T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE DOKTOR - HASTA İLİŞKİSİ MODELLERİ VE İLİŞKİ TARAFLARININ DEĞERLENDİRMELERİNİ TESPİT ETMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Burcu GÜVEN

2501160538

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hatun BOZTEPE TAŞKIRAN

İstanbul

2018

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı	:	BURCU GÜVEN	Numarası	:	2501160538
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı	:	HALKLA İLİŞKİLER VE TANITIM/KURUMSAL İLETİŞİM/YÜKSEK LİSANS	Danışmanı	:	DOÇ. DR. HATUN BOZTEPE TAŞKIRAN
Tez Savunma Tarihi	:	27.12.2018	Saati	:	13.00
Tez Başlığı	:	SAĞLIK İLETİŞİMİNDE DOKTOR-HASTA İLİŞKİSİ MODELLERİ VE İLİŞKİ TARAFLARININ DEĞERLENDİRMELERİNİ TESPİT ETMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA			

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ~~36. Maddesi~~ uyarınca yapılmış, soruları sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** ~~OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. YILDIZ DİLEK ERTÜRK		KABULÜ
2- DOÇ. DR. HATUN BOZTEPE TAŞKIRAN		KABUL
3- DOÇ. DR. AYDA UZUNÇARŞILI SOYDAŞ		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- DOÇ. DR. BETÜL ÖNAY DOĞAN		
2- DR. ÖĞR. ÜYESİ GONCA YILDIRIM		

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE DOKTOR – HASTA İLİŞKİSİ MODELLERİ VE İLİŞKİ TARAFLARININ DEĞERLENDİRMELERİNİ TESPİT ETMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Burcu GÜVEN

ÖZ

Sağlık iletişimi, hastalıklar ve koruyucu önlemler konusunda toplumu bilgilendirme amacı taşıyan, doktor – hasta ilişkisini ve sağlık sektörü çalışanlarının kendi aralarında ve hastalarla olan ilişkilerini düzenleyen bir iletişim disiplinidir. Sağlık iletişiminin temel amaçlarından olan sağlığın kazanılması ve korunması için doktor – hasta ilişkisinin geliştirilmesi ve başarı ile sürdürülmesi önemli bir konu haline gelmiştir. Doktor – hasta ilişkisinin belirli bir düzende gerçekleştiğini ortaya koyan birçok model bulunmaktadır.

Bu çalışma hem doktorların hem de hastaların ilişki modellerine dair görüşlerini ve hangi modeli tercih ettiklerini tespit etmek amacıyla planlanmıştır. Aynı zamanda doktor ve hastaların modellere yönelik tercih ve görüş farklılıklarını da ortaya çıkarmak amacında olan bu çalışmada modellerden en güncel ve kapsamlı olduğu düşünülen Emanuel ve Emanuel'in doktor- hasta ilişki modeli temel alınarak Likert ölçeğine göre hazırlanan anketler, İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran 400 hastaya ve bu anabilim dallarında görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 doktora uygulanmıştır.

Bu araştırma sonucunda elde edilen verilere göre; hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi ve mesleki gruplarının doktorlarla olan ilişkilerine dair görüş ve tercihlerinde farklılaşmaya neden olduğu, doktorların ise mesleki deneyim sürelerinin, hastalarla olan ilişkilerindeki görüş ve tercihlerini farklılaştırdığı tespit edilmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda doktor - hasta ilişkisinin her iki tarafının da karşılıklı fikir alışverişinde bulundukları, birbirlerinin görüşlerine saygı çerçevesinde yaklaştıkları ve ortak karar verme fikrine dayanan müzakereci modeli daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Sağlık İletişimi, Doktor – Hasta İlişkisi, Doktor – Hasta İlişki Modelleri

DOCTOR – PATIENT RELATIONSHIP MODELS IN HEALTH COMMUNICATION AND A RESEARCH TO DETERMINE ASSESSMENTS OF RELATIONSHIP PARTNERS

Burcu GÜVEN

ABSTRACT

Health communication is a communication discipline that aims to inform the public about diseases and preventive measures and regulates the relationship between the doctor and the patient and the relations between the healthcare workers and the patients. Developing and maintaining a doctor - patient relationship for the achievement and protection of health, which is one of the main aims of health communication, has become an important issue. There are many models that show that the doctor - patient relationship occurs in a certain order.

This study was planned to determine the opinions of the physicians and the patients on the relationship models and what model they preferred. Meanwhile, the aim of this study is to reveal the preferences and opinions of physicians and patients about the models. The questionnaires prepared according to the Likert scale based on Emanuel and Emanuel's physician-patient relationship model which are thought to be the most current and comprehensive models were applied to 400 patients admitted to the Department of Chest Diseases and Department of Internal Medicine of the Istanbul Faculty of Medicine, and 100 physicians who work in these departments who have all agreed to participate.

According to the results of this research; it was determined that the gender, education level and occupational groups of the patients caused differentiation in their opinions and preferences about their relationships with doctors, and that the doctors' professional experience period differentiated their opinions and preferences in their relationships with patients. In the light of the findings of the research, it was found that both sides of the doctor - patient relationship exchanged ideas, approached each other in respect of their opinions and preferred more of the negotiating model based on the idea of making a joint decision.

Keywords: Communication, Health Communication, Doctor - Patient Relationship, Doctor - Patient Relationship Models

ÖNSÖZ

Sağlık alanında doktorlar ve hastalar arasında yaşanan sorunlar son yıllarda sıklıkla gündeme gelmektedir. Yaşanan sorunların engellenmesinde ve çözüme ulaştırılmasında, doktor – hasta ilişkisinin başarılı bir şekilde ilerlemesi önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda doktor ve hastaların ilişki süreçlerindeki tercih ve beklentilerini tespit etmek ihtiyacı gündeme gelmektedir.

Doktor ve hastaların doktor – hasta ilişki modellerinden hangilerini tercih ettiklerini, ilişki taraflarının görüş ve beklenti farklılıklarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılan bu araştırma İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları Anabilim Dallarında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamı sevgisini ilgisini her zaman derinden hissettiğim, canımdan çok sevdiğim rahmetli babam Ahmet Güven'e ithaf ediyorum.

Yüksek lisans dönemim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, tez konusu seçiminden itibaren çalışmamın ortaya konmasında büyük desteği ve yardımı olan, süreç boyunca beni motive eden ve her zaman vakit ayıran değerli hocam Doç. Dr. Hatun Boztepe Taşkıran'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Her daim yanımda olan canım annem Yüksel Güven ve canım ablam Pınar Uykusuz' a çok teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans eğitimi almak konusunda beni yönlendiren, araştırmanın gerçekleştirilmesi sürecinde ve tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen canım teyzelerim Prof. Dr. Tülin Çağatay ve Doç. Dr. Penbe Çağatay'a kalpten teşekkür ederim.

Çalışma boyunca bana verdikleri moral ve destek için arkadaşlarıma ve Arş. Gör. Sibel Ramadanoğlu'na teşekkür ederim.

Son olarak, çalışmayı gerçekleştirmem için izin veren ve imkan sunan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne ve ilgili Anabilim Dallarına teşekkür ederim. Ayrıca çalışmaya katılan tüm doktor ve hastalara teşekkürlerimi sunarım.

Burcu Güven

30.11.2018

İÇİNDEKİLER

Öz ..... **iii**

Abstract ..... **iv**

Önsöz ..... **v**

İçindekiler ..... **vi**

Tablolar Listesi ..... **ix**

Giriş **1**

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİNİN KAPSAMI

1.1. Sağlık İletişimi ile Bağlantılı Kavramlar 2

1.1.1. Sağlık Kavramı 2

1.1.2. İletişim Kavramı 4

1.1.3. Hekim Hakları 7

1.1.4. Hasta Hakları 9

1.2. Sağlık İletişimi Kavramı ve Tanımı 11

1.3. Sağlık İletişiminin Tarihsel Gelişimi 15

1.3.1. Dünya'da Sağlık İletişiminin Gelişimi 17

1.3.2. Türkiye'de Sağlık İletişiminin Gelişimi 19

1.3.2.1. Kamu Sektöründe Sağlık İletişimi 20

1.3.2.2. Özel Sektörde Sağlık İletişimi 21

1.4. Sağlık İletişimi Kapsamında Kişilerarası İletişim ve Örgütsel İletişim 23

1.5. Sağlık İletişiminin Gerekliliği 33

1.6. Sağlık iletişiminde Kullanılan Yöntemler 35

1.6.1. Sosyal Pazarlama 35

1.6.2. Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkiler.....37

1.7. Sağlık Davranışı Modelleri.....43

1.7.1. Sağlık İnanç Modeli.....43

1.7.2. Planlanmış Davranış Teorisi 44

1.7.3. Sosyal Biliş Teorisi.....45

1.7.4. Korunma Motivasyonu Teorisi.....46

2.BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE DOKTOR – HASTA İLİŞKİSİ

2.1. Doktor – Hasta İlişkisinin Kapsamı 47

2.2.Doktor – Hasta İlişki Modelleri ve Tarihsel Gelişimi.....50

2.2.1. Parsons'un Doktor – Hasta İlişki Modeli 52

2.2.2. Szasz ve Hollender'in Doktor – Hasta İlişki Modeli.....56

2.2.3. Freidson'un Doktor – Hasta İlişki Modeli 58

2.2.4. Hayes -Bautista'nın Doktor – Hasta İlişki Modeli 59

2.2.5. Waitzkin'in Doktor – Hasta İlişki Modeli.....60

2.2.6. Byrne ve Long'un Doktor – Hasta İlişki Modeli 61

2.2.7. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel'in Doktor – Hasta İlişki Modeli 62

2.3.Doktor – Hasta İlişkisini Etkileyen Faktörler 65

2.3.1. Sosyal Çevrenin Etkisi 67

2.3.2. Hekime Güven 69

2.3.3. Empati....70
2.3.4. Doktorlarda Stres ve Zaman Sıkıntısı....72
2.5. Olumlu Doktor Hasta İlişkisinin Çıktıları....74
2.5.1. Uzlaşmanın Sağlanması....75
2.5.2. Zaman Kaybının Önlenmesi....75
2.5.3. Hasta Memnuniyetinin Ortaya Çıkması....76

3.BÖLÜM

DOKTOR – HASTA İLİŞKİSİNDE İLİŞKİ TARAFLARININ DEĞERLENDİRMELERİNİ TESPİT ETMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Problem....78
3.2. Araştırmanın Önemi....78
3.3. Araştırmanın Amacı....79
3.4. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları....79
3.5. Araştırma Yöntemi....81
3.5.1. Araştırma Modeli....81
3.5.2. Veri Toplama Aracı....81
3.5.3. Araştırma Evreni....82
3.5.4. İşlem....82
3.6. Araştırma Bulguları ve Yorumlar....82
3.7. Genel İzlenimler....106

TARTIŞMA VE SONUÇ....108

Kaynakça....114
Ekler....136

Tablolar Listesi

Tablo.3.1: Demografik Özellikler 83

Tablo.3.2. Doktorların Hastalarla Olan İlişkilerine Yönelik Genel Değerlendirmeleri ..84

Tablo.3.3: Doktorların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmeleri...85

Tablo.3.4. Hastaların Doktorlarla Olan İlişkilerine Yönelik Genel Değerlendirmeleri ..87

Tablo.3.5: Hastaların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmeleri....88

Tablo.3.6: Hastaların Model Tercihi Sıralamaları.....90

Tablo.3.7: Hastaların Model Tercihi Sıralamalarını Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Toplu Ortalama Tablosu 91

Tablo.3.8: Doktorların Model Tercihi Sıralamaları 92

Tablo.3.9: Doktorların Model Tercihi Sıralamalarını Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Toplu Ortalama Tablosu 93

Tablo.3.10: Hastaların Doktorlarla İlgili Genel Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....94

Tablo.3.11: Hastaların İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere İlişkin Karşılaştırmalı Tablo 94

Tablo.3.12: Hastaların Doktorlara Yönelik Genel Görüşlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....96

Tablo.3.13: Hastaların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu 96

Tablo.3.14: Hastaların Model Tercihlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu 98

Tablo.3.15: Hastaların Doktorlara Yönelik Genel Görüşlerinin Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu.....98

Tablo.3.16: Hastaların İlişki Modellerine Yönelik Tercihlerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu 99

Tablo.3.17: Hastaların Model Tercihlerinin Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre Dağılımı 100

Tablo.3.18: Hastaların Doktorlara Yönelik Genel Görüşlerinin Sağlık Güvencesi Gruplarına Göre Karşılaştırılmalı Tablosu.....100

Tablo.3.19: Hastaların İlişki Modellerine Yönelik İfadelere İlişkin Değerlendirmelerinin Sağlık Güvencesi Değişkenine Göre Karşılaştırılmalı Tablosu 101

Tablo.3.20: Hastaların Model Tercihlerinin Sağlık Güvencesi Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu.....102

Tablo.3.21: Doktorların Hastalara Yönelik Genel Görüşlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu.....102

Tablo.3.22: Doktorların İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere Katılım Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı 103

Tablo.3.23: Doktorların Model Tercihlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı 104

Tablo.3.24: Doktorların Hastalara Yönelik Genel Görüşlerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere Katılım Düzeylerinin Mesleki Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması 104

Tablo.3.25: Doktorların İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere Katılım Düzeylerinin Mesleki Deneyim Değişkenine Göre Dağılımı 105

Tablo.3.26: Doktorların Model Tercihlerinin Mesleki Deneyim Gruplarına Göre Dağılımı.....106

GİRİŞ

İnsanlar var olduğundan beri iletişim hayatımızın merkezinde yer almaktadır. Zaman içerisinde yaşanan toplumsal gelişmeler, iletişimi bir disiplin haline getirmiş ve ihtiyaç duyulan alanlara göre iletişim tür ve düzeyleri ortaya çıkmıştır. Bu iletişim türlerinden biri de sağlık iletişimidir. Sağlık iletişimi doktor – hasta ilişkisini, hastaların sağlık personelleriyle olan ilişkilerini, sağlık personelinin kendi içerisinde ve kurum yöneticileri ile aralarında bulunan ilişkisini yönlendiren ve düzenleyen bir iletişim alanıdır.

Sağlık iletişimi, sağlık personelinin kendi arasındaki ilişkiler ve hastalarla olan ilişkilerin yanı sıra, toplumu ilgilendiren sağlık konularına ilişkin toplumsal düzeydeki iletişim süreçlerini de düzenleyen bir alan olarak dikkat çekmektedir. Tıbbi ve teknolojik alanda yaşanan gelişmelerle birlikte sağlıklı olma halinin sağlanmasıyla sınırlı olmayan bir sağlık anlayışı meydana gelmiş ve sağlık hizmeti sunan kurumların sayısı artmıştır. Bu kurumların birçoğu hedef kitlelerine ulaşabilmek ve bilgilendirebilmek adına iletişim faaliyetlerini aktif olarak kullanmaktadırlar. Sağlık iletişiminin ilgi alanına giren konulardan en öne çıkanın ise doktor-hasta ilişkisi olduğu söylenebilmektedir. Bunun nedeni sağlık iletişiminin en önemli amaçlarından biri olan sağlığın kazanılması ve sağlığı tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması açısından doktor ve hastaların karşılıklı anlayış, olumluluk ve güven içerisinde ilişki kurmaları gerekliliğinden kaynaklanmaktadır.

Doktor hasta ilişki sürecini daha iyi anlayabilmek adına birçok kuramcı tarafından geliştirilen doktor hasta ilişki modelleri bulunmaktadır. Bu çalışmada ise doktor – hasta ilişki modellerinden ‘’Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel’e ait olan doktor – hasta ilişki modeli temel alınmıştır. Bu modelin çalışmanın temelini oluşturmasının nedeni, günümüzdeki toplum bilinci ve sosyal gelişmelerle şekillenmiş doktor ve hastalarının ilişki dinamiğini kavramak için kullanılabilecek en güncel ve uygun model olarak dikkat çekmesidir. Çalışma kapsamında iletişim ve sağlık iletişimi kavramları açıklanmış, sağlık iletişimini etkileyen iletişim düzeyleri ve etkileşimlerine değinilmiş, doktor-hasta ilişki modelleri incelenmiştir. Çalışma için doktor – hasta ilişki modelleri üzerine ortaya konan çalışmalar incelenerek Emanuel ve Emanuel’e ait ilişki modellerinden hangilerinin hastalar ve doktorlar tarafından tercih edildiğini anlamaya yönelik anket formları hazırlanmıştır. Çalışmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniklerinde görevli olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden doktorlar ile bu polikliniklere başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın amacı doktor – hasta ilişki modellerinden hangilerinin daha çok tercih edildiğini saptamak ve doktorlar ile hastalar arasındaki fikir farklılıklarını tespit etmektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİNİN KAPSAMI

1.1. Sağlık İletişimi ile Bağlantılı Kavramlar

Sağlık iletişimi birden çok yönüyle incelenebilecek kapsamlı bir iletişim alanıdır. Sağlık ve iletişim kavramları üzerine kurulu bir alan olan sağlık iletişimi, doktor-hasta ilişkisi, hastaların sağlık personeli ile olan iletişimi, sağlık kurumları tarafından gerçekleştirilen iletişim süreçlerinin yönetimini kapsaması nedeniyle çok sayıda kavramla yakın ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık iletişimi kapsamında temel bir ilişki türü olan doktor – hasta ilişkisine odaklanan bu çalışmada ise sağlık iletişimiyle bağlantılı kavramlar olarak sağlık kavramı, iletişim kavramı, hekim hakları ve hasta hakları kavramları ön plana çıkmaktadır.

1.1. 1. Sağlık Kavramı

Sağlık iletişimi için temel teşkil eden kavramların başında sağlık kavramı gelmektedir. Sağlık kavramı, her dönem ve toplumsal koşul içinde farklı açılardan ele alınan ve tanımlanmaya çalışan bir kavram olarak dikkat çekmektedir.

1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmi olarak kabul edilen ve sağlığı biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan inceleyen görüşe göre; sağlık “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel ruhsal ve sosyal tam iyilik hâlidir” (Tanrıverdi, 2014: 2). Sağlıklı olmanın tüm açılardan incelendiği ve açıklandığı bu tanıma daha sonra “sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürme” söylemi de dahil edilmiştir (Kesgin ve Topuzluoğlu, 2006: 47). Ancak bu tanım üzerine yapılan bazı eleştiriler bulunmaktadır. Bu eleştirilerden biri de sosyal yönden iyilik halinin açıklanması gereken bir kavram olması gerektiğidir. Konu ile ilgili çalışmaları bulunan Fişek’in görüşüne göre (1982); sağlık kavramını ‘’açıklayabilmek için sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir. Kişinin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının ön koşulu sosyal yaşantısının sağlıklı olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır.’’ Sağlık kavramı ile ilgili yapılan tanımlamalar, tanımlamayı yapan araştırmacıların mesleklerine, kültürlerine ve içinde bulundukları topluma göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık kavramının sağlık sosyolojisi, sağlık psikolojisi, sağlık iletişimi ve halk sağlığı alanlarında farklı özelliklerine odaklı tanımlar yapıldığı görülmektedir. Ülkemizde sosyal hekimlik felsefesinin kurucularından Prof. Dr. Nusret H. Fişek, sağlığı bir politikalar mozaiği olarak tanımlarken,

onun çok bilimli karakterine ve takım oyunu olduğuna dikkat çekmektedir (https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/sosyal-barisikligin-tutkali-saglik/).

Doktor – hasta ilişki modellerinin geliştirilmesiyle ilgili çalışmaları önem arz eden Parsons ise sağlığı "tek bir canlı sistemin teleonomic kapasitesi" olarak görmektedir, bu kapasite sistemin hem kendi içinde hem de çevreyle ilişkilerinde çok sayıda bir dizi işlevi etkili bir biçimde yerine getirebilmesi için bir ön koşul olarak, kendi kendini düzenleyebilme halini ve duruma uygun bir hali koruyabilme kapasitesidir (Öngören, 2004: 12). Parsons, sağlık kurumunu, toplum üyelerini sağlıklı tutmanın yolu olarak görmekte ve sağlık sistemi içinde bir dizi statü ve rolün bulunduğunu belirtmektedir (Cengiz, 2018: 138). Parsons tarafından geliştirilen sağlık tanımına göre bireylerin toplum içerisinde işlevsel olarak bulunabilmeleri için kendilerine atfedilen rollere uygun hareket etmeleri beklenmektedir. Hasta rolündeki birey mevcut sağlık halini korumakla yükümlüdür.

Raithel'in sağlık tanımlamasında ise üç ayrı temel kategori ayırt edilmektedir (Okay, 2012: 3);

"1. Sınırlandırma konsepti olarak sağlık, hastalıkla ilgili tıbbi belirleme ve teşhis ile bağlantılıdır ve bio – tıbbi bir paradigmaya dayanmaktadır. Bu bağlamda sağlık 'hastalık durumunun olmaması' veya 'henüz hasta olmamak' olarak tarif edilmektedir.

2. Bir fonksiyon olarak sağlık, tüm bedensel – ruhsal dengeye uygun düşen sağlık düşünceleri veya bedenin ve kişinin değişen çevre koşullarına esnek bir biçimde uyum sağlamasıdır.

3. Sahip olunan en yüksek değer olarak sağlık, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına uygundur. Bu tanımın eleştirel olarak düşünülmesi gereken bölümü sağlığın mutlak yön olarak görülmesi halinde bir 'sağlık zorlamasının' yasallaştırılmış olmasıdır."

Raithel'in üç kategori açısından gerçekleştirdiği tanıma ek olarak sağlık sosyal bir kurum olarak da tanımlanabilmektedir. Sağlığın sosyal bir kurum olarak ifade edildiği tanımlama da toplumu oluşturan bütün bireylerin sağlık ve hastalık olgularıyla ilgili ihtiyaçlarının karşılanması için kullanılan yöntemler, toplumu oluşturan bireylerin rolleri, birbirleriyle olan iletişimleri, değerleri ve uymaları gereken kurallar ifade edilmektedir(Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 233). Sağlık kavramını daha etkin bir şekilde anlayabilmek için hastalık kavramının ve bu iki kavram arasındaki etkileşimin açık bir şekilde anlaşılması gerekmektedir.

***Hastalık Kavramı*;** Türkçe "hasta" ve bu sözcükten türetilmiş "hastalık" kelimelerinin kökeni Farsça ''haste'' kelimesinden gelmektedir ve ''yaralanmış, incinmiş'' olmayı ifade

etmektedir. “Tıp dilinde hastalık ise, semptomdan ve sendromdan farklı olarak nedeni, etkileri, aşamaları ve tedavisi netlik kazanmış bir klinik tablodur’’ (Henzel, 2009: 4). Hasta ise ‘’esenliği yerinde olmayan, sağlığı bozuk olan, organlarından herhangi birinin işleyişinde bir bozukluk duyumsayan’’ kimse olarak tanımlanmaktadır (Tanrıverdi, 2014: 2).

Hastalık kavramı tıbbi açının dışında sosyal ve kültürel roller de içermektedir. Bu nedenle hastalık kavramı bu açılardan da incelenmelidir. Hastalık kavramı da tıpkı sağlık kavramı gibi tarihsel süreç içerisinde ve toplumsal yapıya göre değişiklikler göstermiştir. İnsanların hastalık olarak kabul ettiği rahatsızlıklar bölgesel, tarihsel ve toplumsal olarak farklılaşmaktadır. Bazı ülkelerde ciddi bir hastalık olarak kabul edilmeyen rahatsızlıklar başka ülkelerde yaşanma sıklığı da göz önüne alınarak daha fazla ciddiye alınabilmektedir. Bu rahatsızlıklardan bir örnek verecek olursak obezite son yıllara kadar gündemimizde fazlaca yer alan bir hastalık olarak dikkat çekmezken, Amerika’da bu hastalıkla ilgili ciddi çalışmaların yapıldığı bilinmektedir. Bu ilgi farklılığının nedeninin sağlıksız beslenme oranlarının Amerika’da daha fazla artması ve tehdit olarak görülmeye başlanması olduğu söylenebilmektedir. Türkiye’de geçmiş yıllarda kullanımı fazlasıyla yaygın iken son yıllarda sağlık için ciddi bir tehdit olarak kabul edilen sigaranın tedavisine yönelik ayrı poliklinikler kurulması ve sigara kullanımı ile ilgili önemli yasal kısıtlamalar getirilmiş olması da bu konuya örnek teşkil etmektedir. Bu olay tarihsel süreçle ve bilinçlenmenin getirdiği etkiyle hastalık kavramının da farklılaştığının bir göstergesidir.

Sağlık ve hastalık kavramları konusunda farklı açılardan bakan tanımlamalar bütüncül olarak ele alındığında, fiziksel ve biyolojik iyilik halinin sağlanmasının, sosyal iyilik halinin sağlanması ve geliştirilmesinin, bireyin işlevsel ve uyum içinde hareket edebilmesinin, iyi olma halini olumlu etkileyecek faktörlerin oluşturulmasının ve olumsuz etkileyecek faktörlerin engellenmesinin, hasta olma halinde tedavi uygulanarak iyi olma haline en hızlı şekilde dönülebilmesi için hizmet etmenin sağlık kavramını oluşturan ana faktörler olduğu ifade edilebilmektedir.

1.1.2. İletişim Kavramı

İnsanlar tüm düşüncelerini, isteklerini iletişim yoluyla birbirlerine aktarırlar bu nedenle iletişim gün boyu süren bir faaliyettir. Literatürde iletişim kavramının çok sayıda tanımı bulunmaktadır.

Bu tanımlardan bazıları kelime kökenini baz alırken bazıları paylaşım ve mesaj alışverişi yönüne dikkat çekmektedir. Fransızca ve İngilizce’ de yazılışı aynı, söylenişi farklı “communication” kavramının kökeninde Latince’deki “*comminus”* kavramı bulunmaktadır. Bu kavram toplumsal nitelikli bir etkileşimi, değiş tokuşu ve paylaşımı içermektedir (Zıllıoğlu,

2003: 3). İletişim, insanların davranışlarını etkilemek ya da belli bir sonuca ulaşmak amacıyla duygu, düşünce, inanç tutum ve davranışlarını sözlü, yazılı, ya da sözsüz olarak iletmeleri sürecidir (Demirtaş, 2010: 413). İletişim varlık sürdürme biçiminin bir ürünü ve varlık sürdürme biçimindeki gelişmelere göre değişimlere uğrayan insana özgü bir olgudur (Yağbasan ve Çakar 2006: 612).

İletişim kişiler, gruplar, kurumlar gibi birçok öğe arasında gerçekleşebilmektedir. İletişim, anlaşmak amacı ile yapılan karşılıklı anlamların paylaşımıdır. Bu açıdan bakıldığında iletişimin kapsamına bilgi alışverişi, duygu ve düşüncelerin karşılıklı olarak paylaşımı da girmektedir. İletişimin temel hedefi karşılıklı anlaşmadır. İletişim insanların var olmasından bu yana kullanılan ve sürekliliği olan bir ihtiyaçtır. İletişim unsurunun insanlar için önemli bir ihtiyaç olmasının nedeni, insanların iletişim kurmadan kendilerini ifade edemeyecekleri ve ihtiyaçlarını karşılayamayacak olmalarıdır. İnsanların beklenti ve isteklerini açıklamaktan, toplumsal görev ve ihtiyaçlarını yerine getirmek gibi birçok amaç için iletişimi kullanmaları gerekmektedir (Çelik, 2008: 3). İletişimin amacı, iletişimi gerçekleştiren öğeler arasında etkileşimin sağlanmasıdır. İnsanlar bilgi paylaşımı, bir işi gerçekleştirmek, bir ihtiyacı dile getirmek ve taleplerini aktarmak gibi pek çok faaliyet için iletişim kurmaktadırlar. İletişim kendisini gerçekleştiren öğeler arasında sosyalleşme fırsatını yaratarak da yaşamda etki oluşturabilmektedir. İnsan yaşantısının temel faaliyeti olarak ifade edilebilecek iletişim bir süreç olarak ele alınabilmekte ve bu süreç kaynak, alıcı, kanal, mesaj, geribildirim ve gürültü gibi unsurlardan oluşmaktadır.

İletişimin temel unsurları;

- Kaynak**;** alıcıya gönderilecek mesajları kodlayan ve kodladığı mesajı iletişim kanalına bırakarak iletişim sürecini başlatan öğedir. Bütün iletişim süreçlerinde, mesajın aktarımını yapan bir kişi, grup veya kuruluş bulunmaktadır. Mesajın çıkış noktasını oluşturduğu için bu unsur aynı zamanda iletişim sürecinin kaynağı olarak görülmektedir (Aziz, 2008: 6). Kaynak öğesinin süreci başlatma görevinin yanı sıra iletişim sürecini yönlendirme görevi de vardır. Kaynak unsuru iletişim sürecinin en önemli unsurudur; çünkü sürecin başarılı ilerlemesi için kaynağın mesajı uygun kodlaması ve iletişim kanalını doğru seçmesi gerekmektedir. Kaynağın kişisel, sosyal ve psikolojik özellikleri iletişime uygun olmalı, bilgi ve deneyimleri süreci yönetmek için yeterli olmalıdır. Kaynak aynı zamanda alıcıdan gelen geri bildirimlerin yorumlayıcısı konumunda bulunmaktadır. Kaynak ve alıcı arasında sosyal ve kültürel denge sağlanması sürecin başarısını etkileyecektir.

- Mesaj (İleti); mesaj, konuşmacı ile dinleyici ya da kaynak ile hedef arasındaki ilişkiyi sağlayan temel öğedir. Bu nedenle mesaj, iletişim sürecinin düğümlendiği nokta,

merkezdir. Genelde mesaj kavramı yerine “içerik” ya da “ifade” kavramları da kullanılmaktadır (Çelik, 2008: 9). Mesajların açık ve anlaşılabilir bir şekilde kodlanmış olması ve alıcının algılayabileceği düzeye uygun içerikte olması gerekmektedir. Mesajlar bu doğrultuda hazırlanmaz ise iletişim engelleri ortaya çıkar ve iletişim süreci boşuna zaman kaybı haline gelir. Kaynak ve alıcının mesajı aynı düzeyde algılayabilmesi iletişim sürecinin başarısı için önemli bir etkendir.

- Kanal; iletişim sürecinde mesajın kaynaktan alıcıya ulaşmasını sağlayan araçtır. Mesajın sunuluş biçimidir (Selimhocaoğlu, 2004: 3). Kanal seçiminde yazılı, sözlü ve görsel araçlar kullanılabilmektedir. İletişim kanalının seçimi iletişim sürecinin amacına göre şekillenebilir. Kaynak ve alıcıyı buluşturabilecek en etkin kanalın seçilmesi gerekmektedir. Mesajın gönderileceği kanal seçimi mesajın içeriğini en etkili şekilde iletecek biçimde olmalıdır. Aynı kaynak birden çok mesajı aynı alıcıya iletmek için mesajın içeriğine göre farklı kanal seçimleri de yapabilmektedir. Kanalın yanlış seçimi alıcıya ulaşamamak ya da istenilen etkiyi yaratamamak ile sonuçlanabilmektedir.

- Alıcı (Hedef Kitle); kaynaktan gelen iletileri belli psiko-sosyal süreçlerden geçirip yorumlayan ve bunlara sözlü, sözsüz tepkide bulunan kişi ya da gruplardır (Zıllıoğlu, 2003: 98). Alıcı yorumlama sürecinde kendi kişisel özelliklerinden ve deneyimlerinden etkilenmektedir. Alıcı kendisine kaynak tarafından kodlanarak gönderilen mesajı çözümleyerek anlamaya çalışır. Çözümleme sürecinde alıcının bilgi düzeyi ve iletişim becerileri büyük önem taşır. Alıcının mesajı anlaması ve gerektiği durumlarda geri bildirim verebilecek beceriye sahip olması çok önemlidir. Sürecin başarılı olması için kaynak ve alıcının bilgi düzeylerinin eşit olması ve aralarında iletişimi zorlaştıracak kişisel ve demografik farklılığın fazla olmaması etkendir.

- Geri bildirim; haberleşmede alıcının mesaja yönelik tepkisine denmektedir. Alıcının gösterdiği tepkinin haberleşme kaynağını beslemesi, yani ona kendi durumu, özellikleri ve haberleşme olayının gidişatı konusunda gerekli bilgileri vermesidir (Asna, 2006: 64). Alıcının kaynak tarafından kodlanarak gönderilen mesajı çözümleyip anladıktan sonra kaynağa bir tepki ya da cevap vermesi beklenir. Geri bildirimin kaynağa iletilmesi ile birlikte iletişim süreci tam anlamıyla gerçekleşmiş olur. Bu sayede alıcının mesajı ne derece doğru algıladığı ve iletişimin ne kadar başarılı olduğu anlaşılabilir. Geri bildirimin elde edilmesi, gerçekleştirilecek diğer iletişim süreçleri için de yol gösterici konumda olmaktadır. Geri bildirimin etkin bir şekilde gerçekleşmesi için bir takım özelliklere sahip olması gerekir. Bu özellikler ise şöyledir (Levent 2011: 77-78);

- Geri bildirim; alıcı ile gönderici arasındaki güvene bağlı olarak gerçek duygularla dolaysız yollardan verilmelidir.

- Geri bildirim; iyi, açık ve tercih edilir güncel örnekler kullanılarak genel olmak yerine daha özel olmalıdır.

- Geri bildirim; alıcının hazır bulunuşluk düzeyi dikkate alınarak, gerektiği zaman kullanılmalıdır.

- Geri bildirimin başkaları tarafından desteklenip desteklenmediği, başka bir deyişle geçerliliği kontrol edilmelidir.

- Geri bildirim; alıcıya göre sınırlandırılmalıdır.

- Geri bildirim; alıcının hazır olmadığı zamanda ve algılayamayacağı şekilde değil, kısa ve öz bir şekilde verilmelidir.

- Gürültü; iletişimin başarılı biçimde gerçekleşmesini engelleyen her türlü unsur gürültü kapsamında yer almaktadır. İletişimin başarılı biçimde sürdürülebilmesi için süreci olumsuz etki edebilecek her türlü unsurun ortadan kaldırılması gereklilik taşımaktadır.

İletişimin temel unsurları sağlık iletişimi açısından değerlendirildiğinde, sağlık iletişiminin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi ve amaçlarına ulaşabilmesi için kaynak konumunda bulunan kişi ya da kurumun, mesajı doğru biçimde kodlayarak doğru iletişim aracı ve türünü seçerek hedef kitleye ulaştırması gerekliliği gündeme gelmektedir. Aynı zamanda hedef kitle konumunda bulunan kişi ya da kişilerin mesajı doğru biçimde anlayıp anlamadığının da geri bildirim unsuru doğrultusunda teyit edilmesi gereklilik taşımaktadır. Ancak bu doğrultuda sağlık iletişimi kapsamında başarılı uygulamaların gerçekleştirilmesi mümkün olabilmektedir.

1.1.3. Hekim Hakları

Sağlık iletişimi kapsamında doktor – hasta ilişkilerine odaklanan çalışmada, hekim hakları da sağlık iletişimi ile bağlantılı bir kavram olarak değerlendirilmekte; doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkilerin başarılı biçimde sürdürülmesi için hem hekimlerin hem de hastaların sahip oldukları hakların ön plana çıktığı söylenebilmektedir.

‘’Hastaları tedavi eden, şifa veren anlamına gelen “hekim” sözcüğü, Arapça; bilen, bilge kişi, filozof anlamına gelen “hakim” kelimesinden gelmektedir.’’ Hekimlik mesleğinin hastalara yarar sağlamak adına gerçekleştirildiği bilinmekle birlikte, uygulamalar sırasında hastaya zarar vermekten kaçınılması daha önemli görülmektedir. Bu durum hekimlerin

mesleklerinin korumacı bir tabiatının bulunmasından kaynaklanmaktadır. Hak kavramı ise bireylerin doğuştan sahip oldukları içgüdüsel bir ihtiyaçtan ortaya çıkmıştır (Derhem, 2016: 3-8).

Hasta hakları ülkemiz için yeni sayılacak bir zaman dilimi içerisinde tartışıladursun, mesleki ilişkide "egemen" konumda olduğu varsayılan hekimler açısından her zaman ödevler ve sorumluluklar tanımlana gelmiştir. Hekim olabilmenin gerekli ve ön koşullarından başta gelenlerinden birisi, onun yeterli ve nitelikli bir eğitim alarak, çağdaş tıp bilgi ve becerileriyle donanmış biçimde tıp fakültesinden mezun olma hakkıdır (Arda,1998: 122). Ülkemizde doktor olmak isteyen kişiler öncellikle Tıp Fakültelerine girerek 6 yıl boyunca eğitim alır ve mezun olduktan sonra hekim olarak görev yapmaya başlarlar.

Tıbbi alanda gerçekleşen teknolojik ve bilimsel yenilikler ve toplumdaki sosyal değişimler nedeniyle yirminci yüzyılda tıp alanında branşların ortaya çıkması gereklilik olarak görülmüştür (Derhem, 2016: 3). Bu branşlaşma eğilimi nedeniyle tıbbın farklı alanlarında uzmanlıklara ihtiyaç duyulmaktadır.

Hekimlik evrenseldir. Hekimlerin sahip olduğu haklar hem hekimlerin insani haklarını savunur iken hem de hekimlerin etik kurallara uygun hareket etmesini amaçlar. Hekimlerin sahip olduğu mesleki haklar ise şu şekildedir (Yalçın, 2011: 43);

- Çağdaş bilimsel tıp olanaklarını uygulama hakkı; hekimlerin tıp alanında gerçekleşen yenilikleri ve geliştirilen tedavi yöntemlerini hastalarına uygulamak konusunda hakları vardır.

- Etik ilkelere bağlı olma hakkı; hekimin mesleğini uygular iken kişisel ve mesleki etik ilkelerine göre karar verme hakkı bulunur.

- Baskı altında olmadan mesleğini uygulama hakkı; hekimlerin görevlerini gerçekleştirebilmesine engel olabilecek baskılardan uzak olarak mesleklerini yapabilme hakları bulunmaktadır.

- Kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı; hastalar açısından tıbbi bir sıkıntı yaratmayacak şekilde hekimlerin kendi değerlerine uygun hareket etme hakları bulunmaktadır.

- Sağlığını koruma hakkı; hekimlerin görev esnasında karşılaşabilecekleri sağlıklarını etkileyecek risklere karşı önlem alma hakları vardır.

- Yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı; mesleklerini uygularken gösterdiği emek ve karşılaşabilecekleri riskleri karşılamaya yetecek ücreti isteme hakları bulunmaktadır.

- Hekimin hastayı reddetme hakkı (acil yardım, resmi ya da insani vazifenin ifası dışındaki hallerde - Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 18. madde) bulunur.

- Hekimin yönetsel süreçlere katılma hakkı; sağlık alanında gerçekleşen süreçlere katılım hakkı bulunmaktadır.

- Hekimin danışma hakkı (konsültasyon); hekimlerin meslektaşlarına danışma hakkı bulunmaktadır.

- İyileşme garantisi vermeme hakkı (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 13. madde); hekimler hastalarına iyileşeceklerini taahhüt etmek zorunda değildir.

- Yeterli zaman ayırma hakkı; hekimler günde yirmiden fazla hasta bakmama hakkına sahiptir (Tababet Uzmanlık Yönetmeliği).

- Tanıklıktan çekilme hakkı; hekim meslek sırrının söz konusu olduğu durumda tanıklıktan çekilebilir (Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu 245/4, CMUK 48.madde).

- Tedavi yöntemini seçme hakkı; hekimlerin hastalarını hangi yöntemi kullanarak tedavi edeceklerine karar verme hakları bulunmaktadır.

Mesleki haklarının dışında hekimlerin kendilerine vakit ayırma, yeme, içme, dinlenme gibi insani haklarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hekim kimliği, tıp fakültelerine adım atmayla başlayan, yorucu ve oldukça zahmetli bir öğrenim sürecinde biçimlenen bir kimliktir. Hekimlerin aydın kimliğinin yeşerebilmesi ve beslenebilmesi için gerekliliği öngörülen koşullara sahip olmayı ve bunların sürdürülmesini istemeleri de mesleki açıdan bir hekim hakkı olarak görülmelidir (Arda,1998: 123). Hekimlerin sahip oldukları haklar, doktor – hasta ilişkileri açısından önem taşımakta; hekimlerin haklarının gözetildiği bir düzen içinde mesleklerini icra etmesi sağlık iletişiminin de amaçlarına başarılı biçimde ulaşmasına katkı sağlayabilmektedir.

1.1.4. Hasta Hakları

Hasta kavramı günümüzde engellileri, yaralıları, anomalileri ve farklı sağlık sorunu olanların tümünü kapsayacak biçimde genişletilmiştir (Henzel, 2009: 10). Bu nedenle çoğu insan hayatının bir döneminde hasta statüsünde bulunduğu söylenebilmektedir. Hasta rolünde bulunan insanların sağlıklarına yeniden kavuşmaya ihtiyaç duymaları doktorlar ve hastaların tedavi sürecinde buluşmalarının nedenidir. Hastalığın ciddiyeti önemli olmaksızın tüm bireyler rahatsızlandıklarında hekim görüşü almak isterler. Bu durumda doktor hasta ilişkisini düzenlemek, hem hastanın menfaatini düşünmek hem de hekimlerin hastalara davranışlarına dikkat etmesini ve daha özenli davranmalarını sağlamak için hasta hakları

kavramına ihtiyaç duyulmuştur. Hastalar da hekimler gibi hem temel insani haklara hem de hasta statüsünden kaynaklanan, doktor hasta ilişkisinde kendilerini koruyacak özel haklara sahiptirler. Hasta haklarını düzenleyen ve resmi hale getirmeye yönelik birçok bildiri bulunmaktadır.

İlk olarak 1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliği tarafından "Hasta Hakları Beyannamesi'' yayınlamıştır. Bu beyannamede insan hakları temel alınarak, sağlık kurumlarından sağlık hizmeti alan ve değişik nedenlerle hastanelerde yatan hastaların haklarının korunması gerektiği ifade edilmektedir. Daha sonra 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından hasta hakları bildirisi ilan edilmiş, gelişen süreçte Avrupa Birliği ve Dünya Tabipler Birliği yeni bildiri ve düzenlemelerle hasta haklarının bugünkü şekline gelmesini sağlamıştır (Bostan, Selvi ve Çolak, 2016: 79). 28 – 30 Mart 1994 tarihleri arasında Amsterdam'da düzenlenen "Hasta Hakları Konusunda Avrupa Danışmanlığı" konulu toplantıda kabul edilen hasta hakları bildirgesinin amacı ise, Dünya Sağlık Örgütü'ne üye Avrupa ülkelerindeki hasta haklarının gelişimini sağlamaktır (Aydın, 2008: 8).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" 1 Ağustos 1998'de Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Hasta hakları yönetmeliğinde belirlenen hedeflere ve standartlara ulaşılması için yapılması gereken planlamalar ve girişimlerin nasıl yapılacağına ait uygulama programı, 15 Ekim 2003'te Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" ile düzenlenmektedir (Zaybak, Eşer ve Günay İsmailoğlu, 2012: 105).

Hasta hakları yönetmeliğinin maddeleri ise şunlardır (Zengin vd., 2012: 106);

- Sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanma hakkı bulunmaktadır.

- Bilgi talep etme; hastanın durumu ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgiye ulaşmayı talep etme hakkı bulunmaktadır.

- Hastaların tedavi göreceği kurumu seçme ve değiştirme, bu kurumda çalışan personeli tanıma, seçme ve gerekirse değiştirme hakları vardır.

- Tıbbi duruma uygun teşhis, tedavi ve bakım isteme; hastanın tıbbi durumuna uygun olan tedaviyi talep etme hakkı bulunur.

- Tıbbi gereklilikler dışındaki müdahaleleri reddetme; hasta acil durumlar dışında kendisine önerilen tedaviyi reddedebilmektedir.

- Tıbbi özen gösterilmesi; hastanın mevcut sağlık durumuna uygun tıbbi özenin gösterilmesi gerekmektedir.

- Genel olarak bilgi isteme; hastanın genel sağlık bilgilerini isteme hakkı bulunur.

- Mahremiyete saygı gösterilmesi; hastanın özel hayatına, psikolojik ve fiziksel bütünlüğüne saygı göstermek gerekir.

- Bilgilendirilmiş onayı olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama; hastanın tıbbi müdahale öncesi bilgilendirilmesi ve bu müdahale için gönüllü olması gerekmektedir.

- Tedaviyi reddetme ve durdurma; acil durumlar dışında hastanın tedaviyi noktalama veya istememe hakkı bulunmaktadır.

- Güvenliğin sağlanması; hastanın muayene ve tedavi sırasında güvenliğinin sağlanması gerekir.

- Dini ihtiyaçları karşılayabilme ve ibadetlerini yerine getirebilmek için hizmetlerden faydalanma hakkı bulunmaktadır.

- Hastaların değerlerine saygı duyulması ve hastalık durumunda ziyaretçilerinin olabilmesi, refakatçi bulundurabilmesi gibi insani hakları bulunmaktadır.

Hasta hakları temelde yaşama ve sağlık hakları ile ilişkilendirilebilecek bir kapsama sahiptir. Tüm bireylerin temel hak ve özgürlükleri bulunmaktadır. İnsanlara ait olan bu haklardan en önemli olanı ise yaşama hakkının korunmasıdır. İnsanların yaşama haklarını etkileyecek tüm risklerden kendilerini korumaları gerekliliğinden ötürü hasta hakları, sağlık hakkı ve insan hakları birbirleriyle etkileşim içinde bulunmaktadır.

Sağlık hakkı, kişinin toplumdan ve devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilerek iyileştirilmeyi talep edebilmesini ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesini sağlayan hak şeklinde tanımlanmaktadır (Aydın, 2008: 4). Herkesin sağlık hakkına sahip olması için yürürlüğe konan bu maddelerin varlığı hasta haklarının ideal bir şekilde korunmasını sağlar. Bu formal düzenleme sayesinde doktor – hasta ilişkisinin temellerinin daha dikkatli atılması mümkün olur. Hekimlerin ve hastaların hakları taraflara uymaları ve saygı göstermeleri gereken noktalar konusunda yardımcı olur ve tarafların birbirlerine yaklaşımlarında resmi çekinceler nedeniyle daha özenli davranışlar sergilemeleri ihtimali yükselir.

1.2. Sağlık İletişimi Kavramı ve Tanımı

Sağlık iletişimi, sağlık sektöründe yer alan kişilerin hastalara ulaşımını kolaylaştıran, sektör çalışanlarının birbirleri ile olan ilişkileri düzenlemeye yarayan, sağlık mesajlarının daha etkin bir şekilde hedef kitleye ulaşımını sağlamak için ortaya çıkan bir iletişim dalıdır.

Sağlık iletişimi, sağlık hizmetlerine ve sağlık haline ulaşması gereken tüm bireylerin hastalık ve sağlık derecesi fark etmeksizin hem sağlık politikalarıyla ilgili bilgileri edinmesine hem de sağlık çalışanları aracılığıyla sağlık bilgilerini arzu ettikleri kuruluşlarla hiçbir engele uğramadan paylaşmasına imkan sağlayan aynı zaman da bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili farkındalık ve bilinç düzeyini olumlu etkileyen bir iletişim alanıdır (Hoşgör, 2014: 50). Sağlık iletişimi, sağlık alanında kitlelerin bilinçlendirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması, oluşmadan önceki aşamada hastalıkların önüne geçilmesi, oluştuktan sonra ise bununla başa çıkma yollarının tespiti ve sürecin doğru şekilde yönetilmesi gibi açılardan bireysel, toplumsal ve kurumsal boyutlara sahiptir (Hülür, 2016: 156). Bu boyutlar açısından bakıldığında sağlık iletişimi içerisinde hem bireysel iletişimi hem de kurumsal iletişimi bulundurmaktadır. Bireysel iletişim kapsamında hastaların sağlık personeli ile, sağlık çalışanlarının da birbirleri ile olan iletişim süreçleri yer alır. Kurumsal yönden ise sağlık iletişimi, sağlık kurumunun çalışanlarla ve hastalarla olan ilişki sürecini izlerken aynı zamanda kurumu topluma anlatmaya, verilen mesajların etkinliğini ölçmeye ve uygun yöntemlerle süreci kontrol altında tutmaya çalışmaktadır.

