinde iletişimin gerçekleştiği bağlamın rolü nedir?

III- YÖNTEM

Kamu hastanelerinde hekim-hasta iletişiminin araştırıldığı bu çalışmada, hekimlerin ve hastaların otoriteyi nasıl algıladıkları, bu durumun aralarındaki iletişimi nasıl etkilediği, etkin bir iletişim kurabilmek için birbirlerinden hangi rol gereklilerini beklediklerinin tespiti için, doğal çevrelerinde ve gündelik ilişkiler içinde gözlenmeleri gerekir. Bu bilgilere ulaşmak için çalışmada, etnografi metodundan yararlanılmıştır. Etnografi genellikle hem bir toplumsal grubun davranışlarının dolaysız biçimde gözlenmesini, hem de buna bağlı olarak yazılı bir betimleme üretimini ifade etmek için kullanılan bir terimdir⁶⁸. Bu çalışmada yöntem olarak etnografinin seçilmesinin nedenleri şöyle açıklanabilir:

Etnografik metot, bireylerin günlük yaşamdaki aktivitelerine odaklanır. Günlük hayatın ikilemleri, engellenmeleri, rutinleri, ilişkileri ve riskleri arasında yakın benzerliklerin kurulmasına yardımcı olur. Bireylerin görevleri ile ilgili olarak nasıl çalıştıklarını, hareket ettiklerini ve iletişim kurduklarını detaylı olarak tanımlamaya yarayan bu metot, hastane ortamında hekim ve hasta arasındaki iletişimin tanımlanması için araştırmanın amacına uygun, ideal bir yöntemdir⁶⁹.

Etnografinin temel yararı, bir ortamın gerçek dünyadaki sosyalliğini görünür hale getirmesinde gizlidir. İnsan eylemi de tıpkı bir metin gibi anlamı “askıda” olan açık bir yapıttır ve okunup anlamlandırılması gerekmektedir⁷⁰. Etnografi bu noktada günlük yaşamdaki aktörlerin belli bağlamlar içindeki sıradan aktivitelerinin detaylı

⁶⁸ M. Gordon, *Sosyoloji Sözlüğü*, Çev. O. Akınhay, Bilim ve Sanat, Ankara 1999, s. 216.

⁶⁹ R. Othman, “An Applied Ethnographic Method For Evaluating Retrieval Features”, *The Electronic Library*, Sayı: 22 No. 5, 2004.

⁷⁰ P. Rabinow, “Anlamalı Eylemi Bir Metin Gibi Görmek”, *Toplum Bilimlerinde Yorumcu Yaklaşım*, Çev. T. Parla, Hürriyet Vakfı Yayınları, İstanbul 1990, s. 35.

betimlemelerini yaparak, olayları onların bakış açısından anlama olanağı verir⁷¹. Ancak etnografinin küçük gruplara ve özel bir duruma yönelik çalışması ve bunun sonucunda elde edilen verilerin yine özel bir durumla ilgili olması ve diğer çalışmalara ya da gruplara genelleştirilememesi etnografinin sınırlılığıdır⁷².

Etnografi yöntemiyle, bir alan araştırması içinde tüm niteliksel araştırma teknikleri kullanılabilir ve farklı tekniklerle elde edilen verilerle karşılaştırılabilir. Bu, araştırmanın verilerinin güvenilirliğini ve geçerliliğini artırır. Etnografik araştırma sonucunun güvenilirliğinde, etnografin araştırmaya konu olan grupta benzerliği, bu grupta etkileşiminin süresi ve grubun dünyasına girme derecesi etkili faktörlerdir⁷³. Mesleği hemşirelik olan araştırmacı, hastaların tedavilerinin halen devam ediyor olması nedeniyle hekimler ya da diğer sağlık çalışanları hakkındaki gerçek düşüncelerini açıklamayacaklarını bildiği için, hastalarla iletişim kurmak konusundaki mesleki tecrübesini kullanabileceğini düşünerek “doğru soruları sorabilmek ve yanıtları doğru yorumlayabilmek için olayların içine girmesini ve o kişileri anlamasını⁷⁴” sağlayacak olan etnografi yöntemini kullanmayı tercih etmiştir.

1- ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM

⁷¹ A. Crabtree, D. M. Nichols, J. O'Brien, M. Rouncefield, ” Ethnomethodologically Informed Ethnography and Information System Design”, *Journal of the American Society for Information Science*, Sayı: 51/ 7, 2000, s. 666– 682.

⁷² S. Gerald, E. Cohen, “Using Ethnographic Methodology in Substance Abuse Treatment Outcome research”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, s. 5.

⁷³ Gerald, Cohen, *a.g.m.*, s. 5,8.

⁷⁴ T. Erman, “Göç Olgusunda Kalitatif Yöntem Olarak Etnografik Araştırma: Bir Gecekondu Araştırmasının Düşündürdükleri”, Konferans *Türkiye’de İç Göç*, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, İstanbul 1998, s. 61.

Hastane ortamında hekim-hasta iletişiminin araştırıldığı bu çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi uygulama alanı olarak seçilmiştir. Üniversite hastanelerinin hem kamu hastanesi hem de bir eğitim kurumu olmaları nedeniyle bu çalışmanın konusu için uygun olacağı düşünülmüştür.

Şehir merkezine 17 km uzaklıkta bir tepe üzerinde kurulmuş olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, ana bina ve ek binalardan oluşan toplam 111.568 m² lik fiziki kapasiteye sahip geniş bir alanda hizmet vermektedir. Bunun dışında şehir merkezinde poliklinik hizmeti veren bir ek bina bulunmaktadır.

1984 Yılında faaliyete geçen hastanede; Yeni Doğan, Nöroşirurji, Süt Çocuğu ve Müşahede, Dermatoloji, Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Kulak Burun Boğaz, Göz Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Ürolojisi, Dahiliye II, Çocuk Hastalıkları, Kardiyoloji, Koroner Yoğun Bakım, İç Hastalıkları, İnfeksiyon Hastalıkları Servisi, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Genel Cerrahi, Çocuk Hastalıkları, Çocuk İnfeksiyon Hastalıkları, Üroloji Servisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Psikiyatri Servisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Özel Servis, Doğumhane, Cerrahi Yoğun Bakım ve Hemodiyaliz klinikleri bulunmaktadır.

13 kattan oluşan ana binanın giriş katında, idare, poliklinikler ve acil servis üst katlarda ise yataklı klinikler ve hekim ofisleri bulunmaktadır. Binanın içi oldukça

aydınlıktır ve havalandırma sistemi mevcuttur. Katlar arasında geniş merdivenler ve ikisi personele ait olmak üzere toplam sekiz adet asansör vardır. Giriş katın üstünden itibaren her katta iki ya da üç klinik vardır. Yetişkin kliniklerinde girişte bir güvenlik görevlisi giriş ve çıkışları kontrol eder Kliniğin girişinde bir sekreter odası vardır. Daha sonra hekimlerin dinlenme odaları ve hasta odaları sırayla yer alır. Her klinikte ortalama 30-40 arası yatak vardır. Hasta odaları ortalama iki kişiliktir. Her odada telefon, televizyon ve lavabo vardır. Kliniklerin ortasında hemşire ve hekimlerin hastaları rahatça görebildikleri çalışma odaları ve tedavi odaları bulunur. Bazı kliniklerin arka tarafında hastaların ziyaretçileri ile görüştükleri dinlenme odaları bulunur. Ayrıca her kliniğin iki ya da üç tane özel odası vardır. Bu odalar diğer odalardan farklı olarak tek kişiliktir. İçinde banyo, tuvalet ve buzdolabı vardır. Özel odalarda genel kuralın aksine hastaların yanında refakatçi kalabilmektedir. Diğer odalarda kural olarak hastaların başında refakatçi bulunmamaktadır, ancak hekimin gerekli gördüğü durumlarda kalabilmektedir. Araştırmanın yapıldığı dönem içinde birkaç refakatçiye rastlanmıştır.

Üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma hastaneleri oldukları için; tıp fakültesi öğrencileri, asistanlar ve yardımcı doçent, doçent ve profesörlerden oluşan hocalar hastalarla iletişim içinde olan hekim grubudurlar. 775 fiili yatak kapasitesi bulunan hastanede; 2005 yılı Mart ayı itibarıyla; 340 asistan hekim, 71 yardımcı doçent, 26 doçent ve 81 profesör görev yapmaktadır. Polikliniklerde ve yatan hasta kliniklerinde daha çok asistan hekimler görev yapmakta ve gerekli gördüklerinde hastaları hocalarına konsülte ettirmektedirler.

Üniversite hastaneleri diğer kamu hastanelerine göre, görece daha kaliteli hizmetin verildiği yerlerdir. Bu hastanelerde hekimler devlet memuru olarak çalışırlar. Hocaların hastane içinde veya dışında özel muayene yapma hakları vardır. Asistan hekimler ise uzmanlıklarını alana kadar, böyle bir çalışma içine giremezler.

Hastanede hafta içi mesai, uygulama olarak sabah saat 08.00'de başlar ve akşam saat 17.30'a kadar devam eder. Ancak 24 saat hizmet veren kurumlar olarak hastanelerde bu saatlerin kesinlik taşımadığı ve çoğu zaman hekimlerin çok geç saatlere kadar hastaneden ayrılamadıkları araştırmacının mesleki deneyimleriyle ve araştırma süresi içindeki gözlemleriyle saptanmıştır. Kliniklerde sabah saat 08.00-10.00 arasında ve akşam saat 17.00-18.00 arasında hocaların, asistanların ve tıp fakültesi öğrencilerinin katıldığı hasta ziyaretleri yapılır. Hastaların ziyaretçileri ile görüşme saatleri 13.00-14.00 arasındadır.

Üniversite hastanelerinin metropollerdeki hasta profili, genellikle orta ve üst gelir grubunu yansıtır. Bu şehirlerde çok sayıda devlet hastanesi olduğu için yeşilkart ve SSK kapsamında sağlık hizmeti alan alt ve orta gelir grubu hastalar üniversite hastanelerine doğrudan gidemezler. Bu hastaların önce devlet hastanesine başvurmaları ve eğer tedavileri bu hastanelerde mümkün değilse üniversite hastanelerine sevk edilmeleri gerekir. OMÜ Hastanesi Karadeniz bölgesinde ve bulunduğu şehirde fiziki kapasitesi, bilimsel düzeyi ve teknik donanımı nedeniyle önemli sağlık kuruluşlarının başında gelir. Şehir içindeki ve çevre illerdeki diğer hastanelerde teşhis ve tedavisi tamamlanamayan bütün hastalar bu hastaneye

yönlendirilirler. Bu nedenle OMÜ Hastanesi'nde hasta profili çoğunlukla alt ve orta gelir grubunu yansıtır.

2- VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Antropolojik bir yaklaşım olan etnografi kültür ve günlük hayatın anlamına odaklanan bir araştırma yöntemidir. Genel olarak katılımcıların bakış açısından dünyayı görmeyi gerektiren etnografi, doğal kurumlar arasındaki etkileşimlerin gözlemini yapmakla beraber, aslında sistem tasarımına dayanan bir sosyal perspektifi oluşturmayı hedef almaktadır⁷⁵.

Etnografi sahada çalışanların birinci elden tecrübelerine dayanan doğal bir yöntemdir ve ilgili konuda, yaşayan ve çalışan insanların anladığı ve gördüğü yaşam portresini sunmaya çalışır. Etnografik araştırmanın amacı sadece aktiviteleri dökümente etmek veya betimlemek değildir, aynı zamanda onların gerçek dünyevi organizasyonlarını-kurulumlarını da ayrıntısıyla ortaya koyarak toplumsal tasarımdaki yaşamsal sorunun cevabını bulmaktır⁷⁶. Etnografik araştırma araştırmacıya, katılımlı gözlem ve görüşme (dolaylı- derinlemesine) gibi farklı araştırma teknikleri kullanılarak toplumsal kurumların yapısına dair bilgileri direkt olarak duyma ve izleme olanağı sağlar.

⁷⁵ Crabtree, *a.g.m.*, s. 666 – 682.

⁷⁶ Crabtree, *a.g.m.*, s. 666 – 682.

Bu çalışmada gözlem ve görüşme teknikleri kullanılarak araştırma sorularına cevap aranmıştır. Aşağıda bu teknikler ve uygulamaları hakkında bilgiler verilmektedir:

a- Görüşme

Bu tekniğin özü karşılıklı konuşmaya dayanır. Görüşme karşılıklı konuşmaya açıklık, kesinlik ve güvenilirlik kazandırmak için yapılan kalitatif bir araştırma tekniğidir⁷⁷.

Görüşme tekniği; kişisel/hassas konularda bilgi toplamak için, gizli kalmış anlam ve duygulara ulaşmak için, gruptan etkilenmeyi (sosyal onaylanma, beğenilme kaygısı) en aza indirgeyerek kişisel görüşleri anlamak için araştırmacıya en yüksek verimliliği sağlar.

Bu çalışmanın alan araştırması için OMÜ Rektörlüğü'nden izin alınmış ayrıca araştırma yapılacak kliniklerin anabilimdalı başkanlarıyla da görüşülerek onay alınmıştır. Çalışma için 15 Şubat 2005 ve 15 Mart 2005 tarihleri arasında toplam bir aylık süre içinde adı geçen hastanenin üroloji, ortopedi ve travmatoloji, göz, kardiyoloji ve genel cerrahi servislerde yatan 35 hastayla ve aynı kliniklerden 15 asistan hekimle görüşülmüştür.

⁷⁷ M. Sencer, *Toplumsal Araştırmalarda Yöntembilim*, TODAİE Yayınları, Ankara 1978, s. 203.

Araştırmada 6rneklem grubunun yatan hastalardan seçilmesinin nedeni; bu hastaların hekimleriyle daha fazla zaman geğirmeleri ve bu nedenle iletişimlerinin daha rahat g6zlenebilmesidir. Hekim grubunun asistan hekimlerden seçilmesinin iki nedeni vardır; bunlardan ilki araştırma hastanesindeki hekimlerin b6y6k çoğunluğunu (340 kişi) asistan hekimlerin oluşturmasıdır, ikinci neden ise; bu hekimlerin hastayla iletişimlerinin ekonomik boyutunun olmamasıdır. Araştırmada hekim-hasta iletişiminin ekonomik y6nu kapsam dışı bırakıldığı için hastayla daha fazla iletişim içinde olan asistan hekimlerin ideal bir 6rneklem grubu olduğu d6ř6n6lmektedir.

Araştırmada, hastanenin adı geçen kliniklerinde yatan ve durumu m6lakat yapmaya uygun olan hastalar arasından rasgele 6rneklemle 20'si erkek 15'i kadın olmak 6zere toplam 35 hasta seşilmiştir. Araştırma alanının hastane ortamı olması ve g6r6ř6len kişilerin hasta olması nedeniyle fiziksel durumlarının g6r6şme yapmaya uygun olmasına ve g6r6şmelerin hastaları yormamasına dikkat edilmiştir. Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların heyecanlanmamasına ve yorulmamasına 6zellikle dikkat edilmiştir. Bu amaçla yatağından kalkamayan hastalarla odalarında, diğer hastalarla kliniğin dinlenme salonunda g6r6ř6lm6řt6r. Hastaların konuşmakta zorlandıkları hissedildiğinde g6r6şmeye daha sonra devam etmek 6zere ara verilmiştir.

G6r6ř6len hastaların demografik 6zellikleri ř6yledir:

Eğitim Durumu: 6niversite mezunu 9, lise mezunu 9, ortaokul mezunu 9 ve ilkokul mezunu 8 hasta.

Yaş: Hastaların 11'i 18-30 yaş arası, 11'i 31-45 yaş arası ve 13'ü ve 46-60 yaş arasındadır.

Sosyal Güvence: Hastaların 11'i Emekli Sandığı, 11'i SSK, 7'si Bağ-Kur ve 5'i Yeşil kartlıdır.

İkamet: Hastaların birçoğu Samsun'da ikamet etmekte olup bazıları da yakın illerden gelmişlerdir.

Hastalarla ilk hafta yapılan görüşmeler hafta içi gündüz saatlerinde yapılmaya çalışılmış ancak bu saatlerde yapılan görüşmeler kliniklerin kalabalık olması ve hastaların tetkik, muayene, tedavi, yemek ve ziyaret saatleri nedenleriyle çok verimli olmamıştır. İkinci haftadan itibaren görüşmeler akşam 18.00-21.00 saatleri arasında veya hafta sonlarında yapılmıştır. Hastaların gündüz yapılan görüşmeleri mesai saati içinde olması ve etrafta çok fazla görevli olması nedeniyle daha resmi algıladıkları ve rahat olamadıkları, akşam saatlerinde ise ortamın sessiz ve sakin olması nedeniyle kendilerini daha rahat hissettikleri ve daha kolay konuştukları gözlenmiştir.

Görüşme tekniğinde görüşülecek kişi, görüşmeyi çeşitli bakımlardan sakıncalı bularak kuşku besleyebilir veya görüşme sırasında karşılaşabileceği soruları yanıtlarken güçlük çekeceği, gerekli bilgileri verirken bocalayacağı kaygısıyla tedirginlik duyabilir ya da genel olarak araştırmalara ilgisiz veya olumsuz tutumundan ötürü kaçınabilir ve uzlaşmak istemeyebilir. Bunun için her şeyden önce görüşmeci kendisini tanıtip adına araştırma yaptığı kurumu belirterek güven yaratmalı, görüşülecek kişinin özel amaçla değil salt rastlantıyla seçildiğini açıklamalı ve verilecek yanıtların anonim kalacağını, yani ada bağlanarak

açıklanmayacağını garantilemelidir⁷⁸. Araştırmacı hemşire olduğunun öğrenilmesi halinde doğru bilgi toplayamayacağını düşünerek, kendisini sadece öğrenci olarak tanıtmıştır. İlk görüşmelerde hastalar araştırmacının hastane adına çalıştığını düşünerek tedirgin olmuşlar ve görüşmeyi reddetmişlerdir. Araştırmacı, görüşmecinin görüşülen kimseye bir bilgi kaynağı kimliği kazandırdığında ve onunla önemli konularda ilginç konuşmalar yapıldığını, kendisinden alınacak bilgilerin çok değerli olduğunu hissettirdiğinde daha istekli cevaplar alacağını⁷⁹ bilerek, hastalara konu hakkında verecekleri bilgilerin önemli olduğunu ve değerlendirileceğini sık sık hatırlatmıştır. Hastalar araştırmacıyı birkaç gün üst üste hastanede gördüklerinde ve görüşme yapılan hastalarla araştırma dışındaki sohbetlerini izledikten sonra görüşmeyi kabul etmişler, hatta bazıları kendileri görüşme teklifinde bulunmuşlardır. Hastalar görüşmeler sırasında yukarıda sözü edilen kaygılar nedeniyle ve halen hastanede yatıyor olmaları nedeniyle ses kaydının alınmasına izin vermemişlerdir.

Araştırmanın diğer grubu olan asistan hekimlerle kliniklerde veya ameliyathanede dinlenme saatleri içinde görüşülmüştür. Gündüz saatlerinde ve akşam saatlerinde yapılan görüşmelerde hekimlerin çoğunun yorgun olduğu ve görüşme için çok istekli olmadıkları hatta bazılarının hocaları söylediği için zorunlu olarak katıldıkları gözlenmiştir. İsim ve ses kaydı alınmasını istemediklerini görüşmenin başında bildirmişlerdir. Araştırmacı için çalışmanın en zor taraflarından biri hekimleri görüşmeye ikna etmek olmuştur.

⁷⁸ Sencer, *a.g.e.*, s. 207.

⁷⁹ Sencer, *a.g.e.*, s. 207.