Genel anlamda bakıldığında sağlık iletişimi insanların sağlık sorunları, çözümleri ve önlemleri ile ilgili bilgi sahibi olması için kullanılan bir sistem olarak görülebilir ancak sağlık iletişimi birçok alt iletişim dalıyla iç içe hareket eder ve bu nedenle farklı düzeylerde algılanabilir. Bununla birlikte sağlık iletişimi çevresel bozulma veya sağlık hizmetlerine erişim gibi sağlıkla ilgili sistemsel sorunları değiştiremez ancak sağlık iletişimi programları ile sağlık ve stratejilerine katkıda bulunan tüm faktörlerin araştırılmasında kullanılabilmektedir (Thomas, 2006: 3). Sağlık iletişimi tek başına sağlık politikalarını değiştirmek konusunda yeterli olmasa da toplumla olan iletişimi sağlayan, yetkililerin dikkatini sağlığa ilişkin konular üzerine çekebilecek, hedef kitlenin sağlık konularına odaklanmasını sağlayan bir iletişim alanıdır.

Sağlık iletişimi disiplini, sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi, biyomedikal iletişim, davranışsal tıp, davranışsal sağlık ve tıbbı iletişim gibi yeni ortaya çıkan disiplinlerle birlikte gelişim göstermektedir. Aynı zamanda tıp, halk sağlığı, sağlık eğitimi, sosyal çalışma, sosyoloji, psikoloji gibi profesyonel alanlarla da bağlantılı olan sağlık iletişimi, sağlık bilgi ve hizmetlerinin yayılması ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışların geliştirilmesi süreçlerinde yer almaktadır (Tabak, 2003: 30). Sağlık iletişimi çabaları; sağlık iletişimi mesajlarında yer alan bilgi ve önerilerin, ulaşılması hedeflenen kitlelerin tüm üyelerince tam olarak anlaşılabilmesini sağlamakla ilgilenmektedir (Guttman, 2003: 655). Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık iletişimi, sağlık kuruluşlarının mesajlarını ve projelerini topluma aktarmak açısından kurumsal

iletişim alanıyla birlikte hareket eder ancak bu durum sağlık hizmetleri pazarlaması ile karıştırılmamalıdır.

Pazarlama, insan ihtiyaçları ile var olan bir kavramdır. İnsanların geçirdiği değişim, yakaladığı yaşam standardı ve teknolojinin sunduğu imkanlara paralel olarak değişmekte ve gelişmektedir (Bozkurt, 2007: 19). Sağlık hizmetleri pazarlaması öncelikle sağlık kuruluşunun ve hizmetlerinin pazarlanmasıdır ve hastalar müşteri olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin pazarlaması 1980'li yıllardan sonra uygulanmaya başlayan bir disiplin olmuştur (Karaçor ve Arkan, 2014: 92). Sağlık hizmetinin üretildiği özel sağlık kuruluşlarının hızla artması ve müşteri memnuniyetinin öncelik olduğu düşüncesinin özel sağlık kuruluşlarında hakim olması kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında da kaygıyı ve rekabeti artırmış ve pazarlama sağlık hizmetlerinde önemli bir hale gelmiştir (Öz ve Uyar, 2014: 124). Sağlık hizmetlerinin pazarlanması, doktorlar ve farklı büyüklükteki sağlık işletmelerinin finansal başarısı için önemlidir. Geçmişte sağlık hizmetleri sunanlar tarafından reklam vermekle bir tutulan pazarlama, reklam yapmaktan, hasta ihtiyaçlarına anlayışlı bir yaklaşıma dönüşmüştür (Erdem, 2007: 78). Sağlık hizmetlerinin pazarlanması konusunda en sık çalışma yapan kuruluşlara örnek olarak sigorta şirketleri gösterilebilir, bu şirketler tüketicileri tarafından tercih edilmek adına seçilen poliçeler gereği hastaların elde edecekleri yararları anlatmak için pazarlama faaliyetlerini kullanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin pazarlanması sağlık ürünlerini ve hizmetlerini tüketici rolündeki hastalara satmayı amaçlar iken sağlık iletişimi faaliyetleri hastalıklar hakkında bilgi vermeyi ve koruyucu önlemleri hedef kitle ile paylaşmayı amaçlamaktadır. Bir diğer farklılık ise sağlık hizmetlerinin pazarlamasının kar elde etme motivasyonudur.

Tüm sağlık kuruluşları gelişen tüketici istekleri ve hastaların bilinçlenmesi ile birlikte pazarlama faaliyetlerine ihtiyaç duymaktadır. Ancak bu noktada üzerinde durulması gereken nokta sağlığın kendine has özellikleri olan bir hizmet alanı olduğudur (Çınarlı, 2008: 40). Sağlık iletişiminin diğer iletişim disiplinleriyle ortak olan birçok özelliği olmasına rağmen kendine özgü özelliklerle bu disiplinlerden ayrıldığı noktalar da vardır. Sağlık iletişimindeki en ayırt edici farklılıklardan birisi, teori ile pratiğin eş zamanlı olarak birbirini etkilemesi ve birbirleriyle bir döngü içerisinde hareket etmeleridir. Sağlık iletişiminin ikinci ayırt edici karakteristik özelliği ise bilimsel ve hümanistik varsayımlar, değerler, beklentiler ve sınırlamaların arasında belirgin gerginliklerin bulunmasıdır. Sağlık iletişiminin üçüncü karakteristik farkı ise yapısal özelliklerinin ve ortak noktaların arasında belirgin vurguların bulunmasıdır. Bu gerilimler sağlık iletişimi sürecindeki öznelleşme ve özdeşleşme çabalarının zorluğunu yansıtmaktadırlar (Babrow ve Mattson, 2003: 38 – 43). Sağlık iletişimi alanında teori ve pratiğin iç içe hareket ettiğinin farkına varılması, sağlık iletişimi disipliniyle ilgili ortaya

konan teorilerin hangi konuları vurguladığının anlaşılabilmesi, sağlık iletişimi disiplinin diğer disiplinlerle olan farklılarının ayırt edilmesi açısından önem arz etmektedir.

Sağlık iletişimi ile ilgili çalışmaları bulunan araştırmacılar sağlık iletişiminin farklı düzeylerde gerçekleştiğini savunurlar. Bu düzeylerle ilgili sıralama oluşturan araştırmacılardan biri olan Kreps'e göre (2003) sağlık iletişimi araştırmasının düzeyleri kişinin kendi zihninde oluşan, kişiler arası, grup, kurumsal ve toplumsal olarak kategorize edilmiştir (Okay, 2012: 11).

Kreps'in ortaya attığı sağlık iletişimi düzeyleri ise şu şekilde açıklanabilmektedir (2003: 355 – 356);

- Kişinin kendi içinde oluşan sağlık sorgusu: Sağlık hizmetlerini etkileyen, sağlıkla ilgili inanç, tutum ve değerlerin içsel ve psikolojik süreçlerini inceleyen psikolojik bir bakış açısını ifade etmektedir.

- Kişilerarası sağlık iletişimi sorgusu: İletişimin sağlık hizmetleri ilişkilerinin gelişimini ve ilişkisel iletişimin sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini incelemektedir. Doktor – hasta ilişkisi, kişilerarası sağlık iletişimi araştırmasının popüler bir alanını oluşturmuştur.

- Grup sağlık iletişimi sorgusu: Sağlık hizmeti takımları, destek grupları, etnik komiteler ve aileler gibi kolektif üyelerin birbiriyle bağlantılı koordinasyonu içerisindeki rollerini incelemektedir. Bu araştırmanın nedeni grup üyelerinin önemli sağlık kararlarını alma noktasında daha fazla enformasyona ihtiyaç duymaları ve birbirleriyle sağlık bilgilerini paylaşmalarıdır. Sağlık hizmet ve teknolojilerinin uzmanlaşması artış gösterirken, sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık ekiplerine olan bağımlılık artmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayıcılarının bilgi paylaşımında bulunmayı ve grup üyelerini koordine etmeyi öğrenmeleri gerekmektedir.

- Örgütsel sağlık iletişimi sorgusu: Sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde ele alınmasını ve ilgili sağlık risklerinin önlenmesini mümkün kılmak için, karşılıklı bağımlı grupların koordinasyonunda iletişimin kullanımını, farklı uzmanların harekete geçirilmesini ve karmaşık sağlık hizmetleri sistemleri ile ilgili bilgilerin paylaşılmasını inceler. Aynı zamanda sağlık bilgilerinin paylaşımını da içermektedir.

- Toplumsal sağlık iletişimi sorgusu: Sağlık hizmetinin kültürel etkilerini, çeşitli medya aracılığıyla geniş izleyici kitlelerine iletilen sağlık bilgilerinin üretilmesini, yaygınlaştırılmasını ve kullanımını incelemektedir. Sağlık bakım hizmetleri ve sağlık eğitimi konusunda bilgi vermektedir.

Kreps tarafından sağlık iletişiminin gerçekleşme düzeylerine ilişkin sınıflandırma dikkate alındığında sağlık iletişiminin kişinin içsel sorgusunu kapsayan mikro boyuttan, toplumsal iletişimi kapsayan daha geniş bir boyuta kadar oldukça geniş kapsamlı bir yapıya sahip olduğu dikkat çekmektedir.

Sağlık iletişiminin diğer iletişim disiplinleriyle olan ilişkisi farklı düzeylerde tanımlanmasını ortaya çıkarsa da genel olarak bakıldığında; sağlık iletişimi, toplumun sağlıkla ilgili konularda duyarlılığını artırmayı ve en temel sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılmasını hedefleyen bir iletişim tekniğidir (Erbaydar, 2003: 47). Sağlık iletişimi geçmişten günümüze farklı açılardan algılanmış ve zamanla daha önemli hale gelmiştir. Bu nedenle sağlık iletişiminin günümüzdeki kapsamının daha iyi anlaşılabilmesi için tarihsel süreçte ne şekilde bir gelişim gösterdiğinin incelenmesi gereklilik taşımaktadır.

1.3. Sağlık İletişiminin Tarihsel Gelişimi

Günümüzde sağlık kuruluşlarının dünyanın her yerinde önemli bir konuma gelmiş olması ve özel sağlık kuruluşlarının kazançlı birer iş alanına dönüşmesi sağlık iletişimine verilen önemin son zamanlarda artmasını sağlamıştır; ancak sağlık iletişimi aslında çok eski tarihlerden beri hayatımızda yer almaktadır. Bunun nedeni sağlığın insanın var oluşundan itibaren hayatımızdaki en önemli kavramlardan biri olmasıdır. Sağlık iletişimi, 1971'de Ulusal Kanser Enstitüsü'ne (National Cancer Institute) bağlı Birleşik Devletler Kanser Enformasyon Servisi'nin (CIS-Cancer Information Service) yapmış olduğu çalışmalarla ortaya çıkmış bir disiplindir. Kanser Enformasyon Servisi, uzun yıllar yürütmüş olduğu çalışmalarla kanser hastalığının nedenleri, önlenmesi ve tedavisi noktasında iletişim stratejilerini kullanarak toplumu, bilim adamlarını, doktorları ve diğer sağlık profesyonellerini, bilgilendirmeyi hedeflemiştir. Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Kanser Enformasyon Servisi aracılığıyla başlatmış olduğu çalışmalar günümüzde yeni teknolojik gelişmeler ve geliştirilen sağlık iletişimi stratejilerini de kullanarak devam etmektedir (Ratzan,1998: 3).

Her ne kadar sağlık iletişiminin bir iletişim disiplini olarak değer görmesi ve konuyla ilgili çalışmaların önem kazanarak yaygınlaşması 1970'li yıllarda gerçekleşmiş olsa da temeli çok daha eski zamanlara dayanmaktadır. Hastalık ve tedavi kavramlarının var oluşu ile birlikte hastaların sağlık durumuyla ilgili bilgi vermek, hastalıkları engellemek için uyulması gereken önlemleri anlatmak vb. durumlar her zaman önemli olmuştur. Tıbbın henüz gelişmediği ve bazı hastalıkların tıp bilimiyle açıklanamadığı yıllarda bile sağlık iletişimi kendini kişilerarası iletişim yöntemi olan yüz yüze konuşma türünde göstermiştir, ancak önceleri din adamlarının sağlık konusundaki baskınlığı sonrasında da doktor sayısının az

olmasından kaynaklı olarak doktora karşı saygıyla karışık korku duyma faktörü yüzünden hastalardan etkili geri dönüşler alınamamıştır.

18. ve 19. yüzyıllarda tıbbın sanattan bilime dönüştüğü, böylece bilimin popülerliği ile birlikte hekimlerin de toplumdaki seçkin konumlarını pekiştirdikleri iddia edilmektedir (Güvercin, 2007: 59). Doktor sayısının az olduğu ve tedavi yöntemlerinin kısıtlı olduğu dönemlerde hastaya durumunu anlatmak için kullanılan sağlık iletişimi; hastaların bilinçlenmesi, doktor ve tedavi imkanlarının artışı ile birlikte hasta konumunda olan bireye daha fazla özgürlük tanıyarak gelişimini sürdürmüştür. Sağlık iletişiminin gelişimi de tıbbi gelişmeler, teknolojik gelişmeler, toplumun gelişmişlik düzeyi ile etkileşim içine girerek hız kazanmıştır. Son yıllarda ciddi hastalıkların yaygınlaşması ve toplum adına tehlike arz ettikleri bilincine varılması da sağlık iletişiminin önem kazanmasında etkili olmuştur.

Sağlık iletişimi konusunda çalışmalar yapan araştırmacılar açısından sağlık iletişimi gelişimini etkileyen birden çok faktör vardır. Bu araştırmacılardan Thomas'a göre (2006: 41-43), sağlık iletişimini etkileyen faktörler şu şekildedir;

- Yeni tıbbı model: Bilimsel tıbbın gelişimi ile hastalıkların teşhis ve tedavisinde çok sayıda yeni yöntemler geliştirilmiştir. Bu gelişimle birlikte kişisel duygular geri planda kalmıştır. Bu nedenle hekimler hasta ve yakınları ile tıbbi jargonu kullanarak konuşmaya başlamıştır. Bu durum hekim – hasta etkileşiminin gerilemesine neden olmuştur.

- Tüketimin yükselmesi: Bir önceki yaklaşıma tepki olarak tüketicilik hareketi ortaya çıkmıştır. Bu hareket kısmen sağlık hizmetlerinin doğası hakkındaki bilginin büyümesini ve etkinliğini yansıtmaktadır; sağlık sistemi ve işleyişi hakkında eleştirilere neden olmuştur. İletişimin başarısızlığa uğramasının nedeni olarak hekimler ve sağlık sistemi gösterilmiş, hekimlerin hasta ile iletişim kuramama nedeni olarak da hastaların sorunları ile ilgili entelektüel bir şekilde konuşamamaları öne sürülmüştür. Bu durum hastaların hekimlerle iletişim kurmaktan çekinmelerine neden olmuştur.

- Sağlık hizmetlerinde ayrım yapılması: Tıbbi profesyonellerin iletişim tarzlarındaki değişiklikler toplumdaki değişik gruplar arasında sağlık durumu, sağlık davranışı ve davranışın tarzına yönelik ayrımların gerçekleşmesine neden olmuştur. Bu ayrımların ortaya çıkma nedeni taraflar arasında sosyo – ekonomik alt yapı farklılıklarının bulunmasıdır. Bu faktörün etkileri günümüzde de halen devam etmektedir.

- Önleyici tedavinin ortaya çıkışı: Yirminci yüzyılın son çeyreğinde etkili olan eğilim sağlık konusunda önleyiciliğin, tedaviden daha önemli bir rol oynayabileceğine işaret etmiştir. Önleyici tedbirlerin öneminin anlaşılmasıyla birlikte ortaya çıkan pazar beraberinde sağlık kuruluşlarını iletişime geçme konusunda daha aktif hale getirmiştir.

- Sağlık hizmetinde pazarlamanın kabul edilmesi: Resmi sağlık iletişiminin yaygınlaşmasında önemli bir katkı yapan bir husus da, pazarlamanın sağlık hizmeti sistemiyle birleştirilmesi olmuştur. Pazarlama tüketiciye ulaşmak için birçok farklı teknik kullanır. Bu teknikler tüketiciye ulaşmak ve iletişimi sağlamak açısından oldukça etkili olmaktadır.

Sağlık iletişimine tarihsel gelişim sürecinde güç kazandıran alanla ilişkili bazı gelişmeler ise şu şekildedir (Çınarlı, 2008: 42);

- İletişim çalışmalarının bir disiplin haline gelmesi

- İnsan davranışı ve ilişkileri hakkındaki araştırmaların gelişmesi

- Global olarak sağlık ve insani hizmetlerin eylem araştırmalarının gelişmesi

- Üniversitelerde kamu sağlığı bölümlerinin çoğalması

- Gündem yaratma ve hastalıkları önleme programlarının kar amacı gütmeyen kuruluşlarca ele alınması

- Hedefe yönelik sağlığın geliştirilmesi kampanyalarında büyük bir artışın ortaya çıkması olarak sıralanabilir.

Tarihsel gelişimine etki eden faktörler göz önüne alındığında sağlık iletişiminin, sağlık bilincine sahip bir toplum oluşturulmasında önemli bir rolü olduğu anlaşılabilmektedir. Bu gelişim sürecinde etkileşim içerisine girdiği tüm disiplinler ve toplumsal olgulardan etkilenerek içeriğini genişleten sağlık iletişimi disiplini günümüz şartlarında sağlık sektörü için vazgeçilmez bir hale gelmiştir.

1.3.1. Dünya'da Sağlık İletişiminin Gelişimi

Dünyada sağlık iletişiminin gelişimi tıp biliminin uygulandığı eski uygarlıklara kadar götürülebilmektedir. Mısır ve Antik Yunan uygarlıkları dünyada tıbbın gelişimi açısından ön plana çıkan uygarlıklar olduğundan sağlık iletişimi ile de bağlantılandırılmaları mümkün olabilmektedir. Sağlık iletişiminin dünyada bir disiplin olarak ortaya çıkışı ve uygulamaya aktarılmasında ise Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çabalardan bahsedilebilmektedir.

Tıp biliminin ortaya çıkmasının temeli eski uygarlıklardır, bu uygarlıklardan en önemlileri Mısır ve Eski Yunan uygarlığıdır. Hipokrat'ın tıp bilimine sağladığı katkılar Avrupa uygarlıklarında uzun süre yol gösterici olmuştur. Sağlık iletişiminin gelişimi ilk kez bir iletişim disiplini olarak kabul edip uygulamaya başlayan Amerika açısından incelenecek olursa; Amerikalılar tarafından sağlık 2. Dünya Savaşı'na kadar bir değer olarak görülmemiştir.

Savaşın devam ettiği yıllarda kişisel sağlığın bir sorun haline gelmeye başlamasıyla birlikte Amerika halkının aklında sağlık hizmetlerinin yeterli bir biçimde sağlanması gerekliliği önemli bir konu halini almış ve sağlık, Amerikalılar için yirminci yüzyılın son çeyreğinde bir takıntı haline gelmiştir (Thomas, 2006: 39). Sağlık kavramına gereken önemin verilmeye başlamasıyla sağlık iletişimi çalışmalarına ihtiyaç duyulmuş ve alanda yapılan çalışmalar başlamıştır. Sağlık iletişiminin günümüzdeki gelişimine fayda sağlayan makale ve çalışmalardan bazıları şunlardır (Kaya, 2014: 8-9):

- 1979 yılında hasta - hekim iletişiminde araştırma, eğitim ve mesleki standartlar geliştirmek amacıyla "The American Academy on Physician and Patient" kurulmuştur.

- 1984 yılında sağlık iletişimi alanında Kreps ve Thornton (1984), Sharf (1984) ve Northhouse ve Northhouse (1985) kitaplar yayımlamaya başlamıştır.

- 1989 yılında sağlık iletişimi alanında ilk hakemli dergi yayımlanmıştır.

- 1995 yılında sağlık iletişimi alanında lisans ve lisansüstü programlar açılmıştır (Tuft University, Emerson College).

- 2004 yılında sağlık tanıtım çabalarını desteklemek, iletişim araştırmalarını teşvik etmek ve yürütmek için Ulusal Sağlık Pazarlaması Merkezi (NCHM) kurulmuştur.

- 2007 yılında George Mason Üniversitesi İletişim Bölümü'nde sağlık iletişimi ile ilgili ilk doktora programı açılmıştır.

Bu çalışmalar sonucunda sağlık iletişimi bilimsel olarak kabul görmüş bir iletişim disiplini olarak yerini sağlamlaştırmış ve kurumların sağlık iletişimine kurumsal olarak kullanabilecekleri bir iletişim biçimi olarak yaklaşmasının önü açılmıştır. Sağlık iletişiminin bu açılardan değerlendirilebilecek gelişimi yalnızca Amerika'da meydana gelmemiştir. Aynı zamanda dünyanın dört bir yanından Birleşik Krallık, Asya, Yeni Zelanda, Avusturalya, Doğu Avrupa ve İskandinavya gibi ülkelerden araştırmacıların çalışmalarında da sağlık iletişimi alanına yönelik araştırmalar görülmüştür. European Association For Communication ve Healthcare gibi organizasyonlar Patient Education And Counseling dergisini hala yayınlamaktadır (Çanak, 2015: 25).

Sağlıklı olmak belli belirsiz bir öneme sahip iken gelişen tıbbi alan ve bilinçlenen sağlık hizmeti tüketicisi ile son derece önemli bir hale gelmiştir. Hastalık önleyici tedbirlerin artması bu tedbirlerin insanlara ulaştırılabilmesi iletişimi vazgeçilmez bir faktör konumuna getirmektedir. Sağlık iletişiminin, iletişimin birçok alt alanı ile olan yakın ilişkisi sayesinde diğer iletişim alanlarında çalışan araştırmacılar da sağlık iletişimine gereken önemi vermeye başlamış, dünyada sağlık iletişimi ile ilgili literatür gittikçe genişlemiştir. Son yıllarda önem

kazanmış olan sağlıklı yaşama ve sağlıklı beslenme konuları bir popüler kültür öğesi haline gelmiştir. Sağlık iletişimi çalışmalarına verilen önem ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile orantılı şekilde ilerlediği söylenebilmekte, sağlık sektörünün bir pazar haline gelmesiyle birlikte sağlık iletişiminden faydalanmak isteyen kurum ve kişi sayısının önümüzdeki yıllarda yaygınlaşacağı öngörülebilmektedir.

1.3.2. Türkiye'de Sağlık İletişiminin Gelişimi

Sağlık iletişimi, dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda ön plana çıkan bir disiplin olarak hem akademik çalışmalar açısından hem de uygulamalar açısından ilgi uyandırmaktadır.

Sağlık iletişimi ülkemizde son yıllarda gelişmeye başlamıştır. Türkiye'de yapılan sağlık iletişimi çalışmaları kamu kurumları tarafından genellikle hastalık önleme tedbirleri hakkında topluma mesaj vermek amacıyla kullanılmaktadır. Sağlık iletişimi, sosyal sorumluluk çalışmalarına konu olan önemli bir uygulama alanı olarak dikkat çekmektedir (Akım, 2010: 7). Bunun yanı sıra ülkemizde sağlık iletişimi ve medya üzerine üretilen akademik çalışmalar da dikkat çekmektedir. Sağlık iletişimi ve medya konulu tezlerin özellikle internetin yaygınlaşması ve bilgi teknolojilerindeki gelişimin etkisiyle son 10 yılda giderek daha da arttığı, bu tezlerin konularının da ağırlıklı olarak internetle ilişkili olduğu söylenebilmektedir (Ayaz ve Ayaz: 2017: 165 – 166).

Sağlık iletişimi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gelişmişlik düzeyinden, teknolojik ve tıbbi yeniliklerden ve sağlık sisteminden etkilenmektedir. Sağlık iletişimi dersleri Türkiye'de son yıllarda İstanbul Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Trakya Üniversitesi gibi bazı üniversitelerin iletişim fakültelerinde seçmeli ders olarak eğitim müfredatına eklenmiştir.

2011 yılında Türkiye'de sağlık iletişimi alanında uzmanlaşmış ajansların bir araya gelmesiyle Sağlık İletişimi Ajansları Platformu (SİAP) kurulmuştur. 24 ajanstan oluşan bu platform, kurum - marka iletişimi, proje geliştirilmesi ve yönetimi ya da farkındalık kampanyaları gibi sağlık iletişimi alanındaki tüm hizmetlerin gerçekleştirilmesinde rol oynamakta ve iş standartlarının yükseltilmesini sağlamak adına çalışmalar yapmaktadır(http://siap-tr.org/).

Sağlık iletişimi, ülke genelinde sağlıkla ilgili haberlerin ve enformasyonun iletilmesi, sağlık kampanyalarının yürütülmesi, sağlık eğitimi faaliyetleri dâhilinde ele alınmakta, ancak uygulamada iletişim uzmanlarıyla iş birliğine çok ender gidilmektedir (Çınarlı, 2008: 48). Ülkemizde sağlık iletişiminin gelişimini daha yakından inceleyebilmek için kurumsal boyut üzerine odaklanılması önem taşımakta ve bu bağlamda da kamu sektöründe kurumlarında

özel sektör kuruluşlarında sağlık iletişimi uygulamalarını daha detaylı incelemekte yarar bulunmaktadır.

1.3.2.1. Kamu Sektöründe Sağlık İletişimi

Türkiye'de sağlık iletişiminin gelişiminde Sağlık Bakanlığı'nın ön plana çıkması nedeniyle kamu sektörünün sağlık iletişiminin gelişimi ve uygulamaya aktarılmasında önemli bir rol oynadığı dikkat çekmektedir.

Sağlık iletişiminin yönetimi ülkemizde çoğunlukla Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü teşkilat yapısında Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı yer almaktadır. Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı, bireylerde ve toplumda sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili davranış değişikliği oluşturmak için tüm sağlık iletişimi uygulama ve faaliyetlerini planlama, yürütme ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumludur (Çınarlı, 2008: 48). Günümüzde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından planlanan ve uygulamaya aktarılan dumansız hava sahasını destekleyen, obeziteyle mücadeleye odaklanan kampanyaların kamu kurumu olarak Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen sağlık iletişimi kampanyaları olarak ön plana çıktığı görülmektedir. Söz konusu sağlık iletişimi kampanyaları da dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na ait pek çok kampanya mesajının hedef kitlelere kamu spotları aracılığıyla ulaştırıldığı görülmektedir.

Hastalık önleyici tedbirler ve hastalıkla ilgili yapılacak bilgilendirmeler için sağlık iletişimi kapsamında genelde kamu spotları kullanılmaktadır. Bireyleri tutum ve davranış değişikliklerine teşvik etmek, bilgilendirmek, toplum sağlığını eğitmek ve bilinçlendirmek amaçlarını taşıyan kamu spotları, belirli aralıklar ile yayınlanmaktadır. Kamu spotlarının sağlık iletişimi kapsamında başarı ile kullanılması farkındalık yaratarak bireylerin algılarını değiştirebilmektedir (Fidan ve Yetiş, 2018: 175). Genel toplum düzeyinde sağlık iletişimi, toplumun sağlıkla ilgili konularda duyarlılığını artırmayı ve en temel sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılmasını hedefler, sağlık iletişimi çalışmaları kimi zaman bilgilendirmeye ve davranış değişikliğine de yönelik olabilir (Erbaydar, 2003: 47). Günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen kampanyaların hedef kitleleri sağlıkla ilişkili konulara yönelik bilgilendirmesi ya da davranış değişikliğine yönlendirmesi için kamu spotlarının etkili yöntemler olduğu düşünülmektedir.

Kamu sektöründe sağlık iletişimi anlayışı kapsamında kamu hastanelerinin sağlık iletişimine ne şekilde yaklaştıkları ve uygulamaya ne şekilde aktardıklarının da

değerlendirilmesi gereklilik taşımaktadır. Günümüzde sağlık iletişiminin kamu hastanelerinde de ön plana çıkan bir uygulama alanı olduğu dikkat çekmektedir. Kamu hastanelerinde sağlık iletişiminin gerçekleştirilmesi sürecinde tüm iletişim faaliyetlerinin formal olarak hekim ve hasta hakları çerçevesinde ilerlemesi gündeme gelmektedir. Kamu hastanelerinde sağlık iletişimi hastayı bilgilendirmek, sağlığı geliştirmek ve doktor – hasta, hasta – sağlık personeli ilişkisini düzenlemek adına kullanılmaktadır. Kamu hastanelerinde sağlık iletişimi çalışmaları özel hastanelere göre daha az kullanılmaktadır; ancak kamu kuruluşları hastalarından kar elde etme amacı gütmediği için gerçekleştirilen sağlık iletişimi sürecinin karmaşık hale gelmesi ihtimalinin daha düşük olabileceği söylenebilmektedir. Günümüzde hastaların bilinçlenmesi ve değişen toplumsal beklentiler nedeniyle kamu hastanelerinde de sağlık iletişimi süreçlerinin stratejik biçimde yönetilmesi önem taşımaya başlamıştır.

Yönetim anlayışında yaşanan değişimler sağlık sektörünü de etkilemiş; tüm tüketiciler gibi sağlık hizmeti alıcılarının da istek ve beklentileri de artmıştır (Yurdakul, Coşkun ve Öksüz, 2007: 42). Bu sebeple son yıllarda hasta haklarına daha fazla önem gösterilmeye başlanmış, kamu kuruluşlarında hastaların sağlık kuruluşları ve personeline ilişkin şikayetlerini rahatlıkla bildirmesi ve hızlı bir şekilde sonuç alabilmeleri adına devlet tarafından büyük titizlikle incelenen (Sağlık Hizmetleri Şikayet Hattı Alo 184 gibi) şikayet platformları oluşturulmuştur (http://istanbulism.saglik.gov.tr). Bu platformların oluşturulması gerekliliği, özel sektörde faaliyet gösteren sağlık kuruluşları kadar kamu hastanelerinde de sağlık iletişimine özen göstermesi zorunluluğuna işaret etmektedir.

1.3.2.2. Özel Sektörde Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi çalışmaları özel sektörde faaliyet gösteren sağlık kuruluşları tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Özel sağlık kurumlarında genel olarak hasta bir müşteri olarak görülmektedir ve özel sağlık kuruluşlarının esas amacı kar elde etmek olduğundan sağlık iletişimi çalışmalarını, pazarlama faaliyetleri ile birbirinden ayırmak zor hale gelmiştir. Ülkemizde kar amacı gütmeyen ilk özel sağlık kuruluşu ‘’1920 yılında kurulan bugünkü Vehbi Koç Amerikan Hastanesi’dir.’’ Aynı zamanda ‘’1937 yılında dispanser olarak kurulan Esnaf Hastanesi’’ de ülkemizde kurulan özel hastanelerdendir. Günümüz koşullarındaki özel hastaneler gibi kar amacı güden ‘’ilk özel hastane ise 1990 yılında İstanbul’da kurulan International Hospital olmuştur’’ (Okay, 2012: 19).

Yüksek ücretlerin ödendiği ve kaliteli hekimlerin hizmet verdiği yerler olarak anılan özel hastaneler, günümüzde hemen herkesin faydalanabileceği sağlık kurumları haline gelmiştir. Türkiye’de özel hastanelerin ve bunlara başvuran hastaların sayısı sürekli artmasına karşın hizmet kaliteleri hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır (Demirer ve Bülbül,

2014: 99). Bu nedenle özel sağlık kuruluşları rakiplerinden farklılaşmak adına tüm iletişim çalışmalarını etkin bir şekilde kullanmaya başlamıştır. Özel sağlık kuruluşları hastalıkların önlenmesi, var olan hastalıkların tedavisi gibi konulara önem vermekle birlikte medikal turizm alanında da kapsamlı çalışmalar yapmaktadır.

Türkiye'de medikal turizm son yıllarda özel hastanelerin bu konuya el atması ile hareketlenmiştir. A sınıfı özel hastaneler başta olmak üzere birçok hastane dünya çapındaki medikal turizm fuarlarına katılmaya başlamış ve hastalara daha iyi hizmet vermek adına "Yabancı Hasta Departmanları" kurmuştur (Özsarı ve Karatana, 2013: 141). Bu gelişmelerle birlikte özel hastaneler iletişim çalışmalarına hız vermiştir. Ülkemiz estetik alanında bir sektör haline gelmiş ve yabancı ülkelerden gelen hastalar tarafından büyük ilgi görmüştür. Bu nedenlerle özel sağlık kuruluşları da sağlık iletişimi çalışmalarını uygularken daha fazla ''müşteri'' odaklı düşünmeye başlamışlardır. Ülkemizde özel sektör kuruluşları açısından sağlık iletişiminin gelişimi özellikle kurumsal sosyal sorumluluk anlayışının benimsenmesi ile de bağlantılı biçimde ele alınabilmektedir.

Sosyal sorumluluk anlayışı sağlık sektöründeki iletişime yönelik çalışmalarda daha da yoğun olarak ortaya çıkmakta ve toplumsal sağlığın birlikte iyileştirilmesini amaçlayan bir eşgüdüm yaratmaktadır (Çöklü, 2002: 53). Özel hastaneler itibar kazanmak ve hedef kitlesinde olumlu bir imaj yaratmak adına sosyal sorumluluk kampanyalarına da büyük önem vermektedir. Özel hastanelerin sağlık iletişimi yaklaşımı değerlendirildiğinde, hekim – hasta ilişkisi ve iletişim süreçlerinin de olumlu yönde yürütülmesine dikkat edildiği gözlenmekte; özellikle ilişkinin olumlu seyretmesi için hekimlerin hastalara ayırdıkları sürenin özel hastanelerde daha uzun olduğu dikkat çekmektedir.

Hekimlerle olan görüşme süreleri uzadıkça hastaların hekimlerin davranış şekilleri hakkındaki değerlendirmelerinin daha olumlu hale geldiği görülmüştür (Gezergün vd., 2006: 137). Özel hastanelerde hekimlerin hastalara daha fazla vakit ayrılabildiği göz önüne alındığında; özel hastanelerdeki doktor – hasta ilişkileri ve özel hastanelerin sağlık personellerinin hastalarla kurduğu ilişkiler daha olumlu ilerleyebilmektedir.

Ülkemizde kamu hastanelerinde ve özel hastanelerdeki sağlık iletişimi yaklaşımı değerlendirildiğinde, halkla ilişkiler departmanının organizasyon şemasındaki konumlanışından kaynaklanan bir farklılığın bulunduğu da söylenebilmektedir.

Ülkemizde özellikle kamu hastanelerinde halkla ilişkiler işlevi hastane yönetimi organizasyonu içinde gerektiği konumda bulunmamakta, halkla ilişkiler mesleği gerekli eğitimi almamış çalışanlar tarafından yürütülmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının sağlık iletişimi faaliyetlerini ise kurumsal iletişim veya halkla ilişkiler departmanları çoğunlukla

alanında uzman kişilerle birlikte yönetmektedir; ancak bazı özel hastane yönetimlerinde de halkla ilişkiler birimlerinin yapılanmasının modern hastane yönetiminden beklenen şekilde olmadığı görülebilmektedir (Yurdakul, Coşkun ve Öksüz, 2007: 33-34). Özellikle kurumsal boyutta ele alındığında sağlık hizmeti sunma fonksiyonuna sahip gerek kamu, gerekse özel hastanelerin başarılı bir sağlık iletişimi gerçekleştirebilmesi için sağlık iletişimini yönetmekten sorumlu halkla ilişkiler departmanlarının organizasyon şemasındaki konumu, departmanda çalışacak uzmanların nitelikleri gibi noktalara özenli bir şekilde yaklaşması gereklilik taşımaktadır.

1.4. Sağlık İletişimi Kapsamında Kişilerarası İletişim ve Örgütsel İletişim

İnsanlar gün boyu iletişim içinde olan sosyal canlılardır. Sağlık iletişiminin en önemli faktörü ise insandır. Sağlık iletişiminin önemli amaçlarından olan hasta ile iletişimi sağlama görevi nedeniyle sağlık sektörü çalışanları hastalarla sürekli kişilerarası iletişim kurmak zorundadır. Sağlık kuruluşlarında hekimlerin diğer sağlık personeli ile, tüm sağlık personellerinin kurum yöneticileri ile iyi ilişkiler geliştirebilmesi için iyi yönetilen bir örgütsel iletişim sürecine ve özellikle de örgütsel iletişimin iç iletişim boyutuna ihtiyaç vardır.

Sağlık iletişiminin, iletişimin alt alanlarıyla iç içe geçmiş bir iletişim disiplini olduğu bilinmektedir. Bu yakın ilişki içinde olunan iletişim alanlarından sağlık iletişimi süreci için en fazla öneme sahip olan iletişim türleri kişilerarası iletişim ve örgütsel iletişimdir. Çünkü sağlık iletişiminin amacını gerçekleştirebilmesi için öncellikle bu iki iletişim sürecinin başarılı olarak ilerlemesi gerekmektedir. Kişilerarası ve örgütsel iletişimi etkileyen bütün faktörler aynı zamanda sağlık iletişimi sürecini de etkilemektedir.

İletişim kavramını genel olarak; içsel iletişim, kişilerarası iletişim, grup/takım iletişimi, halk/kamu iletişimi, örgütsel iletişim, kitlesel iletişim ve kültürlerarası iletişim olarak sınıflandırmak mümkündür (Aziz, 2008: 14). Bu sınıflandırma kapsamında özellikle doktor – hasta ilişkileri, hasta – sağlık personeli ilişkileri dikkate alındığında kişilerarası iletişimin ve sağlık hizmeti sunan kurumların kurum içi ve kurum dışı iletişimleri dikkate alındığında ise, örgütsel iletişimin sağlık iletişimi ile doğrudan bağlantısı olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca içsel iletişim de kişilerarası iletişime etki etmesi ve bireylerin sağlık davranışlarında belirleyici olması nedeniyle sağlık iletişimi ile ilişkilendirilebilmektedir.

İletişim türlerinin gruplandırması yapılırken karşımıza çıkan ilk iletişim düzeyi içsel (kişi içi) iletişimdir. İçsel iletişim olarak da ifade edilen kişi içi iletişim insanların kendi içlerinde birtakım mesajlar üreterek, bunları yorumlaması suretiyle gerçekleşir ve kişilerarası iletişimin gerçekleşebilmesi, ortaya çıkabilmesi için öncelikle kişi içi (içsel) iletişimin gerçekleşmesi

gerekmektedir (Işık, 2000: 32). İnsanların kendi istek ve beklentilerinin tam anlamıyla farkına varması içsel iletişim sayesinde gerçekleşmektedir. Tüm duygularımız, davranışlarımız, deneyimlerimiz iletişim sürecinde bize yol gösterir, bu nedenle iletişim süreci insanlar için kişiseldir. Sağlık iletişimi kapsamında içsel iletişim insanların tedaviye ihtiyaçlarını anlamalarında, şikayetlerinin farkına vararak bunu ifade edebilmelerinde ve tedavi kararlarını almalarında yardımcı olur.

Kişilerarası iletişim ise**;** bir bireyden, diğerine bilgilerin, duygu ve düşüncelerin geçme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu sürecin oluşabilmesi için de iletişimin kurulmuş olması gerekmektedir. Kurulan iletişim, amaç ve hedefler doğrultusunda, etkileşime açık, davranış değişiklikleri yaratma süreci olarak da ifade edilmektedir (Orta, 2009: 19). Genel bir tanımlamayla en az iki kişi arasında gerçekleşen duygu ve düşünceleri, istekleri paylaşma sürecine kişilerarası iletişim denilmektedir. Kişilerarası iletişimde; iletişim sürecindeki ortakların birbirlerini ne şekilde algıladığı, kişilerin birbirleri hakkında ne düşündüğü ilişki tarafları için önem arz etmektedir. Genellikle iletişim süreci bu unsurlar etrafında oluşturulur (Okay 2012: 51) . Kişiler arasında var olan bir iletişimden bahsedebilmek için tarafların bu sürece girmeyi arzu etmeleri, iletişim sürecinde kendilerine verilen rolleri uygun görmeleri, amaçları doğrultusunda ve belli kurallar çerçevesinde hareket etmeleri gerekmektedir (Hoşgör, 2014: 17). Kişilerarası iletişim sürecinde çift yönlü iletişimin bulunmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu iletişim sürecinde taraflar genellikle yüz yüze iletişimde bulunmaktadırlar. Yüz yüze iletişim gerçekleşirken dile getirilen mesajlar kadar kullanılan mimik ve jestlerde etkili olmaktadır. Bu nedenle kişilerarası iletişimin gerçekleşmesinde etkili olan sözlü iletişim, sözsüz iletişim yoluyla mesaj aktarımının ve yazılı iletişimin özelliklerinin incelenmesi önem taşımaktadır.

Bireylerin düşüncelerini, isteklerini, beklentilerini ve deneyimlerini sözlü olarak diğer bireylere iletmesine sözlü iletişim denir. İnsanların birbirlerine ne ifade etmek istedikleri kadar nasıl ifade ettikleri de çok önemlidir. Sözlü iletişim türünde mesajlar konuşarak ya da yazarak verilmektedir. İsteyerek farkında olarak yaptığımız konuşmalara niyet edilmiş dil davranışı denilmektedir. Konuşurken dilimizin sürçmesi ise niyet edilmemiş dil davranışına örnektir (Ertürk 2012: 120). Konuşma gerçekleşirken kullandığımız kelimelerin karşımızdaki bireyin anlayabileceği şekilde olması çok önemlidir. İnsanlar gelen mesajları kendi beklentilerine ve deneyimlerine göre anlamlandırırlar.

İletişimin en önemli öğesi dil olmakla birlikte, sözlü iletişim kendi içinde dil ve dil ötesi olmak üzere iki ayrı bölüme ayrılmaktadır. Kişinin sözleri kadar ses tonu, sesindeki canlılık ve coşku gibi öğeler de dil ötesi öğeler olarak çok büyük önem taşımaktadır (Üstünsel, 2011: 21). Bununla birlikte konuşma sürecinde yapılan bazı hatalar bulunmaktadır.

Bu hatalar; vurgu, tonlama, ritm, duraklama hataları, mahallî söyleyişle konuşma, sesleri hatalı söyleme, kelime hazinesinin yetersizliği ve konuşma sırasında gereksiz vücut hareketleri yapmak olarak sınıflandırılabilmektedir (Uçgun, 2007: 62). Konuşma ritmini karşımızdaki kişinin anlayabileceği şekilde ayarlamamız gerekmektedir. Çok yavaş bir ritimde konuşmanın insanları sıkabileceği gibi, çok hızlı bir ritimle konuşmak da mesajımızın anlaşılamamasına sebep olabilir. Kelimeleri doğru bir biçimde telaffuz etmek anlaşılabilmek açısından çok önemlidir. Konuşma esnasında doğru yerde vurgu yapmak ise konuşmanın etkisini kuvvetlendirmektedir. Konuşma dışında susmak da kişilerarası iletişimde alıcı konumunda bulanan bireye mesaj aktarmayı sağlayan araçlardan biri olarak dikkat çekmektedir.

Çeşitli anlam nüanslarıyla susma, konuşmanın vereceği bilgiyi, ona farklı bir anlatım katarak sunar. Dolayısıyla susma, bazı durumlarda konuşmanın işlevini yüklenebilir. Bu durumda o, bağlam içerisindeki yerine göre değerlendirilir, olumlu veya olumsuz diye ayrılmaz (Hacızade, 2011: 3). Susmanın işlevlerine göre susma tipleri; psikolinguistik susma (dilsel zorunluluklar yüzünden duraklama), kısa süreli susma (noktalama işaretleri vb.), uzun süreli susma (zihinsel süreçlerle ilgili) ve etkileşimsel susmadır. Etkileşimsel susma, kaynak ve alıcı arasındaki etkileşimi temel alır ve dört grupta incelenmektedir (Ertürk, 2012: 121 - 122):

- Karar verme ile ilgili susma; konuşmaya kimin başlayacağına karar verememek gibi durumlarda ortaya çıkar.

- Akıl yürütme ile ilgili susma; alıcının kaynağın söylediklerini anlamasına yönelik gerçekleşen susma türüdür.

- Denetim kurma amacıyla susma; dikkati çekmek ya da otoriteyi sağlamak için gerçekleştirilir.

- Sosyo - kültürel susma; kadınların, gençlerin, çocukların ve düşük statüdekilerin daha az konuşması gerektiği ile ilgili durumlar nedeniyle ortaya çıkan susma türüdür.

Konuşmanın amacını gerçekleştirebilmesi için gereken bazı özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler; konuşma sürecinde bulunan fiziksel öğelerin bilincinde olmak, konuşma gerçekleşmeden önce ilgili konuya hazır bir şekilde konuşmaya başlamak, konuşma sırasında istatistiki ve görsel öğelerden yardım almak ve konuşma vurgu ve tonlamasını iyi ayarlamakla birlikte konuşma sürecinde dinleyicilerle yüz yüze iletişimde bulunmaktır (Hoşgör, 2014: 19).

Bireyler beklentilerini, isteklerini ve şikayetlerini belirtmek adına kendilerini sözlü olarak birçok alanda ifade etmektedirler. Bu alanlardan bir tanesi de sağlık hizmetlerine ulaşımı teşvik eden ve sağlık ilişkilerini konu edinmiş sağlık iletişimi alanıdır. Sağlık iletişimi kapsamında sözlü iletişim gün boyu kullanılmaktadır. Özellikle doktorların hastalara anlayabilecekleri şekilde hastalıklarını ve tedavi sürecini anlatabilmesi doktor – hasta ilişkisinin olumlu yönde ilerlemesine yardımcı olur. Ortak dil kullanımına dikkat etmek sağlık sektörü çalışanlarıyla hastalar arasındaki mesajların doğru anlaşılması açısından oldukça önemlidir. Doktorların hastalarla tıp jargonu kullanarak iletişim kurmaya çalışması sonucunda hastalarda susma işlevi daha fazla görülmektedir. Hasta kendisine söylenen terimlerin çoğunu anlamaz ve akıl yürütmeye çalışır. Bu durumda birçok hastanın da sosyo – kültürel özelliklerine göre soru sormaya çekinmesi veya anlamış gibi yapması da sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Doktor – hasta arasındaki sağlık iletişiminin yüz yüze gerçekleştirilmesi tarafların birbirini anlayıp anlayamadığı konusuna açıklık getirmektedir. Sözlü iletişim sayesinde geri bildirim almak daha kolaydır. Alıcının geribildirimi dikkate alınarak anlaşılmayan bir durum söz konusu olduğunda alıcıya verilen mesaj alıcının düzeyine göre yeniden aktarılabilmektedir. Sözlü iletişimde mesajı alıcıya doğru vermek kadar alıcının da iletişime istekli yaklaşması ve etkin bir dinleme göstermesi çok önemlidir. Etkin dinleme durumu sadece hasta ile doktor arasında değil sağlık sektörü personelleri ile yöneticiler arasında da gerçekleşmelidir.