Görüşmelerde kullanılmak üzere yarı yapılandırılmış sorular hazırlanmıştır. Yarı yapılandırılmış sorular görüşülen kişinin verdiği bilgilerin derinleştirilmesine olanak sağlar. Hazırlanan sorular etrafında görüşülen kişinin anlattığı şeyleri sondajlamak için başka sorular da sorma olanağını verir. Görüşmenin amaca uygun olarak sonuçlanması için sorulara yanıt almak yeterli değildir. Görüşmeci bir soruya karşılık aldığı halde, bunun klişe, standart veya kaçamak bir yanıt olduğunu, yüzeyle kaldığını, bazı noktaları atlandığını veya gizlendiğini ve sorunun amacına uygun düşmediğini anladığında verilen yanıtı sondajlamak zorundadır⁸⁰. Bu nedenle görüşme tekniğinde yarı yapılandırılmış sorular idealdir.

Yapılan görüşmeler ortalama 30 dakika ile 1 saat arasında, sürmüştür. Hastaların yorulmaması için hekimlerin de dinlenme isteği nedeniyle görüşmeler daha fazla uzatılamamıştır. Araştırmanın hastane gibi hassas bir ortamda yapılıyor olması nedeniyle bu konuda ısrarlı davranılmamıştır.

b- Gözlem

Etnograflar günlük yaşamın, yüzlerce ayrıntısına dikkat etmeli ve çeşitli ortamlarda bireysel ve kolektif davranışı gözlemlemelidirler⁸¹. Toplum hayatına katılmayı ifade eden katımlı gözlem etnografide sık kullanılan bir yöntemdir. Amaç bir özel alt kültürü olabildiğince derinliğine betimlemektir. Bu nedenle araştırma katımlı gözlemi gerekli kılar.

⁸⁰ Sencer , *a.g.e.*, s. 211.

⁸¹ P.K. Conrad, *Antropoloji*, Çev. Kolektif, Ütopya Yayınevi, Ankara 2001, s.28.

Katılnalı gözlemde, gözlemci gözlenen etkinliklerin düzenli bir katılımcısıdır ve onun rolü katılımcı ve gözlemci olmak üzere ikilidir ve diğer katılanlar tarafından bilinmez. Gözlemci gözlem yaptığı alt kültürün bir parçası olmaya gayret gösterir⁸². Bu çalışmada araştırmacı çalışma yapılan kliniklerde hekim ve hasta arasında olan iletişimi, klinikteki herhangi bir hastanın yakını gibi davranarak gözlemlemiştir. Gözlemler araştırmanın ilk haftasında ve hekim ve hastaların daha çok iletişim içinde oldukları sabah saatlerinde yapılmıştır.

⁸² Balcı 1997, s. 214.

IV- ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu çalışmada, kamu hastanelerindeki hekim otoritesinin hekim-hasta iletişim sürecindeki etkilerine ve etkin iletişim kurabilmek için hekimlerin ve hastaların birbirlerinden beklemedikleri rol gereklerinin neler olduğuna bakılmıştır. Alan araştırmasında, hastalarla ve hekimlerle ayrı ayrı görüşmeler yapılmış ve iletişim süreci gözlenmiştir. Elde edilen veriler, tezin kuramsal çerçevesi bağlamında değerlendirilmiş ve tartışılmıştır.

A- OMÜ HASTANESİ'NDE HEKİM OTORİTESİNİN HEKİM-HASTA İLETİŞİM SÜRECİNE ETKİLERİ

Çalışmanın bu bölümünde hekim otoritesinin iletişim sürecindeki etkileri incelenmiştir. Bu amaçla hastaların ve hekimlerin otorite hakkındaki düşünceleri alınmış ve gözlemler yapılmıştır. Toplanan verilere göre hastaların otoriteyi kabul etme nedenleri, hekimlerin otoriteye bakışı ve hekim-hasta iletişim sürecinde otoritenin etkileri değerlendirilmiştir.

1- OMÜ HASTANESİ'NDE HASTALARIN HEKİMİ OTORİTE OLARAK KABUL ETME NEDENLERİ

Yapılan gözlem ve görüşmelerde hastaların hekim karşısında kendilerini nasıl hissettiklerine, tıp mesleği ve hekimler hakkında ne düşündüklerine bakılarak, hekim otoritesini algılama biçimleri ve otorite karşısındaki davranışları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, hastaların tümünün (35 hasta ile görüşülmüştür) hekimlerin otoritesini onayladıkları saptanmıştır. Ayrıca, hastalar arasında otoritenin kabul edilme nedenlerinin farklılaştığı ve buna bağlı olarak da farklı davranış biçimleri geliştirildiği görülmüştür.

Hastaların otorite hakkındaki düşünceleri çalışmanın önceki bölümlerinde verilen otorite tanımları çerçevesinde değerlendirilmiş ve hekim otoritesini algılamalarına bağlı olarak otoriteyi onaylama nedenleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır:

- Uzman bilgiye/beceriye duyulan ihtiyaç
- İnanma ve güvenme ihtiyacı
- Gelenekler ve saygı
- İletişimin gerçekleştiği bağlam

a- Uzman Bilgiye/Beceriye Duyulan İhtiyaç

Hastaların hekimi otorite olarak kabul etmelerinde en önemli nedenlerden birinin uzman bilgi ve beceriye olan ihtiyaçları olduğu saptanmıştır. Tıp mesleğinin doğuşuna da neden olan bu ihtiyaç, hastayı hekim karşısında “muhtaç” duruma getirirken aynı zamanda hastanın hekime gönüllü bir üstünlük atfetmesine de neden olmuştur. Böylece hekimin sahip olduğu uzman bilgi ve beceri onu, hasta karşısında kendiliğinden otorite konumuna yükseltmiş ve hekim, hasta adına kararlar almaya ve onları uygulamaya hak kazanmıştır.

Yapılan görüşmelerde, hastaların hekimlerle iletişimlerini anlatırken en çok kullandıkları kelimelerden birinin “mecburiyet” olduğu saptanmıştır. Sağlıklarına kavuşmak için hekimin bilgi ve becerisine ihtiyaçları olduğunu düşünen hastalar, bu süreçte hekimi çözüm noktası olarak görürler. Hekime olan ihtiyaçları ona itaat etmelerindeki en büyük etkidir. Mecburiyet duygusunun yarattığı itaat davranışının hastaların sosyo-kültürel seviyelerinden bağımsız olduğu görülmüştür.

Kesici alet yaralanması sonucu acil olarak hastaneye yatmış olan ve ilk geldiğinde durumunun oldukça ciddi olduğunu söyleyen bir hasta, “Beni bu hastaneye getirdiklerinde durumum çok kötüymüş, doktorlar⁸³ benim için çok uğraşmışlar. Onlar olmasaydı belki hayatta olmazdım. Onların sözünü dinlemeye mecburum, sağlığım söz konusudur”⁸⁴ diye durumunu anlatırken, hekimine karşı hem minnettarlık duyduğunu, hem de onun her dediğini yaparak itaat edeceğini açıkça ifade etmiştir. Hekime muhtaç olduğunu söyleyen bir başka hasta ise, “Biz onlara muhtaç olarak hastaneye geldik, ne derlerse yapmak zorundayız, derdimizi kendi kendimize çözebilsek zaten buraya gelmezdik.”⁸⁵ demiştir. Hastaların sorunlarını kendi kendilerine çözememeleri ve tamamen uzmanlık gerektiren bir alana müdahale edememeleri onların hekime olan teslimiyetlerini güçlendirmektedir.

Yapılan görüşmelerde hastalar hekimin yaklaşımından memnun olmadıkları durumlarda dahi onun bilgi ve becerisine olan ihtiyaçları nedeniyle itaat etmek zorunda kaldıklarını anlatmışlardır. Hekimin sert, soğuk ve ilgisiz davranması halinde suskun kalmayı tercih ettiklerini söyleyen hastalara bunun nedeni

⁸³ Araştırmacı çalışmasında “hekim” kelimesini kullanmasına rağmen, hastaların “doktor” kelimesini kullanmaları nedeniyle, hastalardan yapılan aktarmalarda “doktor” kelimesi aynen verilmiştir.

⁸⁴ H.T. ile 27.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

⁸⁵ S.F. ile 05.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

sorulduğunda, bir hasta “Ona muhtacım, eğer zıt gidersem benim tedavimle ilgilenmez diye düşünürüm, Askeriye gibi komutana zıt düşersen askerlik boyunca çekersin”⁸⁶ diyerek hekimle arasındaki ilişkiyi emir komuta şeklinde algıladığını göstermiştir.

Hekimlerin hastalara sert ve kaba davrandığından şikayet eden bir hastaya ise, böyle durumlarda ne yaptığı sorulmuştur. “Benim iyiliğim için ise, sessiz kalırım ya da başka doktora giderim” cevabını veren hastaya, araştırmacının “hekim size sert ya da kaba davrandığında susmayı tercih ettiğinizi söylüyorsunuz, aynı davranışı örneğin bir bankadaki memurdan görseniz nasıl davranırdınız?” diye sorması üzerine, hasta “karşılık verir ve şikayet ederdim, bana iyi davranmaya mecbur ben müşteriyim” cevabını vermiştir. Araştırmacı “o halde hekime karşı neden farklı tepki gösteriyorsunuz?” diye sorduğunda ise “hekime sert çıkarsanız sizi hemen taburcu eder, tedavinizi yapmaz, yarım kalır. Can derdi olduğu için mecburen susuyorum, ona ihtiyacım var”⁸⁷ cevabını vermiştir. Bu örnekte hastanın hekim otoritesini kabulünde, hekimin onu sahip olduğu uzman bilgisinden mahrum edebileceği düşüncesinin etkili olduğu görülmüştür. Hasta hekimin uzman bilgisinden yararlanamama düşüncesini bir tehdit gibi algılayarak, suskun kalmayı tercih etmiştir.

Hekimin karşısında suskun kalma davranışının bir diğer sebebi de hastaların hekimin kendilerini yönlendirmesini beklemeleridir. Görüşme yapılan hastaların çoğu muayene sırasında soruları hekimin sormasını beklediklerini, çünkü onun neyin

⁸⁶ A.C. ile 01.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

⁸⁷ S.B. ile 26.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

anlatılması gerektiğini daha iyi bildiğini söylemişlerdir. Bu hastalara, “sizin sormak istediğiniz ya da anlatmak istediğiniz bir şey olmuyor mu?” diye sorulduğunda, hekimlerin yoğun çalıştıklarını ve çoğu zaman sordukları sorulara cevap alamadıkların söyleyerek merak ettikleri konuları daha sonra kendileri araştırmaya çalıştıklarını ya da uygun zamanı bekleyip hekime sorduklarını anlatmışlardır.

Hastaların bir kısmı ise hekimlerin kullandıkları tıbbi terminolojiyi anlayamadıkları için hekime soru soramadıklarını ve onun karşısında suskun kaldıklarını söylemişlerdir. Bu konuda bir hasta “Doktorlar başımda toplandı ve beni *operasyona* alacaklarını söyleyip aralarında anlamadığım bir sürü şey konuştular, ne dediklerini anlamadım ama önemli bir şey konuştuklarını düşündüm. Daha sonra operasyonun ameliyat demek olduğunu öğrendim, biz onların kullandıkları kelimeleri bilemiyoruz, onlar okumuş adamlar” demiştir. Hastalarla yapılan görüşmelerde, hekimin kullandığı tıbbi dilin onun uzmanlık otoritesini pekiştirdiği ancak hastaların hekimin kendilerinden beklediklerini anlamadıkları, bu durumun da aralarındaki iletişimi olumsuz etkilediği görülmüştür.

Araştırmada hastaların otoriteyi algılamalarında hekimin uzmanlık derecesinin de önemli olduğu saptanmıştır. Hastaların hocaları⁸⁸ otorite olarak daha üstün görürken asistan hekimleri göreceli olarak otorite kabul ettikleri tespit edilmiştir. Hekimin karşısındaki davranışlarını bir hasta, “hekimin rütbesine göre değişir. Hocaların karşısında daha gergin olurum”⁸⁹ diye tanımlarken başka bir hasta

⁸⁸ Araştırma yapılan hastane bir eğitim hastanesi olduğu için çalışmada “hoca” olarak bahsedilen grup asistanlara eğitim veren yardımcı doçent, doçent ya da profesör düzeyindeki uzman hekimlerdir.

⁸⁹ T.K. ile 12.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

ise “hocalara karşı daha dikkatli hareket ederim”⁹⁰ şeklinde dile getirmişlerdir. Hastaların hocalarla asistan hekimler arasında yaptıkları ayırım, uzmanlık bilgi ve becerisinin ayırımıdır ve en fazla bilgiye sahip olan kişi asıl otorite olarak görülmektedir.

b- İnanma Ve Güvenme İhtiyacı

Araştırma bulguları hekimi otorite olarak kabul etme davranışında uzman bilgiye olan ihtiyaçtan sonra en önemli faktörün, hekime güvenme ve inanma ihtiyacı olduğunu göstermiştir.

Otoriteyi yargıç konumuna sokan güçler aynı zamanda onu güven verici biri durumuna da getirir. Otorite, güçlüdür ve bilir. Bu nedenle de başkalarını koruyabilir⁹¹. Sağlığına kavuşabilmek için çare arayan hastanın bu güce ve güvene ihtiyacı vardır. Hasta, hekimin güçlü dolayısıyla da bilgili olduğuna ve bu nedenle kendisini iyileştireceğine ya da bunun için çaba harcayacağına inanmak ister. Hekimle iletişim de bu inanç üzerine kurulur.

Yapılan gözlem ve görüşmeler sonucunda hastaların güven duyma ihtiyacının, hekimi otorite olarak kabul etme davranışını güçlendirdiği görülmüştür. Kendilerini tedavi eden hekime güven duyan hastalar, her koşulda ona itaat etmektedirler. İnanç ve güven üzerine oluşan otoritede, uzman bilgi ihtiyacının yanında hekimin hastaya yaklaşımı da önemlidir. Görüşme yapılan hastalardan biri, tedavisi için sürekli aynı hekime gittiğini ve başka bir hekime ihtiyaç duymadığını

⁹⁰ İ.Ç. ile 21.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

⁹¹ Sennett 1992, s. 161.

anlatırken “bu bölümün bütün doktorları çok bilgilidir. Ben doktoruma çok güveniyorum hastalarına çok güzel moral veriyor ve çok sabırlı. O öyle davranınca biz de, ne derse yapıyoruz” demiştir.

Hastalar otorite olarak gördükleri hekimin kendilerinden çok şey bildiğini düşünerek elinde sihirli bir değnek varmışçasına kendilerini iyileştireceğine inanmak isterler. Bu beklenti geçmişten günümüze değişmemiştir. Hekimlerin mesleki üstünlüklerinin nedenlerinden biri de ellerinde olduğu düşünülen “sihirli güç” tür. Bu güç hastaya güven verir.

Özellikle kanser gibi ciddi hastalıklarda hastaların hekimlerin iyileştirme gücüne inanmaya daha fazla ihtiyaç duydukları saptanmıştır. 3 Yıldır kanserle mücadele ettiğini söyleyen ve görüşme sırasında kemoterapi alan hasta T.K. “doktora güvenmek çok önemli, güven duymak zorundasınız, bu sizi yaşama bağlayan şey. Yoksa (kolundaki serumu göstererek) acılara katlanmak zor ve gereksiz olurdu. Bu ilaçları doktor yazıyor, zehir bunlar, yavaş yavaş vücuda zehir veriyorlar. Doktorların iyileştirebileceğine inanç olmasa kim kendini zehirletmek ister. Önce Allah’a sonra onlara güveniyoruz, güvenmek zorundayız.” demiştir. Hekime duyulan güvenin onun uygulamalarının kabulünde etkili olduğu görülmektedir.

Göz kliniğinde muayene yapan bir hekimin hastasıyla iletişiminin gözlemlendiği sırada şu konuşma tespit edilmiştir:

- Hekim: Şimdi gözünüze farklı camlar takacağım, siz hangisiyle daha iyi gördüğünüzü bana söyleyin.

- Hasta: Olur doktor hanım.

- Hekim: Bu camla iyi görüyor musun?

- Hasta: Sen bilirsin doktor hanım.

- Hekim: Ben sizin nasıl gördüğünüzü bilemem ki, bunu siz söyleyeceksiniz.

Bu diyalogda da görüldüğü gibi bazen, hastaların hekime duyduğu inanç ve güven kendi tercihlerinin ve duyularının önüne geçebilmektedir. Hasta, hekimin kendisinden çok şey bildiğine inandığı için, kendisi için en iyi olana da onun karar verebileceğini düşünebilmektedir.

Hastalık nedeniyle oluşan kaygı duygusunun da hastalarda güven arayışına neden olan faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Kaygılı hastanın hekimden beklediği en önemli şey kendisiyle konuşması ve rahatlatmasıdır. Hekimlerinin konuşması sonrasında kaygılarından uzaklaştıklarını anlatan bazı hastalar, kendilerine psikolojik destek veren hekimlere daha fazla güven duyduklarını ve uygulanan tedaviye daha çok inandıklarını anlatmışlardır. Hastasının moralini düşünen ve düzelten hekimin, onu iyileştirmek için de elinden gelen her şeyi yapacağına inandığını söyleyen hasta T.K.⁹², hekimin çok şey bilmesi biz hastalar için önemli ama bu, her şeyi halletmiyor, hastaya moral vermek ve korkularını gidermek de çok önemli demiştir.

⁹² T.K. ile 12.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

c- Gelenekler ve Saygı

Yapılan görüşmeler sonucunda otoritenin algılanışında geleneklerin ve kültürün etkisinin büyük olduğu saptanmıştır. Türk kültüründe güç aralığı⁹³ büyüktür. Güç aralığının büyük olduğu kültürlerde eşitsizlik doğal kabul edilir. Bu kültürlerde ana-baba ile çocuk arasındaki eşitsiz ilişki, okulda öğretmenle-öğrenci, hastanede hasta ile hekim arasında devam eder. Eşitsizlik beraberinde boyun eğmeyi ve saygıyı getirir. Çocuk aileden başlayarak, okulda ve çevresinde bu güç aralığını kullanmayı dolayısıyla eşitsizliğin yarattığı boyun eğmeyi ve saygıyı öğrenerek yetişir. Erişkin olduğunda artık sorgulamadan kabul etmeyi, sorumluluk almamayı, güçlü olanın kararlarına boyun eğmeyi ve ona saygı duymayı öğrenmiştir. Bu şekilde yetişen bir birey hekimin karşısında hasta olarak durduğunda onun uzman bilgisine boyun eğer ve ona saygı duyar.

Hekimin karşısında kendilerini “gergin” hissettiklerini söyleyen hastalara bunun nedeni sorulduğunda; ilkokul ve ortaokul mezunu hastalar; hekimin mesleğinden ve makamından dolayı bir çekingenlik yaşadıklarını ve hekimi kendilerinden üstün gördüklerini, gerginliklerinin giderilmesinin hekimin yaklaşımına bağlı olduğunu söyleyerek, durumu “makamından dolayı çekinirim, onun yaklaşımına göre yavaş yavaş rahatlarım doktorun karşısında ne kadar olgun

⁹³ “Hofstede, “güç aralığı”nı bir ülkenin kurum ya da kuruluşlarının daha az güce sahip üyelerinin güç dağılımındaki eşitsizliği kabul etme derecesi olarak tanımlamaktadır. Güç aralığı insan topluluklarının güçten yönetimden daha uzak üyelerinin değerlendirmesine dayandırılarak açıklanır. Gücün ve iktidarın nasıl ve hangi tarzda paylaşıldığı ise normal olarak daha güçlü ve yönetime daha yakın üyelerin davranışlarına göre, diğer bir deyişle yöneticilerin bakış açılarına dayanılarak ortaya konulmaktadır.”, Kartarı 2001, s.68.

görünürsen doktor o kadar ilgili oluyor”⁹⁴ şeklinde ifade etmişlerdir. Bir başka hasta ise hekimin karşısındaki durumunu “sıkılғанım, gerginlik benden kaynaklanıyor, doktor benden bilgili olduğu için anlatamama korkusu var, okumuş adamın karşısında konuşmak zor”⁹⁵ diyerek anlatmıştır.