Sağlık iletişiminde kişilerarası iletişim yazılı iletişim üzerinden de gerçekleşebilmektedir. Yazılı iletişim yazı üzerinden gerçekleştirilen iletişim biçimidir. Dar anlamıyla yazılı iletişim araçları, sadece gazete ve dergileri kapsamaktayken geniş anlamda belirli zamanlarda basılıp, her çeşit haber ve fikri topluma ulaştıran tüm yayın ürünleridir (Erer, 2013: 25). Sağlık iletişiminde doktorların hastalara yönlendirici birtakım tavsiyelerini yazılı olarak sunması, doktorların hastalara reçete yazması ve ilaç kullanımını tarif etmesi şeklinde kişilerarası iletişimin gerçekleşmesini sağlayabilmekte ve de kişilerarası iletişimin dışında yazılı iletişim sağlık yönünden broşürler kullanarak hastalıklarla ilgili bilgilendirme yapmak, hastalık önleme kampanyalarının mesajlarının yazılı olarak verilmesi gibi şekillerde kitle iletişimi amacına dönük olarak da kullanılabilmektedir.

Sağlık iletişimi açısından kişilerarası iletişim aynı zamanda sözsüz iletişim şeklinde de ortaya çıkabilmektedir. Sözsüz iletişim ise jestler, mimikler, beden hareketleri gibi görsel göstergeler üzerinden gerçekleşir ve iletişimin, özellikle de yüz yüze iletişimin önemli bir yönünü oluşturmaktadır. İletişim konusunda çalışmalar yapmış olan Albert Mahrebian'a göre (1971), iletişim süreci gerçekleşirken yüz ifadelerinin %55, ses tonunun %38 ve sözcüklerin %7 gibi ağırlıkları bulunmaktadır. Toplumsal ve sosyal yaşamımıza ·şöyle bir göz atacak olursak, sözsüz iletilerin binlercesini görmek mümkün olacaktır (Özer, 1995: 120). Sözsüz

iletişim gündelik yaşantımızda sık olarak başvurduğumuz bir iletişim türüdür. Bilinçsiz olarak yapılan hareketler bile iletişime katkı sağlar. Başka bir kişiyle göz teması kurmak, yüz ifadelerimiz, yaptığımız mimikler, jestler, beden dilimiz sözsüz iletişimin öğeleridir. Sözsüz iletişim öğeleri sözlü iletişimle birlikte kullanıldığında daha etkin sonuçlar almamıza yardımcı olurlar ancak bu iki iletişim türünün aynı anda kullanımı farklı mesajlar da verebilmektedir. Örneğin karşımızdaki insana sabırla bir şeyler anlatırken gözlerimizi devirmemiz uygun olmayacaktır ya da resmi bir ortamda beden dilimize dikkat etmemiz gerekmektedir. Birbirine tutarsız tepkiler verdiğimizde iletişime geçtiğimiz kişi bizi yanlış değerlendirebilmektedir ve bu durum iletişim sürecinden istediğimiz sonuçları almamıza engel olabilmektedir. Sözsüz iletişim öğelerinin her biri iletişim sürecine katkıda bulunurlar. Bu noktada sözsüz iletişim ile verilmek istenen mesaja uygun olan öğenin kullanımında fayda bulunmaktadır. Sözsüz iletişim sürecinde öğelerin oynadığı rolü anlayabilmek için her bir öğenin sürece olan katkısından bahsetmek gerekmektedir.

Sözsüz iletişimin öğeleri;

- Beden dili; bir durum karşısında bedenin kendi duruşunu kodlayarak sunuşu olarak ifade edilmektedir (Cangil Erişkon, 2004: 71). İlk insanlarda beden dilleri benzer işaret ve davranışları içermekteydi, ancak insanlar çoğalıp toplulukları oluşturduğunda yaşam tarzlarına, alışkanlıklarına ve inançlarına bağlı olarak beden dillerinde kültürel farklılıklar meydana gelmiştir (Kaşıkcı, 2002: 95). İletişime geçtiğimiz kişinin beden dilini doğru yorumlayabilmek çok önemlidir. Bu sayede alıcı verilen mesajı doğru algılar ve beden dili sözlü iletişimle birlikte kullanıldığında verilen mesajların birbirleriyle ne derecede tutarlılık gösterdiğini fark edebilir. Sözsüz iletişim bize sözlü iletişime göre daha fazla şey söyleyebilmektedir, hatta insanların söylemek istemedikleri fikirleri ve ruh hallerini dahi sözsüz iletişimle anlayabiliriz. Bu nedenle beden dili yoruma açık bir iletişim yöntemidir.

Beden dilimizin en belirgin ve en keskin anlamları yüzümüzdedir. Bakar, güler, anlatırız, bazen de bakmaz, gülmez ama yine anlatırız. Bir yüzde yüzlerce anlam gizlidir (Çalışkan ve Yeşil, 2005: 203).Yüz ifadelerimiz bütün duygularımızı yüzümüze yansıtabilmektedir. Bu nedenle iletişim kurarken yüzümüzün de uygun bir ifade içerisinde olması önemlidir, kimi zaman profesyonellik için yüz ifadelerimizi kontrol altında tutmamız gerekmektedir. Karşımızdaki kişiyi dinlediğimizi en iyi ifade edebilme yöntemi göz teması kurmaktır. Göz teması kurmak iletişimde olduğumuz kişiye kendini önemli hissettirir. El ve kol jestlerimiz de duygularımızı yansıttıkları için dikkat edilmesi gereken bir öğedir. Ellerimizi duygu aktarımı açısından kullanma sürecinde karşımızdaki bireyle fiziksel temas kurduğumuz için tokalaşmanın tarzı önem kazanmaktadır.

Tokalaşma, kişinin medeni cesaretini gösterme; ilgi, alaka ve dikkatlerini anlatma girişimidir. Tokalaşma eylemi, tanışma ve güven tesis etme arzusunun başlattığı yakınlaşmanın ve taraflar arasında kurulacak iletişim sürecinin el temasıyla sağlanan ilk aşamasıdır. Tokalaşma sırasında bilek tutma, dirsek kavrama, üst kol kavrama, omuz tutma, kimi durumlarda yakınlık ve samimiyetin göstergesiyken, bazen üstünlük taslamanın ifadesi olarak da kullanılmaktadır (Erol ve Erol, 2015: 94).

Sözsüz iletişimin bir diğer öğesi uzamsal ilişkilerdir. Uzamsal ilişkiler dört alana ayrılmaktadır. Bunlar; özel alan, kişisel alan, sosyal alan ve kamusal alanlardır (Ertürk 2012: 124-125). Mekansal ilişkiler alanları kullanma şeklimizin karşımızdaki kişi veya kişilere ne ifade ettiği ile ilgilidir. Özel alanımıza ve kişisel alanımıza duygusal olarak yakınlık duymadığımız kişilerin girmesi tedirginlik yaratmaktadır; ancak kişisel alanımıza toplumsal yaşantı içinde tanımadığımız kişiler de girebilmektedir.

Duyguların yakınlaşmasının insan ilişkilerindeki en somut göstergesi, iki insan arasındaki mesafenin daralmasıdır. Bu yakınlığı hissettirebilmek için, ilişki içerisinde olduğumuz kişiye "yeterince" yakın durabilmek önemlidir, ancak ‘’yeterince" sözcüğünü "ağzın içine girmek’’ olarak algılamamak gerekmektedir (Özer, 1995: 129-130). Sağlık iletişimi gerçekleşirken özellikle doktor ile hasta ilişkisinde muayene esnasında mekânsal ilişki sınırları belirsizdir. Özellikle kamu sağlık kuruluşlarında hastaların da birbirlerinin alanlarına izinsiz girmekte bir sakınca görmedikleri fark edilebilmektedir. Hastalar arasında bu durumun yarattığı rahatsızlık kültürel açılardan farklılık gösterse de sağlık personeli açısından fazlasıyla rahatsız edici bulunmaktadır. Sözsüz iletişimi sağlayan bu öğelerin yanı sıra iletişim sürecinde bireylerin görünümleri ve giyim tarzları da önem taşımaktadır. Özellikle hastaneye giderken temiz kıyafetler giymek doktora duyulan saygı açısından olumlu algılanır.

Sağlık iletişiminde kişilerarası iletişimin tüm boyutlarıyla incelenmesinin yanı sıra örgütsel iletişimin de hem kurum içi iletişimi düzenlemesi hem de kurumun dış hedef kitlelerle olan iletişim süreçlerinin yönetiminde ön plana çıkması nedeniyle sağlık iletişimi açısından değerlendirilmesi gereklilik taşımaktadır.

‘’Ortak bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelen bütün grup, topluluk ve kurumları tasvir etmekte kullanılabilen “örgüt” kavramı için iletişim, büyük önem taşımaktadır’’ (Çalık, 2013: 2). İletişim örgütlerin, örgüt içi ve örgüt dışı ilişkilerini düzenleyerek, örgütün faaliyetlerinin etkin bir şekilde gerçekleşmesine katkıda bulunmaktadır.

Örgütsel iletişim; birden fazla insanın bir amaç etrafında toplanmasını sağlayan ve bir araya gelen insanların güç birliği yaparak örgüt amaçları yönünde etkili olarak çalışabilmeleri için aralarında olması gereken iş birliğini ve çevresiyle uyumlarını sağlamada önemli bir rolü

olan; biçimsel olmayan yapılardaki anlam yükü taşıyan her türlü insan etkinliğinin paylaşılmasıdırv(Karakoç, 1990: 183). Örgütsel iletişim son yıllarda önem kazanan iletişim boyutlarından biri olmuştur. Örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için çalışmalarda bulunmaktadır.

Örgütsel iletişim sayesinde iç iletişimin başarılı biçimde yürütülmesiyle çalışanlarla çift yönlü iletişim sağlama imkanı da ortaya çıkmıştır. Örgütsel iletişimin kurum içinde sunduğu önemli faydaların biri de iş tatmininin sağlanmasıdır. Örgüt içi iletişim süreci etkin bir şekilde gerçekleştirildiğinde çalışanların ve yöneticilerin var olan sorunlarına çözüm bulmak kolaylaşmaktadır. Çalışanlar daha olumlu bir ruh haline göre hareket etmekte ve performansları yükselmektedir. Örgütsel iletişim sürecinden örgüt içindeki beklentileri anlaması, sorunlara çözüm getirmesi, örgüt içinde iş birliğini sağlaması ve örgütün faaliyetlerinin aksamadan yürütülmesine katkıda bulunması beklenmektedir. Aynı zamanda örgütün başka örgütler ve gruplarla olan etkileşimini de idare etmek ve kontrol altında tutmak açısından örgütsel iletişimden faydalanılmaktadır. İletişim, bir örgütün çeşitli birimleri ve çalışanları arasında bilgi, duygu ve anlayış paylaşımını, bu paylaşma sürecindeki araçların yönetimini ve mesaj şeklini içermektedir.

Örgütsel iletişim yapısal açıdan ele alındığında iç iletişimde biçimsel ve biçimsel olmayan iletişim sınıflandırması ortaya çıkmaktadır. Biçimsel iletişim, örgütte örgütsel kurallar doğrultusunda gerçekleştirilen, örgüt üyelerinin kişiliklerinden soyutlanmış, statüler arası bir iletişim türüdür. Biçimsel olmayan iletişim ise çalışanların oluşturdukları biçimsel olmayan gruplar ve bu gruplar arasında gerçekleşen kişiler arası bir iletişimdir (Tanrıverdi, Adıgüzel ve Çiftçi, 2010: 106). Örgütlerde biçimsel iletişim dört yönde hareket eder. Bunlar yukarıdan aşağıya doğru iletişim, aşağıdan yukarı doğru iletişim, yatay iletişim ve çapraz iletişimdir (Karcıoğlu, Timuroğlu ve Çınar, 2009: 65 – 66). Örgütlerin her biri farklı sayıda kişiden oluşmuştur ve her örgütün ulaşmak istediği bir hedefi vardır. Örgütler kullanacakları iletişim türlerine bu faktörleri göz önünde bulundurarak karar verirler.

Örgütlerde biçimsel iletişimin bir boyutu dikey iletişimdir. Dikey iletişim yönetimden iş görenlere doğru yani yukarıdan aşağıya doğru olduğu gibi tam tersi yönde de olabilecek şekilde planlanmalıdır. Biçimsel iletişimin bir diğer boyutu ise yatay iletişimdir ve aynı düzeyde bulunan bölümler, kişiler arasında iletişimin kurulmasını ifade eder. Çapraz iletişim kavramı ise farklı bölümlerde ve farklı düzeylerde bulunan kişiler arasında iletişimi anlatmak için kullanılmaktadır (Kocabaş, 2005: 249).

Biçimsel olmayan iletişim ise kaçınılmaz ilişkilerden doğan, bireyin doğası nedeniyle her örgüt ve grup içerisinde çeşitli duygu, düşünce, gelenek, yargı ve sosyal güçlerle beslenen söylenti ve dedikodularla yayılan haberleri içermektedir (Karaçor ve Şahin, 2004:

103). Bu iletişim türü genellikle personel arasındaki arkadaşlıkları ya da kurum içinde resmi iletişim kanalları dışında dolaşıma giren söylenti yada dedikodu türünden mesajları kapsamaktadır.

Örgütsel iletişim, bir örgütün birimleri/bölümleri arasında bilgi, duygu ve anlayış paylaşımını, bu süreçte kullanılan her türlü araç – gereç ve yöntemi içerir. Ayrıca, yöneticinin mesajının çalışana aktarılması, benimsetilmesi ve böylece onun eyleme geçirilmesini ve aynı zamanda çalışanın da yöneticiye değişik konulardaki yanıtlarını kapsar (Efeoğlu ve Çetin, 2012: 186). Örgüt iletişimi özellikle örgüt içi iletişim boyutu açısından kişilerarası iletişim alanıyla da iç içe geçmiş bir iletişim disiplinidir. Çalışanlar arasında gerçekleşen kişilerarası iletişim bozuklukları örgütsel iletişimi de doğrudan etkilemektedir.

Örgütlerde düzenin sağlanabilmesi ve ilişkilerin gelişebilmesi adına bilgiye ihtiyaç duyulur. Kurumların çalışanları arasındaki iletişim yeterli olmadığı zaman verimlilik ve kalite elde edilemez. Verimliliği artırmak, rekabet gücü elde etmek ve çalışanların işe bağlılık düzeylerini artırmak için çalışanlarının işe bağlılık düzeylerinin yüksek olmasına ihtiyaç duyan örgütler, çalışanlarını sosyal bir varlık olarak ele alıp kişiliklerine yaptıkları işlere, önerdikleri görüş ve düşüncelere değer vermeli ve bu yönde tutum ve davranışlar sergilemelidir (Köse ve Gönüllüoğlu, 2015: 2). Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı ve sağlık hizmeti sunan kurumların profesyonelliği, çalışanların sayıca fazla olması, disiplinler arası çalışmanın yoğun olması, kurumu oluşturan bölümler arasında bilgi aktarımının fazla olması sağlık kurumlarında örgütsel iletişimin önemini artırmaktadır (Günenç, Devebakan ve Doğan, 2015: 711). Bu nedenle sağlık iletişimi kapsamında örgüt içi iletişimin sorunsuz ilerlemesinin sağlık iletişimi alanına büyük katkısı vardır. Sağlık personeli ve doktorların uyum içinde çalışması hem çalışanların mutluluğuna hem de hastalarla daha iyi ilişkiler kurmalarına imkan sağlayacaktır. Uyum içinde çalışan sağlık personeli daha sabırlı ve anlayışlı bir tutum içinde bulunur ve iletişim sürecine engel olabilecek faktörlerin önüne geçilebilmesi sağlanabilir.

Hastanelerde gerçekleşen iletişim sürecinde; ekibin uyumu ve başarısı, ekipteki her üyenin rol ve işlevlerinin tanımlanmış ve tanınmış olmasına, ekipteki her üyenin kendi rol ve işlevlerini en üst düzeyde yerine getirebilme yeterliliğine ve olanağına sahip olmasına bağlıdır (Aslan, 2004: 602). İletişimin etkin olmadığı bir ortamda işlerin koordinasyonunu sağlamak mümkün olmamaktadır. İletişim sayesinde çalışanlar arasında koordinasyon, işbirliği ve ahenk sağlanabilir (Ertekin, 2017: 89). Birbirleriyle daha iyi anlaşan sağlık personelleri işbirliği içinde çalışmaktan rahatsızlık duymaz ve görev dağılımlarıyla ilgili problem yaşadıklarında karşılıklı konuşarak sorunlarına çözüm ararlar, böylece kurum yöneticileri işin içine katılmadan anlaşma sağlanabilmektedir. Doktorların birbirleriyle iyi

ilişkiler içinde, kişisel ve mesleki problemlerden uzak olmaları hastalarla ilgili birbirlerine daha rahat danışmalarına neden olmaktadır.

Çalışanların daha yoğun performans ve profesyonellik göstermeleri gereken sağlık sektörü gibi sektörlerde kurum çalışanlarının kurum ile ilgili görüşleri, kurumda çalışma ya da kurumdan ayrılma gibi düşünceleri çalışma isteklerini pozitif ya da negatif biçimde etkileyebilmektedir. Bu nedenle sağlık sektöründe çalışan bireylerin çalıştıkları sağlık kurumunun kendilerine hakkaniyetli bir şekilde davrandığını düşünmesi, kurumlarına olan tüm tepkilerini yönlendirebilmektedir (Işık, Uğurluoğlu ve Akbolat, 2012: 262 – 263). Bu nedenle özellikle sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda örgüt içi iletişimin başarılı biçimde yönetilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Örgütsel iletişim sürecinde karşılaşılan bazı engeller bulunmaktadır. Karşılaşılan engeller nedeniyle örgüt içi veya örgüt çevresiyle anlaşmazlıklar ortaya çıkmaktadır. Bu durum örgütün amacını gerçekleştirmek için tam bir iş birliği içinde çalışamamasına ve anlaşmazlıkları çözmekle uğraşırken vakit kaybetmelerine yol açmaktadır. Bireylerin iletişim sürecinde etkili olacak yolları bilmemeleri, bu sürecin başarı ile tamamlanmasının getirilerini hesaplayamamaları ya da iletişime gereken önemi vermemeleri iletişim sürecini olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir (Hoşgör, 2014: 28). İletişimin önemini kavrayamamak dışında ilişki taraflarının arasındaki kültürel, sosyal ve ekonomik farklılıklar da iletişim sürecini olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Özellikle sözlü iletişim içeren örgüt içi iletişim kanallarının tercih edilmesi durumunda taraflar arasında kullanılan dil ve anlamlandırma farklarının örgütsel iletişim sürecine engel oluşturduğu bilinmektedir. Örgütsel iletişim sürecini etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilmektedir (Karaçor ve Şahin, 2004: 104 – 105);

- Kişisel engeller: İletişimin sürecinde bireylerden kaynaklanan engellerin büyük çoğunluğunu insanların birbirlerinden farklı kişisel şartlarda yetiştirilmesi oluşturmaktadır. İletişim taraflarının birbirlerinden farklı bakış açılarının ve yargılarının olması aralarında sorunların oluşmasına ve iletişim sürecinin duraklamasına neden olabilmektedir (Ölçer ve Koçer, 2015: 345).

- Fiziksel ve teknik engeller: İletişim kanalları ve kanalları etkileyen çevresel koşullar fiziksel ve teknik engeller olarak adlandırılmaktadır (Elgünler ve Fener, 2011: 35).

- Dil engelleri: Örgütsel iletişim sürecinde karşılaşılan en önemli engellerden biri de dil ve konuşma yetersizliklerinden doğmaktadır.

- Statüden kaynaklanan engeller: Örgütlerdeki statü farkları, iletişimi süzgeçten geçirerek, bilgileri saptırıcı bir işleve sahip olabilmektedir. Bununla birlikte örgütlerdeki

hiyerarşik kademelerin fazlalığı da iletişime engel teşkil etmektedir (Ölçer ve Koçer, 2015: 345).

- Zaman engeli: Bazen zaman baskısından dolayı mesaj, iletilmesi gereken biçimsel kanallar yerine biçimsel olmayan kanallar yoluyla daha hızlı olacağı düşüncesiyle iletilir. Bu da bazı kişilerin iletişim sürecinin dışında kalmasına sebep olur, karışıklıklar ortaya çıkar (Kıraç, 2012: 82).

- Sosyo – kültürel ve psikolojik engeller: Fiziki çevre yanında içinde yetiştiği sosyal çevre de kişiye iletişimi farklı değerlendirme olanağı sunar. Benzer sosyo – kültürel çevrede yetişmenin sağladığı ortak yaşam alanı ise anlamların da ortaklaşmasını kolaylaştırmaktadır (Ölçer ve Koçer, 2015: 345).

Örgütsel iletişim temeline insan ilişkilerini alır. Her insan kendine verilen mesajı kendi deneyimlerine, koşullarına, bulunduğu ortama göre yorumlar. İletişime geçen tarafların aynı mekanda bulunmaması da yanlış anlaşılmalara sebebiyet verebilmektedir. Bu nedenle özellikle kurum içine dönük örgütsel iletişim sürecinde çoğunlukla aynı ortamda bulunmaya, ortak bir dil kullanmaya ve mesajın alıcısının özelliklerine ve koşullarına göre hareket etmeye dikkat edilmelidir. Bu engelleri sağlık kuruluşları açısından değerlendirdiğimizde sağlık personeli arasındaki sosyal, ekonomik, kültürel özelliklerin farklı olması birbirlerine karşı tahammülsüz olmalarına neden olabilmektedir. Statü farklılıkları taraflardan birine kendini değersiz hissettirebilir ya da diğer tarafı kendince küçümsemesine ve bunu yansıtmasına sebebiyet verebilir. Örneğin; doktor tarafından azarlanan bir hasta bakıcı demoralize olarak içindeki kızgınlığı başka bir iş arkadaşına ya da hastalara yansıtabilmekte ve bu noktada sağlık iletişim süreci zarar görmektedir. Unutulmaması gereken en önemli husus iletişimin bir sirkülasyon içinde olmasıdır. İki kişi arasında gerçekleşen iletişim sürecinin olumsuzluğu başka iletişim süreçlerinin gidişatını da etkileyebilmektedir.

Günümüzdeki rekabet koşulları göz önüne alındığında örgütlerin sadece kendi iç iletişimlerini sorunsuz gerçekleştirmesi yeterli gelmemektedir. Aynı zamanda örgütlerin, örgüt dışı hedef kitleleriyle de diyalog kurmaları gerekmektedir. Örgütsel iletişim genel olarak örgüt içi iletişim konularında kullanılsa da örgütün çevresiyle olan iletişimini de düzenlemelidir. Örgütün amaçlarını doğru ifade edebilmek, örgütün çevresiyle ilgili ortaya çıkabilecek anlaşmazlıkları önlemek veya ortadan kaldırmak adına örgütsel iletişim kullanılmaktadır. Olumlu ve etkin bir şekilde ilerleyen örgüt iletişimi süreci kurumların başarılı olmasının en önemli faktörlerinden biridir.

Günümüzde teknolojik gelişmeler ve kurumların kapasitesinin artmasıyla birlikte çok sayıda kişiye aynı anda ulaşma ihtiyacı ve verilmek istenen mesajların iletilebileceği kanal

fırsatları artış göstermiştir. Bu gelişmeler çerçevesinde örgütsel iletişim disiplinine olan ilgi olumlu yönde etkilenmiştir. Örgütsel iletişim alanında yazılı, sözlü ve sözsüz iletişim araçları kullanılmaktadır. Bunlardan yazılı iletişim araçları genellikle resmi iletişim süreçlerinde tercih edilmektedir.

Örgüt içi ve örgüt çevresiyle olan iletişimi sağlayan kanalları; örgüt dergisi – gazetesi, duyuru panoları, kapalı devre televizyon, ticari televizyon ve radyolar, mektuplar, bültenler, raporlar, yıllık raporlar, telefon, karşılıklı konuşma, toplantı, yıllık toplantı, filmler, personel yayınları, slayt sunumları, personel tavsiye toplantıları, eğitici kurslar, konferanslar, seminerler, fuar, gezi, sergiler, panel, faks, teleks, bilgisayar ağları oluşturmaktadır (Karaçor ve Şahin, 2004: 103). Örgütler iletişime geçmek istedikleri hedef kitleye en etkili şekilde ulaşabilecekleri kanalları seçmelidirler. Örneğin; tıp seminerleri doktorların bir araya gelerek mesleki sohbetler yapmalarına ve akademik çalışmalarda bulunmalarına katkı sağlar. Gerekli durumlarda yapılan basın toplantıları vasıtasıyla hem ilgili taraflar bilgilendirilirken hem de sağlık kuruluşunun adını duyurmaya yönelik bir fırsat yakalanmış olur. Bununla birlikte kurum içi yayınlar kullanılarak sağlık personeli bilgilendirilebilir, düzenlenen toplantılar ve etkinliklerle iletişim kurma olanakları artırılabilmektedir.

1.5. Sağlık İletişiminin Gerekliliği

Özellikle son yıllarda hem akademik araştırma ve incelemelerde hem de uygulama kanadında ön plana çıkan bir alan olarak sağlık iletişimi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, toplumsal yararın sağlanması gibi amaçlara ulaşılmasına yapabileceği katkılar nedeniyle oldukça önemli bir rol üstlenmektedir.

Sağlık, seçimler de dahil olmak üzere diğer birçok mesele ile karşılaştırıldığında medya haberlerinde daha fazla dikkat çekmekte ve yer almaktadır. Bu artan ilginin bir sonucu olarak sağlık kuruluşlarında da sağlık konularının tartışılması ve sunulması önem kazanmıştır (Springson ve Weaver Lariscy, 2003: 539). Son yıllarda gelişen sağlık sektörü ve gerçekleşen tıbbi yenilikler doğrultusunda sağlık kuruluşlarının artış göstermesi ve bu kuruluşların sağlık konularının tartışılmasını önemsemeleri, sağlık iletişimi disiplinini de ön plana çıkarmıştır.

Sağlık profesyonellerinin hastaları ve ailelerini sağlık hizmetlerinden yararlanmaya teşvik etmeleri gerekmektedir. Ayrıca tedavi sürecinde hastanın bilgilendirilmesi ve gönüllü katılımının sağlanması gerekliliği hasta haklarının sağlık konusundaki etkilerini ortaya koymaktadır (Kapp,1999: 20 – 22). Hasta haklarına daha çok önem verilmeye başlanmasıyla birlikte sağlık kuruluşlarında iletişime ciddi bir şekilde ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Hasta haklarının önem kazanması sağlık çalışanlarının haklarını da gündeme getirmiş, sağlık

kurumunun hastalarla, personellerle ve toplumla olan ilişkisini düzenlemek için ortaya çıkmış olan sağlık iletişimi disipliniyle ilgili çalışmaların önemi kavranmıştır.

Sağlık iletişimi teorisinin temelinde diğer faktörlerden bağımsız olarak insan kavramı bulunmaktadır (Babrow ve Mattson, 2003: 36). İnsan gün boyu karşılaştığı birçok kişi ile ister istemez iletişim kurmak zorunda kalmaktadır, özellikle hastanelere başvurmayı gerektiren hastalık durumundan kaynaklanan hassas bir ruh hali içinde bulunan kişiler daha özenli ve anlayışlı bir iletişim sürecinde bulunmak istemektedirler, bu durum sağlık personellerinin iletişime daha açık ve sabırla yaklaşmaları gereğini ortaya çıkarabilmektedir.

Sağlık konusunda önemli sorunlardan bir tanesi zayıf iletişim kurulması olarak ifade edilebilmektedir. Zayıf iletişim durumundan kurtulmak için hastalara karşı açık olmak gerekmektedir (Scherer, Juanillo Jr ve Napoleon, 2003: 222). Sağlık personelleri yöneticiler ve meslektaşlarıyla düzgün bir iletişim kuramazlar ise gergin bir çalışma ortamı oluşmakta ve bu huzursuzluk personelin iletişime geçtiği hastalara yansıyarak olumsuz ve düzgün işlemeyen bir iletişim süreci ortaya çıkabilmektedir. Bu durum sağlık kuruluşunun amacını gerçekleştirmesinde engeller ortaya çıkarır ve zamanla daha büyük gerginliklerin oluşmasına neden olabilir. Sağlık kuruluşunun amacını gerçekleştirmesi çalışan ve hasta tatminin sağlanabilmesi adına sağlık iletişimine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık iletişimi kuruluş yöneticileriyle sağlık personelleri arasındaki bilgi aktarımının denge içerisinde yürümesini sağlamakta ve toplumsal düzen için de sağlığa ilişkin konularda farkındalık ve bilinç düzeyinin gelişmesine katkı sunmaktadır.

Sağlık iletişiminin ilgi alanı; toplum içinde bireylerin sağlığından ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinden, ulusal ve evrensel sağlık programlarının hazırlanmasına, sağlık programlarının hazırlanmasına, sağlık programlarının düzenlenmesine kadar oldukça kapsamlıdır (Becerikli, 2012: 164). Sağlık iletişimi kampanyaları toplumu hastalıklar ve alınabilecek hastalık önleyici tedbirler konusunda bilgilendirmektedir. Sağlık iletişiminin bilgilendirme faktörünün yanı sıra toplumsal açıdan büyük katkı sağladığı da görülebilmektedir.

İnsanlar, sağlıklı bir yaşam tarzına nasıl sahip olabileceklerine daha fazla ilgi duymaları nedeniyle hastalıkların önlenmesinde aktif olmak ve kendilerini kişisel olarak etkileyecek hastalıkları bilmek isterler (Williams, 1997: 302). Sağlık iletişimi toplum sağlığının korunmasında ve toplumun bir sağlık bilincine sahip olmasında çok önemlidir.

Sağlık alanında çalışan iletişimcilerin etkili olabilmek adına, toplumdaki önemli sağlık sorunlarının neler olduğunu, bu sorunların nedenlerini ve bunları önleme veya kontrol etme yollarını bilmeleri gerekmektedir (Remington, Booske ve Kindig, 2011: 80). Sağlık iletişimi

kapsamında gerçekleştirilen etkinlikler ve kamu spotları sayesinde sağlık mesajları çok sayıda insana ulaşabilmekte, hastalıklar hakkında bilinçli hareket eden bir hedef kitlenin oluşmasına ciddi bir katkı sağlanmaktadır. Sağlık iletişimi hastalıklara yönelik daha bilinçli bir hedef kitlenin oluşmasına yaptığı katkıların yanı sıra, sağlık iletişimi sürecinde ilişki tarafları olarak doktor, hasta ve sağlık personelinin arasındaki anlaşmazlıkların da en aza inmesi yönünden de önemli faydalar sağlamaktadır.

İnsanlar belli ölçüde beklentileri çerçevesinde hareket ederler. Bu nedenle insanlar arasında ilişkinin nedeninin ne olduğu önemli olmaksızın birtakım çatışmalar yaşanabilmektedir. Çatışmanın yürütülmesi ve sonuçlanma şekli, çatışmanın kendisinden daha çok ilişkinin yönünü tayin edebilmektedir (Uludağ ve Zengin, 2016: 74). Bu çatışmalar sonucunda tarafların birbirlerine karşı olan tutumları yeni ilişki süreçlerini de olumsuz etkilemektedir. Hastaların doktorlara güvenmemesi, doktorların hastaları tedavi ederken tedirgin olması tedavi sürecini aksatmakta ve hastaların sağlıklarına kavuşmasına engel olabilmektedir. Hastalar ve sağlık personelleri arasındaki anlaşmazlıklar, hastaların psikolojik durumları çerçevesinde kimi zaman şiddetli bir hal almaktadır. Sağlık iletişiminin oluşturacağı bilinç ve iyi bir iletişim süreci dolayısıyla oluşan pozitif ortam sayesinde bu çatışmaları engellemek mümkün olabilmektedir.

1.6. Sağlık İletişiminde Kullanılan Yöntemler

Sağlık iletişimi için kullanılan yöntemler sosyal pazarlama, medyada savunuculuk ve halkla ilişkilerdir (Çınarlı, 2008: 54). Bu üç yöntem sayesinde sağlık iletişimi çalışmaları belli bir düzen içinde ilerlemektedir.

1.6.1. Sosyal Pazarlama

Sağlık iletişiminde sosyal pazarlama genel anlamda pazarlama faaliyetlerinin sağlık hizmetleri için kullanılması olarak görülmektedir. İyi yürütülen pazarlama sürecinin etkilerinden biri olan hedef kitlede karar verme ve tercih etme davranışının değiştirilebilmesi sosyal pazarlama için önemli bir hedef olarak görülmektedir. Sosyal ve sağlık ürünlerini satmak için pazarlama tekniklerini kullanılma fikri ilk defa 1951'de Wiebe tarafından ortaya atılmıştır ve daha sonra da Kotler ve Zaltman (1971) tarafından geliştirilmiştir (Çınarlı, 2008: 55). Kotler ve Zaltman'a göre (1971: 5) sosyal pazarlamanın tanımı; ürünün planlanması, fiyatlandırılması, iletişimi, dağıtımı ve pazarlama araştırması konularını içeren ve sosyal düşüncelerin kabul edilebilirliğini etkilemek için yapılan programların kontrolü, uygulanması ve tasarımıdır.

Pazarlama kavramı hayatımızın her anında karşımıza çıkabilmektedir, bu nedenle pazarlama faaliyetlerinin sağlık mesajları ve hizmetleri için kullanımı daha fazla insana ulaşmak açısından ideal olmaktadır. Toplumun değişen beklentileri ve gelişen sağlık bilinciyle birlikte sağlık hizmetini ya da davranışını tercih etme noktasında karar verme süreci zorlaşmaktadır.

Sosyal pazarlama ideal bir bütünleşik pazarlamayı yaratarak, tüketicinin sağlık mesajıyla uyum içinde davranışta bulunmasını mümkün olduğunca çekici bir hale getirilmesine ve kolaylaştırılmasına çabalar (Çınarlı, 2008: 55). Günümüzde sağlığı tehdit eden birçok maddenin kullanımının artması, beslenme ve çevre koşullarının etkisiyle hastalıkların artması sosyal pazarlama kampanyalarına duyulan ilgi ve gereksinimi arttırmıştır. Sosyal pazarlama faaliyetlerini gerçekleştirmek, pazarlama faaliyetlerini gerçekleştirmekten daha zor olabilmektedir. Çünkü pazarlama faaliyetleri satın alma davranışını etkilemeye çalışırken, sosyal pazarlama sağlık davranışını etkileyebilmek için çabalamaktadır. Sağlık davranışları kişinin sosyal, fiziksel ve psikolojik özellikleri gibi içinde bulunduğu sağlık ve çevre koşulları doğrultusunda şekillendiği için kontrol edilmesi oldukça güçlük yaratmaktadır. Sosyal pazarlama kampanyalarının son yıllarda içeriğini oluşturan konular bağımlılık yaratan madde kullanımı, bulaşıcı hastalıklar ve günümüzdeki hasta sayısı ciddi artış göstermiş olan rahatsızlıklardır. Tüm dünyada önem kazanmış olan sağlıklı yaşam ve beslenme konusunda da çok sayıda sosyal pazarlama kampanyası bulunmaktadır. Toplum bilincinin artmasıyla birlikte sosyal pazarlama mesajlarının içeriği de değişim göstermiştir. 1970'li yıllarda önem kazanan sosyal pazarlama disiplini günümüzde daha fazla hedef kitle odaklı olmasıyla dikkat çekmektedir.

Sosyal pazarlamayı, ticari pazarlamadan farklı kılan odak noktası tüketicidir. Sosyal pazarlama tüketiciyi satın almaya ikna etmeye çalışmak yerine, insanların ne istediğini ve neye ihtiyaç duyduğunu anlamaya çalışmaktadır (Weinrich, 2006: 1). Sağlık kurumlarında sosyal pazarlama yaklaşımı; kurumsal itibar ve güven oluşturulması, taraflarla etkili iletişim kurulması, kaliteli hizmet sunulması ve kaynakların etkili kullanımının sağlanması açısından önem taşımaktadır (Bayın ve Akbulut, 2012: 61). Genellikle özel sağlık kuruluşlarının tüketicinin kendileri tarafından sunulan sağlık hizmetlerini tercih etmesi amacıyla sosyal pazarlamaya daha fazla rağbet ettikleri görülmektedir. Aynı zamanda kar amacı güden kurumların sosyal pazarlama faaliyetleri, kar amacı gütmeyen kuruluşlara göre daha etkin olabilmektedir; çünkü özel kuruluşlar pazarlama faaliyetlerine daha fazla hakim oldukları için bu faaliyetleri sosyal konularla daha iyi birleştirebilmektedirler.

Yakın zamana kadar sosyal pazarlama faaliyetlerinin, öncellikle bireyi önerilen davranışları benimseye yönlendirme çabalarına odaklandığı söylenebilmektedir. Ancak son

zamanlarda kabul edilen mevcut düşünce sosyal pazarlamanın sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicilerini etkileyebileceği üzerinedir (Donovan ve Henley, 2010: 285). Sosyal pazarlama uygulamasının başarılı şekilde yürüyebilmesi için pazarlama faaliyetlerine tümüyle hakim olunması, hedef kitleye davranış değişikliklerinin kendilerine sağlayacağı fayda konusunda bilgi verilmesi, sosyal pazarlamanın reklam uygulaması gibi kullanılmaması gerektiğinin bilincinde olunması ve toplumun faydasının ön planda tutulması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının sosyal pazarlamaya yönelik çalışmalarının olması sosyal sorumluluk bilincinde kurumlar olduklarını da topluma göstermektedir.

1.6.2. Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkiler

Sağlık alanında yaşanan olumlu ve olumsuz tüm gelişmeler sonucunda, sosyal pazarlamanın alanı olan kişilerin davranışlarını değiştirme çabalarının dışında toplumun bütününe bir arada ulaşabilmeyi ve toplumsal davranışı etkileyebilmeyi sağlayacak uygulamalar ön plana çıkmıştır. Aynı zamanda teknolojik gelişmelerin hız kazanmasıyla toplumda sağlık bilincini oluşturmak için kullanılacak kanalların sayısı artmıştır. Bu ilerlemeler neticesinde sağlık iletişimi yöntemlerinden medyada savunuculuk çalışmaları önem kazanmıştır.

Medya dünya çapında sağlığı teşvik etmek açısından güçlü bir araç olabilir. Aynı zamanda bu güçlü kaynağın kullanımı ile ilişkili birçok karmaşık görüş bulunmaktadır. Bu görüşlerden birisinde kamusal iletişim kampanyalarının insanlar için doğru bir sağlık bilgisi kaynağı olabileceği ve medya sayesinde sağlık sorunları ile ilgili kamuoyunun bilgilendirilebileceği savunulmaktadır. Bir diğer görüş ise medyanın reklam, eğlence ve hatta haber içeriği aracılığıyla yanlış ya da yanıltıcı sağlık bilgisinin kişilere sunulmasına engel olan bir sağlık eğitim kaynağı olarak görülmesidir. Bu iki görüşün de başarılı olabilmesi açısından halk sağlığı uzmanlarının medyanın iletişim stratejilerine uygun hareket etmesi gerekmektedir (Wallack, 1990: 147). Sağlık konusunda uzman kişilerin medyanın stratejilerine uyumlu hareket etmesi ve sağlık iletişimi içeriklerini bu doğrultuda sunması, medya aracılığıyla geniş hedef kitlelerin sağlık konusunda bilinçlenmesine katkı sağlamaktadır.

Sağlık iletişimi stratejilerinden medyada savunuculuk; sosyal, fiziksel ve politik çevrenin, sağlıkla ilgili politikaların değiştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca medyada savunuculuk çabalarının hastaları tıbbi bakım veya tedavi seçimleri hakkında eğitmek, hastalık önleme ve kontrol stratejilerini uygulamak için de sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Thomas, 2006: 4). Son yıllarda çevre ve beslenme koşulları nedeniyle artış gösteren rahatsızlıklar kamuoyunun daha fazla dikkatini çekmektedir. Bu durumda konuyla ilgili kanaat

önderleri de genelde gündüz televizyon kuşaklarında yayınlanan programlarda hastalıkları, var olan tedavileri ve insanların hastalıklardan korunmak için neler yapmaları gerektiğini anlatmaktadırlar.

İnsanlar çeşitli konularda doyuma ulaşmak için televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izlemektedir. Bu programlardan edindiği içeriklerden etkilenmekte; bu doğrultuda sağlık ve hastalıklar konusunda çeşitli davranışlara yönlenmektedir. Son birkaç yıldır ülkemiz televizyonlarında yayınlanan sağlık programlarının sayısı gözle görülür bir şekilde artmıştır. Hemen her televizyon kanalında bir sağlık programı bulunmakla birlikte, yalnızca sağlık alanında faaliyet gösteren bazı tematik kanallar da yayın yapmaya başlamıştır (Bozkurt Avcı ve Sönmez, 2013: 123 – 135). Bu açılardan değerlendirildiğinde medyada savunuculuk faaliyetleri aracılığıyla sağlık konusuna ilişkin mesajların geniş bütçeler kullanılmaksızın hedef kitlelere sunulduğu söylenebilmektedir.

Medyada savunuculuk faaliyetlerinin genelde medyada ücret ödemeden yer alması nedeniyle sosyal pazarlama faaliyetlerinden ayrıldığı dikkat çekmektedir. Sigaranın zararlarının, obezite ve şeker hastalıklarının önüne nasıl geçilebileceğinin anlatımı, engellilerin ve genetik rahatsızlıklara sahip bireylerin yaşam tarzları ve karşılaştıkları zorluklarla ilgili bilgi vermek medyada savunuculuk faaliyetlerindendir.

Medyada sağlık ile ilgili metinler incelendiğinde haber ve bilgilendirme değeri taşıyan metinlerden çok, uzmanlar aracılığıyla, yani otoritelerin yorumuyla yönlendirici, düzenleyici, disipline edici metinlerin ön planda olduğu dikkati çekmektedir. Uzmanlar birer otorite olarak algılanmakta, söylemlerle bilginin verdiği gücü kullanarak medyada sık sık yer almaktadırlar (Demez, 2012: 522). Medyada savunuculuk yönteminin en önemli faktörlerinden biri de ‘’kamu sağlığı lobiciliği’’ yapmasıdır. Medyada savunuculuk kampanyaları toplumda gereken bilinci yaratarak bir kamuoyu oluşturmakla kalmaz, devlet kurumları ve yetkili kişilerle iletişime geçerek konuya gereken özenin gösterilmesini ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasına aracı olabilmektedir.

Sosyolog Wright Mills’e göre medyada savunuculuk, kişisel sorunları alır ve onları sosyal konulara çevirir. Bu amaca yönelik olarak da ünlü kişileri ve kanaat önderlerini kullanır (Çınarlı, 2008: 61). Sağlık iletişimde uygulanan medyada savunuculuk yöntemi kapsamında ünlü kişiler hastalıklar konusunda toplumu bilgilendirir, konuyla ilgili kamuoyu oluşturarak yetkili mercilerin dikkati çekmeye ve alınabilecek önlemleri aktarmaya çalışırlar. Kimi zaman bu durum kamu spotlarında ünlü kişilerin kullanımı olarak karşımıza çıkmakta; kimi zamanda konu olan hastalığı deneyimlemiş bir ünlünün yaşadıklarını, tedavi sürecini kitle iletişim araçlarında topluma anlatmasıyla gerçekleşmektedir. Örneğin; kanser teşhisi konan ve bu hastalığı yenen Filiz Akın, kansere karşı destek amaçlı “sarı bilezik”, “mavi bilezik” gibi

kampanyalar başlatmış ve yürütmüştür. Hastalık süreci ve sonrasında gazete röportajlarında ve televizyon programlarında kanserli hastalara destek olmaya çalışmıştır.

Medyada savunuculuk faaliyetlerinde öncelikle politikanın amacının ne olduğu belirlemek gerekmektedir. İkinci adım ise hedefin kim olduğunu belirlemektir. Üçüncü adım konuyu çerçevelemek ve mesaj oluşturmak, dördüncü adım ise mesajı iletmek, değişim ve baskı için medyada savunuculuk planı oluşturmaktır. Son adım olarak da değerlendirme yapılmaktadır (Çınarlı, 2008: 64). Medyada savunuculuk yönteminde hedef kitleye uygun şekilde mesajı vermek için mesajın içeriği ve alıcının psikolojik, sosyal ve kültürel özelliklerine göre kullanılacak iletişim kanalı seçilmelidir. Medyada savunuculuk kampanyalarında özellikle toplum sağlığını etkileyen konulara yönelik faaliyetler sadece belli bir süre zarfında gerçekleştirilmemelidir. Kampanya mesajlarının zaman zaman yeniden verilmesi konuyla ilgili toplumun hafızasının canlı tutulması, toplumsal davranış değişikliğinin devamlılığını sürdürmek açısından faydalı olmaktadır. Sigaranın kapalı alanlarda kullanımının yasaklanması üzerine gerçekleştirilen kampanya hem kanaat önderlerinden destek gören, medyada sıklıkla yer alan ve yetkililerin de dikkatle üzerinde durduğu bir kampanya olması nedeniyle başarılı bir medyada savunuculuk faaliyeti için güzel bir örnek oluşturmaktadır.

Medyada savunuculuk sırasında sağlık kampanyalarının karşısında çıkan önemli engellerden biri ise medyadaki konumları açısından eşik bekçileridir. Eşik bekçileri genellikle haber editörleridir. Bu kişiler öncelikle çalıştıkları kurumun gündemini belirlerler ve böylece toplumun gündeminin belirlenmesine katkıda bulunmaktadırlar. Sağlık iletişimcilerinin eşik bekçileriyle geliştirdikleri kişisel ilişkilerin seyri medyada yer alma sürecini etkilemesi açısından dikkate alınmalıdır (Karagöz, 2016: 86). Medyada savunuculuk faaliyetlerini gerçekleştirirken medya kuruluşlarının ve kullanılacak kitle iletişim araçlarının özellikleri de araştırılmalı, medya çalışanlarıyla düzgün ilişkiler kurulmalı ve karşılaşılabilecek engellerin önüne geçilmelidir. Medyada savunuculuk faaliyetlerinin başarılı olması ve amaçlarına ulaşabilmesi için sağlığa ilişkin konuların medyada yer almasının sağlanmasının yanı sıra toplumsal faydaya odaklanması, sağlık sorunlarının çözümüne yönelik politika oluşturulmasına katkı sunması da gereklilik taşımaktadır.

Medyada savunuculuk çabalarında amaç, kamu sağlığını ilgilendiren haberlerin bireyselleştirilmiş, epizodik çerçevelerden verilmesinden ziyade; devletlerin gerekli yasal düzenlemeleri yapma, uygun sağlık politikalarını geliştirme, sorunlara hak temelli ve sağlık hakkını anayasal bir yurttaşlık hakkı kabul eden kolektif bir bakış açısının geliştirilmesi olmalıdır (Çobaner, 2013: 156).

Medyada savunuculuk çabalarını gerçekleştirirken kullanılabilecek üç temel basamak bulunmaktadır. Bunlar; gündemi oluşturmak (belirlemek), tartışmaların sınırlarını çizmek yani çerçeveleme ve politikayı geliştirmektir (Çınarlı, 2008: 66). *Gündem oluşturma* kuramının; temeli Walter Lippmann'ın 1922 tarihli "Public Opinion" (Kamuoyu) adlı çalışmasında medya görüntüsünde baskın olan unsurların, medyayı izleyenlerin zihnindeki görüntüde de baskın ya da öncelikli hale geldiği düşüncesiyle ortaya atılmıştır (Yüksel, 2007: 577). 1972 yılında McCombs ve Shaw tarafından geliştirilen gündem belirleme kuramı, kitle iletişim araçlarının haberleri sunuş biçimi yoluyla bazı konulara ağırlık vererek, kamuoyunun gündemini oluşturduğu görüşüne dayanmaktadır. Bu kurama göre, kitle iletişim araçları, haber ve bilgilerin önem sıralamasını belirleyerek, toplumun neyi ne kadar bilmesi gerektiğine onlar adına karar vermektedir (Temizel, 2008: 143). Daha sonra Dearing ve Rogers bu yaklaşımı ''medyanın bir süreç aracılığıyla farklı konuların görece önemliliğini bildirmesi ve kamuoyunu etkilemesi'' olarak tanımlamışlardır (Çınarlı, 2008: 67).