Hekim karşısındaki heyecan duygusu lise ve üniversite mezunu hastalarda da mevcuttur. Bu hastalar da, gerginliklerinin daha çok kendi kişilik yapıları ve yetiştirilme tarzlarına bağlı olduğunu söyleyerek hekimin yaklaşımına göre kendilerini rahat hissettiklerini anlatmışlardır. Hekimi kendilerinden üstün gören bu hastalar, onun otoritesine boyun eğmeyi ve ona saygı duymayı yetiştikleri kültürel ortamda öğrenmişler ve hekimle karşı karşıya gelmeden çok önce onun otoritesini kabul etmişlerdir.

Hastaların tıp mesleğine/hekimliğe bakışı da otoriteyi algılamalarında önemli bir göstergedir. Yapılan gözlem ve görüşmelerde hastaların tıp mesleğine dair yaptıkları tanımlamalarda, mesleğe çok değer verdikleri, önemli buldukları ve tıpkı geçmişte olduğu gibi bugün de tanrısal bir güç olarak üstün görüp yücelttikleri ve hekimlerden mucizeler umdukları görülmüştür. Hastaların tıp mesleği hakkındaki tanımlamaları şunlardır; “kutsal bir meslek, Allah’tan sonra onlar gelir, kurtarıcıdırlar, yüce ve anlamlı bir meslek hayatınızı elinizle veriyorsunuz, ümit kapısıdır, başka seçenek yok, can kurtardığı için çok değerli bir meslek, insanın kalbi kadar değerlidir, canım onun elinde, vicdanlıysa canım kadar değerli, onlar olmazsa hayat olmaz, ölümden kurtaran bir meslektir”. Bu tanımlamalar mesleğe duyulan

⁹⁴ İ.Ç. ile 21.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

⁹⁵ S.S. ile 24.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

saygının bir göstergesidir. Hastalar tıp mesleğine tanrısal özellikler yüklerken, aynı zamanda mesleğe olan ihtiyaçlarını ve inançlarını da dile getirmişlerdir.

d- İletişimin Gerçekleştiği Bağlam

Otoritenin algılanışında önemli bir faktör de hekim-hasta iletişiminin gerçekleştiği bağlamdır. Çalışmanın yöntem kısmında da belirtildiği gibi üniversite hastaneleri aynı zamanda bir eğitim kurumudur ve buna bağlı olarak hekimler arasında hiyerarşik bir yapılanma vardır. Bu hastanelerde gerek yönetim, gerekse hizmet sunumu anlamında önemli görevler üstlenen hekimler, hastanenin en yetkili aktörleridir. Bu nedenle de hastane içinde diğer çalışanlara göre, mesleklerinin getirdiği üstünlüğün de etkisiyle, belirgin bir otoriteleri vardır.

Daha çok alt ve orta gelir grubu insanların sosyal güvenceleri kapsamında hizmet aldıkları bu hastanede hekimler birer devlet memuru olarak görev yaparlar. Özel muayene dışında hekimle hasta arasındaki ilişki dışardan bakıldığında vatandaş-memur ilişkisi şeklindedir. Ancak hastaneye hekimin uzman bilgisine olan ihtiyacı nedeniyle gelen hasta, bu ihtiyaçtan kaynaklanan muhtaçlık duygusuyla, örgütün önemli aktörlerinden biri olarak gördüğü hekimi koşulsuz bir teslimiyetle otorite olarak kabul eder. Hastanede yatan hastaların yabancı bir ortamda tanımadıkları insanların arasında olmaları, bilmedikleri birçok işleme maruz kalmaları ve hastalıkları ile ilgili endişeleri de, kendilerini bir an önce bu ortamdan ve hastalıktan kurtaracak olan hekimlerini otorite olarak kabul etmelerinde önemli bir faktördür.

Hastalık, insanın fiziksel ve ruhsal anlamda sağlığını ve dolayısıyla yaşam düzenini alt üst etmekte ve bireyin bu süreci en kısa zamanda düzeltilmesi gereken bir kriz dönemi olarak algılamasına neden olmaktadır. Bu nedenle hasta birey, normal yaşantısını alt üst eden bu kriz döneminden olabildiğince çabuk ve etkin bir şekilde kurtulabilmek için koşulsuz bir teslimiyet duygusuyla kurtarıcısına, yani hekime sığınmaktadır.

2- OTORİTE HAKKINDA HEKİMLERİN DÜŞÜNCELERİ

Bu bölümde, hekimlerin otorite hakkındaki görüşleri alındıktan sonra, hekim bakışıyla hastaların otorite algılayışlarını nasıl değerlendirdikleri tespit edilmeye çalışılmıştır.

a- Hekimlere Göre Otorite Niçin Gereklidir?

Görüşme yapılan hekimlere ilk olarak, hekim-hasta iletişimde otoritenin gerekli olup olmadığı sorulmuştur.

Hekimlerin tamamı (15 hekim ile görüşülmüştür), hastanın karşısında otorite konumunda olmanın gerekli olduğunu düşündüklerini söylemişlerdir. Hekimler aşağıda belirtilen nedenlerden dolayı otoritenin gerekliliğini savunmaktadırlar:

- Otorite, hastayla iletişimde hekime kontrol yetkisi sağlar. Özellikle iş yoğunluğunun fazla olduğu kamu hastanelerinde zamanın kontrolü açısından otorite çok gereklidir.

- Hastaların otoriteye itaat etmeleri ve hekime saygı duymaları tedavi planına daha iyi uymalarını sağlar.

- Hekimler, mesleki üstünlükleri nedeniyle hastalar karşısında otorite kurma yetkisini hak ederler.

Kamu hastanelerinde hasta yoğunluğunun fazla, hekim sayısının ise az olması nedeniyle hekimlerin iş yoğunluğu çok fazladır. Hekimler gün içinde poliklinikte, ameliyatta ve yatan hasta kliniklerinde hizmet vermek zorundadırlar. Yoğun iş tempolarında her hastaya yeterli zaman ayıramayan hekimler, hangi hastaya ne kadar zaman ayıracıklarına kendilerinin karar verdiklerini anlatmışlardır. Yapılan görüşmelerde hekimler “hastalarla görüşmelerimizde, onları yönlendirmezsek konuyu dağıtıp, asıl anlatmaları gereken şeylerden uzaklaşıyorlar. Zamanın kısıtlı olması nedeniyle, soruları biz sorarak hastaları yönlendiriyoruz, böylece daha çok uğraşmamız gereken hastalar için zaman yaratıyoruz” demişlerdir.

Hekimler için otoritenin hasta üzerindeki en önemli etkilerinden biri de, hastaların tedavi planına uyumunu kolaylaştırmasıdır. Acı çeken ve birçok anlamda kısıtlanmış olan hastanın hastalık dönemindeki davranışları ve psikolojisi değişmiştir. Hasta bu dönemde kendisine acı veren ve normal yaşam akışını değiştirmesini gerektiren tedavi planına uymakta zorlanır. Hekimi otorite olarak gören hasta çoğu zaman ona inandığı için, bazen de korktuğu için tedavi planını daha

dikkatli uygular. Bu nedenle hekimler hastanın karşısında otorite olmalarının kesinlikle gerekli olduğunu düşünmektedirler.

Otoritenin, kontrol ve itaati sağladığı için gerekli olduğunu düşünen hekimler hastalarla iletişim sürecinde kontrolün kendilerinde olmasını, zamanı kullanmak ve iletişimin biçimini belirleme yetkisini ellerinde bulundurmak için isterken aynı zamanda hastaların bilmediği ve ihtiyaç duyduğu bilgiye sahip olmalarının getirdiği mesleki üstünlük duygusundan dolayı da bir itaat beklentisi içindedirler.

b- Hekimler Otoritelerini Nasıl İfade Ediyorlar?

Yapılan görüşmelerde hekimlere, hastalar karşısında otoritelerini nasıl kullandıkları sorulmuştur. Hekimler, çoğu hastada hekimin otorite olduğu düşüncesinin toplum içinde daha önceden oluştuğunu söylemişlerdir. Hasta karşısında özellikle otoritelerini hissettirmek gerektiği zaman ise, uygulamanın hastalara ve amaca göre değişebildiğini belirtmişlerdir.

Hekim L.M. “iş temposunun yoğun olduğu ve hastanın gereksiz sorularla ya da taleplerle zaman kaybettirdiği durumlarda mecburen, ona yatağına gitmesini, bilmesi gereken açıklamaların kendisine yapıldığını söyleyerek, orada otoritenin ben olduğumu emrederek hissettiriyorum”⁹⁶ demiştir. Hekim M.E. ise “ bazı hastalarla sert konuşarak otoritenin siz olduğunuzu hatırlatmanız gerekiyor, çünkü ancak bu şekilde önerdiğimiz tedavi planına uyuyorlar. Hastalık durumu zor bir süreç bu

⁹⁶ L.M. ile 21.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

dönemde hastaların psikolojileri değişebiliyor ve birçok konuda tepkili olabiliyorlar, bu durumda onların iyiliği için otoritenizi göstermek zorunda kalıyorsunuz, emrettiğiniz zaman sizi güçlü görüyor ve inanıyorlar”⁹⁷ demiştir. Bazen sadece beyaz önlüğün ve steteskobun bile hastalarda otorite algılayışı için yeterli olabildiğini söyleyen hekimler, hastaların kendilerini otorite olarak görmeye hazır olduklarını da eklemiştir.

Hekimlerden bazıları, tıbbi dilin hastalarda otorite yaratmak amacıyla kullanılabilirdiğini anlatmışlardır. Kendilerinin yapmadığını ama meslektaşlarının bu tarz uygulamalarının olduğunu söyleyen hekimler, bu davranışın sebebinin hastanın gözünde *çok bilgili hekim* imajı yaratarak otoritelerini artırmak olduğunu söylemişlerdir.

Yapılan gözlemlerde hastalar üzerinde baskı oluşturan ve hekimle etkin iletişim kurmalarını engelleyen otorite davranışlarının; sert ses tonu, göz göze gelmekten kaçınma, eleştiri, bilgi vermemek, çok az bilgi istemek, asık yüz, sevecen davranmama, hastayla olduğundan daha az temasta bulunma şeklinde gösterildiği görülmüştür.

⁹⁷ M.E. ile 20.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

c- Hekimlerin Hastaların Otorite Algılayışları Hakkındaki Görüşleri

Hekimlere, hastaların otorite algılayışları hakkında ne düşündükleri ve hastaların hekim otoritesi karşısında nasıl davrandıkları sorulmuştur. Bu soru ile hastaların otorite algılayışlarına ilişkin hekimlerin düşünceleri saptanmaya çalışılmıştır.

Sorulara verilen cevaplarda iki farklı görüş ortaya çıkmıştır. 11 Hekim otoritenin hastalarda çekinme, gerginlik, korku duygusu yarattığını ve bunun da zaman zaman çalışmalarını zorlaştırdığını düşünürken, 4 hekim ise aksine hastalarda otorite algısının oluşmadığını ve hekim karşısında çok rahat olduklarını düşünmektedirler.

Otoritenin sanıldığı gibi hastalarda çekinme, korkma duyguları yaratmadığını aksine hastaların hekim karşısında çok rahat olduklarını, hatta çok gereksiz sorularla kendilerini meşgul ettiklerini ve hekime “işimizi yapan kişi” gözüyle baktıklarını düşünen hekimler, bu hastaların davranışlarının kontrol edilebilmesi için otoritenin baskın olarak hissettirilmesi gerektiğini söylemişlerdir. Bunu nasıl yapacakları sorulduğuna “daha az ilgi, daha fazla emir cümlesi” demişlerdir. Yapılan gözlemlerde bu hekimlerde, hekimin mesleki üstünlüğünden dolayı otorite olması gerektiği düşüncesinin hakim olduğu görülmüştür.

Hastalarda otorite algısının olduğunu düşünen hekim grubu ise; otoritenin algılanışının hastadan hastaya geleneklere ve sosyal düzeye göre farklılıklar

gösterdiğini söyleyerek, kırsal kesimden gelen hastalarda ya da sosyo-kültürel seviyesi düşük olan hastalarda otoritenin algılanışının çekingenlik, korkma, konuşamama ve aşırı derecede saygı duyma gibi davranışlarla kendini gösterdiğini söylemişlerdir. Görüşme yapılan hekimlerden biri “Genel olarak hastaların hepsinde bir otorite algılayışı var ama bazıları korku şeklinde, bazıları ihtiyaç şeklinde algılıyorlar. Kırsaldan gelene otoritenizi kullanırsınız ama diyalog olmaz, diğer hastalara ise nedenli niçinli konuşursunuz. Rahatlık hastaya göre değişiyor, biz rahatlatmaya çalışıyoruz, otorite ve mesleki üstünlük var ve olmalıdır”⁹⁸ demiştir. Hekimlerden bazıları ise hastaların hekim karşısında rahat olmadıklarını ve kendilerini ifade edemediklerini buna rağmen hastanın, karşısında bir hekim olduğunu anlaması gerektiğini ve onun kendisinden üstün olduğunu kabul etmesinin gerektiğini söylemişlerdir. Bu konuda hekim M.E. “kendini bana teslim ettiyse bilgi birikimime inanmalı, hastayı ben yönlendirmeliyim”⁹⁹ diyerek düşüncelerini açıklamıştır.

Otoritenin kabulünün ve algılanışının toplumsal yapıyla ve geleneklerle ilgili olduğunu düşünen bazı hekimler ise, hastaların hekimleri kendilerinden üstün ve değerli gördüklerini, bu nedenle de saygı gösterdiklerini belirtmektedirler. Bu hekimler hastaların hekim karşısında rahat olmadığını söylerken bunu “geleneklerle, yetiştirilme tarzıyla ilgili bir şey. Otorite mecburen olmalı, hasta geçmişte öğrendiği deneyimlerle otorite olan kişinin kendisinden fazla bildiğini düşünüyor ve buna güvenip geliyor”¹⁰⁰ diyerek ifade etmişlerdir. Hekimler bazı hastalar için otorite arkasına sığınmanın bir kaçış yolu olarak görüldüğünü, hastaların bu sayede bazı

⁹⁸ N.K. ile 20.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

⁹⁹ M.E. ile 20.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹⁰⁰ F.D. ile 10.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

sorumluluklardan kurtulduklarını söylemişlerdir. Hekim L.K. bu durumu “Otorite bazı hastaların hoşuna gidiyor, bizim toplumda otorite çok yabancı bir kavram değil, hekim otoriter olunca hasta sorumluluk almıyor, hekim söyledi yaptım diyor ve vicdanı rahat oluyor” şeklinde ifade etmiştir.

Hastaların hekimin karşısında rahat olamama sebebini eğitim seviyesine ve hastaların gözündeki statü farkına dayandıran hekimlerden biri; “rahat değil bu, hekimi daha üst pozisyonda görmelerinden, hekimin mutlak doğruyu bildiğini düşünmelerinden kaynaklanıyor. Hastalarımız kendilerinde itiraz hakkı görmüyorlar, Bunda eğitimin önemi var, hekim onun için hayal edemeyeceği bir bilgi düzeyinde. Otorite, yönlendirme yapabilmek için bir noktaya kadar olmalı, bu hastaların eğitimsizliğinden kaynaklanıyor”¹⁰¹ demiştir.

Hekimler, bazı hastalarda otoritenin yarattığı bir korku olduğunu ve hastaların “hekime karşı saygıyla karışık bir korkuyla, tersleniriz diye soru soramadığını”¹⁰² bunun kaynağının da hastalıklarıyla ilgili kötü şeyler duyma kaygısı ya da tedavilerinin yapılmayacağı kaygısı olduğunu söylemişlerdir. Hekimler, otoritenin korku yaratmaması gerektiğini ama saygının mutlaka olması gerektiğini söylerken “hekim olarak hastanın varoluş sebebini anlamalısınız. Neden korksunlar biz hekimiz zaptiye değiliz”¹⁰³ şeklinde konuşmuşlardır.

Otoritenin hastalardan bazıları için “makamın gücü” olarak algılandığını düşünen hekimler ise, hastaların özellikle asistan ya da pratisyen hekimlerden

¹⁰¹ L.K. ile 02.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹⁰² S.B. ile 02.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹⁰³ Ş.C. ile 20:03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

çekinmediklerini anlatırken, hekimlerden biri “çok rahatlar, mesleki üstünlük var ama otorite yaratmıyor, otorite olmalı ama saygı duyulmalı, insanların makama ayrı bir saygıları var. Yaptırımını olan insanların karşısında farklı davranıyorlar, cahil insan yok saygısız insan var, örneğin küçük yerlerde hakim ve savcı hekimden kıymetlidir. Çünkü cezalandırma yetkileri vardır, oysa hekimin önüne karneyi atarlar bana ilaç yaz derler. Bu nedenle hocalara bizden daha çok saygı duyuyorlar”¹⁰⁴ demiştir.

Otoriteye hekim perspektifinden bakıldığında, bazı hekimler için otoritenin sistem koşullarından kaynaklanan zaman sorununu çözebilmek ve gereken hastaya gerektiği kadar zaman ayırabilmek için zorunlu görüldüğü; bazılarının mesleki bilgi ve yeterliliklerinin inandırıcılığını ve dolayısıyla planlanan tedavinin uygulanırlığını artırmanın yolunun otoritelerini hastalara hissettirmek olduğunu, bazılarının ise mesleklerinin kendilerine doğal olarak otoriter bir üstünlük sağladığını ve böyle olması gerektiğini düşündükleri görülmektedir. Gerçekten de sağlık sistemi oldukça sorunlu bir sistemdir. Hasta yoğunluğu ile ters orantılı olan hekim sayısı zamanın etkin kullanımını zorunlu kılmaktadır.

¹⁰⁴ A.R. ile 02.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

4- HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNDE OTORİTENİN İLETİŞİM SÜRECİNE ETKİLERİ

“Hekim, özünde bu kadar çok otorite olan bir mesleğin cazibesine karşı koyacak kadar sade bir kişi olmalıdır. Mesleğinin içine girdikçe ve kendini eğitilmiş elitlerin bir temsilcisi olarak görmeye başladıkça, hastasını kendisi gibi bir kişi olarak görme olasılığı azalır.”¹⁰⁵

Araştırma sonuçları hastaların, hekim otoritesini gönüllü olarak kabul ettiklerini, ancak otoritenin etkisi altında hekimle iletişim kurmakta zorlandıklarını göstermiştir. Hastaların hekimleri otorite olarak kabul etmelerinde en önemli faktörlerin, hekimlerin sahip oldukları uzman bilgi ve beceriye olan “mecburiyetleri” ve hekimlerin kendilerini iyileştireceğine inanma ve güvenme ihtiyacı olduğu görülmüştür. Mecburiyet düşüncesi hastaların her koşulda hekime itaat etmelerine neden olur. Otoriteye itaat, bağımlı kişiyi onun buyruklarına boyun eğmek zorunda bırakır ve pasifleştirir. Ancak otoriteye itaatte zorlama yoktur, hasta hekime inandığı için kendi rızasıyla itaat eder.

Normal koşullarda eşitler arasında olduğunda diyalog şeklinde gelişen ve simetrik bir yapıya sahip olan iletişim, güç ilişkilerinin olduğu ortamlarda simetriklikten çıkar ve dikey bir yapıya dönüşür¹⁰⁶. Hekim ve hasta arasında gerçekleşen iletişim de, hekimin sahip olduğu otoriteden dolayı asimetric bir yapıya sahiptir. Asimetric iletişimde taraflar arasında diyalog olmaz, iletişimi her zaman güçlü olan yönlendirir. Hekim, hastanın teşhis ve tedavisinde hastayla ilgili kararları

¹⁰⁵ R. L. Katz, *Empathy: Its Nature and Uses*, Free Press of Glencoe, N.Y. 1963, s.112.

¹⁰⁶ Erdoğan 1997, s. 165.

tek başına alarak, hastadan sadece söylediklerinin yapılmasını bekler. Hekimi çözüm olarak gören hasta kendisini ona bağımlı hissettiği için bu süreçte pasif kalır ve hekime itaat eder. Ancak tekrar belirtmek gerekir ki otoritenin yarattığı itaat, gönüllü bir itaattir. Hasta çoğu zaman kendi isteğiyle hekime itaat eder. Çünkü çaresizdir ve hekimin kendisinin bilmediği bir bilgiye sahip olduğuna ve kendisini iyileştireceğine inanmak ister, bu düşünceye sığınır ve her koşulda hekime teslim olur.

Otoritenin uygulanma biçimi ve algılanma biçimi iletişimin etkinliğinde önemli faktörlerdir. Hekim-hasta iletişim sürecinde otoritenin iki çeşit etkisi tespit edilmiştir. Bunlardan ilki otoritenin olumlu etkisidir. Uzmanlık bilgi ve becerisi nedeniyle sahip olduğu otorite yanında; hasta haklarına saygılı, hastalarına incitmeden ve korkutmadan yaklaşan hekimlerin otoritelerinin, tedavi planına uyma davranışını olumlu etkilediğini görüşme yapılan hastalar ve hekimler kabul etmişlerdir. Hekimi bilimsel yeterliliği ile değerlendirecek birikimi olmayan hastalar, onlar hakkındaki kararlarını hastalara yaklaşımlarına göre verirler. Otorite kabul ettikleri hekimin kendilerine olumlu davranışlarla yaklaşmasının, hastalarda hekime karşı güven duygusunu güçlendirdiği görülmüştür. Hastalık durumunun hastada yarattığı psikolojik değişiklikler, hastanın tedavi planına tepki göstererek reddetmesine veya yaşama sevincini kaybettiği için iyileşebileceğine dair inancını yitirmesine neden olabilir, hekimi otorite olarak gören hasta onun kendisini iyileştireceğine olan inançla tedavi planına daha kolay uyum gösterir.

Hekim otoritesinin hastayla iletişim sürecindeki diğer etkisi ise etkin iletişim kurulmasını engelleyen olumsuz etkilerdir. Otoritenin iletişim sürecindeki olumsuz etkileri aşağıda verilmiştir:

Hekimin, hastayla olan iletişiminde otoritesini kullanarak konuşmayı ve dolayısıyla hastayı yönlendirmesi, hastanın onun karşısında pasif kalmasına neden olur. Otoritenin hasta üzerindeki en belirgin etkisi yarattığı korku, heyecan ve endişe duygularıdır. Etkileşim sürecinde bu duyguları yaşayan hastalar hekim karşısında rahat olamadıkları için onunla iletişim kurmaktan kaçınırlar. Görüşme yapılan hastalar, hekimin kızacağını düşünerek soru sormadıklarını ve bu nedenle hastalıklarıyla ya da tedavileriyle ilgili pek çok konuyu anlayamadıklarını söyleyerek, hekimlerin sert, soğuk, suçlayıcı, ilgisiz ve aceleci davranışlarının konuşmalarına engel olduğunu, soru sordukları takdirde hekimin kızacağını ve tedavilerinin yapmayacağını düşünerek suskun kalmayı tercih ettiklerini anlatmışlardır. Hekimin olumsuz davranışları karşısında kendilerine değer verilmediğini düşünen hastalar, hekime güven duymamaktadırlar. Oysa hastanın tedavi planına uyması ve tedavinin başarıya ulaşabilmesi için öncelikle hekimine inanması ve güvenmesi gerekmektedir. Araştırma sonuçları, hastalara güler yüzlü, kendinden emin, dostça davranan hekimlerin güven verdiği ve işini çok iyi bilen biri olarak algılandığını göstermiştir. Öte yandan soğuk mesafeli davranan bir hekimin ise yetersiz olarak görüldüğü saptanmıştır.

Otoritenin iletişim sürecindeki bir başka etkisinin, hekimlerin hastaları dinlememesi ya da hastaların konuşmalarına fırsat vermemeleri olduğu saptanmıştır. Yoğun iş temposu hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmasına engel olur, ancak koşulların uygun olduğu zamanlarda hastalar için, hekimin kendilerine zaman ayırması ve sorunlarını içtenlikle dinlemesi çok önemlidir¹⁰⁷. Çünkü, hastaya ayrılan zaman, hekimin hastanın sorununu ve hastalığını önemsendiğinin önemli göstergelerindendir. Hasta, hekimin bakışında, dokunuşunda ve sesinde bunu hissetmek ister. Önemsendiğini hisseden hasta hekimin karşısında daha rahat olacak ve tedavisi konusunda hekimle işbirliği yapacaktır.

Otoritenin etkisiyle hekim karşısında konuşamayan hasta, hekime geribeslemede bulunamaz. İletişim sürecinde geribesleme çok önemlidir. Hekim, kendisiyle konuşamayan ya da soru sormayan hastanın anlatılanları anladığını veya onayladığını düşünerek hastanın teşhis ve tedavisiyle ilgili kararlarını buna göre verebilir. Oysa hasta anlatılanları anlamamış ya da yanlış anlamış olabilir¹⁰⁸. Hastanın hekimin anlattıklarını anlamamasının hastadan ve hekimden kaynaklanan birçok nedeni olabilir, ancak hastanın karşısında bir uzman olarak bulunan hekimin, teşhis ve tedavi hakkındaki bilgileri onun anlayacağı şekilde anlatma sorumluluğu vardır. Hekimin mesleki etik kurallarından biri de hastayı onun anlayacağı şekilde

¹⁰⁷ Amerika’da yapılan bir araştırma, muayene sırasında hastanın konuşmasının yarısından fazlasını hekimin sorduğu sorulara yanıt vermeye ayırdığını göstermiştir. Yirmi dakikalık bir muayenenin yalnızca yüzde altılık bir süresinde hastanın hekime soru sorabildiği ortaya çıkmıştır. Hekimler muayene süresinin yarısını hasta orada yokken de yapabilecekleri işleri yapmakla geçirmektedirler Gordon 2001, s. 49.

¹⁰⁸ Hekime soru sormadan ayrılan hastaların, hekimin anlattıklarının ne kadarını anladıklarını görmek üzere muayene odasından çıktıkları anda kapıda yapılan bir anketin sonuçlarına göre; “hastaların %35’inin kendilerine konan tanıyı, %61.3’ünün iyileşip iyileşmeyeceklerini, hastalığın kronik olup olmadığını (prognozu), %36.7’sinin kaç tane ilaç kullanacaklarını, %35.2’sinin ise, tedavinin ne kadar devam edeceğini bilmediği ortaya çıkmıştır http://hhp.ktu.edu.tr/index.php?subaction=showfull&id=1087833548&archive=&cns show=news&start_from, Erişim Tarihi:05. 04.2005.

bilgilendirmektir. Otoritenin etkisiyle hekim karşısında konuşamayan hastalar, anlamadıkları konuları sormayınca hekim ve hastanın bir araya gelme nedeni olan tedavi gerçekleşemez ya da yanlış sonuçlar alınabilir. Etkin iletişimde her iki tarafın da birbirini doğru anlaması gerekmektedir.

Hekimler hastaya bilgi verilmesi sürecinde de otoritelerinin sık sık hissettirirler. Bazı hekimler hastanın bilmesi gerektiği kadar bilginin verildiğini, fazlasını bilmelerinin gereksiz olduğunu düşünürken, hastalar hastalıklarıyla ve tedavileriyle ilgili ayrıntılı açıklama yapılmadığını bunun da hekime ve uyguladığı tedaviye karşı güvensizlik yarattığını düşünmektedirler. Hasta A.G. “hastalara neyi niçin yapması gerektiği söylenmiyor. Şunu yap, bunu yapma deniliyor. Bunları bir süre yapmaya çalışıyorsunuz, ancak sonra vazgeçiyorsunuz. Halbuki anlattıkları şeyin yararlarını ve zararlarını söylerlerse, bilerek daha dikkatli yaparız¹⁰⁹” diyerek açıklamaların tatmin edici olmasını bu şekilde tedavi planına daha iyi uyacaklarını dile getirmiştir. Hastanın hekimle işbirliği ve diyalog içinde olabilmesi ancak içinde bulunduğu tıbbi durum konusunda yeterince bilgilendirildiğinde olanaklıdır. Yeterince bilgilendirilmemiş hasta, genelde hekimin bakımı altında edilgen bir nesneden başka bir şey değildir¹¹⁰. Hastanın durumu hakkında bilgilendirilmesi hekimi bu ilişkinin yükünü tek başına taşımaktan da kurtarır ve verilecek kararda onu bilgili bir ortak yapar. Hekimlerin hastalara yapacakları tatmin edici açıklamalar, hastanın hekimin uygulamalarının dışına çıkmamasını ve ona güven duymasını sağlayacaktır.

¹⁰⁹ A.G. ile 23.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹¹⁰ E. Koch, T. Turgut, “ Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15(1); 65.

Hekimlerin otorite aracı olarak kullandıkları tıbbi dil de hastaların hekimle iletişim kurmalarında önemli bir engeldir. Hekimler, tıbbi dilin hasta üzerindeki otoriteyi güçlendirmek için zaman zaman kullanıldığını kabul etmişlerdir. Bazı durumlarda tıbbi dil kullanımı hastaların daha fazla soru sormasını ya da hekimin tanından çok fazla emin olmadığını keşfetmesini önleme amacı taşır. Hastanede vizite çıkan hekimler, kendi aralarında tıbbi dille konuşurken hastaya sanki yokmuş gibi davranarak hiçbir açıklamada bulunmazlar. Oysa hekimlerin kendisi hakkında anlamadığı bir dille konuşmalarını izleyen hastanın aklı iyice karışarak, kaygısı daha da artabilir ve hatta paniğe bile kapılabilir. Hekimlerin bu şekilde mesafeli, soğuk, duyarsız davranışları hastaların fizyolojik durumlarını da etkileyebilir¹¹¹. Ancak bazen, hekimler meslektaşlarıyla olgular hakkında tıbbi dille konuştuklarından hastanın anlamadığını fark etmeyebilirler; üstelik tanının hastanın anlayabileceği, Türkçe bir karşılığı da olmayabilir. Bu durumda hekimin hastayı tedaviye inandırabilmesi için onun anlayacağı şekilde açıklama yapması gerekir.

Otoritenin etkisi, hastaların otorite algılarına göre değişmektedir. Üniversite mezunu hastaların hekim karşısında kendilerini daha iyi ifade edebildikleri ve görece daha rahat oldukları saptanmıştır. Ancak bu hastaların da gerek hastalığın yarattığı endişe nedeniyle gerekse hekimleri mesleki anlamda üstün görmeleri nedeniyle otoriteyi kabullendikleri görülmüştür. Özellikle kırsal kesimden gelen veya eğitim seviyesi düşük olan hastalarda ise otoritenin aşırı saygı ve korku yarattığı saptanmıştır. Bu hastalar geleneklerin ve yetiştirilme tarzının etkisiyle hekimleri kendilerinden üstün görerek onların karşısında yetersizlik duygusu hissederler.

¹¹¹ Bu konuda Jarvinen tarafından hastanede gerçekleştirilen bir çalışmada, enfarktüs geçirmiş olup, durumları iyiye giden kalp hastalarının, büyük bir kısmının vizite sırasında ya da vizite sonrasında ikinci bir kalp krizi geçirerek aniden öldükleri gözlenmiştir. Şahin 1999, s. 63.

Hastaların da dile getirdiği bu durum hekim karşısında kendilerini rahatça ifade etmelerine engel olur. Görüşme yapılan hekimler de, bu tür hastalarla iletişim kurmakta zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir.

Yine hekimlerin dile getirdiği otoriteden kaynaklanan bir başka sorun ise hastaların otoriteyi uzmanlık derecesine göre kabul etmeleridir. Hastaların, bilgi ve deneyimlerinin fazla olması nedeniyle hocalara daha çok güven duydukları, buna karşılık asistan hekimlerin uygulamalarına ve talimatlarına şüpheyle baktıkları görülmüştür. Bir eğitim kurumu olan OMÜ Hastanesi'nde tıp fakültesi öğrencileri ve asistan hekimlerin hocalarıyla hasta başında yaptıkları eğitimler sırasında hastalar otoritenin kim olduğunu görerek öğrenmektedirler. Hocaların asistan hekimlerin bilgi ve deneyimlerini sorgulaması, gerektiğinde yapılan işlerle ilgili hesap sormaları ve asistan hekimlerin hocalarının karşısındaki duruşları hastalara otoritenin yönünü göstermektedir. Bunu gören hasta güven açısından en doğru ve yetkin bilgiye hocanın sahip olduğunu düşünmekte ve asistan hekime karşı güveni azalmaktadır. Hasta asistan hekimi ancak göreceli olarak otorite kabul ettiği için aralarındaki iletişim daha sürecin en başında güven açısından eksik başlamaktadır.

İletişimin gerçekleştiği mekan da hastanın otorite algılayışında etkilidir. Hastane ortamı bütün insanlarda kaygı ve gerginlik yaratır. Bu nedenle genel kabul gören deyim ile *hastaneye yatmak*, yani hastane ortamında gerçekleşmek zorunda olan tedavi süreci çoğu kişinin hoşlanmadığı bir durumdur. Hastalığın yarattığı kaygı ve zihinsel karmaşa ile birlikte hastanedeki kimliksizleştirici davranışlar, hastanın hastane kurallarına uyan, tedavi ekibinin dediklerini yapan, çok soru sormayan,

yönergeleri bütünüyle yerine getiren, kurallara uygun davranan ve sürekli istekte bulunmayan “iyi hasta” rolünü benimsemesine yol açmaktadır¹¹². Hastaların hastane ortamına ve hekime yönelik algılarını Seligman’ın *Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı* bağlamında açıklayan Taylor, sorularına yanıt alamayan, gereksinim duyduğunda hekimin ve diğer sağlık ekibinin ilgisini göremeyen hastaların tüm çabalarının boşa gittiğini görerek çaresizliği öğrendiklerini öne sürmektedir¹¹³. Böylece hastalar, hastane ortamında kendileri hakkındaki kararlarda etkin bir rol üstlenemeyip edilgin bir rolü benimserler ve bu da iyileşmelerini geciktirebilir. Hekimin bu konuda hazırlıklı olması ve hastaneye yatan hastanın psikolojisini bilerek hareket etmesi gerekmektedir. Gerek hekim gerekse diğer sağlık çalışanları ilk yattığı günden itibaren hastanın güven duymasını sağlayarak, onu mümkün olduğunca tedavi sürecine dahil etmeye çalışmalıdırlar. Hastaya yapılacak her türlü uygulamada durumun önceden anlatılarak onayının alınması, sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi ve sorularının yanıtlanması hastanın tedavi ekibine güvenini artırarak kendisi için en iyi olanın yapıldığına inanmasını sağlayacaktır.

¹¹² Şahin 1999, s. 40.

¹¹³ Şahin 1999, s. 41.

B- OMÜ HASTANESİ'NDE HEKİM VE HASTALARIN ETKİN İLETİŞİM KURABİLMEK İÇİN BİRBİRLERİNDEN BEKLEDİKLERİ ROL GEREKLERİ

Çalışmanın bu bölümünde hekim ve hasta arasında etkin iletişimin sağlanabilmesi için tarafların birbirlerinden bekledikleri rol gereklerinin neler olduğuna ve birbirlerinin beklentilerini nasıl algıladıklarına bakılmıştır. Elde edilen veriler değerlendirilerek her iki tarafın da etkin iletişim kurmasına engel olan sorunlar saptanmıştır.

1- ETKİN İLETİŞİMİN GERÇEKLEŞEBİLMESİ İÇİN HASTALARIN HEKİMLERDEN BEKLEDİKLERİ ROL GEREKLERİ

Yapılan görüşmelerde hastalara hekimleriyle kurdukları iletişim hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Bu konuda,10 hasta hekimleriyle iyi bir iletişim kurabildiklerini söylerken, 6 hasta kesin olarak hekimleriyle iletişim kuramadıklarını, 3 hasta bu konuda kararsız olduklarını, 12 hasta iyi iletişim kurabilmelerinin hekimin yaklaşımına göre değiştiğini, 4 hasta ise hekimlerin genellikle kendilerini dinlemedikleri ve yeterli bilgilendirme yapmadıkları için aralarında iyi bir iletişim kurulamadığını düşündüklerini söylemiştir.

Görüşme yapılan hastaların hekimlerle aralarında etkin bir iletişim kurulabilmesi için hekimlerden bekledikleri rol gerekleri önceliklerine göre şu başlıklar altında toplanmıştır:

- Güler yüzlü, sevecen ve şefkatli yaklaşım
- Kaygılarının giderilmesi
- Yeterli bilgi verilmesi ve tıbbi dilin mümkün olduğunca az kullanması
- Özel muayene hastası ve diğerleri ayrımının yapılmaması

a- Güler Yüzlü, Sevecen ve Şefkatli Yaklaşım

Görüşme yapılan hastaların tümü, hekimlerden, güler yüzlü ve sevecen bir yaklaşım beklediklerini söylemişlerdir. Bunun kendileri için çok önemli olduğunu anlatan hastalar, hastaneye yattıklarında hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının kendilerine göstereceği sıcak ilginin hem hastane koşullarına alışmalarını, hem de hekimlerine güven duymalarını dolayısıyla tedavi sürecine inançlarını sağlayacağını belirtmişlerdir. OMÜ Hastanesi'nde asistan hekimlerin hastalara karşı ilgili davranmaya çalıştıklarını ancak iş yoğunluklarının çoğu zaman iletişimlerini etkilediğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Hekimin sıcak yaklaşımının kendisi için çok önemli olduğunu anlatan bir hasta, geçirdiği operasyon nedeniyle gözleri kapalı olduğundan, bunun kendisi için daha da önemli olduğunu anlatırken “hekimin sesindeki sıcaklık bile bana ümit ve güven veriyor. Soğuk ve ilgisiz davranışlarla karşılaştığımda ise, tamamen çaresiz hissediyorum ya da kötü giden bir şeylerin olduğunu düşünüp endişeleniyorum.” demiştir.

Hastalar, kendilerini güler yüzle karşılayan ve sıcak davranan hekimlerin, hastalıklarına daha duyarlı olduğunu düşünmektedirler. Bu konuda hasta M.K. “doktor, ben derdimi anlatırken masasından başını kaldırıp yüzüme bakmazsa ve

yüzünde sıcak bir ifade göremezsem, o an aklımdan yanlış kişiyle konuştuğum geçiyor” demiştir. Böyle durumlarda ne yaptığı sorulduğunda “başka seçeneğim varsa, o doktora bir daha gitmiyorum. Ama bölümde tek ise mecburen davranışlarına katlanıyorum”¹¹⁴ diye anlatmıştır.

Hastanede beklediği ilgiyi ve sıcak yaklaşımı göremediğini söyleyen bir hasta, “ben yaşlıyım, doktordan gülyüz, saygı, ilgi bekliyorum, bu bana moral oluyor, bu yaşıma rağmen torunum yaşındaki genç doktorlara ben de saygıda kusur etmiyorum. Bu hastanede doktorlar daha anlayışlı ve sıcak, ama yine de beklediğimiz gülyüzü çoğu kişiden göremiyoruz, bazen itilip kakılıyoruz, bunu doktor da yapıyor diğerleri de yapıyor”¹¹⁵ demiştir.