Gündem oluşturma kuramı, kitle iletişim araçlarının bazı konulara ilgi duyarak ve diğerlerini göz ardı ederek kamuoyu üzerinde etki yapacağını ileri sürülmektedir. İnsanlar kitle iletişim araçlarının ilgilendiği şeyleri bilmek ve değişik konulara verilen öncelik sırasını kabul etmek eğilimini gösterirler (McQuail ve Windhal, 2005: 132). Gündem oluşturma kuramı medyanın ön plana çıkmasını istediği konulara daha fazla vakit ayırarak toplumun algısını etkileyebileceğini ifade etmektedir. Günümüzde her kurum ve sektör için medyada olumlu haberlerle yer almak çok önemlidir; çünkü medya oluşturduğu algıyla kurumların, mesleklerin itibarını ve imajını etkileyebilmektedir.

Gündem belirleme; medya, kamu ve siyasal gündem arasındaki ilişkiden oluşan bir süreç olarak değerlendirilmektedir ve gündemlerin etkileşim içerisinde olduğu belirtilmektedir (Terkan, 2007: 563). Medyanın gündemine taşıdığı konuların bir kamuoyu oluşturması sayesinde yetkili kişilere ulaşmak ve resmi süreçlerin takibini yapmak kolaylaşmıştır. Ülkemizde son zamanlarda haber kanallarında sıkça yer alan haksız zam haberleri ve yerli üretim malların tercih edilmesi yönünde yapılan haberler sayesinde, bakanlık tarafından yerli üretim malların tüketici tarafından anlaşılabilmesi için logo tasarlanmış ve uygulama zorunlu hale getirilmiştir. Bu olay medyanın gündem oluşturma etkisini bir kez daha hatırlatmaktadır.

Kitle iletişim araçlarının, ülke ve dünya sorunları hakkında kamuoyuna bilgi sunması, bu konuların hangisinin kamuoyunda önceliğe sahip olması gerektiği, ilgili kitle iletişim aracının yayın politikası ve belirlediği gündemden neler beklediği ile bağlantılı olmaktadır (Temizel, 2008: 143). Medyanın gündem yaratma süreci medya kuruluşunun ideolojisi, kurum kültürü ve politik durumlardan etkilenebilmektedir. Örneğin; Amerika'da polis ve siyahi insanlar arasında gerçekleşen şiddet olaylarında genellikle siyahi kişiler sorunun kaynağı gibi

gösterilmektedir. Medyada gündeme giren veya gündemi belirleyen bir konu ister istemez dikkate alınmayı, bilgi sahibi olunmayı zorlarken, en azından konu hakkında aşinalık sağlama işlevini yerine getirmektedir (Canöz, 2007: 55).

Toplumdaki bireyler günümüzde medyadan her zamankinden daha fazla etkilenmektedir. Özellikle kişisel olarak yaşamadıkları durumlar hakkında haberler aracılığıyla bilgi sahibi olmaktadırlar (Dorfman, Wallack ve Woodruff, 2005: 326). Bir konu medyada ne derece yer alıyor ise insanların o konudan etkilenme, konuyla ilgili düşünme ve davranış geliştirme eğilimi artmaktadır. Gelişen teknolojiyle birlikte ortaya çıkan sosyal medya ortamlarında da gündem oluşturma gücü bulunmaktadır. Hatta kimi zaman geleneksel medya ve sosyal medya arasındaki gündem konuları büyük farklılıklar göstermektedir.

Yaratıcı epidemiyoloji ise gündem yaratma kapsamında kullanılan bir yöntemdir. Yaratıcı epidemiyoloji; yeni bilimsel bulguların ve var olan verinin medyanın dikkatini çekmek ve bir konunun kamu sağlığı açısından önemini açıkça ifade etmektedir (Çınarlı, 2008: 68-69). Sağlık iletişimi kapsamında gündem yaratma kuramı hastalıklarla ilgili verileri, tedavi yöntemlerini ve yaşanan sıkıntıları medyanın gündemine getirerek, sıkça yapılan haberler ve programlar sayesinde kamuoyunun dikkatini çekmeye, yetkililere ve kanaat önderlerine ulaşarak resmi süreçlerin başlamasına aracı olmaya çalışmaktadır. Örneğin; son zamanlarda çocuklarda SMA (Spinal Müsküler Atrofi) ya da gevşek bebek sendromu olarak bilinen kas hastalığına medyada sıkça yer verilmekte, yardıma ihtiyacı olan hastalar için başlayan kampanyalar duyurulmakta, hastalığın oldukça pahalı olan tedavisi için SMA' nın tüm tiplerinde ilacın devlet tarafından getirilmesi adına hastaların seslerinin yetkili mercilere ulaştırılmasına çalışılmaktadır.

Çerçeveleme; medyada verilecek herhangi bir habere konu olan içeriğin bir çeşit bağlama kavuşması sürecidir. Iyengar'ın öne çıkardığı çerçeveleme kavramı ile medya sorunları ele alırken bir çerçeveleme yapmakta ve aynı zamanda söz konusu problemin çözümü için de kamuoyunun kimden talepte bulunabileceğini belirlemektedir (Karagöz, 2016: 91 – 92). Iyengar çerçeveleme etkisinin, medyanın haber sunumlarında iki farklı şekilde karşımıza çıktığını belirtmektedir. Bunlar episodik (olaysal) ve tematik (konusal) haber yapısıdır. Episodik haber yapısı; meseleleri, spesifik olaylar açısından tasvir etmektedir. Bir yerin bombalanması, yasadışı ilaçların kullanımı, evsiz insanların içinde bulunduğu durum gibi. Tematik haber yapısı ise, olayları daha geniş ve soyut bir şekilde tasvir etmektedir (Terkan, 2005: 33). Tematik haberlerde sağlıklı yaşam trendleri, grip salgınları gibi olaylar ve nedenleri üzerinde durulur. Medyada özellikle haberlerde episodik çerçeveleme kullanılmaktır.

Medyada haberlere ayrılan yer ve zaman sınırlamaları göz önünde bulundurulduğunda aslında çerçeveleme haberciler için bir konunun karmaşıklığını azaltmada şart olan bir araçtır. Başka bir deyişle çerçeveler (örneğin kök hücre araştırmaları gibi) görece karmaşık konuları sunmada paha biçilmez araçlar haline gelmektedir (Özarslan, 2007: 16). Çerçeveleme kuramı sayesinde medya insanlara olayları ve haberleri kendi göstermek istediği açıdan sunarak algısal değişikliler de yaratabilmektedir.

Örneğin; 2014 yılının Ağustos ayında Missouri Ferguson'da silahsız olan siyahi Michael Brown'un polis kurşunu ile vurulmasından sonra bir sosyal medya hareketi meydana gelmiştir. Bu hareketin nedeni medyanın olayları politik bir çerçeve içinde vermesidir. Geleneksel medyada siyahi insan tasvirinden rahatsızlık duyan kişiler bu hareketi oluşturmuşlardır. İnsanlar #IfTheyGunnedMeDown hashtag'ini kullanarak kendilerine ait çelişen görüntüleri paylaşmışlardır. Bu fotoğraflardan birinde örnek vatandaş hallerini diğerinde daha stereotipik bir imajı (siyahi çete üyesi gibi) gösteren fotoğrafları paylaşarak: ''Polis beni vursaydı, haber medyası hangi fotoğrafı gösterirdi'' diye sormuşlardır. Çerçeveleme ile özellikle medyada yer alan politik meselelerle ilgili tasvirler ve haberlerin verilme şekli dikkati istediği yöne ve özelliklere çekebilmektedir.

Medyanın sağlık iletişiminde kullanımı yanlış bilgiler sunulduğunda ya da verilmesi gereken bilgiler atlanmışsa istismar edilebilmektedir. Ancak bu durum en iyi niyetli kurumlarda bile karşılaşabilecek bir risk olarak görülmektedir (Schiavo, 2007: 129). Bu nedenle sağlıkla ilgili konularda çerçevelemenin nasıl yapılacağı sorusu yanıtlanmayı bekleyen temel sorular arasında yer almaktadır.

Halk sağlığını ilgilendiren konularda çerçeveleme mücadeleleri genellikle "bireysel özgürlükler" ve "kolektif sorumluluk" söylemi arasında yaşanmaktadır. Sağlık ve halk sağlığı ile ilgili olan konularda kolektif sorumluluk sağlık hakkı ile yakından ilgilidir (Çobaner, 2013: 157). Sağlık sektörü bağlamında medyada çerçeveleme kullanımı tutum değiştirme ve algı yaratma amacı taşımaktadır. Örneğin; aşı kullanımının faydalı mı, zararlı mı olduğuyla ilgili tartışmalarda izleyici medya kanalının üzerinde durduğu özellikler ve çerçevenin içine dahil ettiği bilgiler bağlamında fikir geliştirebilmektedir.

Günümüzde medyada savunuculuk açısından geleneksel medyanın yanı sıra yeni medyanın da önemli bir kapasiteyi barındırdığı söylenebilmektedir. Gelişen teknolojiyle birlikte internetin ve kullanım alanlarının yaygınlaşması ve sosyal platformların ortaya çıkışıyla birlikte medyada savunuculuk faaliyetlerini gerçekleştirmek için daha özgür ortamlar oluşmuştur ancak sosyal platform ve internet sitelerinin medyada savunuculuk yöntemi için kullanılması halinde dikkatli olunması gereken platforma göre içerik hazırlamak ve internet ortamının kanaat önderlerinden faydalanmaktır.

Sağlık iletişimi yönünden medyada savunuculuk açısından kullanılabilecek yöntemlerden bir diğeri olan halkla ilişkiler ise, kurumun amaçları üzerine yapılanan, önem sırası – kimi zaman tüketici, kimi zaman dağıtımcı ve çalışanlar gibi kurumun ve kampanyalarının hedeflerine göre – değişkenlik gösteren hedef kitlelerle gerçekleştirilen stratejik iletişim yöntemidir (Peltekoğlu, 2009: 7). Halkla ilişkilerin farkındalık yaratmak, anlayış oluşturmak, yanlış anlaşılmaların üstesinden gelmek, bilgilendirmek, bilgileri arttırmak, önyargıları ortadan kaldırmak, inancı güçlendirmek, bir algıyı doğrulamak ya da altını çizmek ve belirli bir doğrultuda hareket etmek amaçlarına yönelik kullanımı sağlık iletişiminin de amaçlarıdır (Çınarlı, 2008: 72) .

Halkla ilişkilerin kurumlarda gerçekleştirdiği birçok faaliyet vardır. Bu faaliyetler sağlık iletişimi kapsamında da kullanılmaktadır. Sosyal sorumluluk kampanyalarının hastalık ve engelleyici önlemler ile ilgili toplumu bilinçlendirmek için kullanılması, basın toplantıları ve basın bültenleri ile sağlık kuruluşlarının medya ile olan ilişkilerinin düzenlenmesi ve kamu sağlığı lobiciliği adı altında yapılan yetkili mercileri etkileme çabaları halkla ilişkilerin faaliyetleridir ve hatta kimi zaman özel sağlık kuruluşları medyada yer almak adına sponsorluk çalışmaları da yapmaktadır. Hastalıklar ve sağlıklı yaşam konularında yapılan halkla ilişkiler çalışmaları sağlık iletişimin amaçlarını gerçekleştirmektir. Bu nedenle sağlık iletişimde sıklıkla halkla ilişkiler çabalarına başvurulmaktadır.

1.7. Sağlık Davranışı Modelleri

Sağlık iletişiminin amacı sağlık davranışlarını ve tutumlarını değiştirmektir. Sağlık davranışı değiştirmeye yönelik çalışmalar yapılırken kullanılan bazı modeller ve teoriler bulunmaktadır. Bu model ve teoriler arasından sıklıkla karşımıza çıkanlar; sağlık inanç modeli, planlanmış davranış teorisi, sosyal biliş teorisi ve korunma motivasyonu teorisidir.

1.7.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli 1950'lerin başında ABD Halk Sağlığı Servisi'nde çalışan sosyal psikologlar tarafından hastalık semptomlarının erken tespitine yönelik taramaların yetersizliği ve hastalıkları önleyici davranışları kabul etmenin yaygın olmayışı nedeniyle geliştirilmiştir (Janz ve Becker, 1984: 2). Sağlık inancı modeli aslında kişilerin neden hastalıklardan korunma veya onları saptama programlarına katılmadığına dair bir açıklama getirmek için ortaya konmuştur (Okay, 2012: 84). Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (Tuzcu ve Bahar, 2012: 94). Sağlık inanç modeli, insanların sağlıkla ilgili istenen davranışları edinmesi için gereklilik taşıyan unsurları açıklaması açısından önem taşımaktadır.

Sağlık inanç modelinin içerdiği bileşenler şu şekildedir (Champion ve Skinner, 2008: 47 – 50);

- Algılanan duyarlılık; hastalık olasılığıyla alakalı inançları ifade etmektedir.

- Algılanan önemlilik; kişinin hastalığın ciddiyeti ile ilgili kendi değerlendirmesini ifade etmektedir.

- Algılanan faydalar; kişinin hastalık tehdidinin azalacağını düşünmesi halinde koruyucu sağlık davranışlarını tercih etmesinin daha mümkün olacağını açıklamaktadır.

- Algılanan engeller / bariyerler; bir sağlık davranışının potansiyel olumsuz etkilerinin eyleme geçmeyi engelleyebileceğini ifade etmektedir.

- Eyleme geçiriciler; sağlık inanç modelinin çeşitli erken teşhis yöntemleriyle verdiği ipuçları sayesinde eyleme geçmeyi tetikleyebileceğini açıklamaktadır.

- Öz – yeterlilik; kişinin sağlık davranışını gerçekleştirebileceğine inancını ifade etmektedir ve modele daha sonra eklenen bir bileşendir. Bu bileşenlerin yanı sıra demografik, sosyo – psikolojik etkenler ve yapısal değişkenlerde sağlıklı davranışını dolaylı olarak etkileyebilmektedir.

İnsanlar sağlık problemlerinin hayatlarını tehdit edebileceği ya da ciddi derecede kalıcı zararlar oluşturabileceği konusunda bilinç kazanmışlar ise sağlık sorununa neden olacak davranışlardan kaçınmanın kendilerini koruyabileceğini düşünerek harekete geçerler. Bireylerin bu davranışlardan kaçınmazlar ise sağlıklarına kavuşmalarının zorlaşacağına yönelik düşünceleri bulunmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014: 230). Ailesinde psikolojik rahatsızlıklar olan bir kişinin genetik yatkınlığının farkında olarak hastalığın taşıdığı fiziksel ve yaşamsal riskleri öğrenmesi, erken teşhis sonucunda ilaçlarla hastalığın ilerlemesinin durdurabileceğini ve nasıl bir şekilde yaşamını sürdürebileceğinin kendisine anlatılmasıyla, çevresinin ve konusunda uzman kişilerin yorumlarından etkilenerek teşhis ve tedavi süreci için harekete geçmesi sağlık inanç modeline örnek gösterilebilir. Psikolojik hastalıkların tedavisinde kullanılacak ilaçların kişinin yaşam kalitesini düşürebileceği ihtimali harekete geçme sürecini engelleyebilmektedir.

1.7.2. Planlanmış Davranış Teorisi

Planlı davranış kuramı, bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme niyetidir. Niyetlerin bir davranışı etkileyen motivasyon faktörlerini içerdiği varsayılmaktadır ve davranışları gerçekleştirmek için insanların ne kadar çaba sarf etmeyi planladıklarını, ne kadar çaba göstermeye istekli olduklarını ortaya koymaktadır (Ajzen, 1991: 81).

Planlanmış davranış teorisi, nedene dayalı eylem teorisi ile de ilişkilendirilebilmektedir. Nedene dayalı eylem teorisi; bireylerin mantıklı olarak düşündükleri ve kararlarını toplam edindikleri bilgiye göre verdiklerini varsaymaktadır. Nedene dayalı (akla dayalı eylem) teorisinin geliştirilmiş şekli ise planlanmış davranış teorisidir (Okay, 2012: 78 – 79). Her iki teori de bireysel motivasyon faktörlerinin belirli sağlık davranışlarını gerçekleştirme olasılığına odaklanmaktadır. Aynı zamanda bu teoriler, tutum, öznel norm ve algılanan kontrole odaklanarak, sağlık davranışları da dahil olmak üzere birçok farklı davranışı öngörebilmektedir (Montaño ve Kasprzyk, 2008: 68).

Planlanmış davranış teorisine göre davranışın, ortaya çıkmasında iki varsayım söz konusudur; bunlardan ilki, davranışa yönelik var olan inançlar ve tutumlardır. Davranış üzerinde etkili olan ikinci unsur ise kişisel normlardır (Koçak ve Bulduklu, 2010:7). Planlamış davranış teorisi insanlarının mantıkları doğrultusunda sağlık davranışlarına karar verdiklerini ancak kişisel özelliklerinden, deneyimlerinden ve tutumlarından da davranış değişikliği sürecinde etkilendiklerini savunmaktadır.

1.7.3. Sosyal Biliş Teorisi

Sosyal öğrenme kavramı ilk defa 1947 yılında Julian Rotter tarafından kullanılmıştır. Rotter'e göre, insani hayatına tesir edebilen yaşam deneyimlerini etkileyebilme yeteneğine sahip bilinçli bir varlıktır. Fakat dış uyarıcılar da insan davranışlarını etkileyebilmektedir (Göktaş, 2018: 361). İnsan davranışlarının temelinde birçok değişken olduğunu ve bunların bir kısmının da insanların bulunduğu sosyal çevreden kaynaklandığının altını çizen kuram sosyal bilimci Bandura tarafından şekillendirilmiştir. Bandura insanların şart ve durumlar değiştiğinde davranışlarını da değiştirebileceklerini vurgulamaktadır ve motivasyon kaynakları değiştiğinde davranışın da değişim göstereceğini öne sürmektedir (Karagöz, 2016: 55 – 56).

Sosyal biliş teorisi insani değerlerin ve beklentilerin öznel olduğunu söylemektedir. Bu teoriye göre insanların eylemleri sadece objektif gerçekliklerine değil aynı zamanda kendi algılarına dayanmaktadır (McAlister vd., 2008: 172). İnsanların eylemlerinin algılarına bağlı olması, sosyal biliş teorisine göre sağlık davranışının bireysel özelliklerin yanı sıra toplumsal faktörlerden de etkilendiğine işaret etmektedir. Sosyal biliş teorisi sağlık davranışının saptanmasında bireysel faktörlerin ötesine geçerek, çevresel ve sosyal faktörleri de göz önünde bulundurmaktadır (Koçak ve Bulduklu, 2012: 7).

Sosyal bilişsel teoriye göre sağlık davranışı tercihini gerçekleştirirken insanlar kendi deneyimlerinden, fiziksel ve kişisel özelliklerinden, sosyal yaşantılarından ve bulundukları çevrenin özelliklerinden etkilenerek karar vermektedirler. Bu teoriye göre; sağlıklı yaşam ve

sağlıklı beslenme kararlarının kişinin içinde bulunduğu bireysel, sosyal ve çevresel faktörler etkisinde şekillendiği söylenebilmektedir.

1.7.4. Korunma Motivasyonu Teorisi

Rogers tarafından ilk olarak 1973 yılında geliştirilen korunma motivasyonu korkuyu, davranış değişimi için bir ön koşul olarak kabul etmektedir. Korunma motivasyonu teorisinin temel iddiası, "bireylerin korkularını kontrol etme yerine (duygusal tepki) tehlikeyi kontrol etmeye odaklandıkları (bilişsel tepki) zaman, muhtemelen mesajdaki tavsiyelerin daha fazlasını alacaklarına inanmaları şeklindedir (Çakar, 2009: 36 – 42).

İnsanları belirli bir davranışı göstermesi yönünde güdüleme anlayışına dayanan ve bir sağlık tehdidi hakkında korku oluşturmak suretiyle gerçekleşen bu teori, sağlık riski ve bu riskin sonuçları hakkında tehditler kullanarak, olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı taşımaktadır (Koçak ve Bulduklu, 2010: 7). İnsanlar için en büyük motivasyon nedenlerin biri hayati tehlikelerden korunma isteğidir. Sağlık davranışı tercihinde insanlar sağlıkları için risk olabilecek faktörlerden çekinmekte ve bu riskleri ortadan kaldırmayı sağlayacak davranışı daha fazla tercih edebilmektedirler. Örneğin; sigara paketlerinin üzerinde bulunan ''sigara içmek öldürür'' sloganı satın alacak kişileri vazgeçirmek amacıyla konulmaktadır. Böylelikle insanların daha sağlıklı davranışları tercih etmesi amaçlanarak korunma motivasyonu teorisi uygulamaya aktarılmaktadır.

Korunma motivasyonu teorisine göre, eğer insanlar tehdidin ciddi olduğuna ve kendilerinin risk altında olduklarına inanıyorsa, kendilerini harekete geçirmek üzere motive edecek bir korku ile yanıt verirler. Yanıtlarının doğası, tavsiye edilen eylemin ne kadar etkili olacağına inandıklarına (yanıt etkililiği) ve eylemi gerçekleştirmek için yetilerine olan inançlarına (öz yeterlilik) bağlı olmaktadır (Çobaner, 2013: 217). Şeker hastalarının beslenmelerine dikkat etmeleri, sigara – alkol ve uyuşturucu madde kullanıcılarının bırakma çabalarının nedeni hastalık sürecinin sonunda hayati risklerinin bulunması olduğundan korunma motivasyonu teorisi ile ilişkilendirilebilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE DOKTOR – HASTA İLİŞKİSİ

Sağlık iletişimi, sağlık sektörünün birçok öğesi arasında iletişimi sağlayan ve sağlığın korunması, geliştirilmesine yönelik yönlendirme çabalarında bulunan bir iletişim alanıdır. Sağlık iletişiminin en büyük hedef kitlesini ise hastalar oluşturur. Sağlık iletişimi sağlık kuruluşları, toplum, medya, sağlık çalışanları gibi sağlıkla ilişkilendirilebilecek pek çok hedef kitle arasındaki ilişkileri düzenleyen bir alan olmakla birlikte, doktor – hasta iletişimi sağlık iletişimi alanının baskın bir araştırma alanını oluşturmaktadır (Thompson, 2003: 91). Sağlık iletişimi kapsamında hastalar sağlıklarını korumak ya da sağlıklarına kavuşmak amacıyla en çok doktorlar ile iletişim kurduğundan, sağlık iletişiminde doktor – hasta ilişkisinin kapsamlı biçimde incelenmesini gereklilik taşımaktadır.

2.1. Doktor – Hasta İlişkisinin Kapsamı

İnsanların sahip olduğu en önemli hak yaşama hakkıdır. Yaşama hakkının sağlanabilmesi için kişinin sağlıklı olması gerekmektedir. Ülkeler arasında verilen önem düzeyi değişse de sağlık hakkı evrenseldir. Tüm insanlar sağlık halinin bozulması veya tehdit edilmesi sonucunda tedaviye ulaşmak ve sağlıklarını geri kazanmak isterler. Tıp alanında eğitim almış ve tedavi etme yetkisine sahip olan doktorlar ile hastalar arasında bu nedenle sürekli bir iletişim hali söz konusudur. Ancak doktor-hasta iletişiminin gelişim sürecinde değişime uğradığı da dikkat çekmektedir.

Doktor – hasta iletişiminin doğası zamanla değişmiştir. Yeni teknolojiler ve gelişen yeni talepler doğrultusunda hekimlerin hastalarla iletişim için harcadığı enerji düzeyinde azalmalar meydana gelmiş, buna paralel olarak diğer sağlık personelleriyle olan iletişim yaygınlaşmıştır (Harner, 2010: 313). Hasta haklarının resmi olarak korunması ve gelişen toplum bilinciyle birlikte konuya gösterilen önemin artması doktor – hasta ilişki sürecinin ön plana çıkmasına neden olmuştur. Doktor – hasta ilişkisinin sağlık iletişimi alanında ön plana çıkmasının temel nedenleri arasında hastaların sağlıklarına kavuşabilmeleri için doktorlarla iletişim kurma zorunluluğu ve ilişki taraflarının sahip olduğu farklı özelliklerden ötürü ilişkinin yönetiminde karşılaşılan zorluklarının giderilmesi yönündeki gereklilik yer almaktadır.

Doktor ve hastaların arasındaki iletişimi incelemek adına çalışmalar yapan sağlık kavramıyla farklı açılardan ilgilenen birçok araştırmacı bulunmaktadır. Yapılan bu araştırmalar, doktorlar ve hastaların tamamen farklı hastalık terminolojileri kullanmanın yanı

sıra, çoğu kez çatışan çıkarlara sahip olduklarını göstermektedir. Hasta sağlığını yeniden kazanmaya çalışırken, doktorun iletmeye çalıştığı özel teknik bilgileri kavrayamayabilir. Bu çatışmanın kaynağı, doktorun toplumda ayrıcalıklı bir statüsünün bulunması, toplumsal uzmanlık ve bilgi tekeline sahip olmasıdır (Turner, 2011: 60). Bu nedenle hastalar ve doktorların kişisel, fiziksel, sosyal ve kültürel farklılıkları gibi faktörler de doktor – hasta arasında gerçekleşen ilişki sürecinde etkili olmaktadır. Hastaların kendilerini ifade etmelerinde kendi deneyim ve sosyo – kültürel özelliklerinin etkisi olduğu kadar doktorların dinleme sürecinde göstermiş oldukları tavır ve konuşma tarzı da çok etkili olmaktadır. Doktorların sahip oldukları tıbbi bilgi ve mesleki uzmanlıktan kaynaklı olarak hastayı ikna etme çabalarını gereksiz görme durumu da ortaya çıkabilmektedir.

Hasta ve doktor arasında gerçekleşen iletişim hastaların doktorlara rahatsızlıklarını anlatmasıyla birlikte başlamış olur ve tedavi sürecinin sonuna kadar devam eder. Hastalar doktorların kendilerini ilgi ile dinlemelerinden çok memnun olmakta ve bu etkili dinleme yöntemi hastalara bir nevi ilaç gibi gelmektedir (Özkan, 2008: 88). Bu nedenle doktorların hastaların öyküsünü ve şikayetlerini dikkatle dinlemesi ve hastaların da şikayetlerini anlatırken eksiksiz dile getirmeleri gerekmektedir. Doktor – hasta ilişkisinin ilk aşamasında, hasta şikayetlerini tam olarak anlatamaz ise tedavi süreci olumsuz etkilenmiş olur.

Doktor – hasta ilişkisinde tarafların dengeli bir iletişim süreci geçirmesi pek mümkün olmamaktadır, çünkü hasta ‘’hastalık halinden’’ kaynaklanan ruh hali içerisinde doktorundan şüpheye düşebilmekte ve gelecek eleştirilere karşı hassas olmaktadır. Bu nedenle son yıllardaki çalışmalar hasta hekim etkileşiminde hekimin duygusal zekâsının önemine vurgu yapmaktadır. Hastaların duygularını anlama sayesinde, onların değerleri, kaygıları ve içsel endişeleri daha iyi anlaşılabilir ve daha şefkatli bir yaklaşımla iletişime geçilebilir (Atilla, Oksay ve Erdem, 2012: 105 – 106). Doktorların hastalara karşı olan sorumluluklarının yanı sıra bağlı olduğu sağlık kuruluşuna ve isteğe bağlı olarak akademik çalışmalar yapma doğrultusunda kendilerine karşı da sorumlulukları bulunmaktadır. Sorumlulukların yarattığı vakit sıkıntısı da doktor hasta ilişkisinin engellerinden olabilmektedir. Doktor hasta ilişkisinin seyrini etkileyen bu faktörlerin yanı sıra doktor – hasta ilişkisinin tüm detaylarıyla ele alınabilmesi için kapsadığı farklı boyutların irdelenmesi önem taşımaktadır.

Doktor hasta ilişkisinin içerdiği farklı boyutlar ise şu şekildedir (Henzel, 2009: 21 – 33);

- Medikal boyut: Çağdaş tıbbın sürekli gelişerek hem bilgi birikimini hem de uygulama olanaklarını arttırması; ileri teknolojiyle üretilmiş cihazları yaygın biçimde kullanması, teşhis – tedavi edici boyutunun yanı sıra sağlığı koruma ve geliştirme gibi yeni bir boyut eklemesine yol açmıştır.

- Sosyo – kültürel boyut: Hasta – hekim ilişkisi bir yönüyle, birçok meslekte olduğu gibi, bir tür hizmetin üretilmesi ve gereksinim duyana sunulması esnasında kurulan bir ilişkidir. Diğer mesleklerden farkı, buradaki üretimin kritik, komplike ve sofistike yanı olduğundan üreticisine sağladığı saygınlığın daha fazla olabilmesidir.

- İletişimsel boyut: Hasta – hekim ilişkisinin bir boyutu olarak iletişimin önemi, önceki yıllara göre azalmış olsa bile, medikal başarıda mesaj alıp – verme, ileri inceleme olanaklarına rağmen hala önem taşımaktadır. Tıbbi iletişim, hastanın sorununu ve beklentilerini, hekimin ise sorularını, önerilerini, yönlendirmelerini, isteklerini karşısındakine bildirmesidir.

- Ekonomi – politik boyut: Günümüz dünyasında tıbbın ekonomik boyutu, özellikle yönetim otoritesi tarafından insani, toplumsal, teknik boyutlarına göre daha önemli ve öncelikli görülmekte; sağlığın bir hizmet üretim alanı olarak algılanması ve takdim edilmesi yaygın biçimde benimsenmektedir.

- Hukuki boyut: Hasta – hekim ilişkisinin hukuki boyutunu ceza ve tazminat hukuku gibi iki ana başlık altında toplamak olanaklıdır. Hem tıp – sağlık hukukunun hem de tıp etiğinin temel kavramları olan hekim sorumluluğu, hasta hakları, doktor – hasta ilişkileriyle ilgili yasal düzenlemeler gibi unsurları içermektedir.

- Etik boyut: Tıp etiğinin hasta hekim ilişkisiyle ilgili boyutu, ağırlıklı olarak hekimin hastasıyla ilgili görevlerini, sorumluluklarını belirlemeye yönelik bir karakter arz etmektedir.

Sağlık iletişimi açısından doktor – hasta ilişkisinin başarılı biçimde yönetilebilmesi için söz konusu boyutların üzerine düşünülmesi ve bu boyutların kapsamlarına uygun hareket edilmesi gereklilik taşımaktadır. Bu boyutların sağlıklı biçimde uygulamaya aktarılmasının yanı sıra, doktor – hasta ilişkisinde kişilerarası güven, bir diğer deyişle hastanın doktoruna güven hissetmesi de önem arz etmektedir.

Doktor – hasta ilişkisinin başarısı hastaların doktorlarına karşı hissettiği güvenle ilintilidir. Güven insan yaşamını basitleştiren ve sosyal karmaşıklığı azaltan bir olgudur (Luhmann, 1979: 71). Doktor ile hasta arasındaki güven unsuru iletişimin kolaylaşmasına yardımcı olur, hastanın doktorun önerilerini tam anlamıyla uygulaması açısından da çok önemlidir. Hastaların doktorlarına duydukları güvenin yanı sıra sağlık kuruluşlarının hastalara bakış açısı da doktor – hasta ilişkisinin yönetiminde ön plana çıkmaktadır.

Gelişen tıp teknolojisi, toplumda sağlık bilincinin oluşması ve zamanla artmasıyla birlikte ortaya çıkan sağlık kuruluşlarının sayısında ciddi oranda artış yaşanmıştır. Sayısı hızla artan özel sağlık kurumlarından dolayı rekabet yoğunlaşmakta, ayrıca yapılan

düzenlemelerle hastaların, hem özel sağlık kurumlarından ve hem de kamuya ait diğer sağlık kurumlarından hizmet almalarının yolu açılmaktadır. Bu nedenle, hastaların memnuniyetini esas alan müşteri odaklılık ilkesi ön plana çıkmaktadır (Öz ve Uyar, 2014: 123). Sağlık sektörünün bir pazar haline gelmesiyle birlikte seçenekleri çoğalan ve bilinçlenen hastalar açısından doktor – hasta ilişkisindeki dengelerin eşit olması gerektiği düşünülmeye başlanmıştır. Günümüzde özel sağlık kuruluşları dışında kamu hastanelerinde çalışan doktorların da kendilerine ait özel muayenehanelerin bulunması sebebiyle doktor – hasta ilişkisinin ekonomik etkiler nedeniyle farklı şekillerde ilerleyebildiği söylenebilmektedir.

Doktor – hasta ilişki sürecinin insana ait ve insanı etkileyen tüm faktörlere bağlantılı olarak ilerlemesinden dolayı bu ilişkinin dinamiğini anlayabilmek için, ilişki taraflarının belli rollerde kendilerini ifade ettiğini öne süren doktor – hasta ilişki modellerinin üzerinde durmak gerekmektedir.

2.2. Doktor – Hasta İlişki Modelleri ve Tarihsel Gelişimi

Doktor – hasta ilişkisi sağlık iletişimi açısından tarihin her döneminde incelenen bir konu olarak ilgi uyandırmaktadır. Eski çağlardan itibaren doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkiye sağlık koşullarının iyileştirilmesi açısından önem gösterildiği dikkat çekmektedir.

Doktor hasta ilişkisi eski çağlardan günümüze kadar devam eden bir süreçtir. Tarihte görülen eski uygarlıklarda kanalizasyon ve su şebekeleri ve çevre düzenlemeleri sağlığın sosyal yönüyle ilişkili olarak ele alınmıştır. Özellikle kutsal dinlerde sosyal sağlık koşullarını iyileştirici önlemler göze çarpmaktadır. Bu dönemde hekimler belli etik kurallar çerçevesinde hareket ederek yalnızca hasta ile sağlık arasındaki ilişkiye dikkat etmektedir (Öngören, 2004: 35). Ancak günümüze ulaşıncaya dek doktor hasta ilişkisinin içeriğinin zaman içerisinde birçok olaydan etkilenerek değişim gösterdiği söylenebilmektedir.

18. yüzyılda doktorların sayısının az olması ve hastaların çoğunlukla üst sınıf ve aristokratlardan oluşması nedeniyle doktor – hasta arasındaki ilişkide toplumsal eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu durumun yarattığı eşitsizlik doktorları hastaları memnun etmek konusunda birbirleriyle yarışan bir konumda bırakmıştır (Kaba ve Sooriakumaran, 2007: 59). 18. yüzyıl toplumunun sınıflı yapısı nedeniyle bu dönemdeki doktor – hasta ilişkisinin doktorların daha üst sınıfa mensup hastalarda memnuniyet oluşturmak için rekabet etmeleri nedeniyle eşitsizlik üzerine kurulu bir ilişki olduğu dikkat çekmektedir.

Modern doktor – hasta ilişkisi ise, 19. yüzyılın sonlarında 1880'lerde ortaya çıkmış ve 1970'lerde hızla gerilemeye başlamıştır. 20. yüzyılın son çeyreğinde, doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkilerde kronik bir memnuniyetsizlik ortaya çıkmıştır. Ancak tıp, bulaşıcı

hastalıklardaki ölümleri önemli ölçüde azaltmış ve kitleler için yaşam süresini uzatmıştır (Cole, 2012: 3 – 4). Bu durum da doktor ve hastaların daha uzun süreli ilişkiler içerisinde bulunmasına neden olmuş ve bu ilişki türünün disiplin haline getirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

1950'lerin ilk yıllarında Sosyolog Talcot Parsons, hekim – hasta ilişkisinin sosyal altyapısını inceleyerek hekimin rolünü, üstün uygulama yeterliliğine dayalı mesleki ihtisas olarak tanımlamıştır (Gülcemal, 2015: 6) . Bu yıllarda doktorların süreç üstündeki otoritesi çok yüksektir, hasta ise pasif bir alıcı konumundadır.

Doktor – hasta ilişkisinde tarafların rolleri zaman içerisinde değişiklik göstermektedir. Sağlık iletişiminin 1970'li yıllarda önem kazanmasıyla birlikte hastaların da iletişim sürecindeki rolü değişmeye başlamıştır. Teknolojinin gösterdiği hızlı gelişmeler ve bireysel özgürlüklerin artan önemi nedeniyle, hastaların klasik ataerkil tipteki bağımlılığının; yani "hekim karar verir, hasta hekimin dediğini uygular" şeklindeki hasta – hekim ilişkisinin sorgulanmasına yol açmıştır (Koch ve Turgut, 2004: 65). Hastaların kendi hakları konusunda bilgilenmesi, tedavi ve doktor seçeneklerinin artması nedeniyle hastanın ilişki sürecindeki rolü aktif hale gelmiştir.

Doktor hasta iletişiminin zaman içerisindeki değişimini etkileyen üç unsur vardır. Bunlar (Lazaro ve Gracia, 2006: 7);

1. Geleneksel olarak doktorun ön planda olduğu, hasta yararına kendi başına karar alabildiği ve hastanın pasif olduğu durumdan, 20.yüzyılın sonlarına doğru iyi tanımlanmış haklara sahip olan, tedavi prosedürleri konusunda karar alma kapasitesine sahip olan hastanın aktif bir role konumlanmasıdır.

2. Doktorun, bir baba figüründen hastalarına bilgi ve tavsiyesini sunan bir teknik danışmana dönüşmesidir.

3. Doktor – hasta arasındaki klinik ilişkinin, çok sayıda sağlık çalışanının katılımıyla daha kolektif hale gelmesidir.

Zaman içerisinde gerçekleşen belirli farklılaşmalarla birlikte doktor - hasta ilişkisi günümüzdeki halini almıştır.

Doktor – hasta ilişkisi, doktorların insancıl tedaviye gereken önemi gözetmeleri gereken ve tarafların gerçekleşen ilişkiyi kişisel olarak yorumladıkları bir süreç olarak devam etmektedir (Osorio, 2011: 404). Doktor – hasta ilişkisini daha iyi anlayabilmek adına kuramcılar tarafından birçok farklı doktor hasta ilişki modeli geliştirilmiştir. Bu modellerin dönemin toplumsal durumu göz önünde bulundurularak ortaya konulduğu öngörülebilmektedir.

Doktor – hasta ilişkisinin evrimini daha iyi kavrayabilmek adına tarafların farklı rollerde tanımlandığı modelleri ayrıntılı bir şekilde incelemek gerekmektedir. Günümüzdeki toplumsal gelişmeler göz önüne alındığında, kuramcıların hepsinin modellerinde bahsettiği doktorun

baskın olduğu yaklaşım anlayışından uzaklaşıldığı, her iki tarafın da görüşlerini belirletebileceği yaklaşımların daha fazla kabul göreceği söylenebilmektedir.

2.2.1. Parsons'un Doktor – Hasta İlişki Modeli

Talcott Parsons sosyoloji ve alt alanlarında çalışmalarda bulunan önemli bir kuramcıdır. "Medikal Sosyoloji" adı altında 1940'lı yıllarda ABD'de ele alınmaya başlayan sağlık sosyolojisi disiplinine katkıları büyüktür. Parsons doktor ile hasta arasındaki ilişki modelinin temelini de sağlık sosyolojisine dayandırmaktadır (Öngören, 2004: 2). Bu nedenle Parsons'ın doktor hasta ilişkisini incelemeye başlamadan önce sağlık sosyolojisi disiplinini incelemek gerekmektedir.

Sağlık (medikal) sosyolojisi; sosyolojik bakışla, kişinin içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik yapı ile birlikte sağlık ve hastalık olgularına yüklenen anlamların, hastalığa gösterilen tepkilerin, rahatsızlığı algılama ve yardım arama davranışının anlaşılması; sağlık sisteminin hastalar, sağlık çalışanları, sağlık politikaları, sağlık finansmanı ve diğer alanlarıyla analiz edilebilmesi ile ilgilenen sosyoloji dalıdır (Tekin, 2007: 16). Sosyoloji disiplininin alt alanı olarak ortaya çıkan sağlık sosyolojisi, sağlığı etkileyen tüm toplumsal faktörlerle ilgilenmektedir.

Medikal sosyoloji terimi ilk olarak 1894'te Charles McIntire tarafından sağlıkta sosyal faktörlerin önemi üzerine yazılan bir makalede ortaya konmuştur. Sağlık sosyolojisi alanındaki ilk çalışmalar hekimler tarafından değil, uzun bir süre alanı görmezden gelme eğilimi gösteren sosyologlar tarafından gerçekleştirilmiştir. İkinci dünya savaşının sonuna kadar ciddi bir şekilde kullanılmayan sağlık sosyolojisi 1940'lı yılların sonlarında sosyo – medikal araştırmalar için önemli bir konuma gelmiştir. Sağlık sosyolojisi teriminin ortaya çıkmasından yıllar sonra ise Talcott Parsons hasta rolünün kavramsallaşmasının önemi üzerine çalışmalarda bulunmuştur (Cockerham, 2016: 5 – 6). Sağlık sosyolojisi, zamanla hasta deneyimlerine ve sağlık alanında yaşanan eşitsizliklerin sosyal epidemiyolojisine değinen araştırma dalları geliştirmiştir. Talcott Parsons'ın "The Social System" isimli kitabı sağlık sosyolojisi için teorik bir temel sağlamıştır (Higgs ve Jones, 2009: 3 – 4).

Parsons'ın katkıları bir kenara bırakılırsa, tıp sosyolojisinin 1960'lara kadar önemli bir gelişme kaydetmediği konusunda belirli bir fikir birliği vardır. Genelde, tıp sosyolojisinin tarihi üzerine açıklamalarda, geç bir başlangıca sahip olan ve idari bir eğilimin hakimiyetindeki tıp sosyolojisinin sonunda sosyolojide kabul gören bir araştırma alanı olarak ortaya çıkmaya başladığı ve ayrıca tıp mesleği içinde giderek daha fazla kabul gördüğü belirtilmektedir

(Turner, 2011: 16 – 17). Sosyoloji alanında yapılan çalışmalarda sağlık sosyolojisinin önem kazanması, hasta rolündeki bireylerin toplum ve sağlık bilincinin artması, yapılan birçok tıbbi çalışmada insanların psikolojik, kültürel ve sosyal özelliklerinin etken olarak ortaya çıkması ve diğer bilim dallarının sağlık sosyolojisine ilgi göstermesi sağlık sosyolojisinin bir disiplin olarak gelişmesinde katkıda bulunmuştur. Sağlıklı olmanın sosyal iyilik hali ile bağlantılı olması da insanların sosyal özellikleri ve yaşantılarının da dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sağlık sosyolojisi, sağlık durumunun ölümsüzlük, sosyal sınıf, cinsiyet ve etnik gruplar gibi sosyal faktörler tarafından şekillendirildiğinden ve sağlığın hem öznel hem de nesnel bir boyuta sahip olduğundan bahsetmektedir (Wainwright, 2008: 2). İnsanların ve toplumların davranışlarının nedenini araştıran sosyoloji bilimi, sağlık sosyolojisi kapsamında insanların sağlık davranış ve kararlarının altında yatan nedenleri araştırmaktadır.

Hastalıkların dağılımı, sağlık ve hastalığa etki eden kültürel ve sosyal tepkiler, hastane sosyolojisi, sağlık hizmetlerinin kullanımı, toplum sağlığı, stres ve hastalıkla başa çıkma gibi etkenler, sağlık politikaları gibi konular sağlık sosyolojisinin alanını oluştururlar (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 243). Kişilerin dini inançları, yaşadıkları çevre, aile ilişkileri, hastalık ve sağlık olgusuyla alakalı sahip oldukları bilinç sağlık davranışlarına yansımaktadır. Toplumun hastalıklara verdikleri önem ve tepkiler de sağlık sosyolojisinin çalışma alanıdır.

Sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalık durumlarını sosyal faktörler çerçevesinde inceleyen bir sosyoloji dalıdır. Sağlık kavramı ve ilişkili tüm kavramların, sağlık alanında iletişim kuran tüm bireylerin davranışlarının, kurumların ve hizmetlerin sosyal yönlerini incelemek bu alanın önem verdiği konulardandır (Saltık, 2012: 10). Toplumsal farklılıklar nedeniyle farklı toplumlarda hastalıklara ve tedavilerine verilen önemin değişkenlik gösterdiği ifade edilebilir, sağlık sosyolojisi ise bu farklılıkları bilimsel olarak incelemektedir.

Sağlık sosyolojisi hastalıkları, sağlığı ve tıbbı toplumun temel taşları arasında görmekte ve bunları diğer bileşenlerle birlikte örerek toplumun yapısı ile beraber değerlendirmektedir (Bingöl, 2017: 169). Günümüzde tıp dünyasındaki gelişmeler sonucu modern tıbbın hastalıkları başarı ile tedavi edebilme oranının artmasıyla hastalıkların tıbbi yönü yerine sosyal yönüne dikkat etme çabaları da hız kazanmıştır. Sosyoloji, insan davranışlarının sosyal nedenleri ve sonuçları ile ilgilenirken, sağlık sosyolojisi de, sağlık ve tıbbi pratikler alanındaki çalışmalar, sosyolojik bir bakış açısıyla teoriler ve metotlar geliştirmektedir (Ertaş, 2007: 11). Örneğin; son yıllarda sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, stres gibi sosyal sağlık davranışlarından dolayı oluşan hastalıkların oranı artış göstermiştir, sağlık sosyoloji disiplini sayesinde hastalıkların yayılma ve engellenme oranında toplumlar arasındaki farklar ortaya konulabilmektedir.

Sağlık sosyolojisinin kapsamına ilişkin bu bilgilerden hareketle, Parsons'ın sağlık sosyolojisi temeline dayandırdığı doktor – hasta ilişki modelinin kapsamından bahsetmekte yarar bulunmaktadır.

Tıp pratiğini, bireyin sağlığına kavuşmasına ya da hastalıkla başa çıkmasına yönelik olarak değerlendiren Parsons'ın doktor – hasta ilişki modeli, doktor – hasta rolü üzerinden ilerlemektedir (Parsons, 1951: 429). Hasta ve doktor rolleri kavramlarına odaklanan Parsons (1951: 436), hastalık rolünün dört unsuru bulunduğunu ifade eder. Bu unsurlar:

- Hasta rolünde bulunan bireyler sosyal yaşamda gerçekleştirmesi gereken sorumluluklarından muaf tutulur ve bu durum hastalığın doğasına ve ciddiyetine göre değişiklik göstermektedir.
- Hasta birey bakımı muhtaçtır ve ihtiyacını kendi idrak edemediği durumlarda etrafında bulunan kişilerin onları dinlenmeye teşvik ettiği bilinmektedir.
- Bu iki unsur gerçekleştirildikten sonra hasta bireyden beklenen mümkün olduğunca hızlı bir şekilde iyileşmeyi istemesidir.
- Son olarak hasta bireyin durumunun ciddiyetine uygun olacak teknik uzmanı araması ve onunla işbirliği içerisinde hareket etmesi gerekmektedir.

Bu unsurlar açısından, hastalık durumunda günlük işlerini aksatması kabul gören bireylerin hastalık durumunu kabul ederek, hastalık rolünü hızlıca terk etmesi ve normal hayatına dönmek için profesyonel bakım görmesi gerekliliği ortaya konmaktadır.

Parsons, hasta rolü kavramını geliştirirken, fikirlerini, sosyolojinin en önemli iki klasik kuramcısı olan Emile Durkheim ve Max Weber ile ilişkilendirmiştir. Parsons hastalığı bir çeşit sapkınlık olarak tanımlamıştır. Bunun nedeni ise belirli bir sosyal sistem içindeki toplumsal normları ihlal eden herhangi bir davranışın, sosyolojik tanımında sapkınlığın bulunmasıdır. Parsons'ın hasta rolü kavramı, hastalığa yakalanmanın bilinçli bir seçim olmadığı varsayımına dayanmaktadır, bu nedenle hasta kişi sadece kendine yardım edemediği için sapkın olarak tanımlanmaktadır (Cockherham, 2016: 191 – 192).

Parsons'a göre (1951: 438), doktor hasta ilişkisine işlevsel olarak yaklaşmak gerekmektedir. Hastalar genellikle bilinçsiz bir şekilde kendilerini korumak ve güvende tutmak adına motive oldukları için bozulan sağlığın geri elde edilmesiyle, motivasyon dengesinin yeniden sağlanması hastalar için en önemli kazanımdır. Bu kazanımla birlikte hastanın sahip olduğu ayrıcalık ve muafiyetler de, hastaların sağlığa kavuşmayı talep etmelerinde ön plana çıkmaktadır. Hasta rolünün sosyal yapı ile ilişkili spesifik bir örüntüsü bulunur. Her şeyden önce hastalık rolü, bireylerin statülerinden ve diğer rollerinden bağımsız bir şekilde herkesin yaşayabileceği ''koşullu'' ve geçici bir roldür. Hasta rolünün odak

noktasının sınıfsal olmamasının nedeni, hastalık durumunun yaşanıp yaşanmadığının ve hastalık tiplerinin, şikayetlerin belirlediği ilişkisel bir yapısı olmasıdır.

Hastalık rolünün evrenselliği, insanların yaşamlarında ciddiyeti değişmekle birlikte birçok kez hastalık durumunun yaşanması ile ilişkili bir durumdur. Örneğin; doktorların da hasta olarak tıbbi bakımı ihtiyaç duymaları, hastalık rolünde bulunmanın kişinin donanımı ya da statüsüyle alakası olmadığının kanıtıdır.

Parsons'a göre (1951: 436 – 441); hasta, sağlığına kavuşmak için tıbbi ve teknik bilgilere ulaşmaya ihtiyaç duyar. Doktorlar ise özel eğitim ve tecrübe ile hastalara bu tıbbi bilgiyi sunabilecek, yardım edebilecek statüde bulunan teknik uzmanlardır. Hastanın kendi rolünü tam anlamıyla yerine getirme ve doktorla iş birliği yapma yükümlülüğü vardır. Bununla birlikte doktorların da hastalarına karşı yerine getirmeleri gereken yükümlülükleri bulunmaktadır. Doktorlar teknik rollerinin yanı sıra hastalarıyla ilgili olarak çok fazla sorumluluğa sahiptirler, bu nedenle hastalarını ayrıntılı bir şekilde bilmeye hakları bulunmaktadır. Hastalarının refahını ön plana koyma yükümlülüğü olan doktorların, hastalarıyla aralarında karşılıklı bir alışveriş söz konusudur. Doktorların sorumluluklarından en önem arz edeni, hastalarının eksiksiz, erken ve ağrısız iyileşmesini sağlamak için mümkün olan her şeyin yapılmasıdır. Doktorun bu sorumluluğu gerçekleştirirken muhtelif hastalık türleri ve şiddetlerinin bulunduğunu göz önünde bulundurması gerekmektedir. Parsons hastayı iki farklı doktorun verdiği bilgiler arasından bile doğru seçimi yapması (belli istisnai hastalar dışında) zor olan bir rolde tanımladığı için bu ilişki modelinde doktorun bilgi ve becerilerinin etkisi ön plana çıkmaktadır. Doktorun yükümlülüklerini yerine getirmesi için gereken tıbbi bilgi ve yeterliliğe sahip olması, meslek kurallarına uygun hareket edebilmesi gerekmektedir.

Parsons'ın doktor - hasta ilişki modelinde her iki ilişki tarafının birtakım hak ve yükümlülükleri bulunmaktadır. Hastaları, ilişki sürecinde doktorun bilgi ve becerilerine ihtiyaç duyan pasif bir rolde konumlandıran Parsons'a göre hastalar da sağlıklarına kavuşmak için çaba göstermelidir.

Parsons için hastaların sahip olduğu hak ve yükümlülükler, normal rol performansını ve hastalığın üstesinden gelme ve sağlığa dönüş arzusunu vurgulamaktadır (Wainwright, 2008: 88). Parsons'a göre, hastanın doktorun yardımını talep ederek iyi olma zorunluluğu olduğunu kabul etmesi beklenir. Hasta – doktor ilişkisi, toplumun doğada iyileştirici olmasını amaçlar. Bu ilişki, davranışsal beklentiler biçiminde karşılıklılık içermesine rağmen, tarafların statüsü ve gücü bakımından eşit değildir. Parsons'ın doktor – hasta ilişkisi çocuk – ebeveyn ilişkisine benzemektedir (Cockerham, 2016: 194). Bu doktor – hasta ilişki modelinde hasta bilgisizliğinden ve çaresizliğinden ötürü doktorun yardımına muhtaç olarak tanımlanmakta,

doktor ise sahip olduğu bilgi ve bundan kaynaklı sağladığı otorite ile hastadan çok daha yüksek bir konumda algılanmaktadır.

Parsons'ın doktor hasta ilişki modeline yapılan bazı eleştiriler bulunmaktadır. Bu ilişki modeline yapılan başlıca eleştiriler şunlardır (Turner, 2011: 55 – 60);

- Parsons'ın hasta rolü analizi tüm 'hastalık davranışı' ve 'yardım arama' davranışı tiplerinin çok daha dar bir dilimini oluşturma eğilimindedir.

- Doktor – hasta ilişkisi çatışma ve fikir ayrılığının karakteriyle ilişkilidir. Parsons'ın modelinde doktora gerçek rahatsızlığını ileten, tıbbi teşhisleri sorgulamadan kabul eden ve doktorun tavsiyelerine tamamen uyan bir ideal hasta varsayıldığı öne sürülmektedir.

- Hasta rolü ve hastalık rolünün karakteri konusunda önemli bir ölçü olabilen hastalık tipinin modelle olan ilişkisi eleştirilmektedir.

- Bir diğer eleştiri ise doktorun sınıf, cinsiyet veya statü ayrımı yapmadan bütün hastalara aynı muameleyi yapması gerektiği düşüncesiyle ilişkilidir.

Parsons'ın işlevselci bir yaklaşım üzerinden hasta ve doktor rollerini kurumsallaştırarak ortaya koyduğu doktor – hasta ilişki modeli; gerek desteklediği görüş, gerekse aldığı eleştiriler kapsamında değerlendirildiğinde geliştirilecek diğer doktor hasta ilişki modellerine bir temel sağladığı ifade edilebilir.

2.2.2. Szasz ve Hollender'in Doktor – Hasta İlişki Modeli

Szasz ve Hollender geliştirdikleri doktor – hasta ilişki modelinde doktor ile hasta arasında bulunan ilişki dinamiğinin, ilişkinin gerçekleştiği yerin özgünlüğüne ve yaşanan tıbbi duruma göre şekillendiğine dikkat çekmektedir.

Doktor – hasta ilişkisi tarihsel bağlamda, tıbbi (veya psikiyatrik) duruma ve tarafların yaşadığı sosyal ortama bağlıdır. Tıbbi durum eldeki teknik imkanları ve hastalıklarla başa çıkmak için gereken mevcut araçları ifade eder. Hekimin ve hastanın iletişim kapasitelerinin yanı sıra hekimin özel teknik becerileri de tıbbi durum içerisinde yer almaktadır. Sosyal ortam ise, zamanın sosyo – politik ve entelektüel, bilimsel iklimine bağlıdır (Szasz, Knoff ve Hollender, 1958: 522). Szasz ve Hollender'in doktor – hasta ilişki modeli doktorların tıbbi bilgi birikiminin yanı sıra ilişki tarafları arasındaki iletişimin etkinliğine ve ilişkinin gerçekleştiği sosyal ortamla doğrudan bağlantılıdır.

Szasz ve Hollender, doktor – hasta ilişkisinin üç temel modelini belirlemişlerdir. Belirlenen bu doktor hasta ilişki modelleri hayatın her alanında sürdürülen iletişim süreçleri

için uygulanabilir görülmekle birlikte tıbbi durumların kendine özgü yapısı ve sosyal ortamlarla olan etkileşimi model kullanımı farklılaştırmaktadır. Bu modeller, etkinlik – pasiflik, rehberlik – işbirliği ve karşılıklı katılım modelleridir (Szasz ve Hollender, 1955: 585 – 591):

- Aktiflik – pasiflik modeli: Tarihsel olarak en eski kavramsal modellerden biridir. Psikolojik olarak ise bir iletişimden çok ebeveyn – çocuk ilişkisi gibi gözükmektedir. Doktorun tamamen aktif olmayan (veya pasif) bir hastaya tutumunu ifade eder. Aktiflik – pasiflik modeli, doktoru durumun mutlak kontrolüne yerleştirmektedir. Hastanın bilinçsiz olduğu durumlarda (koma ve anestezi gibi) bu modelin uygulanması uygun olmaktadır.

- Rehberlik – işbirliği modeli: Tıbbi uygulamaların birçoğunun temelini oluşturan bir modeldir. Aktiflik – pasiflik modelinin kullanıldığı durumlardan, ilişki adına daha fazla umut vadeden durumlarda kullanılır. Hekimin hastaya ne yapacağını söylediği modeldir ve sonrasında hastanın bu tavsiyelere uyması beklenir. Her iki ilişki tarafı da aktiftir ve ilişkiye katkıda bulunmaktadır. Hastaların kendilerine ait düşünce ve hisleri bulunmaktadır, ancak sınırlı bir şekilde de olsa hekimin üstünlüğünü kabul etmektedirler. Bu durum hekimin hastanın sahip olmadığı tıbbi bilgilere sahip olmasından kaynaklanır. Hastanın, hastalığı nedeniyle yaşadığı rahatsız edici semptomlar doktorla iş birliği yapmak adına hastayı teşvik etmektedir. Bu modelde doktorun rolü, hastanın kendisine yardım etmesine yardımcı olmaktır. Hasta ve doktor arasındaki temel fark statü ve güç ile alakalıdır. Güç eşitsizlikleri olan herhangi bir ilişki türünde olabileceği gibi durumun istismar edilme olasılığı vardır.

- Karşılıklı katılım modeli: Doktor – hasta etkileşiminin ortak olarak sürdürüldüğü bir ilişkiyi gösterir. Model felsefi olarak insanoğlunun eşitlik arzusunun doğuştan geldiğini öne sürmektedir. Psikolojik olarak ise, tarafların karşılıklılık içerisinde birbirlerinin açısından durumu görmesi sürecine dayanır. Tarafların psikolojik ve sosyal organizasyonunu gerektirir. Katılımcıların yaklaşık olarak eşit güce sahip olmaları, karşılıklı olarak birbirine bağlı olmaları (yani birbirlerine ihtiyaç duymaları) ve her ikisi için de tatmin edici olan faaliyetlerde bulunmaları bu tür bir etkileşim için çok önemlidir. Bu model hastaların kendileri ile ilgilenmesinin gerektiği ya da istendiği durumlarda, genellikle kronik rahatsızlıklar (diyabet, kalp hastalığı gibi) yaşayan hastalar tarafından tercih edilmektedir. Bu noktada tedavi programının kendisi hasta tarafından gerçekleştirilir ve hastanın kendi deneyimleri tedavi için önemli ipuçları sağlamaya yardımcı olur. Karşılıklı katılım modeli evrimsel olarak diğer iki modelden daha fazla gelişmiştir. Bu nedenle çocuklar ya da zihinsel yetersizlikler yaşayan hastalar için nadiren uygundur. Öte yandan doktor ve hasta arasında entelektüel, eğitici ve deneyimsel benzerlikler ne kadar fazla olursa bu modeli kullanmak da o derece uygun hale gelmektedir.

Szasz ve Hollender'a (1955) göre bu modellerde değişime neden olabilecek bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlardan ilki modellerden birinin diğerlerinden daha iyi olduğu düşünülüp ön plana çıkmasıdır. İkincisi ise iyileştirici ilişkiyi zaman içerisinde değişen bir durum ve her iki katılımcıda değişime neden olacak bir süreç olarak yorumlamaktır. Szasz ve Hollender'ın doktor hasta ilişki modellerinin başarılı ilerlemesi için, tarafların bakış açıları, sosyal ortamları, bilgi düzeyleri ve hastalıkların ciddiyeti göz önünde bulundurularak tercih edilmesi gerekmektedir.

2.2.3. Freidson'un Doktor- Hasta İlişki Modeli

Freidson tarafından geliştirilen doktor – hasta ilişki modeli; doktor ve hasta arasında yaşanan ilişkinin tarafların beklentilerine göre şekillendiğini ifade etmekte ve taraflar arasındaki güç eşitsizliği nedeniyle yaşanan çatışmaları ön plana çıkarmaktadır.

Freidson'a göre yirminci yüzyılda medikalleşmeyi başlatan başlıca güç, doktorların mesleki gücü ve hırsı olarak görülmüştür (Barker, 2008: 21). Doktorların mesleki güçleri medikalleşmeyi başlatan itici bir güç olmasının yanı sıra doktor – hasta ilişkisi açısından da ilişki tarafları arasında çatışmaya neden olabilecek bir faktör olarak ele alınabilmektedir.

Freidson 1970 yılında gerçekleştirdiği çalışmasında doktor hasta ilişkisinin temelinde çatışmanın olduğunu ifade etmektedir. Özerklik ve otorite çatışmasının en çok yaşandığı alan tıbbi bilgi alanıdır. Freidson, hekimlerin, yüksek statü ve mesleki duruşa sahip olmaktan ziyade, bir yetkinlik boşluğunu doldurduğunu ve otorite fonksiyonu olarak görülmelerinin hastayla bilgi paylaşmalarını engellediğini söylemektedir. Freidson'a göre bilgi paylaşımı durumunda bilginin eksik veya kusurlu olması sebebiyle hasta doktorun bazı şeyleri gözden kaçırdığını düşünüp endişelenebilir. Freidson, hekim başına düşen hasta oranın, doktorun herhangi bir hastaya ya da tıbbi probleme yeterli dikkat ve zamanı verememesine neden olabileceğini ifade etmektedir. Doktor, birçok vaka içinden bir kez başarısız olsa bile hastanın şüpheye düşmesi için yeterince nedeni vardır. Doktorların çoğu ise hastaların karmaşık bilgiyi anlamak ve değerlendirmek için hazır olmadığı görüşündedir (Roter ve Hall, 2006: 23 – 24). Doktor – hasta etkileşiminin çoğunlukla çatışmalı ve uyumsuz olduğuna işaret eden Freidson, doktor ve hasta arasında bulunan farklılıkların hastalıkların kendisi ve kültürel farklılıklar nedeniyle ortaya çıktığını açıklamıştır (Halpern ve Anspach, 1993: 281 – 282).

Bu model kapsamında yer alan doktor – hasta ilişkisinde hasta doktorun kendisine verdiği bilgiden daha fazlasını ve daha kesin talimatları bekler. Hasta ve doktorun içinde bulunduğu sosyal yapı aralarındaki ilişkinin başlamasını organize etmektedir. Hastalığın biyofiziksel seyri, kendiliğinden bir gerileme söz konusu olmadığı sürece doktorun yetkinliğinden doğrudan etkilenmektedir. Hem sosyal yapı hem de tıbbı bakımın

profesyonelleşmesiyle ortaya çıkan durumların hastalığa etkileri açıkça görülür. Kişinin gerçekten hasta olup olmadığı, hasta rolünü benimseyip benimseyemeyeceği ve statüsünü bir kez daha tekrar edip edemeyeceği unsurları bu noktada öne çıkmaktadır. Hastanelerin organizasyonu ise hem hastalığın durumuna hem de ilişki sürecindeki statülere etki etmektedir. Freidson çalışmasında ayrıca hastaların deneyimlerine göre iki tip değerlendirme yaptıklarını ifade etmektedir. Bunlar; hastanın kişisel duyguları ve hizmet alma deneyimidir (Freidson, 1970: 3 – 322). Bununla birlikte hastalar, hastalık tanılarını doktorun tedavi önerilerini değerlendirirken bir öncü olarak görmektedir (Heritage ve Maynard, 2006: 364). Freidson'un doktor – hasta ilişki modelinde, hastanın ilişkiden duyduğu memnuniyetin hastanın olumlu duygulara sahip olması ve aldığı sağlık hizmete yönelik değerlendirmelerine dayandığı dikkat çekmektedir. Ayrıca doktor tarafından hastalığına konulan tanı da hastanın değerlendirmesini etkileyen bir faktör olarak ortaya çıktığı söylenebilmektedir.

Freidson'un (1970) doktor – hasta ilişki modeli temel olarak doktorların mesleki gücüne odaklanmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde söz konusu doktor – hasta ilişkisinde, hastanın doktorun bilgiden kaynaklı otoritesini kabul etmesiyle birlikte taraflar arasında eşitsizlik oluşmakta ve bu nedenle çatışmaların medya geldiği söylenebilmektedir.

2.2.4.Hayes – Bautista'nın Doktor – Hasta İlişki Modeli

David Hayes-Bautista tarafından 1976 yılında ortaya konan model, hem hasta hem de doktor tarafının katılım gerçekleştirdiği bir modeldir. Hayes-Bautista, bu modelde hastaların, doktorun önerdiği tedavinin işe yaramadığı konusunda doktoru ikna etmeye çalıştıklarını ya da aldıkları ilaçların miktarını arttırıp azaltmak gibi kendi başlarına hareket edebildikleri üzerinde durur. Hayes-Bautista modelinin önemi hastaların otomatik olarak hekimin tavsiyesine uymak zorunda olduğu bir ilişki çeşidi olmaktan ziyade müzakere gerektiren bir etkileşim çeşidi olarak görülmesidir. Bu modelde acil durumlar dışında hastaların, sağlık konularında doktorları ile etkileşimde bulunduğu ve ilişki sürecinde pasif kalmadığı öne sürülmüştür. Hastalar sağlıkları ile ilgili sorular sorar, bilgi ister ve tedavinin uygunluğu konusunda yargılarda bulunurlar (Cockerham, 2016: 221). Hayes-Bautista tarafından geliştirilen doktor – hasta ilişki modeli temelde tarafların her ikisinin de katılım sergilediği bir ilişki modeli olarak görülse de, doktor – hasta ilişkisinin yine de tarafların sosyal ve sınıfsal farklılıkların etkileneceği söylenebilmektedir.

Sosyal ve sınıfsal olarak düşük düzeyde kategorize edilen insanlar doktorlarla olan ilişkilerinde pasif olma eğilimindedir. Doktor bu süreçte otorite konumundadır ve hastanın sağlık kararlarına katılımı oldukça azdır.

Orta ve üst sosyo – ekonomik statüye sahip kişiler, hekim – hasta ilişkisinde, hastalar aktiftir ve daha tüketici odaklı düşünme eğilimindelerdir. Bu durumda üst sosyo – ekonomik düzeydeki hastalar kendilerine ilişkin sağlık kararları alınırken kendilerini doktorla ortak gibi görmekte, düşük düzeydeki hastalar ise kendilerini sağlık hizmetlerini kabul eden alıcılar olarak konumlandırmaktadır (Cockerham, 2016: 221).

Ayrıca David Hayes-Bautista'a göre (1976) hasta – doktor ilişkisinin sonlandırılması doktorlar ya da hastalar tarafından başlatılabilir. Hastalar tarafından ilişkinin sonlandırılmasını dört faktör etkilemektedir. Bu faktörler; arzu edilirlik, ilişki süresi, oylamaya geçmek ve önceden tahmin etmektir. Hasta önceki deneyimlerinden etkilenerek ilişkiyi sonlandırmayı arzu edebilmektedir, hastanın doktorla geçirdiği ilişki süresi de sonlandırma kararı alınmasında etkili olmaktadır. Hastanın diğer doktorlarla kendi doktoru arasında kıyas yapması da ilişkiyi sonlandırma sürecinde bir unsurdur. Bununla birlikte hasta doktorla olan ilişkisinin sonlanacağını önceden sezebilmektedir.

Hasta tarafından sonlandırılan ilişki hekimin sağladığı tıbbi bakımın yetersiz olduğu sonucuna varılmasıyla, hekim tarafından ilişkinin sonlandırılması ise hastanın hizmet verilen alanın dışına çıkması sebebiyle başlar. Aynı zamanda ilişkinin sonlandırılma sebebi hastanın yeni bir hekime danışması ya da hastaların hekimlerin tavsiyelerine uymaması da olabilmektedir (Stokes, Woods ve McKinley, 2004: 508). Bu açılardan değerlendirildiğinde Hayes-Bautista'nın modelinin karşılıklı bir doktor hasta ilişkisi ve ilişkiyi sonlandırma fırsatı sunduğu görülmekte; aynı zamanda model ilişkinin sürdürülmesini tarafların birbirlerini yeterli görmelerine ve ikna edebilmelerine bağlı olduğuna dikkat çekmektedir.

2.2.5. Waitzkin'in Doktor – Hasta İlişki Modeli

Waitzkin'in 1979 yılında gerçekleştirdiği çalışmada doktor hasta ilişki modellerine çatışmacı bir bakış açısı ile yaklaştığı görülmektedir. Bu araştırmaya göre hekimler hastayı ikilemde bırakmaktadır, bunun nedeni hastadan hekime gelmeden önce ve muayene sırasında rahatsızlığını tam olarak tasvir etmesinin beklenmesi ve ardından doktorun yorumları karşısında pasif kalmasının beklenmesidir. Dolayısıyla bu çatışma üreten bir ilişki doğuracaktır (Cirhinlioğlu, 2017: 58). Waitzkin tarafından geliştirilen doktor – hasta ilişki modelinin temelde ilişki tarafları arasındaki çatışmaya dayandığı görülmekte ve hekim – hasta ilişkisinde sınıfsal farklılıkların belirleyici olduğuna yönelik bir kanaat ortaya konduğu dikkat çekmektedir.

Hekim ve tıp sosyoloğu Howard Waitzkin tıbbi bakım gerçekleşirken verilen bilgileri incelemiş ve hekim – hasta ilişkisinde sosyal sınıf farklılıklarının en önemli etken olduğunu tespit etmiştir. Bilginin doktor – hasta ilişkisinde çoğu zaman güç için bir temel oluşturduğuna

dikkat çekilen modelde, doktorların hastaların üzerinde kontrol sahibi olmak adına kısıtlı bilgi paylaşımında bulunduğu söylenmektedir. Sosyo – ekonomik statü, tıbbi bilgilerin sağlanması ve alınması konusunda belirleyici bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Genellikle daha yüksek sınıfsal bir pozisyona veya eğitim seviyesine sahip olan hastalar doktorlarından daha fazla bilgi almaktadır. Bununla birlikte üst ve orta sınıftan gelen doktorlar, düşük veya işçi sınıfından gelen doktorlara göre daha fazla bilgi verme eğilimindedirler (Cockerham, 2016: 225).

Modele göre doktor – hasta ilişkisinde bilginin paylaşımına yönelik doktorların ve hastaların tavrı çatışmaya neden olabilecek bir faktör olarak yer alırken aynı zamanda doktorların sağlık kuruluşları ile olan ilişkisi de doktor – hasta ilişkinde çatışmalara neden olabilmektedir.

Cockerham'a göre (2016); Waitzkin tıp sistemindeki doktorların, bağlı oldukları kuruluş için belirli bir gelir seviyesi oluşturması beklendiğini düşünmektedir. Bu nedenle kimi zaman doktorlar, hastalarını pahalı bakım hizmetlerinin gerekli olduğu konusunda ikna etmeye çalışmaktalardır.

Bu bilgiler ışığında Waitzkin'in doktor – hasta ilişki modelinde doktorların otoritesinin ön planda olduğu ve tedavi süreci ile ilgili hastayı bilgilendirip bilgilendirmeme kararının doktorun insiyatifinde bulunduğu söylenebilmektedir. Aynı zamanda modelin etkilendiği sınıfsal farklılar ve ekonomik faktörler göz önünde alındığında ilişki sürecinin çatışma içerisinde geçmesi mümkündür.

2.2.6. Byrne ve Long'un Doktor – Hasta İlişki Modeli

Pat Byrne ve Phil Long, yüzlerce hastanın muayenesinin ses kasetlerini incelemişler ve elde ettikleri bulgular doğrultusunda doktor – hasta ilişkisini açıklayan altı aşamadan oluşan bir liste oluşturmuşlardır. Bu aşamalar (Gray,1984: 188);

1. Doktor, hasta ile ilişki kurar.
2. Doktor, hastanın ilişkiye katılım nedenini keşfetmeye çalışır.
3. Doktor hastayı hem sözlü hem de fiziki olarak muayene etmelidir.
4. Doktor ya da hasta (bu olasılık sırasını takip ederek) aralarındaki ilişkiyi göz önünde bulundurmalıdır.
5. Doktor ve bazı durumlarda hasta, tedavi konusunda daha ayrıntılı araştırma yaparlar.
6. Muayene genellikle doktor tarafından sonlandırılır.

Doktor – hasta ilişkisini Byrne ve Long, “hasta merkezli” ve “doktor merkezli” olmak üzere iki şekilde incelemişlerdir. Doktor – hasta ilişkisinin hasta merkezli yaklaşımında, doktor hastanın durumuna göre bilgi ve deneyimlerini hastalığın teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilir ve hastanın ilişki sürecine aktif bir katılımı söz konusudur. Doktor merkezli yaklaşımda ise doktorun görevi zamanı iyi kullanmaktır (Öngören, 2004: 49). Byrne ve Long’un doktor – hasta ilişki modeline göre, doktorun hem zamanı iyi kullanması hem de bilgi ve deneyimlerini hastalarla etkin biçimde paylaşarak hasta katılımını da ilişki sürecine dahil etmesi gerektiği söylenebilmektedir.

Byrne ve Long doktor hasta ilişkisinin, doktor ve hastanın tutumlarından, yönelimlerinden ortaya çıktığını ifade etmektedir (Krupat vd., 2000: 50). Bu modelin önemi hastanın doktora başvurma nedeninin ortaya çıkarılmasında doktora verilen önemin vurgulanmasıdır. Bu modelde ilişki süresince hasta aktif olarak yer alabilir. Hastanın düşünceleri de, fiziki muayene gibi incelenmelidir. Byrne ve Long'un modeli, dikkatin odak noktasını ise hastalığa taşımaktadır (Bevington, 2013: 5). Byrne ve Long’un modelinin doktor – hasta ilişki modelini hastalık üzerine dayandırdığı dikkat çekmekte, hastanın ilişkiye aktif katılımını öngördüğü ve hastanın düşüncelerinin değerlendirilmesi esasına odaklandığı söylenebilmektedir.

Byrne ve Long 1976 yılında yaptıkları çalışmalarında ayrıca hekimlerin farklı nedenlerden kaynaklanan başarısızlıklarının, hastaların davranışlarını sansürleme olasılığını düşürdüğünü belirtmişlerdir. Bununla birlikte hastanın doktor ile geçirdiği süre de ilişki durumunu etkileyen bir unsurdur. Hastaların doktorla geçirdiği süreye ise randevu çizelgesinin düzgün oluşturulması etki edebilmektedir (Roter ve Hall, 2006: 111 – 112). Bu modele ilişkin bilgiler doğrultusunda modelde hekim merkezli yaklaşım tercih edildiğinde hekim hasta ile geçireceği vakti iyi değerlendirmek için ilişkinin kontrolünü eline almaktadır. Hasta merkezli yaklaşım tercih edildiğinde ise hastanın tedavi sürecine katılımı ve bilgilendirilme düzeyi artmakta ve hastanın duyguları da dikkate alınmaktadır.

2.2.7. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel’in Doktor – Hasta İlişki Modeli

Emanuel ve Emanuel’e göre (1992) hasta ve doktorun tıbbi karar alma sürecinde yaşadıkları iletişimde aralarında her zaman karar alma rolü üzerine mücadeleler süregelmektedir. Doktorun daha önceki modellerde ifade edilen otoritesine karşı çıkan ve hastanın kontrolünün ön planda olması gerektiğine inanan kişiler olduğu gibi, hastanın tıbbi bilgiden yoksun olduğu için tıbbi kararlar üzerinde yetkin olamayacağı düşüncesinde olan kişiler de bulunmaktadır. Bu çalışmada doktor hasta ilişkisi iletişimin hedefi, doktorun

yükümlülükleri, hastanın beklentileri ve değerleri, hastanın özerkliği kavramı kapsamında incelenmiştir.

Emanuel ve Emanuel doktor hasta ilişkisini dört model olarak sınıflandırmışlardır. Bunlar (Emanuel, Emanuel,1992: 2221 – 2222);

- Paternalistik model: Modellerden ilki ebeveyn veya papaz modeli olarak da adlandırılan paternalistik modeldir. Bu modelde doktor ile hastanın iletişimi, hastaların sağlık ve refahlarını en iyi şekilde sağlayacak müdahaleleri almasını sağlamaktır. Bu amaçla doktorlar, hastanın tıbbi durumunu, hastalık sürecindeki aşamasını belirlemek ve hastaya sağlığını kazandırmak için en olası tıbbi testleri ve tedavileri belirlemek için becerilerini kullanırlar. Sonrasında doktorlar, hastayı kendisinin en uygun buldukları tedaviye rıza göstermesi adına seçilmiş ve kısıtlı bilgileri sunarlar. Paternalist model, neyin en iyi olduğunu belirlemek için doktorun kararının tarafların ortak çıkarı adına olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle doktor, hastanın katılımını sınırlı tutarak hastanın çıkarını en iyi şekilde korur. Sonuç olarak, doktorun kararının kendisi için en iyisi olduğunu o sırada kabul etmese bile hasta eninde sonunda doktoruna minnettar kalmaktadır. Paternalist doktor hastanın özerkliği ve refahı arasında seçim yapması gerektiğinde refahını yani sağlığını tercih eder. Doktor hastanın koruyucusu konumundadır ve hasta için en iyisini tercih ettiği düşünülmektedir. Bu yüzden doktor kendi bilgisinin eksik olduğu durumlarda hasta için başka doktorların görüşlerini almalıdır. Hastanın bu modeldeki tek katkısı doktorun uygun gördüğü tedaviye verdiği onamdır.

- Bilgilendirici model: İkinci model mühendislik ya da tüketici modeli olarak da adlandırılan bilgilendirici modeldir. Bu modelde, doktor ile hasta etkileşiminin amacı, doktorun hastaya, hastalığı ve tedavi seçenekleri ile ilgili tüm bilgileri vermesi, hastanın istediği tıbbi müdahaleleri seçmesi ve doktorun hasta tarafından seçilen müdahaleleri yürütmesidir. Bu amaçla doktor, hastayı hastalık durumu, olası tanı ve tedavi müdahalelerinin doğası, müdahalelerle ilişkili risk ve faydaların doğası ve olasılığı hakkında bilgilendirmektedir. Bu model sayesinde hastalar hastalıkları ve mevcut müdahaleler ile ilgili tüm tıbbi bilgileri öğrenebilir ve kendi beklentilerini en iyi karşılayan tıbbi müdahaleleri seçebilirler. Bilgilendirici model, tıbbi gerçekler ve hastanın değerleri arasında oldukça net bir ayrım olduğunu varsaymaktadır. Hasta kendi beklentilerinin farkındadır ancak tıbbi gerçeklerden habersizdir. Hastaya tıbbi gerçekleri sağlama yükümlülüğü doktora aittir. Bilgilendirici modele göre doktorun yargı ve beklentilerinin hastanın kararında bir rolü bulunmamaktadır. Doktor hastaya bilgileri sağlayan bir teknik uzman rolündedir. Bu teknik uzmanlar kendi uzmanlıkları yetersiz geldiğinde başka uzmanlara danışmak yükümlülüğüne

sahiptir. Hastanın özerkliği bulunan bu modelde tıbbi kararı verme yetkisi hastanın kontrolünde bulunmaktadır.

- Yorumlayıcı model: Bu modele göre doktor – hasta etkileşiminin amacı hastanın değerlerini ve gerçekte ne istediğini aydınlatmak ve hastanın bu değerleri gerçekleştirecek mevcut tıbbi müdahaleleri seçmesine yardımcı olmaktır. Bilgilendirici doktor gibi, yorumlayıcı hekim de hastaya durumun doğası ve olası müdahalelerin riskleri ve yararları hakkında bilgi verir. Bununla birlikte, yorumlayıcı doktor hastaya değerlerini açıklamakta ve tıbbi müdahalenin beklentileri en iyi şekilde nasıl karşılanacağını belirlemede, aynı zamanda hastanın tüm bilgileri yorumlamasına yardımcı olmaktadır. Yorumlayıcı modele göre, hastanın değerleri ve beklentileri her zaman sabit değildir ya da hasta bu değerlerin farkında olmayabilir. Doktor, hastanın beklentilerini anlamalı ve tedavi seçeneklerini hastaya uyumlu hale getirmelidir. Bunu yapmak için, doktor hastanın hedef ve karakterini yeniden yapılandırmak için hastayla çalışır. Daha sonra doktor hangi testlerin ve tedavilerin bu değerleri en iyi şekilde gerçekleştirdiğini belirlemektedir. Bu modelin önemi, doktor hastaya dikte etmez, en uygun eylem değerlerine karar veren hastadır. Doktor, hastanın durumunu anlamasına ve tıbbi kararları vermesine yardımcı olmaktadır. Doktor bu modelde danışman rolünde bulunur. Bu model sayesinde hasta durumunu ve tıbbi seçeneklerini daha net anlamaktadır.

- Müzakere modeli: Bu modelde doktor – hasta iletişiminin amacı, hastanın klinik durumu ile ilgili gerçekleştirilebilecek tıbbi müdahalelerin belirlenmesine ve hastanın sağlıkla ilgili en iyi karaları vermesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla, doktorun hastanın klinik durumu hakkında bilgi vermesi ve mevcut seçenekler içinde yer alan tedavi türlerini açıklığa kavuşturması gerekir. Doktor ve hasta, hastanın sağlık durumu ile ilgili neler yapabileceği ve nihayetinde uygulanması gereken tedavi yöntemi konusunda görüş alışverişinde bulunurlar. Doktor sadece sağlıkla ilgili değerleri yani hastanın hastalığını ve tedavi sürecini etkileyebilecek durumları tartışır, hastanın etik olarak ikna edilmesinde fazlasını hedeflemez ve hastayı zorlamaktan kaçınır. Müzakereci modelde, doktor bir öğretmen ya da arkadaş olarak hareket etmektedir. Doktor, sadece hastanın ne yapabileceğini belirtmekle kalmaz, aynı zamanda hasta için en iyisini isteyen doktor, hastanın ne yapması gerektiğini ve tedavi seçenekleri arasından hangisini seçmesi gerektiğini göstermektedir.

Söz konusu modellerin her birinde hastanın ayrı bir rolünün bulunduğu dikkat çekmektedir. Modelleri ayırt eden ana faktör ise, hastaların sahip olduğu değerler ve beklentilerdir. Emanuel ve Emanuel'e göre kullanımı en uygun olan model, müzakereci model olarak görülmektedir (1992: 2221 – 2222). Tarafların ilişki sürecine karşılıklı katılımıyla gerçekleşen müzakereci modelin kullanımının, hastanın eğitim ve bilgi düzeyinin yüksek

olmasıyla daha başarılı bir şekilde sonuçlanacağı öngörülebilmektedir. Emanuel ve Emanuel'in modeli diğer modellerden sonra ortaya konulması ve içeriğin daha ayrıntılı bir şekilde kategorize edilmesi sebebiyle söz konusu çalışmanın temelini oluşturmaktadır.

2.3. Doktor – Hasta İlişkisini Etkileyen Faktörler

Doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkilerin olumlu olması ve her iki ilişki tarafının da gereksinim ve beklentilerini karşılayabilmesi için doktor – hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin bilinmesi gereklilik taşımaktadır. Doktor – hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin ilişkilerin olumlu bir seyre sahip olmasını sağlayacak şekilde yönetilmesi her iki tarafın da memnuniyetini ortaya çıkarmak adına önem arz etmekte; ilişki taraflarının arasındaki doktor lehine görünen ilişki eşitsizliğini daha adil ve katılımcı bir ilişki yapısına dönüştürebilmektedir.

Hastalar, sorunlarının çözümleri için aciz olduklarını kabul ederek hekimlere başvurmaktadırlar. Hekimlerle hastalar arasındaki ilişki, bilgi asimetrisi nedeniyle hekimlerin kontrolünde gerçekleşen bir süreç olarak ilerlemektedir. Hekim ile hasta arasında anlaşma, uzlaşma ve iletişimin sağlanması ise bir zorunluktur (Taşçı, 2013: 28 – 29). Bu nedenle ilişki taraflarının iletişime açık olması ve iş birliği içinde hareket etmesi süreç için büyük önem taşır. Doktorun hastayı etkin bir şekilde dinlemesi, hastanın doktordan çekinmeden bütün şikayetlerini aktarabilmesi ve verilen tedavi için doktoruyla iş birliği içinde olması gerekmektedir.

Hasta – hekim ilişkisi kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından belirlenir (Koch ve Turgut, 2004: 65). Bu belirleyici süreç, ilişki taraflarının fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik, toplumsal ve insanın tabiatına ait tüm özellikleri nedeniyle etkilenebilmektedir. Hastalıkların ciddiyeti ve seyri de doktor ve hasta ilişkisini etkilemektedir.

Özellikle kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü ve işlevlerini bozan kronik ve ilerleyici hastalıklarda duygu yoğunlukları daha sık yaşanmakta ve çeşitli ruhsal karmaşalara neden olabilmektedir (Atıcı, 2007: 94). Kronik ve akut rahatsızlıkları bulunan hastalar, hastanelerde diğer insanlara göre daha fazla vakit geçirmekte ve doktorlarla daha sık iletişime geçmektedirler. Hastalar yaşadıkları hastalık halinden ötürü hassas bir psikolojide bulunabilirler ve bu durum da taraflar arasında gerginlikler yaşanmasına neden olabilir. Yaşanan gerginliklerin hepsi sadece hasta tarafından kaynaklanmamaktadır, çünkü doktorların rolü her ne kadar hastalıkları tedavi etmek olsa da doktorların psikolojisinin de çalışma sürecinde olumlu olması ilişkinin gidişatı açısından önem taşımaktadır.

Stres bireylerin esenliği ve huzuru için tehdit olarak algılanan, gerek psikolojik gerek fiziksel olarak rahatsızlık yaratan bir durumdur. Özellikle işin niteliğinden kaynaklı olarak doktorlar gibi bazı meslek mensupları daha çok stres altında çalışmaktadırlar (Aytaç, 2015: 3 – 5). Doktor – hasta ilişkisinin olumlu bir şekilde sürmesi için tarafların stresten uzak olmaları gerekmektedir. İlişki taraflarının kendi özel hayatlarında yaşadıkları stresler de doktor – hasta ilişkisine yansımaktadır.

İlişki sürecinin başarılı veya başarısız olma etkenlerinden bir tanesi de zaman olgusudur. Zaman her meslekten bireyler üzerinde baskı yaratır, bu nedenle zamanın planlanması çeşitli sorunları engelleyebilmektedir (Güçlü, 2001: 88 – 89). Saatlerce muayene olmayı bekledikten sonra doktor tarafından yeterince ilgi görmediğini düşünen bir hastayla, kendisinden bakması beklenen hasta sayısının fazla olması nedeniyle hastalarına gereken vakti ayıramayan bir doktorun etkin bir ilişkiye sahip olması beklenilemez.

Doktor hasta ilişkisini etkileyen faktörlerden bir diğeri ise tarafların sahip oldukları eğitim ve kültür düzeyidir. Doktorların sosyo – ekonomik düzeyleri kendileri ile benzeşik hastalarla iletişim kurmayı yeğledikleri buna karşın kendilerine göre eğitim düzeyi düşük hastalarla teşhis koyma sürecinde fazla vakit harcamak istemedikleri görülebilmektedir (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010: 111). Ayrıca doktorların sahip oldukları tıp eğitimi nedeniyle ilişki sürecinde daha üstün bir rolde bulunmaları ve bunu yansıtmaları, hastaların kimisinde rahatsızlık yaratabilmektedir. Her iki ilişki tarafının da anlayabileceği ortak bir dilin kullanımı ilişki sürecinde büyük önem taşımaktadır. Doktorların hastanın anlayabileceği dilde konuşması ilişkinin başarılı olmasının temelini oluşturur. Dil unsurunda yaşanan sıkıntılar (doktorların sık sık tıp jargonu kullanması) ilişki sürecinde hastayı demoralize edebilir. Doktorunu anlayamayan hasta sosyo – kültürel durumuna bağlı olarak anlayamadığını söylemekten çekinebilmektedir.

Doktor – hasta ilişkisinin yüz yüze gerçekleşmesi sebebiyle tarafların yüz mimikleri, beden dilleri ve görünüşleri de ilişki sürecini etkilemektedir. İletişimin temeli olan beden dilini okuyabilen doktorlar, hastalarının iç dünyasını kavrayarak hastaların rahatlamasına ve streslerinin azalmasına yardımcı olabilirler, aynı zamanda beden dilini etkin kullanmak hastanın ruh halinin anlaşılması ve hastayla empati kurmak konusunda da büyük katkı sağlamaktadır (Özkan, 2008: 87 – 88). Doktor – hasta ilişkisinde tarafların birbirine saygı ve anlayış gösterebilmesi için karşılıklı olarak empati kurulması gerekmektedir.

Cinsiyet faktörü de doktor – hasta ilişkisinde etkili olan bir unsurdur. Kişilerarası ilişkilerde kadınların ve erkeklerin farklı tutum ve davranışlar sergilemeleri, üstlendikleri rollerden kaynaklanır (İmamoğlu, 2008: 7). Örneğin; kültürel değerler ve yetiştirilme tarzlarından ötürü kadınların, kadın doktor tarafından muayene edilmek istemeleri (özellikle

kadın doğum hastalıkları gibi hastalıklarda) rastlanan bir durumdur, bu şekilde motive olmuş bir hastayla erkek doktorun etkili bir şekilde doktor – hasta ilişkisi kurması hastanın çekinceleri nedeniyle oldukça zorlaşmaktadır. Aynı şekilde genelde daha büyük yaş grubunda bulunan kadın hastalardan bazılarının doktora yanlarında eşleriyle gelerek, konuşmayı eşlerinin gerçekleştirmesini beklemesi ve konuşmayı kendi gerçekleştiremeyecek durumda olan hastaların bir yakınları ile doktora gitmesi hasta yakınlarını da doktor – hasta ilişkisi sürecini etkileyen bir faktör haline getirmiştir.

Doktor – hasta ilişkisinin esas amacı olan sağlığa kavuşma halinin gerçekleştirilebilmesi için en önemli etken ise hastanın doktoruna güven duymasıdır. Hastanın hekime tedavi sürecinin etkili olmasını sağlayacak yeterli bilgiyi verebilmesi için hekimine karşı güven duyması ve hekiminden iyileşme sürecinde tam anlamıyla destek göreceğine inanç duyması önem arz eder (Karsavuran, Kaya ve Akturan, 2011: 189). Günümüzde gelişen internet teknolojisi ve sayısı artan sağlık kuruluşları bulunmasından yararlanan hastalar özellikle ciddiyeti fazla olan rahatsızlıkları için tek bir doktora görünmekle yetinmemekte, danıştıkları doktorlar arasından biri seçerken de en güven veren doktoru tercih etme noktasında karar vermektedirler.

Bununla birlikte var olan sağlık politikalarının ve doktorların çalışma koşullarının da doktor – hasta ilişkisini etkilediği görülmektedir. Sağlık hizmetinde güven tesis edilmesi, hastaların sağlık sistemine güven duyması için öncelikle sağlık politikalarına duyulan inancı sağlamak gerekmektedir (Ertong, 2011: 20). Bu açıdan değerlendirildiğinde genel sağlık politikalarının da doktor – hasta ilişkisini etkileyen faktörler arasında ön plana çıktığı dikkat çekmektedir.

Ayrıca hastalar ve doktorlar daha önce gerçekleşen doktor – hasta iletişimi deneyimlerinden, sosyal ve mesleki çevrelerinden duydukları doktor ile hasta ilişkisi örneklerinden etkilenebilirler. Bu noktada önemli olan tarafların, her ilişki sürecini ayrı olarak ve önyargısız bir bakış açısıyla görmesi gerektiğidir.

Bu bilgiler ışığında doktor – hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin sosyal çevre, hekime duyulan güven, empati, doktorlarda zaman ve stres sıkıntısı şeklinde sınıflandırılması mümkün olmaktadır.

2.3.1. Sosyal Çevrenin Etkisi

İnsan sosyal bir varlıktır ve hayatını toplumsal bir düzen içinde sürdürmektedir. Karşılaştığı her durumda içinde bulunduğu toplumun dinamiklerine, kendi sosyal çevresinin şartlarına ve görüşlerine göre hareket edebilmektedir.

Hastalık dönemi sadece fiziksel sorunlar değil bunun yanı sıra psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların da beraberinde geldiği bir dönemdir (Başol, 2018: 83). Özellikle hastalık durumlarında çözüm arama sürecine giren insan çevresinin deneyim ve görüşlerini dinlemeye ve bunlardan etkilenmeye daha fazla açık olmaktadır.

İnsan sağlığı, yaşam kalitesi de dahil olmak üzere çevredeki fiziksel, biyolojik, sosyal ve psiko – sosyal faktörler tarafından belirlenmektedir (Flowers, Gray ve McArthur, 2004: 5). Değişik çevrelerde yaşayan insanların hastalık durumlarına birbirilerinden farklı tepkiler verdiği bilinmektedir. İnsanların bulundukları sosyal çevreler de farklı hastalıklara daha yatkın hale gelmelerine neden olabilmektedir. Örneğin; sosyal çevresinde bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi sayısı fazla olan bir insanın bu maddeye ulaşımının kolaylığı açısından kullanıma başlaması daha olası hale gelebilmektedir.

Hastanın sosyal çevresi tedaviye ve sağlıkla ilgili inanç kavramlarına yaklaşımını belirlemektedir (Üstünsoy, Aker ve Çobanoğlu, 2003: 217). İletişimde bulunulan sosyal çevrenin görüş ve düşünceleri doğrultusunda sağlık davranışı tercihinde bulunmak sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. ‘’Komşum bu ilacı kullanmış, benim akrabama şu tedaviyi uygulamışlardı’’ gibi birçok söylemi hastalardan duymak mümkündür. Hatta doktora gelmeden sosyal çevresinden edindiği bilgilerle kendini tedavi etmeye çalışan hastalar da bulunmaktadır. Özellikle grip olan insanların doktora gitmeden eczaneden antibiyotik alarak kullanmaya başlamaları ya da gerekli olmadığı halde doktorlarından antibiyotik reçetesi istedikleri bilinmektedir. Bu durum son zamanlarda yasal düzenlemelerle engellenmiştir ve kamu spotları kullanılarak toplumda konuyla ilgili bilinç oluşturma çabaları sürdürülmektedir.

Hastanın yaşadığı yer de doktor – hasta ilişkisine etki etmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre ikametgâh yerleri açısından hastalar değerlendirildiğinde, köyde yaşayanların %91’i, il merkezinde yaşayanların %84.1’i, ilçe merkezinde yaşayanların ise %74.5’i doktorların tutum ve davranışlarını iyi olarak değerlendirmektedirler (Tükel vd., 2004: 212). İnsanların sağlık hizmetlerini kullanımları ikamet ettikleri yerlere ve yaşadıkları bölgelere göre değişik göstermektedir. Ülkemiz açısından ele alındığında sağlık hizmetlerinin genellikle kentlerde yoğunlaştığı görülmektedir (Erdem ve Pirinçci, 2003: 43). Kent – köy hayatında yaşayan hastalar arasında doktor olanakları ve tedavi seçenekleri açısından farklılıklar bulunmaktadır, bu yüzden köylerde hayatlarını sürdüren hastalar doktorun ilişki sürecindeki otoritesini kabul etmeye daha yatkındırlar.