Hastalar, hekimlerin gösterecekleri sıcak davranışların kendilerini rahatlatacağını ve hekimin karşısında sorunlarını daha kolay anlatmalarını sağlayacağını söylerken, bazı hekimlerin ses tonlarının sert olmasının ya da ilgisiz davranışlarının kendilerini korkuttuğunu ve hekimin karşısında suskun kaldıklarını dile getirmişlerdir. Hekimlerin hastayı korkutmadan ve kırıcı olmadan yaklaşmalarını beklediklerini söyleyen hastalardan biri “hekimin yüzü asıksa, benimle ilgilenmez diye düşünüp, onu kızdırmamaya çalışıyorum, ya da aklımda olan soruları ya kızarsa diye soramıyorum”¹¹⁶ diyerek hekimlerin göstereceği gülyüzlü yaklaşımın onlarla daha rahat iletişim kurmalarını sağlayacağını belirtmişlerdir.

¹¹⁴ M.K. ile 04.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹¹⁵ R.İ. ile 24.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹¹⁶ C.Y. ile 24.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

b- Kaygıların Giderilmesi

OMÜ Hastanesi'nde yatan hastalar hekimden güler yüzlü ve ilgili davranmasının yanında hastalıklarıyla ilgili kaygılarının giderilmesi konusunda da yardım beklediklerini söylemişlerdir. Hastaların hemen hepsi hastaneye geldiklerinde kaygılarının olduğunu söylerken hekimden beklentilerinin bir an önce kendileriyle konuşarak bilgi vermesi ve psikolojik yaklaşımda bulunması olduğunu belirtmişlerdir.

Kaygılarının giderilmesinin kendileri için çok önemli olduğunu söyleyen hastaların bir bölümü, bunun hekimle karşılaştıkları ilk anda yapılmasını tercih ederken bazıları teşhisle ilgili kesin sonuçlar alındıktan sonra yapılmasını beklediklerini söylemişlerdir. Görüşme yapılan hastalardan hastaneye geldiklerinde kaygılarının çok yüksek olduğunu söyleyenler, hekimin kendilerini teşhis ve tedavi aşamasından önce rahatlatmasının hekimlere güvenlerini sağladığını ve anlatılanları daha iyi anladıklarını söylemişlerdir. Hasta N.O bu konuda “kaygıların giderilmesi hastalığın tedavisinde ana yoldur, önce beni tatmin ettin mi tedaviyi de başarırısın”¹¹⁷, demiştir. Hasta C.B.’ ise “doktorumun benim kaygılarımı anlayıp gidermeye çalışması benim için çok önemli, bana değer verdiğini düşünürüm, doktorun bana hastalığım hakkında bir açıklama yapması ve beni rahatlatması gerekir”¹¹⁸, demiştir.

¹¹⁷ N.O. ile 01.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹¹⁸ C.B. ile 21.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

Yapılan görüşmelerde 20 hasta, hastaneye geldiklerinde hekimlerin kaygılarını gidermeye çalışarak kendilerini rahatlattığını ve psikolojik yaklaşımda bulduklarını bu nedenle OMÜ hastanesindeki asistan hekimlerin yaklaşımlarından memnun olduklarını söylemişlerdir. Hekimin teşhis koyma aşamasında ve tedaviye başlamadan önce kendileriyle konuştuğunu, hastalık hakkında bilgi vererek rahatlatmaya çalıştığını anlatmışlardır. Bazı hastalar OMÜ Hastanesi'nde de diğer hastanelerde de hekimlerin bazen zaman yetmediği için bazen de dikkate almadıkları için hastaların kaygılarını gidermeye çalışmadıklarını oysa, hekime başvurdukları aşamada onun yaklaşımının ve açıklamalarının kendileri için moral olduğunu ve hekimin verdiği tedaviye ve bilgilere daha inanarak uyduklarını söylemişlerdir.

c- Yeterli Bilgi Verilmesi ve Tıbbi Dilin Mümkün Olduğunca Az Kullanması

Hekimlerin hastalıkları hakkında ve yapılacak uygulamalar hakkında detaylı bilgi vermesini bekleyen hastalar, sonuç ne olursa olsun öğrenmek istediklerini söylemişlerdir. Hekimlerin kendilerine bilgi vermek için yeterince zaman ayırmadığını söyleyen hastalar, kendileri bilgi almak istediklerinde ise bunun mümkün olmadığını ve hekimin sorularını çok basitçe cevapladığını belirtmişlerdir. Hastalar bu yaklaşımın muayenehaneye yönlendirme amacı taşıdığını düşünmektedirler. Hastaların asistan hekimlerin kendileriyle daha çok ilgilendiğini söylemelerine rağmen, hastalıklarıyla ilgili bilgilendirmeyi hocalardan bekledikleri görülmüştür. Bunun nedeni sorulduğunda asistan hekimlerin henüz öğrenci olduğunu ve hocanın her şeyi onlardan daha iyi bildiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Hastaların hekimlerden önemli bir beklentisi de kendileriyle konuşurken tıbbi terminolojiyi daha az kullanmaları ve anlayacakları şekilde açıklama yapmalarıdır. Bu konuda özellikle ilkokul ve ortaokul mezunu hastalar hekimlerin kendilerine açıklama yapmak için zaman ayırmadıklarını, açıklama yaptıklarında da çok fazla tıbbi terim kullandıklarını söylemişlerdir. Hasta İ.Ç. “doktor bana vücudumda *tümör* olduğunu söyledi. Ben bunun ne olduğunu bilmiyordum, daha sonra öğrendim ki bu *urmuş* yani *kansermiş*”¹¹⁹ demiştir. Bir başka hasta ise “doktorlar, elime kağıtları verip bir yere gitmemi söylediler ve gittiler, nereye gideceğimi anlamadım, yanımdaki hastalara sordum onlar da anlamamış, o anda sorabileceğim kimse yoktu, ben de doktorumun gelmesini bekledim, geldiğinde gitmediğim için bana kızdı”¹²⁰ demiştir.

Hastalar tıbbi dille verilen bilgileri anlayamadıklarını ancak hekimin karşısında bazen çekindikleri için, bazen de ayıplanacaklarını düşündükleri için soru soramadıklarını söylemişlerdir. Anlamadıkları bilgiyi ya başkasına sorarak öğrenmeye çalıştıklarını ya da kendileri araştırdıklarını söyleyen hastalar bazen de anlamadıkları şeyi uygulamadıklarını söylemişlerdir.

d- Özel Muayene Hastaları Ve Diğerleri Ayrımının Yapılmaması

Görüşme yapılan hastaların hekimlerle iletişimlerinde sorun yaşadıkları önemli bir konu da hekimlerle aralarındaki ilişkinin maddi yönüdür. Hastaların bu konudaki eleştirilerinin büyük bölümü OMÜ Hastanesi'nin dışındaki hastanelere olmakla beraber deneyimlerine dayanarak her yerde hekimlerin bu şekilde

¹¹⁹ İ.Ç ile 21.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹²⁰ A.C ile 01.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

davrandıklarını söylemişlerdir. Görüşme yapılan 23 hasta özel muayeneden sonra hastaneye yattıklarını, 12 hasta özel muayeneye gitmeden doğrudan yatış yaptıklarını söylemişlerdir. Araştırmada örneklem grubu asistan hekimlerin hastalarla parasal bir ilişkisi yoktur. Ancak hastaların hepsinin üzerinde durduğu bir konu olduğu için çalışmada kısaca ele alınmıştır.

Özel muayeneye giden hastalar, gitmedikleri takdirde hastanede yatarken hekimin kendileriyle ilgilenmeyeceğini düşündükleri belirtmişlerdir. Bu konuda hastalardan biri “Herkes kendi hastasıyla ilgileniyor, maddiyat önemli, ticari yönleri çok fazla muayenehaneye gidince hoca her gün birkaç kez geliyor. Para verince saygı duyuyorlar. Biz her zaman saygı duyuyoruz onlar para alınca duyuyorlar. Maddiyata neden önem veriyorsunuz diye sorunca 6 yıl emek verdim cevabı alıyorum”¹²¹ diyerek muayenehaneye gitmediklerinde kendilerini eksik hissettiklerini ve hekimin karşısında ezik durumda olduklarını belirtmişlerdir. Muayenehaneye gitmeden yatan hastalar da aynı psikolojiyi hissettiklerini ancak maddi durumları uygun olmadığı için gidemediklerini belirtmişlerdir.

Özel muayenehanede hekime istedikleri gibi soru sorabildiklerini ve çekinmediklerini dile getiren hastalardan biri “hekimler muayenehanede farklı davranıyorlar, devlet hastanelerinde hekimlere yaklaşılmıyor, üniversite hastaneleri daha iyi. Bunun nedeni ticari beklentiler ve hasta yoğunluğu. Hasta sayısı azalsa bile normale dönmeleri zaman işi çünkü bu alışkanlık ve kültür işi”¹²² demiştir. Başka bir hasta ise bu konuda, “bazı hekimler hastanın işini uzatıp özele yönlendirmeye

¹²¹ N.Y. ile 10.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

¹²² C.B ile 21.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

çalışıyorlar. Başka yapacak şey kalmayınca biz de istedikleri parayı veriyoruz, hepsi aynı yolu izleyince yapacak bir şey kalmıyor. Halbuki beni devlete ait bir hastanede tedavi ediyorlar. Böyle bir parayı almaması lazım. Ama vermeyince de tedaviyi uzatıyorlar”¹²³ demiştir.

Görüşme yapılan hastaların tümü tıp mesleğini değerli bularak yüceltmekle beraber mesleğin uygulayıcıları olan hekimleri eleştirmişler ve hekimlerin özellikle ticari beklentilerinin öne çıkmasından rahatsız olduklarını söylemişlerdir. Hastalar tıp mesleğinin kendileri ve toplum için çok önemli ve değerli olduğunu ancak hekimlerin çoğunun mesleklerini ticari bir araç olarak kullandıklarını söylemişlerdir.

2- ETKİN İLETİŞİMİN GERÇEKLEŞEBİLMESİ İÇİN HEKİMLERİN HASTALARDAN BEKLEDİKLERİ ROL GEREKLERİ

OMÜ Hastanesi’ndeki asistan hekimlere ilk olarak “hastalarınızla iyi bir iletişim kurabildiğinizi düşünüyor musunuz?” diye sorulmuştur.

Bu soruda hekimlerin tamamı bunun hastaya göre değiştiğini söylemişlerdir. Hekimler iyi bir iletişimde hastanın sosyo-kültürel seviyesinin, yaşının, hastalığının etkili olduğunu söyleyerek çoğu zaman hastadan kaynaklanan nedenlerden dolayı iletişim sorunları yaşadıklarını söylemişlerdir. Bunun yanında sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların da iletişimi etkilediğini belirtmişlerdir. Hekimlerin yaşanan iletişim sorunlarında kendi davranışlarını etken olarak görmedikleri saptanmıştır.

¹²³ A.G. ile 23.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

Hekimlere hastalardan beklentileri sorulmadan önce, onların hastaların beklentilerini nasıl algıladıklarına bakmak için “size göre hastaların hekimlerden beklentisi nelerdir?” diye sorulmuştur.

Hekimlerin çoğu hastaların hekime güven duymak istediklerini söylerken, bunun yanında gülyüz, ilgi, saygı beklediklerini ve hekimlerin sinirlenmeden ve seslerini yükseltmeden konuşmalarını istediklerini belirtmişlerdir. Bunların dışında hastaların hekimi çözüm olarak gördüklerini ve hastalıklarıyla ilgili ayrıntılı bilgilendirilmek istediklerini eklemişlerdir.

Hekimlere, hastalara bilgi verirken tıbbi terim kulanıp kullanmadıkları sorulmuştur. Bu konuda, hekimlerin çoğu hasta karşısında tıbbi terim kullanılmaması gerektiğini ve bunun için çaba gösterdiklerini ancak bazı terimlerin Türkçe karşılığı olmaması nedeniyle mecburen kullandıklarını söylemişlerdir.

Hekimler, hastaların kaygılarının giderilmesinin hastaların öncelikli beklentileri arasında olduğunu söylerken, bunun kendileri için de önemli olduğunu belirtmişlerdir. Kaygının giderilmesinin hastayı ikna etmek için ve tatmin etmek için önemli olduğunu düşünen hekimler, hastanın davranışlarından ve yüz ifadesinden kaygısını belli ettiğini anlatarak hastaların kaygı duymalarının çok doğal olduğunu fakat her hastada bunun farklı yaşandığını söylemişlerdir. Hekimler bazı hastaların hastalıklarının ciddiyetini bilmedikleri için kaygı duygularının daha az olduğunu bazı hastaların da çok basit belirtilerden aşırı kaygı duyabildiklerini söylemişlerdir.

Görüşme yapılan hekimlere, “etkin bir iletişim kurulabilmesi için hastalardan beklentileriniz nelerdir?” diye sorulmuştur. Bu konuya verilen cevaplar hekimlerin önceliklerine göre aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Hasta anlatılanları anlayabilmeli ve sorununu ifade edebilmelidir.
- Hasta hekimine güvenmeli ve saygılı olmalıdır.
- Hasta hekimden ilgi beklentisini abartmamalıdır.
- Hasta hekimlerin çalışma koşullarına anlayış göstermelidir.

a- Hasta Anlatılanları Anlayabilmeli ve Sorununu İfade Edebilmeli

Görüşme yapılan hekimlerin tamamı, hastalarla kurdukları iletişimin etkin olabilmesinin hastanın eğitim seviyesine bağlı olduğunu söyleyerek, hastaların eğitim seviyesinin yükselmesinin “ideal” rol gereklerinden olduğunu belirtmişlerdir. Hekimler eğitim seviyesi düştükçe hastaların anlatılanları anlamakta zorluk çektiklerini ve tedavi planına uyum gösteremediklerini anlatmışlardır. Özellikle kırsal kesimden gelen ve eğitim seviyesi düşük olan hastaların hekimle iletişim kurmakta zorlandıklarını, anlatılanları anlamadıklarını söyleyen hekimler, bu hastaların aynı zamanda sorunlarını da ifade etmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir. Hekimler hastanın verilen bilgiyi anlamamasının tedavide yanlış uygulamalara neden olabildiği söyleyerek, “hastaya bir ilacı nasıl kullanması gerektiğini anlatıyoruz, bizim yanımızda anlamış gibi görünüyor ve anladın mı diye sorduğumuzda evet diyor. Ancak tedavi sonrasında geldiğinde tamamen yanlış kullandığını görüyoruz, yazarak ellerine verdiğimiz halde yanlış yapıyorlar, bu durumdan hem kendileri zarar görüyor hem de biz” demişlerdir.

Bazı hastaların hastalıklarıyla ilgili yeterince bilgi veremediklerini söyleyen hekimler, “hastanın vereceği bilginin kendisi için önemini bilmemesi nedeniyle ya da bazen sakladığı için teşhis ve tedavi tamamen yanlış yönlendirilebiliyor. Hastaların hekimden hiçbir şeyi saklamamaları ve hekimin sorularına net yanıtlar verebilmeleri gerekmektedir.” demişlerdir.

b- Hasta, Hekimine Güvenmeli ve Saygı Gösterilmelidir

Görüşme yapılan asistan hekimler iletişimin etkinliğinde karşılıklı güvenin ve saygının çok önemli olduğunu söylemişlerdir. Hastaların hekime güven duymalarının tedavi planına uymalarını sağlayacağını söyleyen hekimler bunun aynı zamanda kendilerinin de işini kolaylaştıracağını belirtmişlerdir. Hastada güven duygusu yaratmanın hekimin davranışlarına bağlı olduğunu kabul ettiklerini belirterek, güven ilişkisi içinde yürütülen hekim-hasta iletişiminin etkin olacağına inandıklarını dile getirmişlerdir. Hastaların güvenini kazanmak için ne yaptıkları sorulduğunda hekim K.A “şu anda saat akşamın sekizi ve ben nöbetçi değilim, onlar için çalıştığımızı görmeleri gerekir, burada bazen gece gündüz evimize gitmeden çalışıyoruz, bunu anlamaları ve bizim onların iyiliği için uğraştığımıza inanmaları gerekiyor”¹²⁴ demiştir.

Hekimler, hastaların güven konusunda hoca-asistan ayrımı yaptıklarını ve bunun zaman zaman kendilerini rahatsız ettiğini söylemişlerdir. Bu konuda hekimlerden biri “elbette hocalar bizden daha tecrübeli ve bilgili, ama hastanın

¹²⁴ K.A. ile 28.02.2055 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

benim verdiğim bilgilerden ikna olmayıp mutlaka hocaya da gitmesi bana karşı güven duymadığını gösteriyor. Bu durumda ben de o hastaya daha fazla açıklama yapmıyorum, nasıl olsa hocaya gideceğini düşünüyorum”¹²⁵ demiştir.

Etkin bir iletişim kurulabilmesinde saygının önemli bir faktör olduğunu söyleyen hekimler, hastaların genel olarak hekimlere karşı saygılı davranmaya çalıştığını ancak özel muayene hastalarının zaman zaman bu konuda dikkatli davranmadıklarını belirterek “bazen bize gelip, hoca söyledi şunu yapacaksın şeklinde konuşabiliyorlar ve beklentileri çok fazla oluyor. Bazen de bizi hocaya şikayet etmekle tehdit ediyorlar” demişlerdir. Asistan hekimlere göre hastalar hocalara gösterdikleri saygıyı, kendilerine göstermiyorlar. Bu konuda hekimler “klinikte çok fazla bir arada olduğumuz için, bir süre sonra bizi kendilerinden biri gibi görüyorlar, hocalarla aralarında mesafe olduğu için onlara karşı daha saygılı davranıyorlar” demiştir.

Asistan hekimlerin saygı beklentilerinin, otorite olarak görülme beklentileriyle ilgili olduğu saptanmıştır. Hekimlerden biri “hasta, bana saygı duymalı, ne söylersem onu yapmalı ve uygulamalarımın dışına çıkmamalıdır. Ben onun hekimiysen bana güvenmelidir” demiştir.

¹²⁵ N.K.ile 20.02.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

c- Hasta Hekimden İlgi Beklentisini Abartmamalıdır

Görüşme yapılan asistan hekimler hastaların hekimlerinden ilgi beklentisinin normal olduğunu, ancak çoğu hastanın bunu abarttıklarını düşünmektedirler. Hekimlerden biri “ben sanki onların çocuğuyum birinci dereceden akraba gibi ilgi bekliyorlar, annen-baban gibi”¹²⁶ demiştir. Başka bir hekim ise, “hastalara karşı gösterilecek ilgi düzeyini çok iyi ayarlamak gerekiyor, çok ilgili olduğunuzda sürekli peşinizde oluyolar ve çalışmanızı engelliyorlar, ilgilenmezseniz de içlerine kapanıp, hekimin de işini zorlaştırıyorlar” demiştir.

Özel muayene faktörünün hastaların ilgi beklentisinde etkili olduğunu düşünen asistan hekimler, hocaların özel hastalarının daha fazla ilgi beklediklerini, bu hastaların ödedikleri para karşılığında herkesten özel bir hizmet ve ilgi gösterilmesini istediklerini söylemişlerdir. Çoğu zaman iş yoğunluğu nedeniyle hastaların ilgi beklentisine karşılık veremedikleri gözlenen asistan hekimlerin hastaların bu taleplerini karşılamayı, kendileri için fazladan bir iş yükü olarak gördükleri saptanmıştır.

d- Hasta Hekimlerin Çalışma Koşullarına Anlayış Göstermelidir

Yapılan gözlemlerde asistan hekimlerin gerek klinikte gerekse klinik dışında çok yoğun çalıştıkları saptanmıştır. Cerrahi kliniklerde; poliklinik, klinik ve ameliyathanede çalışan hekimler, dahili kliniklerde ise yine poliklinik hastaları ve

¹²⁶ K.A. ile 28.03.2005 tarihinde yapılan görüşme protokolü.

yatan hastalarla ilgilenirken aynı zamanda eğitimlerine de devam etmektedirler. Hocaların çoğu zaman ameliyatta, derste ya da odalarında olmaları nedeniyle hastaların takibinde işin büyük bölümü asistan hekimlerin üstündedir.