Sosyal çevrenin etkisi hastaların doktor seçiminde de oldukça etkili bir şekilde kendini göstermektedir. Hastalar yakınlarından ve sosyal çevrelerinden aldıkları referanslara göre hekimlerine karşı bir izlenim edinebilmektedirler.

2.3.2. Hekime Güven

Güven olgusu, insan yaşamının temel düşünce boyutlarından birisidir (İnam, 2014: 7). İnsanların, hayatlarının her alanında sağlıklı ilişkiler kurmalarına aralarında bulunan güven olgusu yardımcı olmaktadır, bunun nedeni tüm bireylerin kendini güvende hissetme ihtiyacına sahip olmasıdır.

Güven olgusunun öneminin hissedildiği ilişki türlerinden biri de hasta – doktor ilişkisidir. Özellikle hastalık durumunda daha kırılgan hisseden bireyler için güven faktörü doktor hasta ilişkisinin sağlıklı ilerlemesi açısından ön plana çıkmaktadır. ‘’Güven, hasta – hekim ilişkisinin temelini oluşturur. Bilgili hastalar bile hekimlerinden gerekli bilgiyi edinme, kişisel bilginin saklanacağına inanma ve gerekli sağlık hizmeti alacaklarına dair güven duyma ihtiyacı hissetmektedirler’’ (Yılmaz, 2005: 23). Bu nedenle hastanın hekime olan güveninin sağlanması için hekimin hastanın mahremiyetine saygı göstermesi ve hastaya ilgili bir şekilde yaklaşması gerekmektedir.

Güven; bir kişi ya da nesnenin bazı özellik ya da niteliklerine veya bir ifadenin doğruluğuna itimat etme ya da bel bağlama olarak açıklanır. Güvensizlik ise; karşı tarafın yeterliliğinden veya niyetinden emin olamama ve buna bağlı olarak olumsuz bir beklenti taşıma durumudur (Ertaş, 2007: 23). Hasta ve doktorlar arasındaki güven oluşumu sürecinde de tarafları farklı açılardan etkileyen bir takım faktörler bulunmaktadır.

Hastanın hekime duyduğu güveni etkileyen faktörler; medyanın ve sosyal çevrenin etkisi, mahremiyetin korunması, hatalı teşhis ve tedavinin yapılabileceği algısı, hekimin iletişim becerisi ve mesleki deneyimidir. Aynı zamanda bilgilendirme sürecinde yaşanan durumlar da güveni etkileyebilmektir (Gülcemal, 2015: 43 – 58). Özellikle yanlış teşhis ve tedavi konusunda medyada yer alan haberler hastaların doktor algısını ve bu algıya bağlı olarak güven sürecini etkiler. Bununla birlikte sosyal çevreden doktor ile ilgili alınan olumlu referanslar doktora güven duyma konusunda bireyleri teşvik etmektedir. Hekimin hastayı teşhis ve tedavi sürecinde doğru bir şekilde bilgilendirmesi ve hastasına karşı dürüst bir yaklaşım içinde bulunması ise doktor ile hasta arasında sağlanacak güvene yardımcı olmaktadır.

Hastalarda eğer hekimlerine karşı tam anlamıyla bir güven oluşturulamaz ise tedavi sürecinde çeşitli sınırlamalar ortaya çıkmaktadır (Cirhinlioğlu, 2017: 65). Bu sınırlamaların ortaya çıkması hastanın tedaviye karşı direnç göstermesine ve tam katılım sağlayamamasına neden olabilir.

Doktor ile hasta arasında güven olgusunu etkileyecek faktörlere doktorlar açısından bakıldığında ise doktorların hastalara güvenmesini zorlaştıracak birçok farklı neden ortaya çıkmaktadır. Tıp eğitiminin doğası, tarafların bulunduğu konumlar bu nedenlerden bazılarıdır. Aynı zamanda doktorların, hastaların tedaviye uygun bir şekilde katılım gerçekleştiremeyeceğine dair şüphelerinin bulunması da etkili bir faktördür. Hastanın teşhis sürecinde doktoru doğru bilgilendirememesi de taraflar arasında güven oluşumunu zorlaştırmaktadır (Rogers, 2002: 79). Bu faktörlerin ortaya çıkma sebebi ise taraflar arasında bulunan eğitim, sosyal çevre ve ekonomik farklılıklardır. Hastanın eğitim düzeyinin tedaviye katılımını etkileyeceğini düşünen doktor, hastasını yüksek bir motivasyonla ve eksiksiz olarak bilgilendirmekten kaçınabilir. Bu durum taraflar arasında gerçekleşen çatışmaların temelini oluşturabilmektedir.

Doktorların iletişim sürecinde ikna edici rolünün bulunması sebebiyle hastaların kendilerini yetersiz hissetme durumları ortaya çıkmaktadır. Bu durumda hasta savunmacı ve kırılgan bir ruh halinde olabilmektedir (Gordon ve Edwards,1997: 78). Bu ruh hali içerisinde bulunan bir hastanın doktoruna güven duyması ise oldukça zorlaşmaktadır. Doktorların hastalara bilgi verirken arkadaş gibi yaklaşımda bulunması hastanın doktora güven duymasında etkili olabilecek bir etkendir.

Hastanın hekimine güven duyması, artan tedaviye uyum gösterebilmesiyle, hasta memnuniyet ve sağlık durumunun iyiye doğru gitmesiyle ilgilidir. Hastalar, hekimlerine duydukları güvenin genellikle hekimin yeterliliği, gösterdiği şefkat, sağladıkları mahremiyet ve iletişim becerileriyle ilgili olduklarını ifade etmektedirler (Ertong, 2011: 121). Hastaların doktorlarına güven duyması tedaviye uyum sağlamalarını kolaylaştırmakta ve aynı zamanda doktorların da hastanın iyileşme sürecine katkıda bulunacağına yönelik güvenlerini pekiştirebilmektedir. Tarafların birbirlerine güven duymasının aralarında gerçekleşen ilişki sürecinin başarılı ilerlemesine yol açacağı ve bunun sonucunda da hastanın sağlığına kavuşmasının, doktorun mesleki tatmin içerisinde çalışmasının mümkün olacağı öngörülebilmektedir.

2.3.3. Empati

Empati; bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak, onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamasını ifade eden bir kavramdır ve her iletişim ortamında kullanılmaktadır (Dökmen,2014:157). Tüm kişilerarası ilişkilerde olduğu gibi doktor – hasta ilişkisinde de empatinin sağlanması iletişimin başarılı olması adına kullanılan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tıpta empati, çalışma sosyolojisinin daha geniş disiplini içinde yer alan bir konudur. Günümüzde tıp literatüründe, eğitim müfredatlarında ve kodlanmış standartlarda empati, doktorun bakım standartlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Doktor – hasta ilişkisi her ne kadar eşitlikçi ve işbirlikçi bir ilişkiye dönüşmüş olsa da güç dinamiği hala doktorun elinde bulunmaktadır (Utrankar, 2013: 4 – 6). Doktorun sahip olduğu bilgi kaynaklı güç nedeniyle hastalık durumundan dolayı hassas bir yapıda bulunan hastaya karşı daha fazla empatiyle yaklaşması gerekebilmektedir.

Doktorun hastasıyla empati kurabilmesi ile doktor – hasta arasındaki ilişki daha simetrik ilerlemekte ve ilişkinin karşılıklılık derecesi yükselmektedir (Finset ve Ørnes, 2017: 64). Doktor – hasta ilişkisinin karşılıklı ilerlemesi ise doktorun hastası ile ilgili bilgileri daha rahat edinmesine ve tedavi sonucunda hastadan geri bildirim alabilmesine yardımcı olmaktadır.

Diğer insanlara ilişkin bilgileri elde etmenin yolu empatiden yararlanmaktır. Empatiden yararlanan kişi, karşısındakine kendini yansıtarak, iç taklit yoluyla onunla paralellik kurar ve onu anlamaya çalışır. Böylece karşısındakinin iç dünyasına temas etme, onu tanıma şansını elde eder (Ersoy ve Köşger, 2016 : 2). Hastanın tedavisine en doğru şekilde karar vermek için, doktorun hasta ve şikayetleriyle ilgili her şeyi bilmesi gerekmektedir. Empati unsurundan faydalanan bir doktor hastasını daha iyi anlamak adına önemli bir adım atmış olur.

Empati kavramı ile karıştırılan bazı kavramlar bulunmaktadır, bunlardan bir tanesi duygusal empati olarak da adlandırılan sempati kavramıdır. Bu iki kavram arasındaki ayrım sempatinin duygusal doğasıdır. Doktorun hastasına fazla sempati hissetmesi klinik sonuçları etkileyebilmekte ve doktorun performansını engelleyebilmektedir. Empatik yaklaşımla ise doktor hasta ilişkisinde güven sağlanır ve ilişkideki kısıtlamalar azalarak, ilişkinin kalitesi artar (Hojat, 2016: 28). Kalitesi yükselen bir ilişkide yaşanabilecek iletişim çatışmalarının önüne geçilebileceği söylenebilmektedir.

Hastaları ile empati kurabilen doktorlar ilişki sürecinde oluşacak öfke ve hayal kırıklıklarını azaltabilmekte ve ilişkinin iyileştirici etkisini arttırabilmektedirler. Doktorların iletişim sırasında empatiyi teşvik etmeleri için beş yol tanımlanmıştır. Bunlar (Halpern, 2007: 696):

- Kişinin kendi duygularını tanıması
- Hastalarının tekrar eden negatif duygularının kendi duygularının yansıması olabileceğini düşünmek ve bu negatif duyguların nedenini merak etmek
- Hastanın sözel ve sözel olmayan duygusal mesajlarına uyum sağlamak
- Olumsuz geri dönüşlere açık olmak

- Doktorun ve hastanın kendi içlerinde bulundukları duyguların farkında olması ve kendilerini ifade edebilmesi empati sürecinde önemli bir rol oynamaktadır.

Doktorun hastaya kendi hislerini iletmek, hastanın hislerini anlayabilmek için yeterli iletişim becerisine sahip olması önemlidir (Hirsch, 2007: 423). Bununla birlikte hastanın da doktorun kendisine empatiyle yaklaştığını anlayabilecek belirli bir iletişim düzeyine sahip olması süreci kolaylaştırabilir.

Empatinin eğitilebilir, geliştirilebilir, öğretilebilir bir kavram olduğu söylenebilmektedir. Doktor ve hasta ilişkisinde yaşanan iletişimsel sorunların, doktorların empatik yaklaşım eksikliğinden ve kullandıkları özgün dilinden kaynaklandığı bilinmektedir (Kutlu, Çolakoğlu ve Pay Özgüvenç, 2010: 141). Bu açıdan bakıldığında, doktor hasta ilişkisinde yaşanan empati sürecinde kilit rol oynayan unsurun doktorun, hastaya empatik yaklaşımı olduğu ifade edilebilir. Bu nedenle ilişki sürecinin başarılı olması için doktorların iletişim ve empati becerilerini edinmesi beklenmektedir. Ancak tek başına doktorların, hastalara empati ile yaklaşımının, ilişki sürecini tam anlamıyla başarıya ulaştırabileceği düşüncesi doktorlar üzerinde baskı yaratarak, stres yaşanmasına sebep olabilir. Hastalarında bu sürece katkıda bulunmak için doktorlara empatiyle yaklaşmasının gerektiği söylenebilmektedir. Böylece ilişki sürecinde yaşanabilecek yanlış anlaşılmaları engellemek mümkün olabilir.

2.3.4. Doktorlarda Stres ve Zaman Sıkıntısı

Stres kavramını ilk kez Selye tarafından 1977 yılında kullanmış ve “vücudun herhangi bir dış talebe verdiği özel olmayan tepki’’ biçiminde tanımlamıştır. Stres, bireylerin esenliği ve huzuru için bir uyarı olarak algılanan olaylara karşı gösterilen veya aşırı baskıya karşı gösterdikleri, belirgin olmayan fizyolojik ve psikolojik bir tepki olarak ifade edilmektedir (Soysal, 2009: 18). İnsanlar her koşulda ve her ilişki sürecinde stres içerisinde olabilir. Özellikle hem örgütsel hem de kişilerarası ilişkilerden etkilenen doktor ile hasta ilişkisi taraflarından doktorların, stres faktörüyle karşı karşıya gelebileceği birçok durum oluşmaktadır.

Hastaların sağlık çalışanlarını zorlayan ya da öfkelendiren davranışları çoğu zaman hastanın yaşadığı stres ile baş etme çabalarının yansımasıdır. Sağlık hizmeti alırken yaşayacakları ve hastalık (ya da hastalık tehdidi) hemen her insanın kaygı ve korku yaşamasına neden olmaktadır (Özmen ve Ozan, 2018: 431). Doktorlar görevlerini yerine getirmeye çalışırken bu şekilde motive olmuş birçok farklı karakterde hasta ile karşılaşmaktadır. Tarafların kendi değer yargılarını ve kişisel problemlerini de ilişki sürecine yansıtabileceği göz önüne alındığında karşılaşılan hasta çeşitliliği kadar, çatışma çeşitliliği de ortaya çıkabilmektedir.

Doktor merkezli ilerleyen doktor hasta ilişkilerinde doktor, neyin ne zaman tartışılacağına, neyin söyleneceğine, ne yapılacağına karar vermeye ve kontrol etmeye hazırdır. Bu nedenle bu şekilde çalışmak, doktor için etkili, dakik ve en az seviyede stresli olmaktadır. Hasta merkezli doktor – hasta ilişkisi ise doktor için daha fazla iş yaratıp ve daha uzun süre aldığı için daha fazla stresli olabilmektedir (Bevington, 2013: 40 – 42). Bu açıdan bakıldığında doktorun hastaya uzun süre açıklama yapmak zorunda kalmasının kendisini strese sokabilecek bir etken olarak görüldüğü söylenebilmektedir.

Doktor – hasta ilişkisinde çeşitli sorunlar yaşanmasında doktorlardan kaynaklanan bazı nedenler de bulunmaktadır. Bu nedenler aynı zamanda doktorun stres faktörünün etkisine girmesine neden olmaktadır. Stres faktörünün oluşmasında ön plana çıkan nedenler arasında doktorun hasta beklentisi, aşırı iş yükü, iletişim becerilerinin yetersiz oluşu, yeterli mesleki doyumun olmayışı, deneyimsizlik, stres yaşamaya yatkın kişilik yapısına sahip olma ve hastaların kendisinde yarattığı duyguların farkında olması sayılabilir (Özmen ve Taşkın 2012: 250 – 254). Doktorlar genellikle kendi ideallerindeki hasta tipleri ile iletişime geçmek istemekte ve kimi doktorlar talimatlarına harfiyen uyacak hastaların olması beklentisi ile hareket etmektedir. Bu durum da doktorlar için bir süre sonra uygun bulmadığı hasta tipleriyle karşılaştıkça stres yaratabilmektedir. Bununla birlikte aşırı iş yükü doktorların zihinsel ve fiziksel olarak yorulmalarına ve iş yükünden kaynaklı olarak kendi sosyal yaşamlarına vakit ayıramamalarına neden olduğunda stres içine girebilmekte ve bu durum hastalara karşı agresif ve sıkılmış bir tutumla hareket etmelerine sebebiyet verebilmektir. Bir diğer önemli etken olan kişilik yapısı ise tüm ilişki süreci boyunca doktorun tutumlarını etkilemekle birlikte, doktorun strese yatkın bir yapısı olduğu zaman daha hızlı bir şekilde doktor – hasta ilişkisinin bozulmasına neden olabilmektedir.

Birçok doktor sorumlulukların ve hastanelerin yarattığı baskıların üzerine yüklendiğini hissederek, stres yaşayabilmekte, doktorun yaşadığı stres muayene sırasında olumsuz yönde etki edebilmektedir (Roter ve Hall, 2006: 20). Özel hastanelerde doktorlardan kar elde etmeleri yönündeki beklentiler ya da üniversite hastanelerindeki doktorların bir kısmının ders anlatmaları gerekliliği de aşırı iş yüküne neden olarak, sorumluluklardan kaynaklanan strese girilmesine örnek olarak gösterilebilir. Doktor ile hasta ilişkisinde yaşanan stres faktörleri göz önünde bulundurulduğunda doktorların yaşadıkları zaman sıkıntısı ön plana çıkan bir faktör olarak gözükmektedir.

İnsan zamanını yönlendirme konusunda güçsüz bir varlıktır ve biyolojik saate sahip olmakla birlikte, psikolojik deneylerin göstermiş olduğu gibi, güvenilir bir zaman duygusuna sahip değildir. Zaman, evrensel bir kaynaktır ve her meslekten bireyler üzerine baskı yaratabilmektedir (Güçlü, 2001: 88). Özellikle iş yükü ağır olan ve zamanında müdahalede bulunmanın hayati önem taşıdığı, doktorluk gibi mesleklerde zaman sıkıntısının yaşanması baskıyı daha fazla arttıran bir etken olarak ortaya çıkabilmektedir. Doktorların hastalarının

rahatsızlıklarını dinlemek, tedavi ve ilaç tavsiyelerinde bulunmak için yeterli zamana ihtiyaçları bulunmaktadır.

Sınırlı bir zamanda çok sayıda hastayı muayene etmek zorunda kalmak, sınırlı süreyi daha etkili kullanmak adına mümkün olduğunca etkili iletişim kurulabilecek hastaları tercih etme gibi bir sonuç ortaya çıkarmaktadır. Uzlaşmanın, ortak karar almanın zaman ve enerji isteyen süreçler olması söz konusu olduğundan kısıtlı zamanı bulunan doktor, kendisini daha rahat anlayabilecek hastalar seçmeye yönlenmektedir (Henzel, 2009: 109). Bu nedenle doktorlar bakmaları gereken hasta sayısının fazla olduğu durumlarda hastaya ayrıntılı bilgi vermekten kaçınabilirler. Aynı zamanda bu durum diğer hastalara göre daha az iletişim becerisi bulunan hastaların kendilerini ihmal edilmiş hissetmelerine neden olabilir. Zaman sıkıntısından kaynaklanan bilgi verme azlığının, doktor hasta ilişki modellerinden paternalist modelin kullanım sıklığını da arttırabileceği ve doktor başına düşen hasta sayısının zaman sıkıntısı yaratan en önemli nedenlerden biri olduğu ifade edilebilmektedir.

Zaman sıkıntısının sürekli olarak yaşanması bu nedenle yaşanan stresi monoton bir hale getirmektedir. Bu monotonlaşma ile birlikte; kanıksama, isteksizlik, dikkat dağılması, becerilerin azalması, yorgunluk, bezginlik ve genel bir bitkinlik hissi, iş hataları ile kazaların çoğalması, iş ritminin yavaşlaması, işten kaçış gibi etkiler meydana gelebilmektedir (Ergül, 2012: 21). Özellikle doktorların kaza ve hatalarının meydana gelmesi hem hastalar hem de doktorlar için son derece ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Zaman sıkıntısı nedeniyle hastadan eksik bilgi alma hastalık tanısının başarılı bir şekilde konulamamasına neden olabilir. Daha da önemlisi zaman sıkıntısından dolayı hızla muayene ve tedavi uygulanması, hastaya yanlış tanı ve tedavi uygulamasına neden olarak hastanın sağlığını ve doktorun mesleğini tehdit edebilmektedir.

Doktorların hem kendi zihinsel ve fiziksel bütünlüğünü korumak hem de hastalarıyla daha kaliteli ve başarılı olmak adına zaman yönetimi uygulamaları gerekmektedir. Zaman yönetiminin temel amacı, zamanı ihtiyaç ve istekleri karşılayacak şekilde kontrol altında tutabilmektir (Özer, 2010: 18). Doktorlar mevcut sağlık politikaları ve bağlı oldukları kuruluşun el verdiği kadarıyla programlarını ve hasta randevularını bir plan dahilinde yapmalı ve acil bir durum söz konusu olmadıkça zaman çizelgelerini değiştirmemelidir ki kendilerine zaman ayırmaları mümkün olsun, bunun sonucunda kendi için zaman yaratabilen doktorların zihinsel ve fiziksel olarak daha etkili çalışabileceği ve bu sayede daha başarılı doktor hasta ilişkilerinin oluşacağı öngörülebilmektedir.

2.4. Olumlu Doktor Hasta İlişkisinin Çıktıları

Hastanın, tedaviye olan inancını, ruh sağlığını, hekimi ile olan ilişkisi etkili kılabilmektedir. Hasta, hekime güvenirse, kendini ona teslim eder ve tedaviye karşı olumlu

yaklaşımlar sergileyebilir. Hekim ise, hastanın ona güvendiğini ve uyum sağladığının bilincinde olduğunda, hastaya karşı daha bilgilendirici olabilmektedir (Korkmaz, 2017: 35 – 55). Bununla birlikte olumlu ilerleyen doktor ile hasta ilişkisi sayesinde taraflar arasında uzlaşma sağlanması kolaylaşabilir, zaman kaybının yaşanmasının önüne geçilebilir ve hasta memnuniyetinin sağlanmış olur.

2.4.1. Uzlaşmanın Sağlanması

Doktor ile hasta arasında anlaşmanın sağlanması hastanın tedavisi sırasında iş birliği içerisinde hareket edilmesine imkan sağlamaktadır. Anlaşma engeli oluşturmayacak terimleri seçerek ve toplumun kültürüne göre deyim ve benzetmeleri uygun ve yerinde kullanma sözel iletişimde dikkat edilmesi gereken noktalar olarak ön plana çıkmaktadır (Aslan, 2009: 17). Doktor – hasta ilişkisinde hastaların şikayetlerini anlatmaları, doktorların tedavi sürecini açıklamaları bakımından sözel iletişimin önemi göz önüne alındığında, doktor ve hastaların ortak bir dil kullanmalarının anlaşmaya olumlu yönde etki edebileceği söylenmektedir.

Tıbbi bakımın gerçekleşmesi için hasta ile doktor arasında az da olsa anlaşma, uzlaşma ve iletişimin sağlanması zorunludur. Doktor – hasta ilişkisinde yaşanan iletişimsel sorunların, doktorların empatik yaklaşım eksikliğinden ve kullandıkları özgün dilinden kaynaklandığı söylenebilmektedir (Yağbasan ve Çakar, 2006: 613). Bu nedenle doktorların empatik yaklaşım içinde olması ve hastayla aynı dili konuşması ile birlikte doktor – hasta ilişkisi olumlu seyrederek, taraflar arasında uzlaşma sağlanmaktadır.

Hastanın hekimle işbirliği ve diyalog içinde olabilmesi ancak içinde bulunduğu tıbbi durum konusunda yeterince bilgilendirildiğinde olanaklıdır. Hekimlerin hastalara yapacakları tatmin edici açıklamalar, hastanın hekimin uygulamalarının dışına çıkmamasını ve ona güven duymasını sağlayacaktır (Arslan, 2005: 88). Hastanın doktoruna güven duymasıyla birlikte aralarında uzlaşmanın sağlanması kolaylaşmaktadır. Doktor hasta arasındaki ilişkinin olumlu seyretmesi ile birlikte taraflar arasında tanı ve tedavi süreci üzerine alınacak tüm kararlarda uzlaşma sağlanması mümkün olmaktadır, uzlaşmanın sağlanması ise anlaşılır ve güven üzerine kurulu bir ilişkinin ürünüdür.

2.4.2. Zaman Kaybının Önlenmesi

Doktorlar ile hastalar arasında olumlu ilişkilerin varlığı, hem hastalar hem de doktorlar için zaman kaybının önlenmesi ile sonuçlanmaktadır. Zaman içerisinde doktoruna yönelik güven geliştiren hasta, yeni doktor arayışı ya da tedavi yöntemlerinin arayışı ile zaman kaybetmemektedir. Ayrıca hastalarıyla olumlu ilişki kurabilen doktorlar da etkin dinleme ve

hastalarıyla uzlaşma içinde yönlendireceği süreç nedeniyle uğrayabileceği zaman kaybını en alt düzeye indirebilmektedir.

Hastalar ancak zaman içerisinde hekime güvenebilmekte ve gerçek duygu ve düşüncelerini açabilmektedirler (Güldal vd., 2012: 109). Bu nedenle doktor hasta ilişkisinin başarılı olması için doktorların, hastalara yeterli zamanı ayırmaları gerekmektedir. Ancak mevcut sağlık sisteminde doktorların ilgilenmesi gereken hasta sayısının fazlalığı göz önüne alındığında zaman kaybının yaşanmamasının önemi ortaya çıkmaktadır. Zaman kaybının önlenmesi, doktor – hasta ilişkilerinin başarılı olmasıyla ilintilidir.

Aynı zamanda doktor – hasta ilişkisi açısından zaman kaybının önlenmesi için etkin dinleme doktorların yapması gereken veya bilmesi ve uygulaması gereken bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Etkin dinleme doktorun, hastayı doğru anlayıp, doğru teşhis koymasının önemli aşamalarından biridir (Uludağ, 2011: 57). Etkin dinlemenin gerçekleşmesi ise doktorun hastası ile geçirdiği zamana bağlı olarak ilerlemektedir. Doktor ve hastanın birlikte geçirdiği zamanın yönetiminin doğru bir biçimde yapılmasıyla doktorların diğer hastalar ve kendileri için ayırabilecekleri süre artış göstermektedir. Bu nedenle doktor ile hasta ilişkisinde zaman kaybının yaşanmaması diğer ilişki süreçlerine de katkıda bulunmaktadır.

Doktorun hastaya sağladığı güven duygusu doktor – hasta ilişkisinin temeli olarak görülmekle birlikte başarılı bir ilişki için gereklidir. Güvensizlik hastanın birçok doktoru dolaşarak zaman ve para kaybına neden olabilmektedir (Atıcı, 2007: 93). Bu nedenle doktor hasta ilişkisinin güven içerisinde ve olumlu ilerleyişi sayesinde hastanın yaşayacağı zaman kaybının da önüne geçilebilmektedir.

2.4.3. Hasta Memnuniyetinin Ortaya Çıkması

Olumlu doktor – hasta ilişkisinin en temel çıktılarından biri hasta memnuniyetidir. İlişki sürecinde doktorunun uzmanlığından yeterli ölçüde faydalanabilen, doktorunun kendisiyle yakından ilgilendiğini ve kendisini anladığını düşünen hastaların doktorlarına ve doktorlarıyla olan ilişkilerine yönelik memnuniyet geliştirmeleri mümkün hale gelmektedir.

Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt olarak tanımlanmıştır. Hasta memnuniyeti, aynı zamanda hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmet verenlerin yeterliliğini ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Kahraman, 2012: 1 –4).

Bu açıdan bakıldığında doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkinin olumlu gidişatının temel göstergesi olarak hasta memnuniyetinden bahsedilebilmektedir. Hasta memnuniyeti aynı zamanda doktora yönelik olumlu değerlendirmelerin yanı sıra hastanın hizmet aldığı sağlık kuruluşuna yönelik memnuniyetini de etkilemektedir.

Hasta memnuniyeti konusunda yapılan araştırmalar; sağlık kurumunun tıbbi yeterlilik düzeyi (hekim kalitesi gibi) ve fiziki yapısı, sağlık personelinin davranışları (iletişim, nezaket gibi), hasta bekleme süresi, kurumun temizliği gibi unsurların memnuniyet düzeyini etkilediğini göstermektedir (Kılıç ve Topuz, 2015: 81). Doktor tarafından nazik bir yaklaşım gören ve düzgün bir iletişim sürecinde bulunan hasta hem doktoruna hem de sağlık kuruluşuna karşı memnuniyet geliştirebilmektedir. Hastaların ilişki süreci sonucunda memnuniyetsizlik hissetmesi ise, hasta ve doktor arasında çatışmalar oluşmasına sebep olabilmektedir.

Hastaların hekimlerden şikayetleri genellikle, klinik tecrübelerden ziyade iletişim problemlerinden kaynaklanmaktadır (Karsavuran, Kaya ve Akturan, 2011: 187). Bu iletişim problemleri sonucunda hastalar doktorları şikayet edebilmekte, daha da kötüsü psikolojik rahatsızlığı olan ya da agresif hastalar doktorlara fiziksel olarak saldırabilmektedir. Bununla birlikte fiziksel saldırı boyutuna geçmeyen hakaret ve küfür içeren saldırılar da ortaya çıkabilmektedir.

Hakaret edimsel açıdan bir sınıflandırma olarak tanımlanır ve bu eylemle alıcı kişiye aşağılayıcı, küçültücü, onur kırıcı bir nitelik yakıştırılarak kişinin sosyal ve bireysel kimliğine zarar verilmektedir. Küfür ise bir nitelikle adlandırma olmayıp alıcıdan kültürel, geleneksel ilişkiler açısından küçültücü bir eyleme dönük olumsuz bir istek belirtmek ya da varsaymaktır (Demircan, 1991: 267). Doktorlar maruz kaldıkları küfür ve hakaretler nedeniyle demoralize olabilir ve mesleklerine karşı hissettikleri bağlılığı sorgulayabilirler.

Sağlık alanında şiddet tartışmaları incelendiğinde sorunun sadece Türkiye'ye özgü değil küresel bir sorun olduğu görülmektedir. Doktorlar tarafından hastanelerde sunulan hizmetin, şiddete uğrama korkusu ile yerine getirilememesi durumu ise tedirginlik yaratmaktadır (Ertong Attar, 2017: 157 – 159). Şiddete uğrama korkusunun gölgesinde gerçekleştirilen doktor ile hasta ilişkilerinin tam anlamıyla başarılı olması ise mümkün gözükmemektedir. Bu şiddetli çatışmaların ortaya çıkmaması adına doktor – hasta ilişkisinin, ilişkinin her iki tarafının da istekli katılımı ile güven ve iş birliği kavramlarını temel alarak, başarılı bir şekilde yürütülmesi gerektiği ifade edilebilmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DOKTOR – HASTA İLİŞKİSİNDE İLİŞKİ TARAFLARININ DEĞERLENDİRMELERİNİ TESPİT ETMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Problem

Başarılı sağlık iletişimi süreçleri için mikro ölçekte doktor – hasta ilişkisinin olumlu biçimde sürdürülmesi önem taşımaktadır. Bu araştırma doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkilerin olumlu olması için ilişki tarafı olarak hem doktor hem de hastaların bakış açılarını tespit etmek üzere tasarlanmıştır. Bu doğrultuda doktor – hasta ilişki modellerine yönelik her iki ilişki tarafının değerlendirilmelerini tespit etmeye yönelik bulguların ortaya konması araştırmanın problemini oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Doktor – hasta ilişki sürecinin, hastanın sağlığına kavuşması ve doktorların sorunsuz bir şekilde mesleklerini icra edebilmelerini sağlamak gibi amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlara ulaşabilmek için doktor – hasta ilişkisinin başarılı bir şekilde kurulması ve sürdürülebilmesi gereklilik taşımaktadır.

Başarılı bir doktor – hasta ilişkisi için ilişki içinde bulunan tarafların birbirlerinin değerlendirmelerinden ve beklentilerinden haberdar olması önem arz etmektedir. Bu gereklilik, doktorların ve hastaların ilişki modellerine ilişkin değerlendirmelerinin tespit edilmesini önemli kılmaktadır. Sağlık iletişiminde başarılı doktor – hasta ilişkileri için hem doktorların hem de hastaların beklentilerini ve değerlendirmelerini ortaya koymayı sağlayacak bulguların elde edilmesini sağlaması araştırmanın önemine işaret etmektedir.

Aynı zamanda araştırmanın, doktor ve hastaların beklenti ve tercihleri arasında bulunan farklılıkları tespit etmeye yönelik gerçekleştirilmesi, ilişki taraflarının iletişim sürecinde hangi noktalarda birbirinden farklılaştığını anlayabilmesi açısından önem taşımaktadır.

3.3. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, sağlık iletişimi kapsamında önemli bir inceleme konusu olarak dikkat çeken doktor – hasta ilişkisinin analiz edilmesidir. Doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkiler, sağlık iletişiminin kişilerarası iletişim boyutu için temel teşkil etmekte ve bu ilişkinin olumlu biçimde sürdürülmesi sağlık iletişiminde başarıya ulaşmak için gereklilik taşımaktadır. Bu bilgilerden hareketle söz konusu araştırmada, doktorların ve hastaların ilişki modelleri bağlamındaki değerlendirmelerinin tespit edilmesi yoluyla, ilişki taraflarının içinde bulundukları ilişkiye yönelik mevcut algılarının ortaya konması amaçlanmıştır. İlişki taraflarının ilişki içinde bulunduğu bireylerin ilişkinin olumlu bir biçimde sürdürülebilmesi için önemsedikleri noktaların ve ilişkiden beklentilerinin tespit edilmesi amaçlanan araştırmada, doktor – hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin ortaya konması da planlanmıştır.

Doktor – hasta ilişki modelleri açısından değerlendirildiğinde doktorların hangi ilişki modelini uygulamayı tercih ettiklerine ve hastaların da hangi modelin doktor – hasta ilişkisi içinde uygulanmasını beklediklerine yönelik verilerin toplanması bu araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır. Bu veriler doğrultusunda elde edilecek bulguların doktor – hasta ilişkisinin daha başarılı biçimde sürdürülmesi için her iki ilişki tarafının değerlendirmelerinin bilinmesi gerekliliğini karşılaması beklenmektedir.

Bu bilgilerden hareketle araştırmanın aşağıdaki sorulara yanıt vermesi amaçlanmaktadır:

- Doktor ve hastaların doktor – hasta ilişki modellerine yönelik genel değerlendirmeleri nasıldır?
- Doktor ve hastalar doktor – hasta ilişkisinde hangi modeli en ideal model olarak görmektedir?
- Doktor ve hastaların doktor – hasta ilişki modeli tercihi birbirlerinden farklılaşmakta mıdır?
- Hastaların model tercihleri cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve sağlık güvencesi değişkenlerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Doktorların model tercihleri cinsiyet ve mesleki deneyim sürelerine göre farklılaşmakta mıdır?

3.4. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın kapsamını sağlık iletişiminde doktor – hasta ilişkileri oluşturmaktadır. Sağlık iletişimi çok boyutlu bir yapıya sahip olmasına rağmen araştırmanın doktor – hasta ilişkileri üzerinden gerçekleştirilmesi araştırmanın temel sınırlılığını teşkil etmektedir. Ayrıca

araştırmanın sadece İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilmiş olması ve örneklemi oluşturan katılımcıların da Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı doktorları ve hastalarından oluşmasının da araştırmanın bir diğer kısıtlılığı olduğu söylenebilmektedir. Bununla birlikte doktor ve hastaların model tercihlerini tespit etmeye yönelik yapılan çalışmada söz konusu doktor – hasta ilişki modellerinin teorik modeller olması da araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Sağlık iletişimi kapsamında doktor – hasta ilişkisine yönelen araştırmanın daha geniş bir örneklem ve analiz birimi dahilinde gerçekleştirmesinin örneklemin evreni temsil gücünü arttıracağı bilinmekle birlikte tüm çalışma evrenine ulaşmanın zaman ve maliyet yönünden mümkün olmaması nedeniyle araştırma İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı ile sınırlandırılmıştır. Anket sorularının cevaplanması sırasında, bilgilerinin saklanmayacağı korkusu ve verdikleri cevaplar nedeniyle doktorlar tarafından olumsuz tepki görebilecekleri düşüncesi ile hareket eden hastaların çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, doktorların ise iş yoğunluğu ve zaman sıkıntısı nedeniyle çalışmaya katılmaya vakit bulamamaları çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Ayrıca doktor anket verilerinde araştırmaya katılım sağlayan doktorların mesleki deneyim yılları açısından fazla farklılıklara sahip olması nedeniyle hesaplamalar yapılırken mesleki deneyim gruplarının özel olarak sınıflandırılması gerekmiştir. Katılım sağlayan doktorların öğretim üyesi ve asistan konumunda olmaları nedeniyle araştırmanın bu yönden bir sınırlılığa sahip olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmada, farklı bölgelerden gelen farklı sosyo – demografik özelliklere sahip hastaların araştırmaya katılımının sağlanması ve araştırmanın sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında ön plana çıkan bir kurumda gerçekleştirilmiş olması, araştırmanın temel kısıtlıklarına rağmen önemli ölçüde verinin toplanmasını sağlamıştır.

Ayrıca çalışma kapsamında hastaların sadece mevcut doktorlarına yönelik değerlendirmelerinin değil, bugüne kadar sağlık hizmeti aldığı doktorları düşünerek anket formunu yanıtlamaya davet edilmesi de hastaların doktor – hasta ilişkisine yönelik genel değerlendirmelerinin tespit edilmesini sağlayarak araştırmanın kapsamının genişlemesine imkan sunmuştur.

3.5. Araştırma Yöntemi

Doktor ve hastaların ilişki modellerine yönelik değerlendirmelerini tespit etmeyi amaçlayan bu çalışma kapsamında gerçekleştirilen araştırma nicel araştırma yöntemi kullanılarak anket tekniğine başvurulmuştur.

3.5.1. Araştırma Modeli

Araştırmada geçmiş veya mevcut döneme ilişkin var olan bir durumun betimlenmesi ve tanımlanması amaçlandığı için tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modeli kapsamında doktor – hasta ilişkisinde ilişki tarafları olarak doktor ve hastaların değerlendirmelerini tespit etmek hedeflenmiştir.

3.5.2. Veri Toplama Aracı

Doktor ve hastaların ilişkiye yönelik değerlendirmelerinin ortaya konması için hem doktorlara hem de hastalara yönelik ayrı anket formları tasarlanmıştır. Doktor anket formunda katılımcıların demografik özelliklerini tespit etmeye yönelik cinsiyet, yaş ve mesleki deneyim gibi soruların yanı sıra hastalarıyla ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik sorular ve ayrıca Emmanuel ve Emmanuel'in doktor – hasta ilişkisi modeli baz alınarak Likert ölçeğine göre hazırlanmış her bir model için dört adet ifadenin bulunduğu bir kısma yer verilmiştir. Doktor anket formunun son kısmında ise katılımcılardan doktor – hasta ilişki modeli kapsamında yer alan alternatifleri derecelendirerek, hastalarıyla ilişkilerinde en çok ve en az hangi modeli uygulamayı tercih ettiklerinin tespit edilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

Hasta anket formunda ise hastaların cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, mesleği ve sağlık güvencesi gibi demografik özelliklerini tespit etmeye yönelik soruların yanı sıra doktorlarıyla ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik sorular ve ayrıca Emanuel ve Emanuel'in doktor – hasta ilişki modeli baz alınarak hazırlanmış her bir model için dört ifadenin bulunduğu bir kısma yer verilmiştir. Hasta anket formunun son kısmında ise doktor – hasta ilişki modeli kapsamında yer alan alternatifleri derecelendirerek, doktorlarıyla ilişkilerinde en çok ve en az hangi modeli tercih ettikleri saptanmaya çalışılmıştır. Anket formlarının güvenilirlik düzeyleri incelendiğinde ise çok yüksek bir güvenilirliğe sahip olmamakla birlikte yeterli ölçüde olduğu görülmüştür (0,80 > cronbahc's alpha > 0.60).

3.5.3. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini Türkiye'deki doktorlar ve hastalar oluşturmaktadır. Ancak araştırma kapsamında evrendeki tüm öğelere ulaşmak mümkün olmadığından örneklemeye gidilmiştir. Bu doğrultuda evreni temsil gücüne sahip olacağı düşünülen farklı demografik özellikteki hastalara ulaşılabilecek İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları Anabilim Dalları doktor ve hastaları üzerinden bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

18 Haziran 2018 – 18 Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 doktor ve 400 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.5.4. İşlem

Toplanan veriler kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve hesaplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler ortalama, standart sapma, medyan, minimum maksimum ve yüzde değer olarak ifade edilmiştir. Değişkenlerin dağılımının normale uygun olup olmadığı Kolmogorov -Smirnov ve Shapiro -Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma sahip olmadığı tespit edildiğinden analizler parametrik olmayan testlerle gerçekleştirilmiştir.

Doktor ve hastaların cinsiyet değişkeni bağlamında değerlendirmelerinin karşılaştırılması Mann-Whitney-U test kullanılarak yapılmıştır. Doktorların modellere yönelik tasarlanan ifadelere ilişkin değerlendirmelerinin mesleki deneyim değişkenine, ayrıca hastaların modellere yönelik tasarlanan ifadelere ilişkin değerlendirmelerinin meslek türü, eğitim durumu ve sosyal güvenceleri değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Verilerin analiz aşamasında $p< 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiş olup anlamlı fark bulunan grupların ikili karşılaştırmaları bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney-U test kullanılarak yapılmıştır.

3.6. Araştırma Bulguları ve Yorumlar

Aşağıda araştırmaya dahil olan 100 doktor ve 400 hastanın, doktor – hasta ilişki modellerine yönelik değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik tasarlanan anketler

doğrultusunda toparlanan verilerin analizi sonucu elde edilen bulgular tablolar aracılığıyla sunulmaktadır.

	n	%
Yaş (Ortalama ± Standart Sapma)	41,32 ± 14,99	
Cinsiyet		
Kadın	272	68,0
Erkek	128	32,0
Meslek		
Ev Hanımı	131	32,8
Emekli	38	9,5
Öğrenci	40	10,0
Serbest Meslek	48	12,0
Diğer	143	35,8
Eğitim Seviyesi		
İlköğretim	138	34,5
Ortaöğretim	116	29,0
Lisans	129	32,3
Lisansüstü	17	4,3
Medeni Durum		
Evli	156	39,0
Bekar	244	61,0
Sağlık Güvencesi		
SGK	288	72,0
Emekli Sandığı	43	10,8
Bağ-kur	39	9,8
Yeşil Kart	16	4,0
Özel Sağlık Sigortası	-	-
Diğer	14	3,5

Tablo.3.1: Demografik Özellikler

Çalışmaya dahil edilen 400 hastanın 128'i (%32,0) erkek, 278'i (%68,0) ise kadındır ve yaş değişkenine göre ortalama değer 41,32'dir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu değişkenine yönelik dağılımları açısından incelendiğinde ilköğretim seviyesinde 138 kişi (%34,5), ortaöğretim seviyesinde 116 kişi (%29), lisans seviyesinde 129 kişi (%32,3) olduğu; 17 kişinin ise (%4,3) kişi lisansüstü düzeyde eğitime sahip olduğu görülmüştür.

Anketi yanıtlayan kişiler meslek grupları açısından değerlendirildiğinde ise 131 kişinin (%32,8) ev hanımı, 38 kişinin emekli (%9,5), 40 kişinin (%10) öğrenci olduğu, 48 kişinin (%12) serbest meslek kategorisinde yer alığı tespit edilmiştir. Ayrıca 143 kişinin (%35,8) meslek grubu olarak diğer seçeneğini belirttiği, bu kategori kapsamında yer alan meslek grupları arasında ise öğretmenlik, gazetecilik, avukatlık ve akademisyenliğin yer aldığı görülmüştür. Araştırmada mesleklerini belirtmek istemediklerini ifade eden katılımcıların da diğer kategorisindeki meslek grubuna dahil edilmesi söz konusu olmuştur.

Araştırmaya dahil olan hastaların 156'sı (%39) evli iken, 244'ü (%61) ise bekardır. Hastaların sahip olduğu sağlık güvencesi incelendiğinde ise SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) sağlık güvencesine sahip olan 288 kişi (%72), Emekli Sandığı güvencesine sahip 43 kişi (%18) kişi, Bağ - Kur güvencesine sahip 39 kişi (%9,8), yeşil kart sahibi 16 kişi (%0,4) bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasına sahip olduğunu ifade eden hasta bulunmaz iken diğer sağlık güvencesine sahip 14 kişi (%3,5) kişi olduğu görülmüştür. Diğer sağlık güvencesine sahip olduğunu ifade eden hasta grubunun ise yurtdışında yaşadığı ve oraya ait sigortası olduğu ifade eden hastalar ve sağlık güvencesini belirtmek istemeyen katılımcılar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde kadın katılımcıların sayısının erkek katılımcılardan fazla olduğu, ev hanımlarının en çok katılım sağlayan meslek grubu olduğu ve araştırmaya evli hastaların bekar hastalara göre daha fazla katılım sağladığı görülmüştür. Bununla birlikte katılımcıların büyük çoğunluğunun SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) sağlık güvencesine sahip olduğu ortaya konmuştur.

Aşağıda doktorların hastalarla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik ifadelere katılım düzeylerini gösterir tablo yer almaktadır. Araştırmaya dahil olan doktorlardan bu ifadelere yönelik değerlendirmelerini 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde belirtmeleri istenmiştir.

Tablo.3.2. Doktorların Hastalarla Olan İlişkilerine Yönelik Genel Değerlendirmeleri

	Ort.	**Standart sapma**	**n**
Soru 1. Hastalarımla empati kurabiliyorum	4,17	,726	400
Soru 2. Hastalarım bana karşı güven duyar.	4,07	,769	400
Soru 3. Hastalarıma rahatsızlıklarını onların	4,26	,799	400

anlayabileceği gündelik dilde anlatmaya dikkat ederim.			
Soru 4.Hastalarıma rahatsızlıklarını aktarırken genelde tıbbi dil kullanırım.	2,35	,857	400
Soru 5.Hastalarımın internetten araştırıp, kendilerine teşhis koyarak gelmesini uygun bulmuyorum.	4,14	1,239	400

Doktorların genel görüşlerini tespit etmeye yönelik ifadelere verdikleri cevapların ortalaması incelendiğinde ‘’Hastalarımla empati kurabiliyorum’’, ‘’Hastalarım bana karşı güven duyar’’, ‘’Hastalarıma rahatsızlıklarını onların anlayabileceği gündelik dilde anlatmaya dikkat ederim’’ ve ‘’Hastalarımın internetten araştırıp, kendilerine teşhis koyarak gelmesini uygun bulmuyorum.” ifadelerine yönelik yüksek düzeyde katılım gösterdikleri, ‘”Hastalarıma rahatsızlıklarını aktarırken genelde tıbbi dil kullanırım’’ ifadesine yönelik ise olumsuz görüş bildirdikleri dikkat çekmektedir.

Bu açıdan değerlendirildiğinde doktorların hastalarıyla empati kurabildikleri, hastalarının kendilerine karşı güven duyduğunu düşündükleri söylenebilmekte; hastaların internetten araştırma yoluyla kendilerine teşhis koyarak doktora başvurmasını uygun bulmadıkları dikkat çekmektedir. Ayrıca doktorların hastalara rahatsızlıklarını aktarırken genellikle tıbbi bir dil kullanmadıklarına yönelik düşünceye sahip oldukları da görülmektedir.

Tablo.3.3: Doktorların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmeleri

Doktor – Hasta İlişki Modeli	Modellere Yönelik İfadeler	Ort.	Standart Sapma	n
Paternalistik model	**Soru 6**. Hastanın tıbbi bilgisi bulunmadığından dolayı tedavi yöntemi ile ilgili en doğru kararı ben veririm ve hastanın uyum sağlamasını isterim.	3,25	1,123	400
	Soru 7. Tedavi yöntemine karar verme noktasında hastama danışmam.	2,10	,990	400
	Soru 8. Tedavi yönteminin seçilmesinde sorumluluğu ben üstlenirim, hastanın tedavi yöntemine karar verilmesinde hiçbir katkısı yoktur.	1,97	,937	400
	Soru 9. Hastalarımın uygun bulduğum tedavi yöntemini sorgulaması beni rahatsız eder.	2,49	1,176	400
	Soru 10. Hastanın daha rahat karar verebilmesi için hastalığını ve test sonuçlarını ayrıntılı bir biçimde kendisine aktarırım.	4,04	,942	400

Bilgilendirici Model	**Soru 11.**Hastalarıma tedavi seçenekleri hakkında bilgi veririm ve kararı hastama bırakırım.	3,81	1,051	400
	Soru 12. Alternatif tedavi seçenekleri hakkında hastamı bilgilendirir, avantaj ve dezavantajlarını detaylıca açıklar ve tedavi yöntemini seçmeyi hastaya bırakırım.	3,98	,899	400
	Soru 13. Gerekli açıklamaları yaptıktan sonra tedavi yöntemini hastamın seçmesini isterim.	3,69	1,051	400
Yorumlayıcı Model	**Soru 14.**Hastama alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken, hastamın görüş ve beklentilerini de dikkate alırım.	4,05	,833	400
	Soru 15. Hastama tedavi yöntemleri hakkında bilgi verirken en uygun seçeneği tercih etme noktasında kendisini yönlendirip, kararı hastama bırakırım.	3,74	1,031	400
	Soru 16. Hastama tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken hastamın kültürel değerlerini ve psikolojik durumunu göz önünde tutarım.	4,04	,803	400
	Soru 17. Hastaya gerekli bilgileri verdikten sonra düşüncelerini öğrenir ve yorumlar yine de kararı kendisine bırakırım.	3,69	,929	400
Müzakereci Model	**Soru 18.**Hastamla ortak bir tedavi yöntemine karar vermek için hastamın öyküsünü dikkatli bir şekilde dinlerim.	4,33	,652	400
	Soru 19. Tedavi yöntemini hastalarımla birlikte seçerim.	3,64	,882	400
	Soru 20. Hastama tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken, kendisi için en uygun olacak tedavi yöntemine karar kılma noktasında ikna edici iletişime başvururum.	3,69	,929	400
	Soru 21. Hastaya durumunu ve tedavi seçeneklerini açıklarım kendisi için en uygun bulduğum tedavi yöntemini paylaşırım. Daha sonra hastanın da uygun bulduğu bir tedavi yöntemi üzerinde birlikte karar veririz.	3,92	,825	400

Tablodan da görülebileceği üzere, doktorların paternalist model kapsamında yer alan ifadelere düşük düzeyde katılım göstermektedir. “Hastanın tıbbi bilgisi bulunmadığından dolayı tedavi yöntemi ile ilgili en doğru kararı ben veririm ve hastanın uyum sağlamasını isterim.’’, “Tedavi yöntemine karar verme noktasında hastama danışmam.’’, “Tedavi yönteminin seçilmesinde sorumluluğu ben üstlenirim, hastanın tedavi yöntemine karar verilmesinde hiçbir katkısı yoktur.’’ ve ‘’Hastalarımın uygun bulduğum tedavi yöntemini sorgulaması beni rahatsız eder.’’ şeklindeki paternalistik modelin kapsamına işaret eden ifadelere doktorların düşük düzeydeki katılımı bu modelin kendileri tarafından desteklenmediği yönündeki bir bulgu olarak değerlendirilebilmektedir.

Paternalistik model dışındaki bilgilendirici model, yorumlayıcı model ve müzakereci modele ilişkin tasarlanan ifadelere yüksek düzeyde katılımları göz önünde bulundurulduğunda, söz konusu modellerin hastalarıyla ilişkileri açısından doktorlar tarafından daha kullanılabilir modeller olarak değerlendirdikleri söylenebilmektedir.

Aşağıda hastaların doktorlarla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik ifadelere katılım düzeylerini gösterir tablo yer almaktadır. Araştırmaya dahil olan doktorlardan bu ifadelere yönelik değerlendirmelerini 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde belirtmeleri istenmiştir.

Tablo.3.4. Hastaların Doktorlarla Olan İlişkilerine Yönelik Genel Değerlendirmeleri

	Ort.	**Standart sapma**	**n**
Soru 1.Doktorumla empati kurabiliyorum.	4,08	1,149	400
Soru 2. Doktoruma güvenip verdiği tedaviyi önerilen şekilde uygularım.	4,50	,934	400
Soru 3. Doktorum hastalığımı bana anlatır iken genellikle tıbbi terimler kullandığı için onu anlayamıyorum.	2,73	1,503	400
Soru 4. Doktorum hastalığımı benimle paylaşırken anlayabileceğim şekilde açıklar.	4,05	1,184	400
Soru 5. Rahatsızlığımla ilgili ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinip daha sonra internetten araştırmayı tercih ediyorum.	2,56	1,661	400

Hastaların genel görüşlerini tespit etmeye yönelik ifadelere verdikleri cevapların ortalaması incelendiğinde ‘’Doktorumla empati kurabiliyorum’’, ‘’Doktorum hastalığımı benimle paylaşırken anlayabileceğim şekilde açıklar.’’, ‘’Doktoruma güvenip verdiği tedaviyi önerilen şekilde uygularım” şeklindeki ifadelere yüksek düzeyde bir katılım sergiledikleri görülmektedir. “Doktorum hastalığımı bana anlatırken genellikle tıbbi terimler kullandığı için onu anlamıyorum.” ve “Rahatsızlığımla ilgili ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinip daha sonra internetten araştırmayı tercih ediyorum.” ifadelerine düşük düzeyde bir katılım olduğu dikkat çekmektedir.

Bu açıdan hastaların da doktorlarıyla empati kurabildikleri, doktorlarına güven duydukları söylenebilmekte ve ayrıca doktorların açık ve anlaşılır bir tarzda kendilerine yaklaştıklarına yönelik kanaate sahip oldukları görülmektedir. Hastalar doktorlarının kendileriyle iletişim kurarken tıbbi terimler kullanmadıklarını ve bu sayede onları anlayabildiklerini belirtmekte ve rahatsızlıklarına ilişkin ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinme ve daha sonra internetten araştırma yapma gibi duruma başvurmadıklarını bu ifadeye yönelik katılımları doğrultusunda göstermektedirler.

Tablo.3.5: **Hastaların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmeleri**

Doktor – Hasta İlişki Modeli	Modellere Yönelik İfadeler	Ort.	Std. sapma	n
Paternalistik Model	**Soru 6**.Doktorum tıbbi konularda uzman olduğu için tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesini ve uygulamasını uygun buluyorum.	2,40	1,672	400
	Soru 7.Doktorumun tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesinden rahatsızlık duymam.	2,39	1,664	400
	Soru 8.Tedavi yöntemine karar verilmesinde tek sorumluluğun doktorumda olmasını isterim.	3,10	1,706	400
	Soru 9.Doktorum benden daha bilgili olduğu için en doğru tedavi yöntemini seçer.	3,87	1,180	400
Bilgilendirici Model	**Soru 10**.Doktorumun tedavi seçenekleri hakkında bilgi verdikten sonra kararı bana bırakmasını beklerim.	2,78	1,725	400
	Soru 11. Doktorumun daha rahat karar verebilmem için tedavi yöntemlerini ve test sonuçlarını benimle paylaşmasını isterim.	4,80	,552	400
	Soru 12. Tedavi yöntemime kendim karar verebilmem için doktorumun alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları noktasında beni bilgilendirmesini isterim.	4,78	,643	400
	Soru 13. Doktorumdan gerekli bilgileri aldıktan sonra kararı kendim vermek isterim.	2,72	1,627	400
	Soru 14. Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken benim görüş ve beklentilerimi dikkate almasını isterim.	4,70	,661	400
	Soru 15. Doktorumun tüm tedavi seçenekleri hakkında bana bilgi verirken en uygun olan seçeneği tercih etme noktasında beni yönlendirmesini ve kararı bana bırakmasını isterim.	4,34	1,071	400
	Soru 16. Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini bana aktarırken kültürel değerlerimi ve psikolojik durumumu göz	4,59	,857	400

Yorumlayıcı Model	önünde bulundurmasını isterim.			
	Soru 17. Doktorumun gerekli tüm bilgileri bana vermesini, benim düşüncelerimi öğrenerek yorumlamasını isterim ancak kararı kendim veririm.	3,73	1,460	400
Müzakereci Model	**Soru 18**.Doktorumla ortak bir tedavi yöntemine karar verebilmek için doktorumun öykümü dikkatli bir şekilde dinlemesini isterim.	4,71	,716	400
	Soru 19. Tedavi yöntemini doktorumla birlikte seçmek isterim.	4,49	,996	400
	Soru 20.Doktorumun benim için en uygun olacağını düşündüğü tedavi yönteminin benim düşüncemden farklı olması halinde, doktorumun kendi düşüncesinin haklılığına ilişkin gerekçeler sunarak beni inandırmasını ve ikna etmesini isterim.	3,89	1,407	400
	Soru 21.Doktorumun durumumu ve tedavi seçeneklerini açıklayarak uygun bulduğu tedavi yöntemini benimle paylaşmasını ve benimde uygun bulacağım bir tedavi üzerinde birlikte karar almayı isterim.	4,58	,881	400

Tabloda görüldüğü üzere hastaların, paternalistik modeli temsil eden sorulardan ‘’Doktorum benden daha bilgili olduğu için en doğru tedavi yöntemini seçer.’’ ifadesi en fazla olumlu görüş bildirilen ifade olmuştur. ‘’Tedavi yöntemine karar verilmesinde tek sorumluluğun doktorumda olmasını isterim.’’ ifadesinin de hastalar tarafından olumlu bulunduğu dikkat çekmektedir Model kapsamında yer alan ‘’Doktorum tıbbi konularda uzman olduğu için tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesini ve uygulamasını uygun buluyorum.’’ ve ‘’Doktorumun tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesinden rahatsızlık duymam.’’ şeklindeki iki ifadeye yönelik ise hastaların olumsuz bir değerlendirmeye sahip oldukları görülmektedir.

Bilgilendirici modeli temsil eden ‘’Doktorumun daha rahat karar verebilmem için tedavi yöntemlerini ve test sonuçlarını benimle paylaşmasını isterim.’’ ifadesi hastaların en yüksek katılım gösterdikleri ifade olmuştur. ‘’Tedavi yöntemime kendim karar verebilmem için doktorumun alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları noktasında beni bilgilendirmesini isterim.’’ ifadesi de hastaların olumlu görüş bildirdikleri bir ifade olarak dikkat çekmektedir. Bilgilendirici model kapsamında yer alan ‘’Doktorumdan gerekli bilgileri aldıktan sonra kararı kendim vermek isterim.’’ ve ‘’Doktorumun tedavi seçenekleri hakkında bilgi verdikten sonra kararı bana bırakmasını beklerim.’’ şeklindeki iki ifade ise hastalar tarafından düşük katılım gösterilen ifadeler olmuştur.

Yorumlayıcı modeli temsil eden ifadelerden en yüksek katılım oranıyla dikkat çekeni ‘’Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken benim görüş ve beklentilerimi dikkate almasını isterim.’’ ifadesi olmuştur. ‘’Doktorumun tüm tedavi seçenekleri hakkında bana bilgi verirken en uygun olan seçeneği tercih etme noktasında beni yönlendirmesini ve kararı bana bırakmasını isterim.’’, ‘’Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini bana aktarırken kültürel değerlerimi ve psikolojik durumumu göz önünde bulundurmasını isterim.’’ ve ‘’Doktorumun gerekli tüm bilgileri bana vermesini, benim düşüncelerimi öğrenerek yorumlamasını isterim ancak kararı kendim veririm.’’ ifadeleri de hastalar tarafından yüksek katılım gösterilen ifadeler olarak dikkat çekmektedir.

Müzakereci modelde ise en yüksek katılım oranıyla dikkat çeken ifade ‘’Doktorumun durumumu ve tedavi seçeneklerini açıklayarak uygun bulduğu tedavi yöntemini benimle paylaşmasını ve benimde uygun bulacağım bir tedavi üzerinde birlikte karar almayı isterim.’’ olmuştur. Modeli temsil eden ’’Doktorumla ortak bir tedavi yöntemine karar verebilmek için doktorumun öykümü dikkatli bir şekilde dinlemesini isterim.’’, ‘’Tedavi yöntemini doktorumla birlikte seçmek isterim.’’ ve ‘’Doktorumun benim için en uygun olacağını düşündüğü tedavi yönteminin benim düşüncemden farklı olması halinde, doktorumun kendi düşüncesinin haklılığına ilişkin gerekçeler sunarak beni inandırmasını ve ikna etmesini isterim.’’ ifadeleri de hastalar tarafından olumlu biçimde değerlendirilmektedir.

Anket formunda modellerin tercih edilme düzeylerini ortaya koymak üzere her bir model için tasarlanan birer ifade yer almıştır. Hastalardan bu ifadeleri birinci sırada tercih edilme, ikinci sırada tercih edilme, üçüncü sırada tercih edilme ve son sırada tercih edilme düzeylerine göre sıralamaları istenmiştir. Aşağıda modeller kapsamında yer alan ifadeler ve hastalar tarafından kaçıncı sırada tercih edildiklerini gösterir tablo yer almaktadır.

Tablo.3.6: Hastaların Model Tercihi Sıralamaları

	Dördüncü sırada tercih	**Üçüncü sırada tercih**	**İkinci sırada tercih**	**Birinci sırada tercih**
Paternalistik Model / Doktorum rahatsızlığım ve tedavi seçenekleri hakkında beni bilgilendirmeden tedavi yöntemine karar vermelidir.	n = 287 (%71,8)	n = 43 (%0,8)	n = 17 (%4,3)	n = 53 (13,3)
Bilgilendirici Model / Doktorum hastalığım ve tedavi yöntemleri hakkında bilgileri bana aktarmalı ve tedavi yöntemine ben karar vermeliyim.	n= 239 (%59,8)	n= 65 (%16,3)	n= 36 (%9,0)	n= 60 (%15,0)

Yorumlayıcı Model / Doktorum gereksinimlerimi, kültürel değerlerimi ve psikolojik özelliklerimi göz önünde bulundurarak gerekli bilgileri bana verdikten sonra görüşlerimi öğrenerek yorumlamalı ancak kararı bana bırakmalıdır.	n= 72 (%18,0)	n= 69 (%17,3)	n= 94 (%23,5)	n= 165 (%41,3)
Müzakereci Model / Doktorum durumum ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de fikir birliğine varması sonucunda en uygun kararı birlikte vermeliyiz.	n= 9 (%2,3)	n= 29 (%7,2)	n= 9 (%2,3)	n= 353 (%88,3)

Doktor – hasta ilişki modellerinden hastalar tarafından en çok tercih edilen modelin yüzde 88,3'lük oranla müzakereci model olduğu, bu modeli sırasıyla yüzde 41,3'lük oranla yorumlayıcı modelin, yüzde 15'lik oranla bilgilendirici modelin takip ettiği görülmekte, en az tercih edilen modelin ise yüzde 13,3'lük katılım oranıyla paternalistik model olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca hastaların modellere ilişkin tasarlanan ifadelere katılım oranlarının ortalaması da bu yöndeki bulgu için destekleyici bir işlev görmektedir. Hastaların modelleri özetleyen ifadelere katılım oranlarını gösteren tablo ise şu şekildedir:

Tablo.3.7: Hastaların Model Tercihi Sıralamalarını Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Toplu Ortalama Tablosu

	Ort.	**Std. Sapma**	**n**
Paternalistik Model / Doktorum rahatsızlığım ve tedavi seçenekleri hakkında beni bilgilendirmeden tedavi yöntemine karar vermelidir.	1,59	1,061	400
Bilgilendirici Model / Doktorum hastalığım ve tedavi yöntemleri hakkında bilgileri bana aktarmalı ve tedavi yöntemine ben karar vermeliyim.	1,79	1,117	400
Yorumlayıcı Model / Doktorum gereksinimlerimi, kültürel değerlerimi ve psikolojik özelliklerimi göz önünde bulundurarak gerekli bilgileri bana verdikten sonra görüşlerimi öğrenerek yorumlamalı ancak kararı bana bırakmalıdır.	2,88	1,137	400
Müzakereci Model / Doktorum durumum ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de fikir birliğine varması sonucunda en uygun kararı birlikte vermeliyiz.	3,77	,682	400

Toplu ortalama tablosundan da görülebileceği üzere hastalar en çok müzakereci modeli uygun bulmakta, sırasıyla yorumlayıcı, bilgilendirici ve paternalistik modelin uygun olduğu yönünde kanaat bildirmektedir.

Tablo.3.8: Doktorların Model Tercihi Sıralamaları

	Dördüncü sırada tercih	**Üçüncü sırada tercih**	**İkinci sırada tercih**	**Birinci sırada tercih**
Paternalistik Model / Hastalarımı rahatsızlıkları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmeden tedavi yöntemine ben karar veririm.	n =78 (%78,0)	n =15 (%15,0)	n =4 (%4,0)	n =3 (%3,0)
Bilgilendirici Model / Hastama hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgileri aktardıktan sonra kararı kendisine bırakırım.	n =10 (%10,0)	n =56 (%56,0)	n =18 (%18,0)	n =16 (% 16,0)
Yorumlayıcı Model / Hastamın gereksinimleri, kültürel değerleri ve psikolojik özellikleri doğrultusunda gerekli bilgileri verdikten sonra görüşlerini öğrenir ve yorumlarım. Ancak yine de kararı hastama bırakırım.	n =7 (% 7,0)	n =24 (%24,0)	n =39 (%39,0)	n =30 (%30,0)
Müzakereci Model / Hastama durumu ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de uzlaşması sonucunda en uygun kararı birlikte veririz.	n =3 (% 3,0)	n =17 (%17,0)	n =24 (% 24,0)	n =56 (% 56,0)

Doktor – hasta ilişki modellerinden doktorlar tarafından en çok tercih edilen modelin yüzde 56'lık oranla müzakereci model olduğu, bu modeli sırasıyla yüzde 30'luk oranla yorumlayıcı modelin, yüzde 16'lık oranla bilgilendirici modelin takip ettiği görülmekte, en az tercih edilen modelin ise yüzde 3'lük katılım oranıyla paternalistik model olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca doktorların modellere ilişkin tasarlanan ifadelere katılım oranlarının ortalaması da bu yöndeki bulgu için destekleyici bir işlev görmektedir. Doktorların modelleri özetleyen ifadelere katılım oranlarını gösteren tablo ise şu şekildedir:

Tablo.3.9: Doktorların Model Tercihi Sıralamalarını Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Toplu Ortalama Tablosu

	Ort.	Std. sapma	n
Paternalistik Model / Hastalarımı rahatsızlıkları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmeden tedavi yöntemine ben karar veririm.	1,32	,695	400
Bilgilendirici Model / Hastama hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgileri aktardıktan sonra kararı kendisine bırakırım.	2,40	,876	400
Yorumlayıcı Model / Hastamın gereksinimleri, kültürel değerleri ve psikolojik özellikleri doğrultusunda gerekli bilgileri verdikten sonra görüşlerini öğrenir ve yorumlarım. Ancak yine de kararı hastama bırakırım.	2,92	,907	400
Müzakereci Model / Hastama durumu ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de uzlaşması sonucunda en uygun kararı birlikte veririz.	3,33	,865	400

Toplu ortalama tablosundan da görülebileceği üzere doktorlar en çok müzakereci modeli uygun bulmakta, sırasıyla yorumlayıcı, bilgilendirici ve paternalistik modelin uygun olduğu yönünde kanaat bildirmektedir.

Aşağıda hasta anket formunda yer alan hastaların doktorlarla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeyi amaçlayan beş soruya yönelik değerlendirmelerin meslek grubu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koyan tablo bulunmaktadır. Tabloda Soru 1, Soru 2, Soru 3, Soru 4 ve Soru 5 olarak kodlanan ifadeler ise sırasıyla şu şekildedir:

- Soru 1. Doktorumla empati kurabiliyorum.
- Soru 2. Doktoruma güvenip verdiği tedaviyi önerilen şekilde uygularım.
- Soru 3. Doktorum hastalığımı bana anlatır iken genellikle tıbbi terimler kullandığı için onu anlayamıyorum.
- Soru 4. Doktorum hastalığımı benimle paylaşırken anlayabileceğim şekilde açıklar.
- Soru 5. Rahatsızlığımla ilgili ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinip daha sonra internetten araştırmayı tercih ediyorum.

Tablo.3.10: Hastaların Doktorlarla İlgili Genel Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

SORULAR	EV HANIMI	EMEKLİ	ÖĞRENCİ	SERBEST M.	DİĞER	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 1	4,1 ± 1,18;5(1 -5)	4,21 ± 1,18;5(1 -5)	4,08 ± 0,79;4(3 -5)	4,08 ± 1,10;4(1 -5)	3,92 ± 1,19;4(1 -5)	>0,05
SORU 2	4,60 ± 0,87;5(1 - 5)	4,74 ± 0,64;5(2 -5)	4,28 ±1,03;5(1 -5)	4,50 ± 1,01;5(1 -5)	4,41 ± 0,98;5(1 -5)	<0,05
SORU 3	2,68 ± 1,62;3(1 -5)	2,95 ± 1,62;3(1 -5)	2,75 ± 1,41; 3(1 -5)	3,15 ± 1,38;3(1 -5)	2,56 ± 1,39;3(1 -5)	>0,05
SORU 4	4,05 ± 1,26;5(1 -5)	4,21 ± 1,11; 5(1 -5)	3,95 ± 1,26;4(1 -5)	4,08 ± 1,10;4(1 -5)	4,01 ± 1,13;4(1 -5)	>0,05
SORU 5	2,63 ± 1,75;2(1 -5)	2,42 ± 1,71;1(1 -5)	2,53 ± 1,58;2(1 -5)	2,63 ± 1,60;2(1 -5)	2,52 ± 1,60;2(1 -5)	>0,05

Karşılaştırmalı tabloda yer alan p yani anlamlılık değeri incelediğinde katılımcıların ikinci soruya verdikleri yanıtların meslek grupları değişkenine göre farklılaştığı, meslek gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Özellikle ev hanımları ve öğrenciler arasındaki farklılaşmanın, ev hanımlarının yanıtları öğrencilere göre daha olumlu olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Bunun dışında diğer meslek grupları açısından sorulara verilen yanıtlar açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo.3.11: Hastaların İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere İlişkin Karşılaştırmalı Tablo

SORULAR	EV HANIMI	EMEKLİ	ÖĞRENCİ	SERBEST M.	DİĞER	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 6	2,28 ± 1,75;1(1- 5)	2,71 ± 1,82;2(1-5)	2,10 ± 1,37; 1(1-5)	2,75 ± 1,70;2(1-5)	2,41 ± 1,65;1(1-5)	>0,05
SORU 7	2,38 ± 1,75;1(1-5)	2,74 ± 1,84;2(1-5)	1,93 ± 1,20;1(1-5)	2,67 ± 1,70;2(1-5)	2,34 ± 1,61;1(1-5)	>0,05
SORU 8	3,05 ± 1,77;3(1-5)	3,58 ± 1,76;5(1-5)	2,75 ± 1,56;3(1-5)	3,21 ± 1,61;3(1-5)	3,08 ± 1,68;3(1-5)	>0,05
SORU 9	3,88 ± 1,15;4 (1 -5)	4,34 ± 0,99; 5(1-5)	3,83 ± 1,23;4(1 - 5)	3,83 ± 1,22;4(1-5)	3,76 ± 1,20;4(1-5)	>0,05
SORU 10	2,57 ± 1,79;1(1-5)	3,11 ± 1,85;3,5(1-5)	2,88 ± 1,69;3(1-5)	3,00 ± 1,62;3(1-5)	2,78 ± 1,65;3(1-5)	>0,05

SORU 11	4,89 ± 0,45;5(1-5)	4,82 ± 0,51;5(3-5)	4,90 ± 0,30;5(4-5)	4,71 ± 0,50;5(3-5)	4,73 ± 0,68;5(1-5)	<0,05
SORU 12	4,87 ± 0,54;5(1-5)	4,63 ± 0,85;5(1-5)	4,93 ± 0,26;5(4-5)	4,60 ± 0,91;5(1-5)	4,75 ± 0,61;5(1-5)	<0,05
SORU 13	2,69 ± 1,65;3(1-5)	2,79 ± 1,66;3(1-5)	3,03 ± 1,68;3(1-5)	2,77 ± 1,67;3(1-5)	2,63 ± 1,56;3(1-5)	>0,05
SORU 14	4,78 ± 0,68;5(1-5)	4,68 ± 0,73;5(2-5)	4,75 ± 0,54;5(3-5)	4,58 ± 0,76;5(1-5)	4,65 ± 0,60;5(2-5)	<0,05
SORU 15	4,33 ± 1,09;5(1-5)	4,45 ± 1,10;5(1-5)	4,45 ± 0,93;5(1-5)	4,35 ± 1,02;5(1-5)	4,29 ± 1,10;5(1-5)	>0,05
SORU 16	4,66 ± 0,85;5(1-5)	4,58 ± 1,03;5(1-5)	4,63 ± 0,58;5(3-5)	4,42 ± 0,94;5(1-5)	4,58 ± 0,84;5(1-5)	>0,05
SORU 17	3,73 ± 1,48;4(1-5)	3,82 ± 1,57;5(1-5)	3,90 ± 1,44;5(1-5)	3,56 ± 1,42;4(1-5)	3,73 ± 1,43;4(1-5)	>0,05
SORU 18	4,80 ± 0,54;5(2-5)	4,79 ± 0,57;5(3-5)	4,73 ± 0,53;5(3-5)	4,35 ± 1,15;5(1-5)	4,70 ± 0,71;5(1-5)	>0,05
SORU 19	4,56 ± 1,02;5(1-5)	4,63 ± 0,99;5(1-5)	4,70 ± 0,60;5(3-5)	4,06 ± 1,27;5(1-5)	4,46 ± 0,91;5(1-5)	<0,01
SORU 20	3,90 ± 1,44;5(1-5)	3,89 ± 1,50;5(1-5)	3,53 ± 1,48;4(1-5)	3,85 ± 1,32;4(1-5)	3,99 ± 1,35;5(1-5)	>0,05
SORU 21	4,69 ± 0,83;5 (1-5)	4,61 ± 0,85;5(1-5)	4,70 ± 0,56;5(3-5)	4,38 ± 1,04;5(1-5)	4,50 ± 0,93;5(1-5)	>0,05

Hastaların doktor – hasta ilişki modellerine yönelik değerlendirmelerinin meslek grupları açısından gruplar açısından farklılaşıp farklılaşmadığı gösteren tablodan da görülebileceği gib gruplar arası farklılaşmayı gösteren p değeri sadece 11, 12, 14 ve 19. soruda 0.05 değerinden küçük çıkmıştır. Bu veri doğrultusunda Soru 11 - Doktorumun daha rahat karar verebilmem için tedavi yöntemlerini ve test sonuçlarını benimle paylaşmasını isterim, Soru 12 - Tedavi yöntemime kendim karar verebilmem için doktorumun alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları noktasında beni bilgilendirmesini isterim, Soru 14 - Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken benim görüş ve beklentilerimi dikkate almasını isterim. ve Soru 19 - Tedavi yöntemini doktorumla birlikte seçmek isterim ifadelerine katılım düzeyi açısından meslek grupları açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Meslek gruplarına göre gruplar arasında farklılaşma tespit edilen anlamlı ifadelerin karşılaştırmalarına bakıldığında ise, gruplar arası karşılaştırılması yapıldığında; Soru 11'e katılım düzeyi açısından ev hanımları ile serbest meslek grubu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu gruplardan ev hanımları ifadeye katılım yönünden olumlu görüş bildirdiği tespit edilmiştir. Soru 12 için ise ev hanımları ve serbest meslek grubuna mensup katılımcılar arasındaki farklılaşma ev hanımlarının soruya olumlu katılımlarından kaynaklanmıştır. Soru 14 için ise ise genel karşılaştırmalar anlamlı olmakla birlikte gruplar arası karşılaştırılmalarda anlamlı fark bulunmamıştır. Soru 19'da ise ev hanımları ile serbest meslek grupları arasında ifadeye katılım yönünden anlamlı fark bulunmuş ve bu farklılığın ev hanımlarının ifadeye olumlu yönde katılım sergilemelerinden kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo.3.12: Hastaların Doktorlara Yönelik Genel Görüşlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

SORULAR	ERKEK	KADIN	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 1	4,16 ± 1,15;5(1-5)	4,04 ± 1,14;4(1-5)	>0,05
SORU 2	4,52 ± 0,90;5(1-5)	4,49 ± 0,94;5(1-5)	> 0,05
SORU 3	2,87 ± 1,47;3(1-5)	2,66 ± 1,51;3(2-5)	>0,05
SORU 4	4,14 ± 1,04;4(1-5)	4,00 ± 1,24;5(1-5)	>0,05
SORU 5	2,34 ± 1,59;2(1-5)	2,66 ± 1,68;2(1-5)	>0,05

Tablodan da görülebileceği gibi hastaların doktorlara yönelik genel görüşleri cinsiyet değişkenine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo.3.13: Hastaların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu

SORULAR	ERKEK	KADIN	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 6	2,66 ± 1,67;2(1-5)	2,27 ± 1,66;1(1-5)	<0,05
SORU 7	2,63 ± 1,64;2(1-5)	2,28 ± 1,66;1(1-5)	<0,05
SORU 8	3,46 ± 1,58;4(1-5)	2,93 ± 1,73;3(1-5)	<0,01
SORU 9	4,11 ± 1,06;5(1-5)	3,75 ± 1,21;4(1-5)	<0,01
SORU 10	3,09 ± 1,64;3(1-5)	2,64 ± 1,74;2(1-5)	<0,05
SORU 11	4,64 ± 0,75;5(1-5)	4,88 ± 0,40;5(1-5)	<0,001
SORU 12	4,65 ± 0,73;5(1-5)	4,84 ± 0,58;5(1-5)	<0,001
SORU 13	2,96 ± 1,61;3(1-5)	2,61 ± 1,62;3(1-5)	<0,05
SORU 14	4,59 ± 0,69;5(2-5)	4,75 ± 0,64;5(1-5)	<0,01

SORU 15	4,30 ± 1,03;5(1-5)	4,36 ± 1,08;5(1-5)	>0,05
SORU 16	4,39 ± 0,99;5(1-5)	4,68 ± 0,76;5(1-5)	<0,001
SORU 17	3,68 ± 1,43;4(1-5)	3,76 ± 1,47;4(1-5)	>0,05
SORU 18	4,48 ± 0,92;5(1-5)	4,82 ± 0,56;5(1-5)	<0,001
SORU 19	4,34 ± 1,04;5(1-5)	4,56 ± 0,96;5(1-5)	<0,001
SORU 20	3,91 ± 1,35;4,5(2-5)	3,88 ± 1,43;5(1-5)	>0,05
SORU 21	4,38 ± 0,96;5(1-5)	4,67 ± 0,82;5(1-5)	<0,001

Hastaların doktor – hasta ilişki modellerine yönelik ifadelere katılımlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımlarını gösterir tablodan da anlaşılabileceği gibi; soru 6 - Doktorum tıbbi konularda uzman olduğu için tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesini ve uygulamasını uygun buluyorum, soru 7 - Doktorumun tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesinden rahatsızlık duymam, soru 8 - Tedavi yöntemine karar verilmesinde tek sorumluluğun doktorumda olmasını isterim, soru 9 - Doktorum benden daha bilgili olduğu için en doğru tedavi yöntemini seçer ve soru 10 - Doktorumun tedavi seçenekleri hakkında bilgi verdikten sonra kararı bana bırakmasını beklerim ifadelerine katılım düzeyi açısından cinsiyet değişkenine göre anlamlılık değeri $p < 0.05$ olduğundan gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Soru 11 - Doktorumun daha rahat karar verebilmem için tedavi yöntemlerini ve test sonuçlarını benimle paylaşmasını isterim ve soru 12 - Tedavi yöntemime kendim karar verebilmem için doktorumun alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları noktasında beni bilgilendirmesini isterim ifadelerine katılım düzeyi açısından ise cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu sorulara yönelik katılım düzeyi açısından kadınların erkeklere oranla daha olumlu bir bakış açısı sergiledikleri dikkat çekmektedir.

Soru 13 - Doktorumdan gerekli bilgileri aldıktan sonra kararı kendim vermek isterim ifadesine katılım açısından cinsiyet değişkenine göre gruplar arasındaki farklılaşmanın erkeklerin bu ifadeye daha yüksek oranda katılım sergilemelerinden kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Soru 14 - Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken benim görüş ve beklentilerimi dikkate almasını isterim ifadesine, Soru 16 - Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini bana aktarırken kültürel değerlerimi ve psikolojik durumumu göz önünde bulundurmasını isterim, soru 18 - Doktorumla ortak bir tedavi yöntemine karar verebilmek için doktorumun öykümü dikkatli bir şekilde dinlemesini isterim, soru 19 - Tedavi yöntemini doktorumla birlikte seçmek isterim ve soru 21 - Doktorumun durumumu ve tedavi

seçeneklerini açıklayarak uygun bulduğu tedavi yöntemini benimle paylaşmasını ve benimde uygun bulacağım bir tedavi üzerinde birlikte karar almayı isterim ifadelerine katılım yönünden gruplar arasındaki anlamlı farklılaşmanın ise kadınların erkeklere oranla katılım yönünden daha olumlu bir eğilim sergilemelerinden kaynaklı olduğu görülmüştür.

Tablo.3.14: Hastaların Model Tercihlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu

MODELLER	ERKEK	KADIN	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
Paternalistik	1,99 ± 1,24;1(1-4)	1,40 ± 0,90;1(1-4)	<0,001
Bilgilendirici	1,96 ± 1,16;1(1-4)	1,71 ± 1,08;1(1-4)	<0,05
Yorumlayıcı	2,74 ± 1,21;3(1-4)	2,94 ± 1,09;3(1-4)	>0,05
Müzakereci	3,63 ± 0,84;4(1-4)	3,83 ± 0,57;4(1-4)	<0,01

Cinsiyet grupları açısından doktor- hasta ilişki modeli tercihine yönelik sorulara verilen cevaplar karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar olduğu tespit edilmiştir. Paternalistik ve bilgilendirici modeli erkek katılımcıların kadınlara kıyasla daha uygun bulduğu görülmektedir. Yorumlayıcı model tercihi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken, müzakereci modeli kadınların erkek katılımcılara kıyasla daha uygun buldukları dikkat çekmektedir.

Tablo.3.15: Hastaların Doktorlara Yönelik Genel Görüşlerinin Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu

SORULAR	İLKÖĞRETİM	ORTAÖĞRETİM	LİSANS	LİSANSÜSTÜ	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 1	4,21 ± 1,25;5(1-5)	4,03 ± 1,20;4(1-5)	4,00 ± 0,97;4(1-5)	3,94 ± 1,08;4(1-5)	<0,05
SORU 2	4,58 ± 0,93;5(1-5)	4,45 ± 0,99;5(1-5)	4,47 ± 0,86;5(1-5)	4,35 ± 0,99;5(1-5)	>0,05
SORU 3	2,84 ± 1,67;3(1-5)	2,71 ± 1,46;3(1-5)	2,61 ± 1,37;3(1-5)	2,76 ± 1,25;3(1-5)	>0,05
SORU 4	4,14 ± 1,31;5(1-5)	3,99 ± 1,11;4(1-5)	4,01 ± 1,14;4(1-5)	3,88 ± 0,85;4(3-5)	>0,05

SORU 5	2,42 ± 1,69;1(1-5)	2,53 ± 1,67;2(1-5)	2,71 ± 1,61;2(1-5)	2,76 ± 1,71;2(1-5)	>0,05

Hastaların doktorlara yönelik genel görüşlerini tespit etmeye yönelik ifadelerin eğitim seviyesi değişkenine göre karşılaştırmalı tablosundan görülebileceği üzere, Soru 1 - Doktorumla empati kurabiliyorum ifadesine katılım düzeyi açısından eğitim düzeyi değişkenine göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu dikkat çekmektedir. İfadelere katılım yönünden ilköğretim ve lisans seviyesi arasında anlamlı fark bulunduğu, ilköğretim seviyesine sahip katılımcıların söz konusu ifadeye katılım açısından daha olumlu bir bakış açısına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo.3.16: Hastaların İlişki Modellerine Yönelik Tercihlerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu

SORULAR	İLKÖĞRETİM	ORTAÖĞRETİM	LİSANS	LİSANSÜSTÜ	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 6	2,35 ± 1,74;1(1-5)	2,30 ± 1,66;1(1-5)	2,53 ± 1,62;2(1-5)	2,41 ± 1,54;2(1-5)	>0,05
SORU 7	2,36 ± 1,73;1(1-5)	2,41 ± 1,69;1(1-5)	2,37 ± 1,56;2(1-5)	2,65 ± 1,69;2(1-5)	>0,05
SORU 8	3,43 ± 1,76;5(1-5)	3,19 ± 1,68;3(1-5)	2,74 ± 1,60;3(1-5)	2,53 ± 1,54;3(1-5)	<0,01
SORU 9	3,95 ± 1,16;4(1-5)	3,84 ± 1,14;4(1-5)	3,78 ± 1,21;4(1-5)	4,06 ± 1,24;4(1-5)	>0,05
SORU 10	2,83 ± 1,82;3(1-5)	2,79 ± 1,75;3(1-5)	2,67 ± 1,61;3(1-5)	3,12 ± 1,61;3(1-5)	>0,05
SORU 11	4,81 ± 0,61;5(1-5)	4,79 ± 0,48;5(2-5)	4,80 ± 0,56;5(1-5)	4,82 ± 0,39;5(1-5)	<0,05
SORU 12	4,80 ± 0,64;5(1-5)	4,72 ± 0,75;5(1-5)	4,81 ± 0,54;5(1-5)	4,76 ± 0,43;5(1-5)	<0,05
SORU 13	2,64 ± 1,68;3(1-5)	2,71 ± 1,61;3(1-5)	2,76 ± 1,57;3(1-5)	3,18 ± 1,66;3(1-5)	>0,05
SORU 14	4,72 ± 0,79;5(1-5)	4,74 ± 0,56;5(2-5)	4,64 ± 0,61;5(3-5)	4,65 ± 0,49;5(3-5)	>0,05
SORU 15	4,41 ± 1,09;5(1-5)	4,36 ± 1,01;5(1-5)	4,30 ± 1,05;5(1-5)	3,94 ± 1,39;5(1-5)	>0,05
SORU 16	4,66 ± 0,86;5(1-5)	4,50 ± 0,95;5(1-5)	4,61 ± 0,75;5(1-5)	4,47 ± 0,80;5(2-5)	>0,05
SORU 17	3,59 ± 1,63;4(1-5)	3,84 ± 1,31;4(1-5)	3,81 ± 1,40;4(1-5)	3,53 ± 1,28;3(1-5)	>0,05
SORU 18	4,76 ± 0,72;5(1-5)	4,58 ± 0,81;5(1-5)	4,76 ± 0,63;5(1-5)	4,76 ± 0,43;5(4-5)	>0,05
SORU 19	4,53 ± 1,07;5(1-5)	4,37 ± 1,08;5(1-5)	4,56 ± 0,83;5(1-5)	4,41 ± 0,79;5(3-5)	>0,01
SORU 20	4,06 ± 1,41;5(1-5)	3,71 ± 1,43;5(1-5)	3,85 ± 1,38;4(1-5)	4,00 ± 1,27;4(1-5)	>0,05

SORU 21	4,67 ± 0,85;5(1-5)	4,50 ± 0,93;5(1-5)	4,56 ± 0,85;5(1-5)	4,41 ± 0,87;5(3-5)	>0,05

Söz konusu ifadelere katılım düzeylerinin soru 8- Tedavi yöntemine karar verilmesinde tek sorumluluğun doktorumda olmasını isterim, soru 11 - Doktorumun daha rahat karar verebilmem için tedavi yöntemlerini ve test sonuçlarını benimle paylaşmasını isterim ve soru 12 - Tedavi yöntemime kendim karar verebilmem için doktorumun alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları noktasında beni bilgilendirmesini isterim ifadeleri açısından eğitim düzeyi değişkenine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmaya sebep olduğu görülmektedir.

Tablo.3.17: Hastaların Model Tercihlerinin Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre Dağılımı

MODELLER	**İLKÖĞRETİM**	**ORTAÖĞRETİM**	**LİSANS**	**LİSANSÜSTÜ**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
Paternalistik	1,58 ± 1,08;1(1-4)	1,74 ± 1,58;1(1-4)	1,49 ± 0,96;1(1-4)	1,41 ± 0,79;1(1-4)	>0,05
Bilgilendirici	1,67 ± 1,10;1(1-4)	1,72 ± 1,06;1(1-4)	1,97 ± 1,17;1(1-4)	1,88 ± 1,05;2(1-4)	>0,05
Yorumlayıcı	2,85 ± 1,22;3(1-4)	2,86 ± 1,14;3(1-4)	2,94 ± 1,04;3(1-4)	2,82 ± 1,07;3(1-4)	>0,05
Müzakereci	3,81 ± 0,65;4(1-4)	3,70 ± 0,77;4(1-5)	3,79 ± 0,62;4(1-5)	3,71 ± 0,68;4(2-4)	>0,05

Tablodan da görülebileceği gibi p > 0,05 değerine ulaşıldığından hastaların model tercihlerinin eğitim seviyesi değişkenine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir.

Tablo.3.18: Hastaların Doktorlara Yönelik Genel Görüşlerinin Sağlık Güvencesi Gruplarına Göre Karşılaştırılmalı Tablosu

SORULAR	**SGK**	**EMEKLİ SANDIĞI**	**BAĞKUR**	**YEŞİL KART**	**DİĞER**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 1	4,11 ± 1,15;5(1 -5)	3,65 ± 1,36;4(1 -5)	4,23 ± 0,98;5(1 -	4,19 ± 0,91;4,5(3-5)	4,21 ± 0,89;4,5(1-5)	>0,05

			5)			
SORU 2	4,45 ± 0,96;5(1 -5)	4,53 ± 1,00;5(1 -5)	4,79 ± 0,40;5(4-5)	4,44 ± 0,89;5(2 -5)	4,57 ± 1,15;5(1 -5)	>0,05
SORU 3	2,77 ±1,49;3(1 -5)	2,63 ± 1,48;3(1 -5)	2,49 ± 1,58;2(1-5)	2,56 ±1,50;2(1 -5)	3,00 ± 1,61;3(1 -5)	>0,05
SORU 4	4,06 ± 1,17;5(1-5)	3,84 ± 1,17;4(1 -5)	4,21 ± 1,44;5(1-5)	4,38 ± 0,88;5(2 -5)	3,86 ± 1,23;4(1-5)	>0,05
SORU 5	2,51 ±1,65;2(1 -5)	3,07 ± 1,63;3(1 -5)	2,31 ± 1,62;1(1-5)	2,88 ±1,78;2,5(1 -5)	2,43 ± 1,78;1(1 -5)	>0,05

Hastaların doktorlara yönelik genel görüşlerini tespit etmeye yönelik tasarlanan ifadelere katılım düzeylerinin sağlık güvencesi değişkenine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı dikkat çekmektedir.

Tablo.3.19: Hastaların İlişki Modellerine Yönelik İfadelere İlişkin Değerlendirmelerinin Sağlık Güvencesi Değişkenine Göre Karşılaştırılmalı Tablosu

SORULAR	**SGK**	**EMEKLİ SANDIĞI**	**BAĞKUR**	**YEŞİL KART**	**DİĞER**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 6	2,35 ±1,65;1(1-5)	2,51 ± 1,69;2(1-5)	2,21 ± 1,62;1(1-5)	2,81 ±1,75;2,5(1-5)	3,07 ± 1,94;3,5(1-5)	>0,05
SORU 7	2,33 ±1,65;1(1-5)	2,40± 1,65;1(1-5)	2,31 ± 1,67;1(1-5)	2,81 ±1,75;2,5(1-5)	3,21 ± 1,71;3,5(1-5)	>0,05
SORU 8	3,08 ± 1,71;3(1-5)	2,84 ± 1,67;3(1-5)	3,23± 1,75;3(1-5)	3,63 ± 1,68;4(1-5)	3,43 ± 1,74;4(1-5)	>0,05
SORU 9	3,79 ± 1,21;4(1-5)	3,93 ± 1,07;4(1-5)	4,05± 1,09;5(1-5)	4,25 ± 1,00;5(2-5)	4,29 ± 1,06;5(2-5)	>0,05
SORU 10	2,78±1,71;3(1-5)	2,60± 1,70;2(1-5)	2,64 ± 1,72;2(1-5)	2,63 ±1,74;2(1-5)	3,93 ± 1,68;5(1-5)	>0,05
SORU 11	4,78 ± 0,60;5(1-5)	4,84 ± 0,43;5(3-5)	4,92 ± 0,27;5(4-5)	4,75 ± 0,44;5(4-5)	4,79 ± 0,42;5(4-5)	>0,05
SORU 12	4,79 ± 0,65;5(1-5)	4,79 ± 0,51;5(3-5)	4,79 ± 0,46;5(3-5)	4,75 ± 0,44;5(4-5)	4,50± 1,16;5(1-5)	>0,05
SORU 13	2,74±1,66;3(1-5)	2,47± 1,51;3(1-5)	2,49± 1,55;3(1-5)	2,94± 1,52;3(1-5)	3,50 ± 1,40;4(1-5)	>0,05
SORU 14	4,71 ± 0,67;5(1-5)	4,70 ± 0,51;5(3-5)	4,77 ± 0,48;5(3-5)	4,31 ± 1,07;5(1-5)	4,71± 0,46;5(4-5)	>0,05
SORU 15	4,30 ± 1,10;5(1-5)	4,37 ± 1,09;5(1-5)	4,41 ± 0,99;5(1-5)	4,69 ± 0,60;5(3-5)	4,43± 0, ;5(3-5)	>0,05
SORU 16	4,57 ± 0,88;5(1-5)	4,53 ± 0,96;5(1-5)	4,82 ± 0,45;5(3-5)	4,69 ± 0,47;5(4-5)	4,36± 1;5(1-5)	>0,05
SORU 17	3,78 ± 1,42;4(1-5)	3,72 ± 1,56;4(1-5)	3,69± 1,49;4(1-5)	2,88 ± 1,89;2,5(1-5)	4,79± 1,19;4(1-5)	>0,05
SORU 18	4,71 ± 0,72;5(1-5)	4,79 ± 0,67;5(1-5)	4,77 ± 0,48;5(3-5)	4,69 ± 0,47;5(4-5)	4,29± 1,20;5(1-5)	>0,05

SORU 19	4,47± 0,98;5(1-5)	4,65± 0,81;5(1-5)	4,54 ± 1,09;5(1-5)	4.0 ± 1,46;5(1-5)	4,71± 0,72) ;5(3-5)	>0,05
SORU 20	3,82 ± 1,43;4(1-5)	3,77 ± 1,46;4(1-5)	4,15± 1,24;5(1-5)	4,831± 1,19;5(1-5)	4,43± 1,15;5(1-5)	>0,05
SORU 21	4,57± 0,87;5(1-5)	4,72± 0,59;5(3-5)	4,51 ± 1,12;5(1-5)	4.31 ± 1,13;5(1-5)	4,71± 0,61;5(3-5)	>0,05

Çalışmaya katılan hastaların modellere ilişkin ifadelere katılımlarının sağlık güvencesi değişkenine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Tablo.3.20: Hastaların Model Tercihlerinin Sağlık Güvencesi Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu

MODELLER	**SGK**	**EMEKLİ SANDIĞI**	**BAĞKUR**	**YEŞİL KART**	**DİĞER**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
Paternalistik	1,58 ± 1,05;1(1-4)	1,35 ± 0,87;1(1-4)	1,62 ± 1,06;1(1-4)	1,88 ±1,31;1(1-4)	2,07 ± 1,26;1(1-4)	>0,05
Bilgilendirici	1,80 ± 1,13;1(1-4)	1,81 ± 1,07;1(1-4)	1,82 ± 1,16;1(1-4)	1,63 ±1,02;1(1-4)	1,79 ± 1,05;1(1-4)	>0,05
Yorumlayıcı	2,89±1,12;3(1-4)	3,07± 1,07;3(1-4)	2,97 ± 1,08;3(1-4)	2,25 ±1,18;2(1-4)	2,64 ± 1,44;3(1-4)	>0,05
Müzakereci	3,76 ± 1,70;4(1-5)	3,91 ± 0,36;4(2-4)	3743± 0,763;4(2-4)	3,75 ± 0,77;4(1-4)	3,64 ± 0,92;4(1-4)	>0,05

Hastaların doktor – hasta ilişki model tercihlerinin sağlık güvencesi değişkenine göre gruplar arasında farklılaşmadığı ortaya konmuştur.