Asistan hekimlere göre, hastalarla iyi bir iletişim kurulabilmesinde, hastaların hekimlerin çalışma koşullarını anlamaları ve anlayış göstermeleri önemli bir etkidir. Bazı hastaların yapılacak işler konusunda çok sabırsız davranıp kendilerini sıkıştırdığını söyleyen hekimler, “biz aynı anda çok yerde olmak zorundayız, bir taraftan hocanın bizden beklediklerini yapmaya çalışırken, bir taraftan da sorumluluğumuzdaki hastalarla ilgilenmeye çalışıyoruz, bazen yetişemiyoruz ama hastayı etkileyecek aksaklıklar da yaşanmıyor, hastaların hekimlere bu konuda anlayış gösterip sabırlı olmaları gerekiyor” demişlerdir.

Hiyerarşik bir düzenlerinin olduğunu söyleyen asistan hekimler, hastalarla ilgili kararları tek başlarını vermediklerini, kıdemli asistan hekimlere ve hocalara danışarak çalıştıklarını ve onların talimatlarına göre hareket ettiklerini söylerken “bazen hastalar, istedikleri bir şeyi hemen yapmamızı bekliyorlar ancak biz tek başımıza hareket etmiyoruz, yaptığımız her işte kıdemlilerimizle ve hocalarımızla görüşüyoruz ve birlikte karar veriyoruz, hastaların bunu anlaması gerekir” demişlerdir.

3- HEKİMLERİN VE HASTALARIN ROL GEREKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin ve hastaların etkin iletişim kurabilmek için birbirlerinden bekledikleri rol gerekleri karşılaştırılarak, aralarındaki iletişim sorunları saptanmaya çalışılmıştır.

Alan araştırması sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde, OMÜ Hastanesi'ndeki hekimlerin ve hastaların etkin iletişim kurabilmek için birbirlerinden bekledikleri rol gereklerinin Parsons'un ideal hekim hasta rolleriyle benzerlikler taşıdığı görülmüştür. Parsons'un hekim-hasta modeli, birçok eleştiriler almasına rağmen hekim-hasta iletişimini en iyi açıklayan model olarak geçerliliğini halen korumaktadır.

Modelde, hekimlerin temel rolü; tüm bilgilerini hastalarını iyileştirmek amacıyla kullanmak, kendi çıkarları için ya da para için değil, kamunun çıkarları ve hastanın iyiliği için hareket etmek, tarafsız olmak ve duygusal davranmamak, meslek kurallarına göre hareket etmek olarak sıralanmıştır. Hastaların rolü ise; mümkün olduğunca çabuk iyileşmeyi istemek, bunun için hekime başvurup yardım talep etmek, hastalığı sırasında bazı etkinliklerinden ve sorumluluklarından muaf olmak ve bakıma muhtaç olacağını kabul etmektir. Modelde hekimin otorite olduğu asimetric bir ilişki tanımlanırken her iki tarafın rol gereklerini yerine getirmeleri halinde hekim-hasta iletişiminde uyum olacağı ve buna bağlı olarak da sistemin işleyişinde denge sağlanacağı savunulur.

OMÜ Hastanesi'nde yapılan gözlem ve görüşmeler sonucunda, hekim ve hastaların birbirlerinden beklemedikleri rol gerekleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

Etkin İletişim İçin Hastaların Hekimlerden Beklentileri	Etkin İletişim İçin Hekimlerin Hastalardan Beklentileri
<ul style="list-style-type: none">- Hekimler hastaya karşı güler yüzlü, sevecen, anlayışlı ve şefkatli yaklaşmalılar.- Hekim alçak gönüllü olmalıdır, hasta hekimin karşısında kendini rahat hissetmelidir.- Hekimler hastanın konuşmasına izin vererek, sorunlarını rahatça anlatmasını sağlamalılar- Hekim hastasını dinlemeli ve ilgi göstermelidir.- Hekimler hastalarına değer verdiklerini hissettirmeliler.- Hastayla kırıcı olmadan, korkutmadan konuşmalılar.- Açıklayıcı ve bilgilendirici olmalılar.- Hekim bilgili ve tecrübeli olmalıdır.-Hastaların kaygılarını gidermeye çalışmalılar.- Hasta-hekim iletişimde maddi beklenti olmamalıdır. Özel hastalarla diğer hastalar arasında ayırım yapılmamalıdır.- Hekimler hastalarla konuşurken tıbbi dil kullanılmamalılar.	<ul style="list-style-type: none">- Hastalar sorunlarını rahatça ifade edebilmeli, sorulan sorulara net cevaplar verebilmeliler- Hekimden hiçbir şeyi gizlememeliler.- Hekimlerine güvenmeliler, onun kararlarının ve uygulamalarının dışına çıkmamalılar.- Hekimlerin çalışma koşullarını, iş yoğunluğunu anlamalılar ve anlayış göstermeliler, gereksiz yere hekimin zamanını almamalılar- Hastalar hekimden ilgi beklentisini abartmamalılar.- Saygılı, anlayışlı, uyumlu ve nazik olmalılar.

Parsons'ın belirlediği hekim rolüyle, araştırma sonucunda ortaya çıkan yukarıdaki tabloda, hekimlerin rol gerekleri arasında bazı benzerlikler görülmüştür. Her iki tabloda da hekimin; hastanın iyiliği için çalışması, kişisel ve maddi çıkarlarının peşinden koşmaması ve meslek kurallarına göre hareket edip hastanın haklarını gözetmesi konusundaki beklentiler modeller arasındaki benzer yönlerdir. Ancak OMÜ Hastanesi'ndeki hastaların hekimlerden en önemli beklentileri, hekimin kendilerine yaklaşım biçimiyle ilgilidir. Tabloda da görüldüğü gibi sıralanan rol gereklerinin çoğu hastanın hekimden duygusal beklentileriyle ilgilidir.

Oysa Parsons'ın modeline göre hekim, hasta karşısında duygusal davranmamalıdır. Parsons'ın modeline gelen eleştiriler tam da burada haklılaşmaktadır. Çünkü o, modeldeki rol gereklerini belirlerken kültürel ve kişilerarası varyasyonları görmezden gelmiştir. Türk kültüründe saygı, sevgi ve duygusal ifadeler önemli yer tutar. Bu nedenle de hastalar için, hekimlerin mesleki gereklerini yerine getirmeleri kadar, hastalarına duygusal yaklaşımları da çok önemlidir.

OMÜ Hastanesi'ndeki asistan hekimlerin, ideal beklentilerinde ise; Parsons modeliyle uyumlu olan noktalar, hastanın hekimin otorite olduğunu kabul ederek ona itaat etmesi ve güvenmesi konusundadır. Parsons'ın modeli hekim ve hasta arasında “güven” ve “uzlaş” üzerine kurulmuştur. Yani hasta hekimin kendi çıkarları için hareket edeceğine güvenecek, ona itaat edecek ve bu konuda uzlaşacaklardır. OMÜ Hastanesi'ndeki hekimlerin de hastalardan bu beklentiler içinde oldukları tespit edilmiştir.

Bir sistem kuramcısı olan Parsons'ın modelinde, "ideal" olan hekim hasta rolleri tanımlanırken bu rollerin gerçekleştirilmesinin toplumsal düzenin kurulmasına ve devam ettirilmesine katkıda bulunacağını vurgulanır.

Ancak tekrar belirtmek gerekir ki bu modellerdeki rol gerekleri "ideal" hekim-hasta rollerini tanımlamaktadır. Oysa Türkiye'nin sosyo-ekonomik koşulları içinde yapılan sağlık sistemi, hekim için de, hasta için de tanımlanan bu rol gereklerinin gerçekleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Özellikle sağlık sisteminin yetersizliklerinden kaynaklanan sorunlar ideal beklentilerin gerçekleşmesinin önüne geçer. Sağlık sisteminin yetersizliklerini açıklamak çalışmanın kapsamı içinde olmadığı için burada söz edilmeyecektir.

Yapılan gözlem ve görüşmelerle hekimlerin ve hastaların etkin iletişim kurabilmek için birbirlerinden bekledikleri rol gerekleri karşılaştırılarak, örtüşmeyen beklentilerden kaynaklanan sorunlar tespit edilmiştir.

Görüşmelerde hekimler, etkin iletişim kurmalarına engel olan sorunların hastalardan kaynaklandığını anlatırken, kendilerinin neden olduğu herhangi bir sorunlardan söz etmemişlerdir. Hekimlerin çoğunun iletişim yeterliğine¹²⁷ sahip olduklarını düşündükleri görülmüştür. Oysa bireyin iletişim yeterliğinin olduğunun söylenebilmesi için bunun, başkaları tarafından gözlenmesi ve etkileşimde buldukları kişiler tarafından onaylanması gerekir. İletişim yeterliği bireylerin amaçlarını formüle etme ve onlara ulaşmaları, diğerleriyle etkin şekilde işbirliği yapmaları ve bu becerilerini değişen koşullarda gösterebilmeleri gibi kriterler dikkate

¹²⁷ Wiemann'a göre, iletişim yeterliği "etkileşime katılan bir bireyin, etkileşim sırasında her iki tarafı da ilgilendiren amaçlarına ulaşmak için mevcut durumun koşulları içinde, olası iletişim davranışlarından en uygun olanını seçme becerisidir.", Kartarı 2001, s. 202.

alınarak değerlendirilmelidir¹²⁸. Buradan hareketle OMÜ Hastanesi'nde görüşme yapılan hastaların ve asistan hekimlerin birbirleriyle etkin iletişim kuramadıkları söylenebilir. Yapılan görüşmelerde hastalar hekimlerin çoğunun iletişim yeterliğine sahip olmadıklarını söylerken, hekimlerde aynı şeyi hastalar için söylemişlerdir. Bu durum aşağıdaki gerekçelerle analiz edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma bulgularına göre, hastalar hekimlerden ilgili ve sevecen bir yaklaşım beklerken, hekimler hastaların ilgi beklentisinin abartılı olduğunu düşünmektedirler. Hastalar için hekimlerin güleryüzlü, sevecen, nazik ve şefkatli yaklaşımı, onlara güvenmelerini sağlayan önemli bir faktördür. Hekimler ise hastaların beklentilerinin farkında olduklarını ve bunun haklı bir beklenti olduğunu düşünürken, çalışma koşulları ve iş yoğunlukları nedeniyle hastaların beklentilerini abartılı bulmakta ve bunu hastalarla aralarında önemli bir sorun olarak görmektedirler. Hekimler çok yoğun olan çalışma tempoları içinde hastaların ilgi beklentisini karşılayacak zamanlarının olmadığını ayrıca, hastaların gösterilen ilgi karşısında hekimlerden çok fazla taleplerde bulunup, bunlar karşılanamadığında da mutsuz olduklarını düşünmektedirler. Açıkça görülmektedir ki, her iki tarafın farklı beklentiler içinde olması etkin iletişim kurmalarında önemli bir engeldir.

Hastaların hekimlerden ilgi beklentisinin önemli bir nedeni de hastalığın yarattığı kaygılardır. Hastanın kaygı düzeyi etkin iletişimin gerçekleşmesine engel olan hastaya ait en önemli birkaç etkenden biridir. Etkin iletişimde kaygı olabildiğince az olmalıdır¹²⁹. Bu nedenle iletişim sürecinin başlangıcında ve devamında kaygıların giderilmesine yönelik olarak yapılacak yaklaşımlar iletişimin

¹²⁸ Kartarı 2001, s.202.

¹²⁹ Kartarı 2001, s. 189.

etkinliği artıracaktır. Kaygı dikkatin toplanmasını, gelen bilginin alınmasını, işlenmesini güçleştirdiği için öğrenmeyi ve hatta öğrenilen malzemenin hatırlanmasını da olumsuz yönde etkileyebilir¹³⁰. Hekim hastanın tedavi planına uyum göstermesi ve kendisiyle işbirliği yapması için karşılaştıkları andan itibaren onun kaygılarını anlamaya ve gidermeye böylece güvenini kazanmaya çalışmalıdır. Bu, hastayla etkin iletişim kurmak için önemli bir yoldur.

Etkin iletişim kurulamamasında önemli bir faktör de hastaların bilgilendirilmesi konusunda hekimlerin ve hastaların farklı düşünmeleridir. Hekimler özellikle eğitim seviyesi ve sosyo-kültürel seviyesi düşük olan hastaların anlatılanları anlamadıklarını düşünerek bu hastalara yeterince bilgilendirme yapmamaktadırlar, açıklama yapılmaya çalışıldığında ise çoğu zaman kullanılan tıbbi terminoloji nedeniyle hastalar anlatılanları anlamamaktadır. Kanser, diyabet gibi ciddi ve uzun tedavi gerektiren hastalıklarda ise hastaların bilgilendirmeye daha çok ihtiyaçları vardır. Bu tür hastaların tedavilerinin birçok klinik tarafından aynı anda yürütölüyor olması, tedavinin uzun süreli olması, iyileşme konusunda beklentinin yüksek olması, umutsuzluğun ve acının çok fazla olması nedeniyle hekimden beklentileri çok fazladır. Bu nedenle de kısa sürede tedavilerinden sonuç alan ve iyileşen hastalara göre, hekimle kurulan iletişimden daha az memnun oldukları gözlenmiştir.

Hastalıkları hakkında ve yapılan uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmak isteyen hastaların hekimlerin kendilerine açıklama yapmaması nedeniyle önemsenmediklerini düşünerek onlara güven duygularının azaldığı görölmüştür.

¹³⁰ Şahin 1999, s. 59.

Hekime güveni azalan hasta onun önerdiği tedaviye uymakta zorlanır. Taylor'a göre, hastaya bilgi vermek ve uygulamalar hakkında gelişmeleri paylaşmak hastanın, tedavinin kendi payına düşenini yerine getirmesini ve bakımının tek başına üstesinden gelemeyeceği kısımlarında katılımcı bir rol yüklenmesini sağlar¹³¹. Böylece hastanın kendisini çaresiz ve bağımlı algılaması azalır. Bir araştırmaya göre, bilgilendirme yapılarak tedavi planına ortak edilen hastaların, hastalıklarıyla ilgili gözlenen belirti ve yakınma miktarı azalmış, hastaların morali yükselmiş, ilaca daha az gereksinim duyulmuş ve hastalar daha erken taburcu olmuşlardır¹³².

Yukarıdaki sonuçlara göre; hastaların hekimlerden bekledikleri rol gereklerinin büyük bölümünün, sıcak ve içten bir ilgi beklentisi ve hastalıkları hakkında bilgilendirilme isteği ile ilgili olduğu görülmüştür. Oysa hekimler hastaların bu beklentilerini abartılı bulmuşlardır. Burada sorulması gereken soru, temelini hümanizmden alan ve etik ilkeleri olan bir mesleğin uygulayıcılarının zaman zaman neden hastalara duyarsız ve ilgisiz davrandıklarıdır?

Etik kodların getirdiği yükümlülükler, "gereklilik" kavramı çerçevesinde biçimlenir ve çoğu kez yaptırımı yoktur. Kişi etik yükümlülükleri kendine rehber edinmek yoluyla, olaylar karşısında gerekliliğine inandığı tutum ve davranışları geliştirebilir. Tıp mesleğinin etik kodları her ne kadar hekimlerin hastaya karşı sıcak ve ilgili davranmasını, her türlü müdahale konusunda hastayı aydınlatmasını gerekli görüyorsa da, hastaya çok ciddi zararlar verilmediği sürece bunların uygulanmamasının bir yaptırımı yoktur. Hekimin hastayla ilişkileri çoğu zaman

¹³¹ Şahin 1999, s. 44.

¹³² Şahin 1999, s. 43.

kendi vicdanı ve kendi meslek ahlakı ile ilgilidir. Ancak hekimlerin hastaya karşı davranışlarını etkileyen çok önemli dışsal faktörler de vardır.

Üniversite hastanelerinde asistan hekimler mesleklerinin ilk iki yılında ayda ortalama 10-12 nöbet tutarlar. Bu süreçte hastalarla ilgilenme sorumluluklarının yanında eğitimlerini de devam ettirmek zorundadırlar. Özellikle iş yoğunluğu ve mesleğin getirdiği stres asistan hekimlerde çok ciddi şekilde “tükenmişlik sendromu”¹³³ yaratabilir. İstanbul’da 598 hekime uygulanan bir anketin sonuçlarına göre tükenmişlik duygusu en fazla asistan hekimlerde görülmektedir¹³⁴. Tükenmişlik yaşayan kişiler, hizmet verdikleri kişilere küçümseyici ve duygusuz davranarak, olumsuz bir bakış açısıyla yaklaşır ve insancıl olmayan, soğuk mesafeli bir tutum sergileyebilirler. Tükenmişlik çoğu kez, aşırı derecede gereksinimi olan kişilere hizmet vermek zorunda olup ancak sorun çok ciddi olduğu için yardım edemeyen meslek üyelerinin karşılaştığı bir durumdur. Hizmet verilen kişilerle çok zaman harcama, geribildirim alamama, kontrol ve özerklik algısının az olması, rol çatışması tükenmişliği artırıcı etkenlerdir¹³⁵. Hekimlerin yaşadığı tükenmişlik sendromu hastalarla etkin iletişim kurulamamasında hekimlerden kaynaklanan en önemli nedenlerden biri sayılabilir.

ÖMÜ Hastanesi’nde görüşme yapılan hekimlerin ve hastaların etkin iletişime engel olduğunu düşündükleri konulardan biri de hekim ve hasta arasındaki parasal

¹³³ Tükenmişlik iş yaşamında yoğun baskı sonucu gelişebilen fiziksel ve duygusal bir çöküntü halidir. Araştırmacılara göre tükenmişlik düzeyi arttıkça iş doyumunu düşer ve tükenmişlik yaşayan kişi depresyon, anksiyete vb. ruhsal veya bedensel sağlığını yitirebilir.
www.ttb.org.tr/udkk/x_tuek/POSTERLER/dr_ali_ozyurt_hekimliklerde_tukenmislik_duzeyi.doc - Erişim Tarihi: 20.06.2005.

¹³⁴ www.ttb.org.tr/udkk/x_tuek/POSTERLER/dr_ali_ozyurt_hekimliklerde_tukenmislik_duzeyi.doc - Erişim Tarihi: 20.06.2005.

¹³⁵ Şahin 1999, s.56.

ilişkidir. Örnekleme grubumuzu oluşturan asistan hekimlerin hastalarla ilişkilerinin ticari bir boyutunun olmadığı çalışmanın diğer bölümlerinde de vurgulanmıştır. Ancak yapılan görüşmelerde hastaların deneyimlerine dayanarak bu konuyu sık sık dile getirmeleri nedeniyle hekim-hasta iletişiminin bu boyutuna kısaca değinilecektir.

Daha çok hastaların eleştirdikleri bu konudan bazı asistan hekimlerin de şikayetçi olduğu görülmüştür. Asistan hekimlerin uzman olmadan özel muayene yapma yetkileri yoktur. Hocaların özel muayenesinden gelen hastalarla ilgilenmek zorunda olan asistan hekimler, bu hastaların para verdikleri için diğer hastalardan daha fazla ilgi beklediklerini ve bazılarının hekimlere karşı saygısız davrandıklarını söylemektedirler. Özel muayene hastalarının ödedikleri para karşılığında hekimden özel ilgi beklediklerini söyleyen asistan hekimler bu tür hastalarla iletişim sorunlarını daha fazla yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hastalar ise özel muayene hastası ve diğerleri ayırımından memnun olmadıklarını anlatmışlardır. Yapılan görüşmelerde hekim-hasta iletişimde özel muayene faktörünün hekimle kurulan iletişimi etkilediği görülmüştür. Araştırmacının, kendisinin de sisteme dahil meslek gruplarının aktörlerinden birisi olması nedeniyle hekim-hasta ilişkisinde ticari faktörlerin etkisi bağlamında kişisel gözlemleri bulunmaktadır.

Anayasal bir hak olan sağlıklı yaşam hakkının, devletin güvencesinde herkese eşit koşullarda sağlanması gerekirken, geçmişten günümüze uygulanan sağlık politikalarının etkisiyle bugün sağlık, satın alınan bir hizmet haline gelmiştir.

Giderek artan özel hastaneler “müştəri” anlayışıyla görece kaliteli hizmet verirken, bu hastanelerden hizmet alamayan ve çoğunlukla sosyal güvencesi kapsamındaki bir kamu kuruluşundan sağlık hizmeti alan kişiler ise, sağlık sisteminin bütün yetersizliklerinin yaşandığı bu hastanelerle yetinmek zorundadırlar. Hekimler kamu hastanelerinde düşük ücretlerle ve yoğun iş temposunda çalışırken bu durum, sunulan hizmetin kalitesini doğrudan ve olumsuz yönde etkilemektedir.

Devlet hastanelerine göre, görece koşulları ve hizmet kalitesi daha iyi olan üniversite hastanelerindeki hocaların hastane içinde “özel hasta” uygulaması veya hastane dışında muayenehane uygulaması söz konusudur. T.C. kanunlarında kamu personellerinden sadece hekimlere kamunun yanında özel iş yapma yasal izninin verilmesi de mesleğin icrasında ticari yaklaşımı meşrulaştırmaktadır. Bu meşruiyet zemininde hekimler hastalarla olan ilişkilerini ekonomik düzlemde gerçekleştirmek istemekte ve bunu da kendilerince haklı bulmaktadırlar. Kısaca açıklanmaya çalışılan ekonomik faktörlerin etkisiyle, hastanede “gereken hastaya, gerektiği kadar zaman ayırmalarının zorunluluğunu savunan ve bu nedenle hastalarla ilişkilerini otoriter düzlemde gerçekleştirdiklerini belirten hekimler, özel iş yerlerinde hastanın hastalığından bağımsız bir şekilde ilişkiyi hekim-hasta bağlamından koparıp, “hekim-müşteri” ilişkisi düzlemine taşımaktadırlar. Dolayısıyla hekimin mesleki bilgi ve becerisinden kaynağını alan üstünlüğünün devam etmesine rağmen, aralarındaki ilişki düzlemi bir anlamda eşitlenmiş olmaktadır. Diğer bir deyişle hasta hekimine para ödeyerek, onun karşısındaki konumunu bir adım yüceltme hakkını da satın almaktadır.

Hastane koşullarında hekimlerden yeterince ilgi göremediklerini düşünen hastalar ekonomik olanakları çerçevesinde hekimin özel muayenesine gitmektedirler. Hastalar çoğu zaman buna zorunlu olduklarını düşünmektedirler. Hekimlerin çoğunun ilk düşüncesinin hastayla ilgilenmek değil, para kazanmak olduğunu düşünen hastalar bunun, OMÜ Hastanesi'nde görece daha az olduğunu buna rağmen, yine de özel muayeneye gitmeyi tercih ettiklerini, bu durumda hekimin kendileriyle daha çok ilgilendiğini belirtmişlerdir. Özel muayeneye gidemeyen hastalar ise bunu bir eksiklik olarak hissetmekte ve hekimin kendileriyle ilgilenmeyeceğini düşünmektedirler. Hastalar hekimler hakkındaki düşüncelerini “sağlığımız söz konusu olunca hem para veriyoruz, hem de saygı duyup önlerinde ceketimizi ilikliyoruz, çünkü onları saygın görmeye bizim ihtiyacımız var” diyerek, bu uygulamayı kabullenmek zorunda kaldıklarını ancak onaylamadıklarını açıklamışlardır. Görüşme yapılan hastaların hepsi hekimlerle aralarındaki iletişimin ticari yönünü eleştirmişlerdir. OMÜ Hastanesi'nde bu tutumun görece daha az olduğunu belirten hastalar özel muayene hastası ve diğerleri bakımının hekimlere olan saygılarını azalttığı, güvenlerini sarstığını ve iletişimlerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Çalışmanın bu bölümünde hekim-hasta iletişiminin etkinliğini olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörler açıklanmaya çalışılmıştır. Tarafların etkin iletişim kuramaması doğrudan teşhis ve tedavi sürecine yansımakta, bu durum hastalar için teşhis ve tedavinin gecikmesi, hekimler için ise yoğun hasta sirkülasyonu ve iş temposu içinde zaman ve emek kaybı anlamına gelmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre hekim ve hasta arasında kurulacak etkin iletişimin hastalara ve hekimlere sağlayacağı yararlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Hekim Ve Hasta Arasında Kurulacak Etkin İletişimin Hastalara Yararları	Hekim Ve Hasta Arasında Kurulacak Etkin İletişimin Hekimlere Yararları
<ul style="list-style-type: none">- Hastanın hekime güvenmesini ve daha sonra da aynı hekimi tercih etmesini sağlar.- Anlatılanları ve kendisinden beklenenleri daha kolay anlamasını sağlar.- Hastanın hekimin uygulamalarına inanarak, bunların dışına çıkmamasını sağlar.- Hastanın tedavisi konusunda hekimle işbirliği yapmasını sağlar.- Hastanın tedaviden ve uygulamalardan tatmin olmasını sağlar.- Tedavinin başarıya ulaşmasını sağlar.- Hastaların kaygılarını daha kolay dışa vurmasını sağlar.-Yaşam kalitesinin ve isteğinin artmasını sağlar.	<ul style="list-style-type: none">- Hastanın güvenini kazanmayı sağlar.- Tedavi konusunda hastayla iş birliği yapmayı sağlar.- Hastaların hekimin uygulamalarının dışına çıkmamasını sağlar.- Hata yapılma olasılığını azaltır.- Tedavinin başarılı olmasına yardım eder.- Hastaların, hekimlerin iş yoğunluğuna anlayış göstermelerini sağlar.- İş doyumu sağlar.

V- SONUÇ

Bu çalışma; otoritenin hekim-hasta iletişim sürecindeki rolünü ve etkisini anlamayı ve hekim-hasta iletişim sürecinde tarafların birbirlerinden bekledikleri rol gereklerinin öğrenilmesi yoluyla iletişimin etkinliğine engel olan sorunları her iki tarafın bakış açısından tespit etmeyi amaçlamıştır.

Hekim-hasta ilişkisinin en çarpıcı yönü, hastanın hekime varoluşsal bir bağımlılık içinde olmasıdır. Bağımlılığın temelinde yatan neden, hekimin sahip olduğu uzman bilgi ve beceriye duyulan ihtiyaçtır. Tıp mesleğinin doğuşuna da bu ihtiyaç neden olmuştur. Hekim, sahip olduğu uzman bilgi ve beceri sayesinde hasta karşısında kendiliğinden otorite konumuna gelerek, onun adına kararlar almaya ve onları uygulamaya hak kazanmıştır. Sağlığı konusunda hekimi tek çözüm olarak gören hasta ise onun güçlü olduğunu ve kendisini koruyacağını düşünerek, otoriteye boyun eğmiş ve iletişim sürecinde tamamen pasif kalmıştır/bırakılmıştır.

Hekim otoritesinin hastalar tarafından kabulünde temel neden hekimin uzman bilgisine ihtiyaç olmakla beraber, hastaların hekime inanma ve güvenme ihtiyaçlarının, geleneklerin ve hastane ortamının da otoritenin kabulünde etkili nedenler olduğu saptanmıştır. Hekimler ise hasta karşısında otorite olmalarının gerekliliğini şu üç nedene dayandırmışlardır: İlk olarak, otorite hekimlere yoğun iş tempolarında, zaman yönetimini sağlar, ikinci olarak; hastanın tedavi planına uyumunu artırır ve üçüncü neden ise mesleki üstünlükleri hekimleri hasta karşısında doğal olarak otorite konumuna getirir.

Otoritenin hastalar üzerinde iki türlü etkisi tespit edilmiştir. Bunlardan biri olumlu etkidir ki bu, hekimler için çok önemlidir. Hastalık durumu insanın normal yaşam düzenini değiştiren ve onu bağımlı konumuna getiren istenmeyen bir süreçtir. Birçok hastalıkta bu süreç oldukça zor ve yorucu geçer. Acı çeken hasta, hastalığını ve tedavisini kabullenmek istemediği gibi hekime ve çevresindeki diğer insanlara tepkili davranarak tedavi planına uymayabilir. Hekimi otorite olarak gören hasta onun bilgi ve becerisine duyduğu inançla, uyguladığı tedavi planına uyum göstermek için daha çok çaba gösterir. Bu süreçte hekimin hastaya göstereceği sıcak davranışlar, ilgi ve hastalığın seyri hakkında yapacağı bilgilendirme hekimin otorite etkisini pekiştirir. Ayrıca hekimlik mesleğine duyulan saygı ve saygı duyulan bir meslek mensubunun söylediğinin yapılması gerektiğine dair inanç da hastanın hekimin uygulamalarına itaat etmesinde önemli faktörlerdir.

Otoritenin diğer etkisi ise hastalarda yarattığı korku, heyecan ve gerilim duygularıdır. Otoritenin olması gerektiği konusunda hekimler ve hastalar hemfikir olmalarına rağmen, hastada yarattığı bu duyguların etkin iletişime engel olduğu görülmüştür. Özellikle kırsal kesimden gelen hastalar otoriteyi daha çok geleneklerden kaynaklanan bir saygı çerçevesinde algılamakta, eğitim seviyesi düşük olan hastalar ise hekimleri “makam sahibi” olarak tanımlayarak, kendilerinden üstün saydıkları, bu nedenle de hekime korkuyla karışık bir saygı duydukları görülmüştür. Bu davranışların arkasında yatan neden hastanın “çaresizlik ve mecburiyet” duygularıdır.

Yanlış bir şey yaparak ya da yanlış bir şey söyleyerek hekimi kızdıracağından korkan hasta, tedavi için tek çözümü olan hekimin, kendisiyle ilgilenmeyeceğini ya da yeterince ilgilenmeyeceğini düşünerek, onun kendisinden beklediği gibi davranmayı seçerek sessiz kalıp, hekim ne isterse onu yapar. Hekim karşısında hissettiği muhtaçlık duygusuyla, onun yönlendirmesi altında hareket eden hasta, etkileşim süreci boyunca tamamen pasif kaldığı için hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgi sahibi olamaz. Sormak istediklerini soramayan, söylemek istediklerini söyleyemeyen hasta hekimin yanından ayrıldığında hastalığı ve tedavisi hakkındaki endişelerinin giderilememesi nedeniyle hekime güven duymaz. Bu nedenle de hekimin uyguladığı tedavi planına inanmadığı için uyum göstermez.

Hekim ve hasta arasındaki bu asimetric iletişimde, etkinliğe engel olan en önemli nedenlerden biri de etkileşim sürecinde pasif kalmış olan hastadan hekimin geribildirim alamamasıdır. Oysa hekim-hasta iletişim sürecinin etkinliğinde geribildirim çok önemli bir faktördür. Hekim, hastanın anlatılanların ne kadarını anladığını ya da doğru anlayıp anlamadığını ancak hastadan alacağı geribildirimle öğrenebilir. Hekimin hastadan geribildirim alamaması, teşhis ve tedavi aşamasında yanlış kararlar vermesine ve hata yapmasına neden olabilir.

Hekim-hasta iletişim sürecinin etkinliğini hekimden, hastadan ve hastaneden kaynaklanabilecek birçok sorun engelleyebilir. Sorunların çözümlenebilmesi için öncelikle hekimlerin ve hastaların birbirlerinden hangi rol gereklerini yerine getirmelerini beklediklerini bilmek gerekmektedir. Beklentilerin örtüşmediği noktalar etkin iletişime engel olan sorunların yaşanma nedenleridir. Araştırma

sonuçlarına göre OMÜ Hastanesi'nde hekimlerin ve hastaların rol gereklerinin örtüşmediği dolayısıyla etkin iletişim kurmalarına engel olan en önemli sorunlardan biri hastaların “ilgi beklentisi” dir.

Hastalığın yarattığı güvensizlik, korku ve kaygı duygularıyla hekim karşısına gelen hastanın beklentisi hekimin kendisiyle ilgilenmesi ve hastalığından kaynaklanan kaygılarını gidermesidir. Gülyüzlü, şefkatli ve sıcak bir yaklaşım hastanın kaygı düzeyini azaltarak hekimine güven duymasını sağlar. Hekime güvenme ve sığınma ihtiyacı içinde olan hasta ondan ilgi beklentisi içindedir. Oysa hekimler ellerinden geldiğince hastalara zaman ayırmalarına rağmen hastaların daha fazla ilgi beklentisi içinde olduklarını düşünmektedirler. Hekimlerin hastaların beklentilerine duyarsız davranmaları, temelinde insan sevgisi ve yardım içgüdüğü olan tıp mesleğinin giderek hasta yerine hastalık odaklı hale geldiğinin bir göstergesidir. Ancak insanlara duyarsız davranma, yoğun hizmet veren mesleklerde oldukça sık görülen tükenmişlik duygusundan kaynaklanabilmektedir. Özellikle hastalara ve ölmekte olan insanlara hizmet verilen meslek gruplarında bu duygu oldukça yoğun yaşanır¹³⁶. Hekimlerin hastane içindeki iş yükünün fazla olması hastalara ilgi göstermelerinin önündeki en önemli engeldir.

Hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilme isteği de hekimlerle örtüşmeyen rol beklentileri arasındadır. Hekimlere göre hastalara bilmeleri gerektiği kadar bilgi verilmektedir. Oysa hastalar gerek otoritenin yarattığı pasif konumlarından dolayı gerekse, hekimlerin iş yoğunluğu nedeniyle hastalıkları ve tedavileri konusunda

¹³⁶ Şahin 1999, s. 56.

yeterince bilgi sahibi olamadıklarını ve bu nedenle de tedavi planına uymakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin hastaların bilgilendirilme ihtiyaçlarını karşılayamamaları hastanın tedavi sürecini geciktirebileceği gibi, hekimin de iş yükünü artıracaktır.

Hekimlerin ve hastaların etkin iletişim kurabilmek için birbirlerinden beledikleri rol gereklerinin karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan rollerin, tezin kuramsal kısmında söz edilen Parsons'ın "ideal" hekim-hasta rolleriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Bu rollerin gerçekleştirilebilmesi hekim ve hastaların bireysel çabalarının yanında özellikle sağlık sisteminin sorunlarının çözümüyle mümkün olacaktır. Aksi halde bu roller "ideal" olmaktan öteye gidemeyecektir.

Bu çalışmanın sonunda hekim otoritesinin hasta üzerinde baskı yaratacak davranışlarla gösterilmesinin etkin iletişim kurulmasına engel olduğu saptanmıştır. Otorite genel anlamda olumsuzluk çağrıştırmasına rağmen hekim-hasta iletişimde olması gereken bir unsurdur. Bireyde umutsuzluk, güvensizlik, kaygı, şüphe yaratan hastalık hali, ancak hekimin uzman bilgi ve becerisine olan inanç ve güvenle giderilebilir. Bu güven isteği hekimi otorite olarak görme ihtiyacını artırır. Hasta otorite olarak gördüğü hekimin güçlü olduğuna ve kendisini iyileştireceğine inandığında yaşama sevinci de artar. Ancak otoritenin hastayı engelleyici şekilde baskı aracı olarak kullanılması, hastanın hekime duyduğu güveni azaltarak, tedavi planına uymamasına neden olur ki bu da hastanın iyileşmesini geciktirirken hekimin de teşhis ve tedavideki başarısını azaltır.

Hekim-hasta iletişiminin etkinliğinin sağlanmasında sorumluluğun büyük bölümü hekimlerdedir. Mecburiyet duygusu içinde olan hasta çoğu zaman hekimin kendisini yönlendirmesini bekler. Ancak bu süreçte tatmin olmadığı konularda hekime geribildirimde bulunmaz. Bu nedenle hekimin hastanın ihtiyaçlarını tahmin etmesi ve ona göre yaklaşması gerekir. İletişimin etkinliği hastalara gösterilecek sıcak davranışlar ve yakın ilginin yanın da teşhis ve tedavi sürecine mümkün olduğunca hastayı da ortak etmekle sağlanabilir. Hasta ile ilgili yapılan her işlemde hekimin hastayı bilgilendirmesi ve onun görüşünü de sorması hastaya tedavisi konusunda sorumluluk verecek ve kendi payına düşeni yerine getirmesi yoluyla etkileşim sürecinde katılımcı bir rol üstlenmesini sağlayacaktır.

Bu araştırmada elde edilen bulgular, elbette ülkemizdeki diğer sağlık kurumlarında gerçekleşen hekim-hasta iletişimlerine genelleştirilemez. OMÜ Hastanesi'ndeki örneklem grubundan toplanan bilgiler, sadece bu kurum içindeki hekim-hasta iletişimini değerlendirmeyi sağlamıştır. Ancak bu araştırmada yalnızca asistan hekimlerle hastaların iletişimi araştırılmıştır. Bundan sonra yapılacak daha kapsamlı araştırmalarda uzman hekimlerle hastaların iletişiminin ve hekimlerin tükenmişlik düzeyine yönelik yapılacak çalışmaların araştırma hastanesinin iletişim yapısının ortaya konulmasına ve bu alanda yapılmış olan diğer çalışmalara katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

HASTALARLA ETKİN BİR İLETİŞİM KURULABİLMESİ İÇİN

HEKİMLERE ÖNERİLER:

- Hastaya güler yüzle yaklaşınız.
- Hastalar arasında ayırım yapmayınız.
- Hastanın konuşmasına izin veriniz, onu dinleyiniz ve önemseyişinizi hissettiriniz.
- Hastanın size gelirken endişeli olduğunu unutmayınız, onu korkutmadan, incitmeden nazikçe konuşunuz, onu sakinleştirecek birkaç söz söyleyiniz
- Anlatacaklarınızı onun anlayacağı şekilde, mümkün olduğunca tıbbi terimleri kullanmadan anlatmaya çalışınız.
- Konulan teşhis ve nedenleri hakkında bilgi vererek hastayı aydınlatınız.
- Hastadan yapması gerekenler hakkında anlattıklarınızı tekrarlamasını isteyiniz.
- Yapacağınız işlemler için hastadan izin alınız, onun bedenine saygı duyduğunuzu gösteriniz.
- Reçeteyi olanak verdiği ölçüde sade bir biçimde düzenleyiniz.
- Tedavinin tam olarak nasıl yapılacağını, tercihen yazılı olarak, belirgin yönergelerle açıklayınız.
- Her görüşmede tedaviye aynen uymanın önemini vurgulayınız.
- Her görüşmede hastaların tedaviye uyma çabalarını takdirle karşılayınız.
- Yalın sözcükler ve kısa cümleler kullanınız
- Söylediklerinizi uygun yerlerde tekrarlayınız.
- Önerilerinizi olanak verdiği ölçüde somut ve ayrıntılı olarak aktarınız.
- Hastanın kaygılarının ne olduğunu öğrenmeye çalışınız; gerçekleşmesi olanaksız beklentilerin neden olanaksız olduğunu açıklayınız.

KAYNAKÇA

- ADAK, N. Ö., *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul 2002.
- ARMNSTRONG, D., “Clinical Autonomy, İndividual And Collective: The Problem Of Changing Doctors’ Behaviour”, *Social Science & Medicine*, Kasım, Sayı: 55/10, s.1771-1777, 2002.
- ATABEK, H., “Ortaçağ Tababeti”, *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları*, No:2272, İstanbul 1977 .
- ATABEK E.M., Ş. GÖRKEY, “Prehistorik Tababet, Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi”, *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları*, No:219, İstanbul 1998 .
- BALCI, A., *Sosyal Bilimlerde Araştırma*, 72TDFO Bilgisayar-Yayıncılık, Ankara 1977.
- BERTAKIS, K.D., D. ROTER, S. M. PUTNAM, “The Relationship Of Physician Medical Interview Style To Patient Satisfaction”, *Journal of Family Practice*, Şubat; 32(2): s.175-81, 1991.
- CANETTİ, E., *Kitle ve İktidar*, Çev. G. Aygen, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1998.
- CİRHİNLİOĞLU, Z., *Meslekler ve Sosyoloji*, Gündoğan Yayınları, Ankara 1996.
- CİRHİNLİOĞLU, Z., *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yayınları, Ankara 2001.
- CONRAD, P.K., *Antropoloji*, Çev. Kolektif, Ütopya Yayınevi, Ankara 2001.
- CRABTREE, A., D. M. NİCHOLS, J. O’BRİEN, “Ethnomethodologically Informed Ethnography and Information System Design”, *Journal of the American Society for Information Science*, Sayı: 51/7, s. 666 – 682, 2000.

- DULMEN, M., “Different perspectives of doctor and patient in communication ”,
International Congress Series, Sayı:1241, Eylül, s. 243-248, 2002.
- EMANUEL, E.J., L.L EMANUEL, “Four Models Of The Physician-Patient
Relationship”, *Journal of the American Medical Association*, 267, s.2221-
2226, 1992.
- ERDOĞAN, İ., *İletişim, Egemenlik, Mücadeleye Giriş*, İmge Kitabevi, Ankara 1997.
- ERMAN, T., “Göç Olgusunda Kalitatif Yöntem Olarak Etnografik Araştırma: Bir
Gecekondu Araştırmasının Düşündürdükleri”, *Konferans Türkiye’de İç Göç,
Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı*, İstanbul 1998.
- ERSAN, A., “Ege Üniversitesi Hastanesi’nde Doktor-Hasta İlişkileri”, E.Ü. Sosyal
Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1997.
- ERSOY, T., *Tıp- Tarih- Metafor*, Öteki Yayıncılık, İstanbul 1996.
- FALKUM, E., R. FORDE, “Paternalism, Patient Autonomy, And Moral
Deliberation İn The Physician–Patient Relationship: Attitudes Among
Norwegian Physicians”, *Social Science & Medicine*, Ocak, Sayı: 52/2, s. 239-
248, 2001.
- FİSKE, J., *İletişim Çalışmalarına Giriş*, Çev. S. İrvan, Ark Yayıncılık, Ankara 1996.
- FİŞEK, N., "Kitaplaşmamış Yazılar -I- Sağlık Yönetimi", ATO, Ankara 2000- Yaz,
(2): 7-21.
- FLOCKE, A. S., W. L. MILLER, “Relationships Between Physician Practice Style,
Patient Satisfaction, And Attributes Of Primary Care”, *Journal of Family
Practice*, Ekim; 51(10): 835-840, 2002.
- FREİDSON, E., *The Profession of Medicine*, Adline, New York 1970.

- GERALD, S., E. COHEN, “Using Ethnographic Methodology in Substance Abuse Treatment Outcome Research”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, s. 5,8.
- GORDON, T., W. S. EDWARDS, *Doktor-Hasta İşbirliği*, Çev. E. Aksay, Sistem Yayıncılık, İstanbul 2001.
- GORDON, M., *Sosyoloji Sözlüğü*, Çev. O. Akınhay, Derya Kömürcü, Bilim ve Sanat, Ankara 1999.
- HOMANS, G. C., R. K. MERTON, *Social Behavior*, Harcourt Brace Jovanovich Inc, New York 1974.
- ILLİCH, İ., *Sağlığın Gaspi*, Çev. S. Sertabipoğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1995.
- İŞNAS, C., “*Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirilmeleri*”, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1998.
- KARTARI, A., *Farklılıklarla Yaşamak*, Ürün Yayınları, Ankara 2001.
- KASAPOĞLU, A., *Sağlık Sosyolojisi*, Sosyoloji Derneği Yayınları VI, Ankara 1999.
- KATZ, R. L., *Empathy: Its Nature and Uses*, Free Press of Glencoe, N.Y. 1963.
- KAVUNCUBAŞI, Ş., *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000.
- KHAYAT, D., “Ethics, Medicine, Economics and Power” *Head of Medical Oncology, Pitié-Salpêtrière Hospital*, Paris 2001, Aralık, s.37.
- KILIÇ, E., “*Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarında Hekim-Hasta İlişkileri Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma*”, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001.

- KOCH, E., T. TURGUT, “ Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15(1); 64-69.
- KORSCH, B., V. COHEN, “Doctor-Patient Communication”, *Scientific American*, 1972, 227, 66-74.
- KÜÇÜK, M., *Medya İktidar İdeoloji*, Ark Yayınları, Ankara 1999
- LATHAM, S.R., “Medical Professionalism:A Parsonian View”, *The Mount Sinai Journal Of Medicine*, Sayı: 69, No. 6, Kasım, s.363-369, 2002.
- MECHANİC, D., S. MEYER, “ Concepts Of Trust Among Patients With Serious İllness”, *Social Science & Medicine*, Sayı: 51/5, Eylül, s.657-668, 2000.
- MUTLU, E., *İletişim Sözlüğü*, Ark Yayınları, Ankara 1995.
- OKYAYUZ, Ü., “Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar”, *Sosyoloji Dergisi*. E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, s. 97, 1993.
- OTHMAN, R., “An Applied Ethnographic Method For Evaluating Retrieval Features”, *The Electronic Library*, Sayı: 22, No. 5, 2004.
- PARSONS, T., *The Structure of Social Action*, Free Pres, New York 1961.
- PESCHEL, E. R., R. E. PESCHEL, *When A Doctor Hates A Patient*, University of California Pres, Berkeley, 1988.
- POLOMA, M.M., *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, Çev. H. Erbaş, Gündoğan Yayıncılık, Ankara 1993.
- RABİNOW, P., “Anlamlı Eylemi Bir Metin Gibi Görmek” *Toplum Bilimlerinde Yorumcu Yaklaşım*, Çev. T. Parla, Hürriyet Vakfı Yayınları, İstanbul 1990.

RONALD M. E., T. L. CAMPBELL, S. A. COHEN-COLE, “Perspectives On Patient-Doctor Communication” *Journal Of Family Practice*, Ekim;37(4), s.377-388, 1993.

SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ 2003, T.C. Sağlık Bakanlığı.

SECORD, P. F., C. W. BACKMAN, *Social Psychology*, Hill Book Company, Newyork 1964.

SENCER, M., *Toplumsal Araştırmalarda Yöntembilim*, TODAİE Yayınları, Ankara 1978.

SENET, R., *Otorite*, Çev. K. Durant, Ayrıntı Yayınları, Ankara 1992.

ŞAHİN, D., ”Hasta-Tedavi Ekibi İlişkisi”, *Sağlık Psikolojisi*. Der. Ülgen H. Okyayuz, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1999.

TATE, P., *Doktorun İletişim El Kitabı*, Çev. S. Köseoğlu, Beyaz Yayınları, İstanbul 1998.

VAN DİJK, T. A., “ Söylemin Yapıları Ve İktidarın Yapıları”, *Medya İktidar İdeoloji*, Der. Mehmet Küçük, Ark Yayınları, Ankara 1999.

VEATCH, M. R., *The PatientPphysician Relation*, Indiana University Press, 1991.

WILLEMS, S., S. DE MAESSCHALCK, M. DEVEUGELE, “Socio-Economic Status Of The Patient And Doctor–Patient Communication: Does It Make A Difference?”, *Patient Education And Counseling*, Sayı: 56/2, Şubat 2005, s. 139-146.

<http://hhp.ktu.edu.tr/index.php?subaction=showfull&id=1087833548&archive=>

Erişim Tarihi:05. 04. 2005.

<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.aspxsayfa=birimler&cid=>Erişim Tarihi:08.05.2005

<http://www.ses.org.tr/basindases/55.htm>, Erişim Tarihi:10.05.2005.

<http://www.psikiyatrikulubu.gazi.edu.tr/p01-7.htm> Erişim Tarihi:10.06.2005.

www.ttb.org.tr/udkk/x_tuek/POSTERLER/dr_ali_ozyurt_hekimliklerde_tukenmislik_duzeyi.doc - Erişim Tarihi: 20.06.2005.

<http://www.istabip.org.tr/hf/012005/hf012005.asp>, Erişim tarihi:05.07.2005

EKLER

EK 1: OMÜ Hastanesi'ndeki Yatan Hastalarla Yapılan Görüşme Protokolleri

EK 2: OMÜ Hastanesi'ndeki Asistan Hekimlerle Yapılan Görüşme Protokolleri

EK 3: OMÜ Hastanesi'nde Araştırma Yapmak İçin Alınan İzin Belgesi

HASTALARLA YAPILAN GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Hastanın Yattığı Klinik	Hastanın Adı-Soyadı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Yaşı	Hastanın Eğitim Durumu	Hastanın Mesleği	Hastanın İkamet Yeri	Hastanın Teşhisi	Hastanede Yatma Süresi	Görüşme Tarihi
Üroloji	F.T.	Kadın	57	Ortaokul	Ev Hanımı	Samsun	Böbrek Taşı	8 gün	21.02.2005
Üroloji	C.B.	Erkek	45	Lise	Serbest	Samsun	Prostat H.	1.gün	21.02.2005
Üroloji	M.S.	Erkek	55	Ortaokul	Emekli	Tokat	Böbrek Taşı	5.gün	21.02.2005
Ortopedi	İ.Ç.	Erkek	21	Ortaokul	Serbest	Ordu	Kemik Tümörü	14.gün	21.02.2005
Ortopedi	M.E.	Erkek	29	İlkokul	İşsiz	Sinop	Kemik Tümörü	9 gün	23.02.2005
Ortopedi	E.Ö.	Erkek	25	Üniversite	Öğrenci	Sinop	Menüsküs	2 gün	22.02.2005
Genel Cer.	D.U.	Kadın	36	Lise	Memur	Samsun	Fıtık	4.gün	23.02.2005

HASTALARLA YAPILAN GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Hastanın Yattığı Klinik	Hastanın Adı-Soyadı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Yaşı	Hastanın Eğitim Durumu	Hastanın Mesleği	Hastanın İkamet Yeri	Hastanın Teşhisi	Hastanede Yatma Süresi	Görüşme Tarihi
Kardiyoloji	E.K.	Erkek	50	İlkokul	Marangoz	Ordu	KKY - Anjiyo	2 gün	24.02.2005
Üroloji	A.G.	Erkek	47	Ortaokul	Emekli	Samsun	Böbrek Taşı	3 gün	23.02.2005
Ortopedi	İ.B.	Erkek	29	İlkokul	Aşçı	Samsun	Kemik Tümörü	10 gün	25.02.2005
Genel Cer.	R.B.	Erkek	40	Lise	Esnaf	Sinop	Bağırsak İltihabı	4 gün	25.02.2005
Genel Cer.	F.G.	Kadın	56	Üniversite	Emekli Öğretmen	Samsun	Safa Taşı	8 gün	25.02.2005
Genel Cer.	H.T.	Erkek	18	Lise	Öğrenci	Samsun	Kesici Alet Yaralanma sı	7 gün	27.02.2005
Genel Cer.	N.E.	Kadın	44	Üniversite	Öğretmen	Ordu	Safa Taşı	1 gün	28.02.2005

HASTALARLA YAPILAN GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Hastanın Yattığı Klinik	Hastanın Adı-Soyadı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Yaşı	Hastanın Eğitim Durumu	Hastanın Mesleği	Hastanın İkamet Yeri	Hastanın Teşhisi	Hastanede Yatma Süresi	Görüşme Tarihi
Kardiyoloji	N.O.	Erkek	59	Üniversite	Öğretim Görevlisi	Samsun	By-Pas	10.gün	01.03.2005
Kardiyoloji	A.C.	Erkek	39	Ortaokul	Şoför	Amasya	K.K.H	4.gün	01.03.2005
Kardiyoloji	D.E.	Erkek	58	Lise	Emekli	Samsun	K.K.H	2.gün	03.03.2005
Göz	Ş.S.	Kadın	50	Lise	Serbest	Samsun	Göz Kanaması	7.gün	03.03.2005
Üroloji	M.K.	Erkek	24	Üniversite	Öğrenci	İzmir	Üreter Taşı	1.gün	04.03.2005
Ortopedi	S.B.	Erkek	24	Ortaokul	İşsiz	Ordu	Kemik Tümörü	6.gün	26.02.2005
Ortopedi	A.B.	Erkek	58	İlkokul	Esnaf	Samsun	Kemik Kırığı	2.gün	07.03.2005

HASTALARLA YAPILAN GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Hastanın Yattığı Klinik	Hastanın Adı-Soyadı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Yaşı	Hastanın Eğitim Durumu	Hastanın Mesleği	Hastanın İkamet Yeri	Hastanın Teşhisi	Hastanede Yatma Süresi	Görüşme Tarihi
Ortopedi	S.F.	Kadın	24	Üniversite	Öğretmen	Sinop	Kemik Hast.	10.gün	05.03.2005
Genel Cer.	O.R.	Erkek	34	Lise	Polis	Samsun	Apendisit	5.gün	07.03.2005
Genel Cer.	N.Y.	Kadın	60	İlkokul	Ev Hanımı	Amasya	Bağırsak Hast.	6.gün	10.03.2005
Göz	M.Y.	Erkek	54	Lise	Teknisyen	Samsun	Göz Hastane	3.gün	10.03.2005
Üroloji	R.K.	Kadın	20	İlkokul	Ev Hanımı	Ordu	Böbrek Tıkanıklığı	3.gün	11.03.2005
Üroloji	T.K.	Erkek	26	Üniversite	Öğretmen	Samsun	Testis Tümörü	6.gün	12.03.2005
Üroloji	M.K.	Erkek	60	Üniversite	Emekli Öğretmen	Samsun	Prostat H.	4.gün	13.03.2005

HASTALARLA YAPILAN GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Hastanın Yattığı Klinik	Hastanın Adı-Soyadı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Yaşı	Hastanın Eğitim Durumu	Hastanın Mesleği	Hastanın İkamet Yeri	Hastanın Teşhisi	Hastanede Yatma Süresi	Görüşme Tarihi
Göz	R.İ	Kadın	60	İlkokul	Ev Hanımı	Samsun	Göz Kanaması	3 gün	24.02.2005
Üroloji	A.A	Kadın	45	İlkokul	Ev Hanımı	Samsun	Böbrek Tümörü	5 gün	13.03.2005
Göz	R.T.	Kadın	30	Ortaokul	Memur	Samsun	Katarakt	3 gün	26.02.2005
Göz	C.Y.	Kadın	36	Ortaokul	Ev Hanımı	Armaşya	Göz Enf.	4 gün	24.02.2005
Kardiyoloji	Y.H.	Kadın	50	Lise	Emekli	Samsun	Kalp Yetmezliği	5 gün	11.03.2005
Genel Cer.	Z.E.	Kadın	37	Üniversite	Mühendis	Samsun	Guatr	3 gün	10.03.2005

HEKİMLERLE YAPILAN GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Helkının Adı-Soyadı	Helkının Cinsiyeti	Helkının Yaşı	Helkının Ünvanı	Helkının Çalışma Yılı	Helkının İletişim Eğitimi	Görüşme Tarihi
T.E.	Erkek	32	Asistan	7 yıl	Fakültede Deontoloji	01.03.2005
A.H.	Erkek	30	Asistan	8 yıl	Fakültede Deontoloji	01.03.2005
F.C.	Erkek	30	Asistan	6 yıl	Fakültede Deontoloji	28.02.2005
K.A.	Erkek	25	Asistan	1,5 yıl	Fakültede Deontoloji	28.03.005
S.B.	Erkek	29	Asistan	3 yıl	Fakültede Deontoloji	02.03.2005
K.K.	Kadın	28	Asistan	5 yıl	Fakültede Deontoloji	11.03.2005
E.K.	Kadın	25	Asistan	6 ay	Fakültede Deontoloji	22.03.2005
M.E.	Erkek	26	Asistan	2,5 yıl	Fakültede Deontoloji	20.03.2005
Ş.C.	Kadın	31	Asistan	9 yıl	Fakültede Deontoloji	20.03.2005

HEKİMLERLE YAPILAN GÖRÜŞME PROTOKOLÜ

Hekimin Adı- Soyadı	Hekimin Cinsiyeti	Hekimin Yaşı	Hekimin Ünvanı	Hekimin Çalışma Yılı	Hekimin İletişim Eğitimi	Görüşme Tarihi
F.D.	Kadın	34	Asistan	10 yıl	Fakültede Deontoloji	10.03.2005
A.A.	Erkek	36	Asistan	13 yıl	Fakültede Deontoloji	23.03.2005
N.K.	Kadın	28	Asistan	4 yıl	Fakültede Deontoloji	20.02.2005
L.M.	Kadın	28	Asistan	7 yıl	Fakültede Deontoloji	21.02.2005
A.R.	Kadın	34	Asistan	10 yıl	Fakültede Deontoloji	21.03.2005
L.K.	Erkek	32	Asistan	8,5 yıl	Fakültede Deontoloji	02.03.2005



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

SAYI : B.30.2.ODM.0.1H.00.00/ 260 - 1064
KONU :

1 / 3 / 2005

İLGİ: 23/02/2005 tarih ve 278-793 sayılı yazınız.

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Öğrencisi Aynur ARSLAN'ın "Hastane Ortamında Hasta-Hekim İletişimi" konulu tezi ile ilgili araştırma yapmasında sakınca görülmemektedir.

Bilgilerinize arz ederim.

B.K. MEMUR
S.B. ŞEF S.B.
H.P. HAST.MÜD.V. *df*

Tayyar Cantürk
Prof.Dr.Tayyar CANTÜRK
Başhekim

Arslan, Aynur, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde

Hekim-Hasta İletişimi,

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Asker Kartarı, 133 s.

ÖZET

Bu tezde, kamu hastanesi ortamında hekim-hasta iletişimine ait iki konu araştırılmıştır. Konulardan biri; hekim otoritesinin hekim-hasta iletişim sürecine etkileri, diğeri ise; etkin bir iletişimin gerçekleşebilmesi için hastaların ve hekimlerin birbirlerinden bekledikleri rol beklentileridir.

Tezin amacı hekim-hasta iletişim sürecinde, etkin iletişime engel olan sorunların her iki tarafın bakış açısından saptanmasıdır. Bu amaçla etnografi yöntemi kullanılarak, hekimlerle ve hastalarla ayrı ayrı görüşülmüş ve elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Hekim-hasta iletişim sürecinde hekimin otoritesi, her iki grup tarafından da onaylanmasına rağmen, hastayı pasifleştirerek iletişimin etkinliğine engel olmaktadır. Etkin iletişimin kurulabilmesi için hastaların hekimlerden rol beklentisi öncelikle, güleryüzlü, şefkatli bir yaklaşımla beraber hekimin kendilerine değer vermesidir. Böylece hasta hekimine karşı güven duyacak ve tedavi planına daha iyi uyacaktır. Hekimlerin hastalardan beklentisi ise, yoğun çalışma tempolarına anlayış gösterilmesi ve önerilen tedavi planının dışına çıkılmamasıdır.

*Arslan, Aynur, Physician-Patient Communication At The Ondokuz Mayıs
University, Faculty Of Medicine Hospital*

Master's Thesis

Advisor: Prof. Dr. Asker Kartarı, 133 p.

ABSTARACT

In this thesis we have investigated two areas related to physician-patient communication at a public hospital environment. First, we researched the effect of the physician authority on physician-patient communication. Second, we examined the mutual role expectations of physicians and patients in order to form and maintain their communication.

The aim of this thesis is to determine potential problems that might prevent effective communication between physicians and patients. The ethnography method was used to interview physicians and patients separately and the collected data have been further evaluated.

Authority of the physician, although accepted by the both parties, has been found to block the effectiveness of the communication by rendering the patient passive. The patient's main expectation of the physician is for respect as well as a warm and compassionate approach. This respect would, in turn, create trust towards the physician and encourage the patient to commit to the treatment plan. On the other hand, the physician expects understanding from the patient regarding his heavy workload and to follow the treatment plan.