Tablo.3.21: Doktorların Hastalara Yönelik Genel Görüşlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırmalı Tablosu

SORULAR	**ERKEK**	**KADIN**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 1	4,07 ± 0,86;4(1-5)	4,24 ± 0,60;4(3-4)	>0,05
SORU 2	4,05 ± 0,88;4(1-5)	4,09 ± 0,68;4(2-5)	> 0,05
SORU 3	4,19 ± 0,94;4(1-5)	4,31 ± 0,68;4(2-5)	>0,05

SORU 4	2,45 ± 0,91;2(1-5)	2,28 ± 0,81;2(1-4)	>0,05
SORU 5	4,07 ± 1,35;5(1-5)	4,19 ± 1,16;5(1-5)	>0,05

Tablodan da anlaşılabileceği gibi doktorların cinsiyetleri hastalara yönelik genel görüşlerini tespit etmeye yönelik ifadelere katılım yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmaya yol açmamaktadır.

Tablo.3.22: Doktorların İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere Katılım Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

SORULAR	**ERKEK**	**KADIN**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 6	3,57 ± 1,12;4(1-5)	3,02 ± 1,06;3(1-5)	<0,01
SORU 7	2,19 ± 1,01;2(1-5)	2,03 ± 0,97;2(1-5)	>0,05
SORU 8	2,29 ± 1,04;2(1-5)	1,74 ± 0,78;2(1-4)	<0,01
SORU 9	2,74 ± 1,19;3(1-5)	2,31 ± 1,14;2(1-4)	>0,05
SORU 10	4 ± 1,01;4(1-5)	4,07 ± 0,89;4(1-5)	>0,05
SORU 11	3,60 ± 1,23;4(1-5)	3,97 ± 0,87;4(2-5)	>0,05
SORU 12	3,76 ± 1,05;4(1-5)	4,14 ± 0,73;4(2-5)	>0,05
SORU 13	3,60 ± 1,14;4(1-5)	3,76 ± 0,97;4(2-5)	>0,05
SORU 14	3,86 ± 1;4(1-5)	4,19 ± 0,66;4(2-5)	>0,05
SORU 15	3,69 ± 1,15;4(1-5)	3,78 ± 0,93;4(2-5)	>0,05
SORU 16	4,02 ± 0,89;4(1-5)	4,05 ± 0,73;4(2-5)	>0,05
SORU 17	3,67 ± 0,97;4(2-5)	3,71 ± 0,89;4(2-5)	>0,05
SORU 18	4,43 ± 0,59;4(3-5)	4,26 ± 0,69;4(2-5)	>0,05
SORU 19	3,52 ± 0,96;3,5(1-5)	3,72 ± 0,81;4(2-5)	>0,05
SORU 20	3,81 ± 0,96;4(2-5)	3,60 ± 0,89;4(2-5)	>0,05

SORU 21	3,81 ± 0,99;4(1-5)	4 ± 0,67;4(2-5)	>0,05

Doktorların ifadelere katılım düzeyleri cinsiyet grupları açısından karşılaştırıldığında, Soru 6 - Hastanın tıbbi bilgisi bulunmadığından dolayı tedavi yöntemi ile ilgili en doğru kararı ben veririm ve hastanın uyum sağlamasını isterim ve soru 8 - Tedavi yönteminin seçilmesinde sorumluluğu ben üstlenirim, hastanın tedavi yöntemine karar verilmesinde hiçbir katkısı yoktur açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu ifadelere katılım düzeyleri açısından değerlendirildiğinde erkek doktorların katılım yönünden daha olumlu bir eğilim sergiledikleri dikkat çekmektedir.

Tablo.3.23: Doktorların Model Tercihlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

MODELLER	**ERKEK**	**KADIN**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
Paternalistik	1,38 ± 0,62;1(1-3)	1,28 ± 0,74;1(1-4)	>0,05
Bilgilendirici	2,29 ± 0,89;2(1-4)	2,48 ± 0,86;2(1-4)	>0,05
Yorumlayıcı	2,79 ± 0,89;3(1-4)	3,02 ± 0,90;3(1-4)	>0,05
Müzakereci	3,45 ± 0,77;4(2-4)	3,24 ± 0,92;4(1-4)	>0,05

p>0,05 değeri dikkate alındığında doktorların model tercihlerinin cinsiyet değişkenine göre gruplar arasında farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo.3.24: Doktorların Hastalara Yönelik Genel Görüşlerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere Katılım Düzeylerinin Mesleki Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması

SORULAR	**0-2 YIL**	**3-5 YIL**	**6-8 YIL**	**9 YIL VE ÜSTÜ**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 1	4,21 ± 0,61;4(2-5)	4,10 ± 0,72;4(2-5)	3,75 ± 1,28;4(1-5)	4,40 ± 0,63;4(3-5)	>0,05
SORU 2	4 ± 0,58;4(3-5)	4,10 ± 0,81;4(1-5)	3,63 ± 1,40;4(1-5)	4,47 ± 0,64;5(3-5)	>0,05

SORU 3	4,31 ± 0,62;4(3-5)	4,28 ± 0,84;4(1-5)	3,63 ± 1,40;4(1-5)	4,40 ± 0,73;5(3-5)	>0,05
SORU 4	2,21 ± 0,71;2(1-4)	2,52 ± 0,78;2(1-5)	2,5 ± 1,19;2(1-5)	2,40 ± 1,18;2(1-5)	>0,05
SORU 5	4,13 ± 1,19;5(1-5)	4,38 ± 1,17;5(1-5)	3,63 ± 1,40;3,5(1-5)	4 ± 1,41;5(1-5)	>0,05

Tablodan da anlaşılabileceği üzere p > 0,05 değeri sonucunda doktorların hastalara yönelik genel görüşleri meslek deneyim sürelerine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo.3.25: Doktorların İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik İfadelere Katılım Düzeylerinin Mesleki Deneyim Değişkenine Göre Dağılımı

SORULAR	**0-2 YIL**	**3-5 YIL**	**6-8 YIL**	**9 YIL VE ÜSTÜ**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
SORU 6	3,06 ± 0,99;3(1-5)	3,21 ± 1,23;3(1-5)	3,75 ± 0,70;4(3-5)	3,67 ± 1,34;4(1-5)	>0,05
SORU 7	2,13 ± 0,95;2(1-5)	2,07 ± 1,10;2(1-5)	2 ± 0,92;2(1-3)	2,13 ± 0,99;2(1-4)	>0,05
SORU 8	1,88 ± 0,89;2(1-4)	1,93 ± 0,88;2(1-4)	2,13 ± 0,99;2,5(1-3)	2,27 ± 1,16;2(1-5)	>0,05
SORU 9	2,65 ± 1,10;3(1-4)	2,52 ± 1,40;2(1-5)	2,38 ± 1,06;2,5(1-4)	2 ± 0,92;2(1-4)	>0,05
SORU 10	4,17 ± 0,78;4(2-5)	3,69 ± 1,13;4(1-5)	3,63 ± 1,18;4(1-5)	4,53 ± 0,51;5(4-5)	<0,05
SORU 11	3,83 ± 0,95;4(2-5)	3,83 ± 1,00;4(1-5)	3,13 ± 1,24;3(1-5)	4,07 ± 1,28;5(1-5)	>0,05
SORU 12	4 ± 0,74;4(2-5)	4,10 ± 0,86;4(2-5)	3,88 ± 0,83;4(3-5)	3,73 ± 1,38;4(1-5)	>0,05
SORU 13	3,58 ± 1,02;4(2-5)	3,76 ± 1,12;4(2-5)	3,88 ± 0,83;4(3-5)	3,80 ± 1,14;4(1-5)	>0,05
SORU 14	4,15 ± 0,54;4(3-5)	4 ± 0,88;4(2-5)	3,88 ± 0,99;4(2-5)	3,93 ± 1,33;4(1-5)	>0,05
SORU 15	3,85 ± 0,92;4(2-5)	3,55 ± 1,08;4(2-5)	3,63 ± 0,74;3,5(3-5)	3,80 ± 1,37;4(1-5)	>0,05
SORU 16	4,02 ± 0,66;4(2-5)	3,93 ± 0,88;4(2-5)	3,5 ± 1,19;4(1-5)	4,60 ± 0,50;5(4-5)	<0,01
SORU 17	3,67 ± 1,01;4(2-5)	3,69 ± 0,76;4(2-5)	3,13 ± 0,64;3(2-4)	4,07 ± 0,96;4(2-5)	>0,05
SORU 18	4,29 ± 0,61;4(3-5)	4,24 ± 0,63;4(2-5)	4 ± 0,92;4(3-5)	4,80 ± 0,41;5(4-5)	<0,05
SORU 19	3,71 ± 0,82;4(2-5)	3,55 ± 0,78;4(2-5)	3,38 ± 0,9;3(2-5)	3,73 ± 1,22;4(1-5)	>0,01
SORU 20	3,65 ± 0,83;4(1-5)	3,55 ± 0,98;4(2-5)	3,38 ± 1,06;3,5(2-5)	4,27 ± 0,88;4(2-5)	<0,05

SORU 21	3,90 ± 0,83;4(2-5)	3,86 ± 0,74;4(2-5)	3,88 ± 0,64;4(3-5)	4,13 ± 1,06;4(1-5)	>0,05

Doktorların söz konusu ifadelere katılım yönünden verdiği yanıtlar mesleki deneyim değişkenine göre karşılaştırıldığında; soru 10 - Hastanın daha rahat karar verebilmesi için hastalığını ve test sonuçlarını ayrıntılı bir biçimde kendisine aktarırım, soru 16 - Hastama tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken hastamın kültürel değerlerini ve psikolojik durumunu göz önünde tutarım, soru 18 - Hastamla ortak bir tedavi yöntemine karar vermek için hastamın öyküsünü dikkatli bir şekilde dinlerim ve soru 20 - Hastama tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken, kendisi için en uygun olacak tedavi yöntemine karar kılma noktasında ikna edici iletişime başvururum ifadelerine katılım yönünden gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu dikkat çekmektedir. Diğer ifadelere katılım yönünden ise mesleki deneyim grupları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo.3.26: Doktorların Model Tercihlerinin Mesleki Deneyim Gruplarına Göre Dağılımı

MODELLER	**0-2 YIL**	**3-5 YIL**	**6-8 YIL**	**9 YIL VE ÜSTU**	
	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	Ort±SS;Medyan (Min-Maks.)	p
Paternalistik	1,29 ± 0,77;1(1-4)	1,38 ± 0,67;1(1-3)	1,13 ± 0,35;1(1-2)	1,40 ± 0,63;1(1-3)	>0,05
Bilgilendirici	2,42 ± 0,89;2(1-4)	2,38 ± 0,86;2(1-4)	1,88 ± 0,35;2(1-2)	2,67 ± 0,97;2(1-4)	>0,05
Yorumlayıcı	2,85 ± 0,94;3(1-4)	2,93 ± 0,84;3(1-4)	2,63 ± 0,91;3(1-4)	3,27 ± 0,88;4(2-4)	>0,05
Müzakereci	3,33 ± 0,95;4(1-4)	3,28 ± 0,79;3(2-4)	3,63 ± 0,74;4(2-4)	3,27 ± 0,79;3(2-4)	>0,05

Doktorların model tercihlerinin mesleki deneyim değişkenine göre farklılaşmadığı p>0,05 değeri ile tespit edilmiştir.

3.7. Genel İzlenimler

- Doktor ve hastaların doktor – hasta ilişki modellerine yönelik genel değerlendirmeleri nasıldır?

Hastaların doktorlarla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmeleri açısından değerlendirildiğinde doktorlarıyla empati kurabildiklerini düşünmeleri ve doktorlarına güvendiklerini belirtmeleri doktor – hasta ilişkisi açısından olumlu gidişata işaret eden göstergeler olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca doktorlarının anlaşılabilecek düzeyde

gündelik bir dil kullandıklarını ve tıbbi dil kullanmaktan uzak durduklarına yönelik algı da hastaların olumlu değerlendirmeye sahip olduklarına işaret etmektedir.

- Doktor ve hastalar doktor – hasta ilişkisinde hangi modeli en ideal model olarak görmektedir?

Doktor ve hastaların ilişki modeli tercihleri ve beklentileri arasındaki farklılıkları saptamak adına yapılan bu çalışmada elde edilen verilere göre, hem hastalar hem de doktorlar modeller arasında müzakereci modeli ilk tercihleri olarak belirtmektedir.

- Doktor ve hastaların doktor – hasta ilişki modeli tercihi birbirlerinden farklılaşmakta mıdır?

Tarafların ilişki modeli tercihleri birbirlerinden farklılaşmamaktadır.

- Hastaların model tercihleri cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve sağlık güvencesi değişkenlerine göre farklılaşmakta mıdır?

Hastaların model tercihleri kadın ve erkek katılımcılar açısından incelendiğinde ise; paternalistik ve bilgilendirici modelleri tercih edenlerin çoğunluğunun erkek olduğu, kadınların ise müzakereci modeli daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır. Eğitim seviyesine bağlı olarak doktor otoritesi kabul eden hastaların daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda görülmektedir. Hastaların meslek gruplarının karşılaştırılmasında ise doktora güven, tedavi seçeneklerinin hastanın kendisiyle paylaşılması, doktor tarafından hastanın görüş ve düşüncelerinin de dikkate alınması ve tedavi seçimini doktorla birlikte yapmak konusunda ev hanımlarının daha olumlu düşünceler belirttikleri görülmüştür. Sağlık güvencesi açısından yapılan karşılaştırmada sağlık güvencesi grupları arasında model tercihi bağlamında bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

- Doktorların model tercihleri cinsiyet ve mesleki deneyim sürelerine göre farklılaşmakta mıdır?

Doktorlar açısından değerlendirildiğinde ise erkek doktorların kadın doktorlara göre hastanın tıbbi bilgiye sahip olmaması nedeniyle en doğru kararı kendisinin vereceğini ve tedavi seçimindeki tek sorumluluğun kendinde olması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Mesleki deneyim süreleri göz önüne alındığında doktorların mesleki deneyim süresi arttıkça hastalara karşı daha anlayışlı ve hastayla ortak hareket etmeye daha istekli oldukları tespit edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık iletişimi doktor – hasta ilişkisini, hastaların sağlık hizmetlerinde çalışan personel ile olan ilişkilerini, sağlık personelinin kendi aralarında bulunan ilişkiyi düzenleyen bir iletişim alanıdır. Sağlık iletişiminin ilgi alanına giren konulardan en ön plana çıkan konunun ise doktor – hasta ilişkisi olduğu söylenebilmektedir. Bunun nedeni sağlık iletişiminin en önemli amaçlarından biri olan sağlığın kazanılması, korunması ve sağlığı tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması açısından doktor ve hastaların hastalık sürecinde sürekli ve olumlu bir ilişki kurmaları gerekliliğinden kaynaklanmaktadır.

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de sağlık sorunlarının çözümü için birçok plan ve proje yapılmaktadır. Başta yetkililer olmak üzere ilgili kişiler sağlık sorunlarının kısa yoldan çözümlenmesi ve çözümün kalıcı olması için çaba göstermektedir. Bunun nedeni sağlık sorunlarının zamanla yarışılan ve hızlıca ortadan kaldırılması gereken bir sorun olmasıdır. Sağlık konusunda önemli sorunlardan bir tanesi de yetersiz iletişim kurulması olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık iletişimi kapsamında başarılı doktor – hasta ilişkilerinin ortaya çıkabilmesi için en önemli görev doktor ve hastalarındır. Doktor ve hastaların birbirleri ile başarılı bir ilişki kurabilmeleri sağlık sorunlarının çözümünü kolaylaştırmaktadır. Başarılı bir iletişim süreci için tarafların birbirlerinin beklentilerinin farkında olması önem arz etmektedir.

Eski çağlardan itibaren doktorlar ve hastalar arasında gerçekleşen ilişkilere sağlık sorunlarının çözümü ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi açısından önem gösterildiği dikkat çekmektedir. Modern tıbbın gelişmesiyle birlikte doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkiler sahip olduğu önemi daha pekiştirmiştir. Doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkilerin, sağlık iletişiminin kişilerarası iletişim boyutu için temel teşkil etmesinden ötürü ve de bu ilişkinin olumlu biçimde sürdürülmesinin sağlık iletişiminde başarıya ulaşmak için gereklilik taşımasından ötürü doktor – hasta ilişkilerini konu alan çalışmalar önem taşımaktadır.

Doktor – hasta ilişkisinin belirli bir düzen ya da çerçevede ilerlediğini ya da ilerlemesi gerektiğini ortaya koyan farklı araştırmacılarca literatüre kazandırılmış model sınıflandırmaları bulunmaktadır. Doktor ve hastaların ilişkilerinin belirli rollere göre hareket etmesi gerektiğini ifade eden ve diğer kuramcılara bu konuda önderlik eden sosyolog Talcot Parsons, 1951 yılında yayınlanan kitabı ‘’Social System’’de doktor – hasta ilişkisinin sosyal altyapısını incelemiş ve doktorun sahip olduğu mesleki bilgi nedeniyle ilişki sürecinde otorite olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu süreçte hastanın pasif bir alıcı rolünde olması ve doktorun talimatlarına uygun hareket etmesi gerektiği öngörülmüştür. Parsons’ın bu

kuramının bazı konularda eksik olduğunu düşünen ve eleştirilerde bulunan kuramcılar farklı doktor – hasta ilişki modelleri ortaya koymuşlardır.

Farklı araştırmacılar tarafından literatüre kazandırılan doktor – hasta ilişki modelleri değerlendirildiğinde Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel'in geliştirdikleri doktor – hasta ilişki modelleri, günümüzdeki toplum bilinci ile şekillenmiş ilişki dinamiğini tespit etmeye yönelik uygun bir sınıflandırma olması nedeniyle dikkat çekmektedir. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel'in çalışmasında doktor hasta ilişkisi, iletişimle elde edilmek istenen sonuç, doktorun sorumlulukları ve hastaların beklenti ve özgürlükleri kapsamında ele alındığı için günümüz sağlık iletişimi anlayışı açısından uygun bir model olma özelliği taşımaktadır. Söz konusu çalışmada bu tespitten yola çıkılarak doktor – hasta ilişkisini analiz etmek üzere Emanuel ve Emanuel'in yaklaşımına odaklanılmıştır.

Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel (1992) doktor – hasta ilişkisini dört modelde kategorize etmiştir. Bunlar paternalistik model, bilgilendirici model, yorumlayıcı model ve müzakereci modeldir. **Paternalistik modelde**; doktor ve hasta arasında ebeveyn ve çocuk ilişkisine benzer bir ilişki bulunmaktadır. Doktorların hastanın tedavisi için en uygun olan tedaviyi seçeceği düşünülen bu modelde, doktorun hastalarına fazla bilgi vermesi gerekmemekte, hastanın doktorun kararı için minnettar olması beklenmektedir. Bu model günümüzdeki hasta bilinci göz önüne alındığında hastanın bilincinin yerinde olmadığı ya da hayati tehlikesinin bulunduğu durumlarda kabul görebilmektedir.

Bilgilendirici model; doktorun hastaya, hastalığı ve tedavi yöntemleri konusunda gerekli tüm bilgileri vermesi, tedavi seçim kararını hastaya bırakması ve hasta tarafından seçilen tedavi yönteminin yürütülmesini içermektedir. Bu modelin kullanımı ise tıbbın bazı branşlarında uygulanabilmekte, özellikle tedavi sonucunda elde edilecek sonuçların benzer olduğu durumlarda hastanın tercihi ön planda tutulabilmektedir.

Yorumlayıcı modelde; hastanın beklentilerini anlamak ve hastanın doğru tedaviyi seçmesine yardımcı olmak amaçlanır. Bu modelin önemi doktorun görüşlerini hastaya dikte etmeden belirtmesi ve hastaya uyum sağlamaya çalışmasıdır. Kronik rahatsızlıklar ve tedavi süreci zorlu geçebilecek rahatsızlıklarda modelin kullanımı uygundur.

Müzakereci modelde ise; doktor ve hasta, hastanın sağlık durumu ve tedavi yöntemleri ile ilgili fikir alışverişinde bulunurlar. Doktorlar hastayı etik ilkeler çerçevesinde ikna etmeye çalışır ve zorlamaktan kaçınırlar. Bu modelde doktorun etkisi yorumlayıcı modele göre daha etkin olmakla birlikte sadece bilgilendirmekle kalmaz, en iyi seçeneğe yönlendirmektir.

Bu bilgilerden hareketle çalışma kapsamında yürütülen araştırmada, doktorların ve hastaların ilişki modelleri bağlamındaki değerlendirmelerinin tespit edilmesi yoluyla, ilişki taraflarının içinde bulundukları ilişkiye yönelik mevcut algılarının ortaya konması amaçlanmıştır. İlişki taraflarının ilişki içinde bulunduğu bireylerin ilişkinin olumlu bir biçimde sürdürülebilmesi için önemsedikleri noktaların ve ilişkiden beklentilerinin tespit edilmesi amaçlanan araştırmada, doktor – hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin ortaya konması da planlanmıştır.

Doktor – hasta ilişki modelleri açısından değerlendirildiğinde doktorların hangi ilişki modelini uygulamayı tercih ettiklerine ve hastaların da hangi modelin doktor – hasta ilişkisi içinde uygulanmasını beklediklerine yönelik verilerin toplanması bu araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır. Bu veriler doğrultusunda elde edilecek bulguların doktor – hasta ilişkisinin daha başarılı biçimde sürdürülmesi için her iki ilişki tarafının değerlendirmelerinin bilinmesi gerekliliğini karşılaması beklenmiştir.

Doktor ve hastaların ilişki modeli tercihleri ve beklentileri arasındaki farklılıkları saptamak adına yapılan bu çalışmada elde edilen verilere göre, hem hastalar hem de doktorlar modeller arasında müzakereci modeli ilk tercihleri olarak belirtmektedir. Müzakereci modeli her iki ilişki tarafı açısından değerlendirildiğinde sırasıyla yorumlayıcı model, bilgilendirici model ve paternalistik model takip etmektedir. Doktorların model tercihleri açısından müzakereci model ön plana çıkmakla birlikte, paternalist model dışındaki diğer modellere ilişkin de olumlu bir yaklaşıma sahip oldukları görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında doktorların doktor – hasta ilişkisi açısından müzakereci modeli en ideal model olarak değerlendirdikleri ancak hastanın özellikleri ya da hastalığın durumuna göre model tercihlerinin farklılaşabileceği öngörülebilmektedir.

Hastaların model tercihleri kadın ve erkek katılımcılar açısından incelendiğinde ise; paternalistik ve bilgilendirici modelleri tercih edenlerin çoğunluğunun erkek olduğu, kadınların ise müzakereci modeli daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır. Bu durum araştırmaya katılan hastalar arasında kadın hastaların yüksek oranda olması ile açıklanabilirse de, kadınların hem kendi sağlığı hem de aile bireylerinin sağlığı konusunda kendilerini daha fazla sorumlu hissetmelerinden de kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların doktorlarla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmeleri açısından değerlendirildiğinde doktorlarıyla empati kurabildiklerini düşünmeleri ve doktorlarına güvendiklerini belirtmeleri doktor – hasta ilişkisi açısından olumlu gidişata işaret eden göstergeler olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca doktorlarının anlaşılabilecek düzeyde gündelik bir dil kullandıklarını ve tıbbi dil kullanmaktan uzak durduklarına yönelik algı da hastaların olumlu değerlendirmeye sahip olduklarına işaret etmektedir. Hastalar doktorların

beklentileri ile örtüşecek biçimde rahatsızlıklarına ilişkin sorularını doktorlara sorabildiklerini belirtmekte ve daha sonra kendi başlarına hastalıklarıyla ya da tedavi süreçleriyle ilgili bilgi arama yönünde eğilime sahip olmadıklarını ifade etmektedir.

Doktorlar da aynı şekilde hastalarıyla empati kurabildiklerini ve hastalarının kendilerine yönelik güven algısına sahip olduklarını düşündüklerini belirtmektedir. Doktorlar hastaların beklentilerini karşılayacak şekilde hastalarıyla olan iletişimlerinde gündelik dil kullanma eğilimi sergilediklerini ve tıbbi dil kullanmaktan uzak durduklarını ifade etmektedir. Doktorlar hastaların kendilerinin yaptıkları araştırmalar doğrultusunda hastalıklarına teşhis koyarak muayeneye gelmelerini ise uygun bulmamaktadır.

Hastaların doktorlarıyla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmeleri eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde ilköğretim seviyesinde eğitime sahip hasta katılımcıların doktorları ile empati kurabildiklerini daha yüksek oranda düşündükleri ve doktorun tedavi yöntemini tek başına seçmesine daha olumlu yaklaşımda bulundukları dikkat çekmektedir. Hastaların meslek gruplarının karşılaştırılmasında ise doktora güven, tedavi seçeneklerinin hastanın kendisiyle paylaşılması, doktor tarafından hastanın görüş ve düşüncelerinin de dikkate alınması ve tedavi seçimini doktorla birlikte yapmak konusunda ev hanımlarının daha olumlu düşünceler belirttikleri görülmüştür. Sağlık güvencesi açısından yapılan karşılaştırmada sağlık güvencesi grupları arasında model tercihi bağlamında bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Doktorlar açısından değerlendirildiğinde ise erkek doktorların kadın doktorlara göre hastanın tıbbi bilgiye sahip olmaması nedeniyle en doğru kararı kendisinin vereceğini ve tedavi seçimindeki tek sorumluluğun kendinde olması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Mesleki deneyim süreleri göz önüne alındığında doktorların mesleki deneyim süresi arttıkça hastalara karşı daha anlayışlı ve hastayla ortak hareket etmeye daha istekli oldukları tespit edilmiştir. Genç doktorların ise hastanın tedavisi ile ilgili seçenekleri doğru bir şekilde anlayamayabileceği endişesi ile daha otoriter bir tavır tercih ettikleri çalışma sırasında edinilen izlenimlerdendir.

Doktor – hasta ilişkisinin sağlıklı bir şekilde oluşması ve sürdürülebilmesi için tarafların karşılıklı anlayış, empati ve güven çerçevesinde bir iletişim kurması gereklidir. Hastaların doktoruna güven duyması en önemli faktör olarak öne çıkmaktadır. Doktoruna güvenen hastaların tedavi sürecinde doktoru ile iş birliği içerisinde hareket etmeye daha istekli olduğu kanısına varılmıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde hem hastaların hem de doktorların genel olarak doktor – hasta ilişkilerine yönelik olumlu değerlendirmelere sahip olduğu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda ortaya konmaktadır.

Bununla birlikte hastaların eğitim ve algılama düzeyi de doktorlarla kurdukları iletişim açısından ön plana çıkmaktadır. Eğitim seviyesine bağlı olarak doktor otoritesi kabul eden hastaların daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda görülmektedir. Bu bulgu doktorların verdikleri bilgileri daha rahat anlayabilecek ve tedavi seçeneklerini tartışabildikleri hastalara daha fazla bilgi aktarmak durumunda kaldığı şeklinde değerlendirilebilmektedir. Dolayısıyla hastaların da sağlık konusunda bilinçli hareket etmesi ve aklına takılan soruları rahatlıkla doktoruyla paylaşabilmesinin iletişimin daha başarılı ilerlemesine yardımcı olabilmektedir.

Yağbasan ve Çakar(2006)'ın doktor ve hasta arasında yaşanan iletişim problemlerinin nedenleri üzerine yaptıkları araştırmada elde edilen verilere göre doktorların büyük bir oranının, hastaları ile kurdukları iletişimde mesleki bir dil kullandıkları ortaya çıkmıştır, bu çalışmada ise doktorların hastaları ile konuşurken tıbbi dil kullanmaktan kaçındıkları ve hastalara anlaşılır bir dille bilgi verdikleri tespit edilmiştir.

Uludağ'ın (2011) çalışmasında ise kadın hekimlerin erkeklere oranla paternalistik yaklaşım faktörüne daha fazla önem verdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada ise erkek hekimlerin kadın hekimlere göre paternalistik yaklaşımı daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır. Uludağ'ın (2011) çalışmasında aynı zamanda doktorların mesleki deneyim süreleri arttıkça hastaların iletişim faktörüne verdiği önemin azaldığı düşünülmüştür. Bu çalışmada ise doktorların mesleki deneyim süresi arttıkça hastalarıyla olan iletişimlerine daha fazla önem verdiği ortaya çıkmıştır.

Öngören' in 2004 yılında yaptığı çalışmasında tespit edilen eğitim düzeyi düşük hastaların doktorun direktiflerine daha fazla uyduğu bulgusu ile bu çalışmada elde edilen verilere göre tespit edilen eğitim düzeyi düşük hastaların doktorunu dinlemeye ve doktorlarının otoritesi kabul etmeye daha fazla yatkın oldukları bulgusu örtüşmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular yorumlandığında, doktor ve hasta ilişkisi bağlamında ilişki tarafları olarak hem doktorların hem de hastaların Emmanuel ve Emanuel'in 1992 yılında yaptıkları çalışmada ortaya koydukları modeller arasından müzakereci modeli daha uygun buldukları ve tercih ettikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Bu noktada önem taşıyan ise, her iki ilişki tarafı açısından da en ideal model olarak tercih edildiği belirtilen müzakereci modeli uygulamada da tüm yönlerden destekleyecek doktor – hasta ilişki süreçlerinin gerçekleştirilmesidir. Ancak bu şekilde hem doktorların hem de hastaların memnuniyet duydukları bir ilişki sürecinin gerçekleşmesi olası hale gelebilecektir. Araştırmadan elde edilen bulguların işaret ettiği gibi doktor ve hastaların ilişki sürecinde birbirlerinden

gereksinimlerini karşılayabilecek türden bir tutuma sahip olmaları, başarılı doktor – hasta ilişkilerinin ortaya çıkmasına zemin oluşturacak ve sağlık sorunlarının çözüme kavuşturulması ve daha geniş kapsamlı değerlendirildiğinde toplumsal yararın ortaya çıkması daha olası bir hal alacaktır.

Araştırmadan elde edilen bulgular ayrıca gelecek araştırmalara yönelik öneriler geliştirilebilmesi açısından da önem taşımaktadır. Bu araştırma üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Doktor – hasta ilişkisine yönelik benzer çalışmaların birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimliklerinde ve ikinci basamak olan devlet hastanelerinde ve ayrıca özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu açıdan söz konusu çalışma verilerinin aile hekimlikleri ve devlet hastanelerde ve de özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen araştırmalardan elde edilecek verilerle karşılaştırılmasının ve desteklenmesinin gereklilik taşıdığı düşünülmektedir. Söz konusu sağlık kuruluşlarında da geniş katılımlı benzer çalışmaların yapılması elde edilen verilerin yorumunu güçlendirecektir.

Türkiye'deki doktor – hasta ilişkilerine yönelik ilişki taraflarının değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik evreni temsil gücünü arttıracak örneklem gruplarından veri toplanması doktor – hasta ilişkilerine yönelik mevcut durumun diğer sağlık hizmeti sunan kurumlar açısından da ortaya konması için önem arz etmektedir. Böylelikle ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doktor – hasta ilişkilerine yönelik kapsamlı veriler sunulabilecektir.

Kaynakça

AJZEN, I. :1991 ‘’The Theory of Planned Behavior’’, **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, 50/2, 179-211.

AKIM, F. :2010 ‘’Sağlık Alanında Gerçekleştirilen Sosyal Sorumluluk Kampanyalarının Bireylerde Farkındalık Ve Davranış Değişikliği Yaratma Etkisi: ‘’Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası’’ Üzerine Bir Değerlendirme’’, **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, I/38, 5-20.

ARDA, B. : 1998 ‘’Etik Açıdan Hekim Hakları’’, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,** 51/3, 121-124

ARSLAN, A. : 2005 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Hekim-Hasta İletişimi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.

ASLAN, D. : 2009 **Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar**, Ankara, Ankara Tabip Odası, (Çevrimiçi), static.ato.org.tr/fs/4f4f77b767cde9231f000000/halk_sagligi.pdf, 25.08.2018

ASLAN, Ş. :2004 ‘’Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama’’, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 11, 599-617

ASNA, A. :2006 **Kuramda ve Uygulamada Halkla İlişkiler**, İstanbul, Pozitif Yayınları.

ATICI, E. : 2007 ‘’Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar’’, **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 33/2, 91-96.

ATİLLA, G. , A. OKSAY, R.ERDEM: 2012 ‘’Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma’’, **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, II/43, 23-27.

ATTAR ERTONG, G. : 2017 ‘’Türkiye’de Hekimlere Yönelik Şiddet: Bir Temellendirilmiş Kuram Analizi’’, **İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi**, 37/1, 157-178.

AYAZ, F. , H. AYAZ: 2017 ‘’Sağlık İletişimi ve Medyayı Konu Alan Lisanüstü Tezlere Yönelik Bir Analiz’’, **Atatürk Üniversitesi İletişim Dergisi**, Sağlık İletişimi Özel Sayısı, 14, 147-171.

AYDIN, N. :2008 ‘’Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları’’, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 22, (Çevrimiçi), http://sbe.dpu.edu.tr/index/sayfa/2684/22sayi, 11.05.2018.

AYTAÇ, Ö., M.Ç.KURTDAŞ: 2015 ‘’Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi’’, **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 25/1, 231-250.

AYTAÇ, S. : 2015 ‘’Stres Kaynakları ve Stresin Psikolojik Semptomlarının Öfke Kontrolü İle İlişkisi: Polis Memurları Üzerine Bir Araştırma’’, **Sosyal Siyaset Dergisi**: Prof.Dr. Gülten Kutal’a Armağan Özel Sayısı, II/69, 1-27.

AZİZ, A. : 2008 **İletişime Giriş**, İstanbul, Aksu Kitabevi.

BABROW, A. S., M.MATTSON: 2003 “Theorizing About Health Communication”. (editor: Thompson Teresa L. , Dorsey Alicia M. , Miller Katherine I. , ve Parrott, Roxanne) **Handbook of Health Communication**, Mahwah, New Jersey, London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 35-62.

BARKER, K.K. : 2008 ‘’Electronic Support Groups, Patient-Consumers, and

Medicalization: The Case of Contested Illness'', **Journal of Health and Social Behavior**, 49, (Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/publication/5433662, 17.05.2018.

BAŞOL, E. : 2018 ''Hasta ile Sağlık Çalışanları(Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri'', **International Anatolia Academic Online Journal**, 4/1, 76-93, (Çevrimiçi), http://dergipark.gov.tr/iaaoj/issue/36744/418662, 24.09.2018.

BAYIN, G. , Y. AKBULUT: 2012 ''Sağlık Sektöründe Sosyal Pazarlamanın Kullanımı'', **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, 53-72, (Çevrimiçi), dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/72/1764/18699.pdf, 21.04.2018.

BECERİKLİ, S.Y. : 2012 ''Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması Yoluyla Kamu Kampanyaları ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği'', **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, II/43, 163-177.

BEVINGTON, B. : 2013 **Talking with Patients: A Consultation Handbook**, 6th edition, Kent,Surrey& Sussex, NHS Health Education.

BİNGÖL, O. : 2017 ''Sosyolojik Reçetelerle Sağlık'', **Kaygı Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi**,28, (Çevrimiçi), http://dergipark.gov.tr/kaygi/issue/28770/310291, 09.06.2018.

BOSTAN, S. ,Ö.SELVİ, T.ÇOLAK: 2016 ''Medya Mensuplarının Hasta Hakları ve Uygulamalarına Bakış Açıcı: Trabzon Örneği'', **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 24/3, 77-86.

BOZKURT AVCI, İ. , M.F. SÖNMEZ: 2013 ''Sağlık İletişimi Bağlamında Bireylerin Televizyonlarda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Alışkanlıkları ve Motivasyonları: Elazığ Örneği'', **Gümüşhane Üniversitesi**

İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 2/2, 119-138.

BOZKURT, İ. : 2007 **Bütünleşik Pazarlama İletişimi**, 4.bsk, İstanbul, Mediacat.

CANÖZ, K. : 2007 Halkla İlişkiler Uygulaması Olarak Lobicilik: Ankara Ticaret Odası (ATO) Örneği, Doktora Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi.

CANGİL ERİŞKON, B. : 2004 ‘’Beden Dili ve Kültürlerarası İletişim’’, **Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi**, 1/2, 69-78.

CENGİZ, R. : 2018 ‘’Gelenekselden Modernizme Sağlık Sorunu: Sosyolojik Bir Yaklaşım’’, **Studies Of The Ottoman Domain**, 8/14, (Çevrimiçi), http://www.thestudiesofottomandomain.com/dergi/gelenekselden-modernizme-saglik-sorunu-sosyolojik-bir-yaklasim20180213023219.pdf ,12.09.2018.

CHAMPION, V.L. , C.S.SKINNER: 2008 ‘’The Health Belief Model’’, ,(editor : Karen Glanz,Barbara K.Rimer And K.Wishwanath),**Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**,4th Edition,San Francisco,Jossey-Bass A Wiley Imprint,45-62.

CİRHİNLİOĞLU, Z. : 2017 **Sağlık Sosyolojisi**, 7.bsk, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.

COCKERHAM, W.C. : 2016 **Medical Sociology**,NewYork,13th edition, Routledge.

COLE, T.R. : 2012 "The Rise and Fall of the Doctor-Patient Relationship" , **John P. McGovern Historical Collections and Research Center,Houston History of Medicine Lectures**, (Çevrimiçi), http://digitalcommons.library.tmc.edu/homl/10, 12.09.2018.

ÇAKAR, S. : 2009 Reklamlarda Korku Çekiciliğinin Kullanılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Bahçeşehir Üniversitesi.

ÇALIK, D. :2013 ‘’Yeni İletişim Teknolojileri ve Örgütsel İletişime Yansımaları’’, (Çevrimiçi), inet-tr.org.tr/inetconf17/bildiri/17.pdf, 07.09.18.

ÇALIŞKAN, N. , R.YEŞİL: 2005 ‘’Eğitim Sürecinde Öğretmenin Beden Dili’’, **Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi**, 6/1, 199-207.

ÇANAK, T. : 2015 Sağlık İletişiminde Kullanılan Kamu Spotlarının Halkla İlişkiler Açısından İncelenmesi: Sağlık Bakanlığı Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi.

ÇELİK, F. : 2008 Sağlık Kurumlarında İletişim: Hasta ve Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi.

ÇINARLI, İ. : 2008 **Sağlık İletişimi ve Medya**, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.

ÇİFTÇİOĞLU, A.B. , G.ORDUN: 2010 ‘’Hastaların Hekimlerin Kendileri ile Kurdukları İletişimden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Araştırma’’, **Öneri Dergisi**, 34, 109-118.

ÇOBANER, A.A. : 2013 Hak Temelli Sağlık Yaklaşımı Bağlamında Tütün Kontrolü Haberlerinin Basında Çerçevelenmesi, Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.

ÇOBANER, A.A. :2013 ‘’Sağlık İletişiminde Korku Öğesinin Kullanımı: Sigara Paketlerinde Kullanılan Sigara Karşıtı Görsellerin Göstergebilimsel Analizi’’, 37,212 – 235.

ÇÖKLÜ, Y.E. :2002 ‘’Sağlık Sektöründe İnteraktif Bir Pazarlama Yaklaşımı: Sağlık İletişimi ve Florence Nightingale Hastanesi Örneği’’, **Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, 2/2, 48-55.

DEMİRCAN, Ö. : 1994 ‘’İletişim Açısından Hakaret ve Küfür’’, **Dil Bilim Araştırmaları Dergisi**, 5,264 – 273.

DEMİRER, Ö. , H.BÜLBÜL: 2014 ‘’ Kamu Ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini Ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz ‘’,**Amme İdaresi Dergisi**, 47/2, 95-119.

DEMİRTAŞ, M. : 2010 ‘’Örgütsel İletişimin Verimlilik ve Etkinliğinde Yararlanılan İletişim Araçları ve Halkla İlişkiler Filmleri Örneği’’, **Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi**, XXVIII/I, 411-444.

DEMEZ, G. : 2012 ‘’Medyada Yeni Sağlık Anlayışları ve Kadın Bedeninin Temsili’’, **Uluslararası İnsan Bilimleri**, 9/1, 512-532.

DERHEM, B. : 2016 Hekimlerin Mevzuata Göre Sahip Oldukları Haklar ve Cezai Sorumlulukları Konusunda Bilgi Düzeyi ve Davranışları, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.

DONOVAN, R. ,N.HENLEY: 2010 **Principles and Practice of Social Marketing: An İnternational Perspective**,New York, Cambridge University Press.

DORFMAN, L. ,L.WALLACK, K.WOODRUFF: 2005 ‘’More Than A Message: Framing Public Health Advocacy To Change Corporate Practices’’, **Health Education& Behavior**, 32/3, 320-336.

DÖKMEN, Ü. : 2014 **İletişim Çatışmaları ve Empati**, 52.bsm, İstanbul, Remzi Kitabevi.

EFEOĞLU, İ.E. , S. ÇETİN : 2012 ‘’Örgütsel İletişimin Değerlendirilmesi: Belediyelere Dair Uygulamalı Bir Çalışma’’, **Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 21/3, 185-204.

ELGÜNLER, T.Ç. , T.Ç.FENER: 2011 ‘’İletişimin Kalitesini Etkileyen Engeller Ve Bu Engellerin Giderilmesi’’, **The Turkish Online Journal of Design Art and Communication**, 1/1, 35-39, (Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/publication/326682948, 14.06.2018.

EMANUEL, E. J. , L.EMANUEL: 1992 ‘’Four Models of the Physician Patient Relationship’’, **Journal of the American Medical Association**, 267/16, 2221-2226.

ERBAYDAR, T. : 2003 ‘’Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi’’, **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Ek**, 25/4, 45-51.

ERER, S. : 2013 ‘’Kitle İletişim Araçları ve Tıp Etiği’’, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 3/3, 24-28.

ERDEM, R. , E.PİRİNÇCİ: 2003 ‘’Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler’’, **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi**, 20/1, 39-46.

ERDEM, Ş. : 2007 ‘’Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Trakya üniversitesi.

ERGÜL, A. : 2012 Çalışma Yaşamında Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri: Eğitim ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, Balıkesir Üniversitesi.

EROL, K. ,E.EROL: 2015 ‘’Dil Ve İletişim İlişkisi Kapsamında Beden Dilinin İşlevi’’, **The Journal Of Academic Social Science Studies İnternational Journal Of Social Science**, 39,87-89, (Çevrimiçi), http://doi.org/10.9761/JASSS2834, 15.03.2018.

ERSOY, E.G. , F.KÖŞGER: 2016 ‘’Empati: Tanımı ve Önemi’’, **Osmangazi Tıp Dergisi**,38,x-xx, (Çevrimiçi), http://dergipark.ulakbim.gov.tr/otd/article/view/5000184702, 25.08.2018.

ERTAŞ, E. : 2007 Doktor-Hasta İlişkisinde Güven Sorunu: Van Devlet Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Van, Yüzüncü Yıl Üniversitesi.

ERTEKİN, İ. : 2017 ‘’Halkla İlişkiler Açısından Örgütsel İletişim Algısı’’, **Journal of Emerging Economies and Policy**, 2/1, 80-94, (Çevrimiçi), dergipark.gov.tr/download/article-file/430173, 18.08.2018.

ERTONG, G. : 2011 Sağlık Sisteminde Hekim-Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru, Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.

ERTÜRK, Y.D. :2012 **Davranış Bilimleri**, İstanbul, Kutupyıldızı Yayınları.

FİDAN, M. , A. YETİŞ: 2018 ‘’Sağlık İletişiminde Algı: Kamu Spotları Üzerine Bir Araştırma’’, **Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi**, 11/2, 159-178.

FINSET, A. , K. ØRNES: 2017 ‘’Empathy In The Clinician-Patient Relationship: The Role of Reciprocal Adjusments and Processes of Synchrony’’, **Journal of Patient Experience**, 4/2, 64-68, (Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/publication/316832457, 13.08.2018.

FİŞEK, N. : 1982 ‘’Sağlık Hakkı Ve Anayasa’’, Prof.Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I, **Cumhuriyet Gazetesi**, 5 ağustos**,** (Çevrimiçi), http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/5.html, 14.05.2018.

FLOWERS, R.J. , I.S.GRAY, I.D.McARTHUR: 2004 ‘’Environmental Health-Definition And Organization’’,(editor: W.H.Basset), **Clay’s Handbook of Enviromental Health**,9th Edition, London, New York, Spon Press/Taylor& Francis Group, 1-21.

FREIDSON, E. : 1970 **Profession of Medicine: A Study of The Sociology of Applied Knowledge**, New York, Dodd, Mead& Company.

GEZERGÜN, A. ,B.ŞAHİN, D.TENGİLİMOĞLU, C.DEMİR, E.BAYER:2006 ‘’Hastaların Bakış Açısıyla Hekim Hasta İlişkisi ve İletişimi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği’’, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 6/1, 129-144.

GORDON, T. , W.S. EDWARDS: 1997 **Making The Patient Your Partner: Communication Skills for Doctor and Other Caregiver**, Wesport, Greenwood Publishing Group.

GÖKTAŞ, B.: 2018 ‘’Sosyal Biliş Teorisi ve Pazarlama Disiplininde Kullanımına Dair Örnekler’’, **Finans Ekonomi Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 3/1, 359-381.

GÖZÜM, S. , C.ÇAPIK: 2014 ‘’Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli’’, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi**, 7/3, 230-237, (Çevrimiçi), http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/handle/12345/4671, 14.06.2018.

GRAY, D.P. : 1984 ‘’Doctors Talking to Patients’’, **The Journal of the Royal College of General Practitioners**,34/261, (Çevrimiçi), www.researchgate.net/publication/25685925, 14.08.2018.

GUTTMAN, N. :2003 “Ethics İn Health Communication İnterventions”. (editor: Thompson Teresa L. , Dorsey Alicia M. , Miller Katherine I. ve Parrott, Roxanne) **Handbook of Health Communication**, Mahwah, New Jersey, London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 651-679.

GÜÇLÜ, N. : 2001 ‘’Zaman Yönetimi’’, **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi**, 25/ 25,87-106.

GÜLCEMAL, E. : 2015 Hekim-Hasta İlişkisinde Güven Faktörünün İncelenmesi: Isparta İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi.

GÜLDAL, D. ,T.GÜNVAR, ‘’Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri

V.MEVSİM, E.KURUOĞLU, E.YILDIRIM: 2012 ile Uyuşmakta Mıdır?'', **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, 16/3, 107-112.

GÜNENÇ, E. , N. DEVEBAKAN, O. DOĞAN: 2015 ''Sağlık Yöneticilerinin İletişim Yetenekleri Üzerindeki Etkisi Açısından NLP Eğitiminin Rolü ve Karşılaştırmalı Bir Veri Analizi'', **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**,8/40, 708-721.

GÜVERCİN, C.H. : 2007 Türkiye'de Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı, Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.

HACIZADE, N. : 2011 ''Türkçede Susma ve Sessizlik Kavramları Üzerine'', **Türkiyat Araştırmaları Dergisi**, 29, 1-10, (Çevrimiçi), http://sutad.selcuk.edu.tr/sutad/article/view/504, 14.09.2018.

HALPERN, J. : 2007 ''Empathy and Patient-Physician Conflicts'', **Journal of General Internal Medicine**, 22/5, pp 696-700,(Çevrimiçi), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852904/, 15.08.2018.

HALPERN,S. , R.R.ANSPACH: 1993 ''The Study of Medical İnstitutions: Eliot Freidson's Legacy'', (Çevrimiçi), https://doi.org/10.1177/073088493020003002, 15.09.2018.

HAYES-BAUTISTA, D.E. : 1976 ''Termination of The Patient-Practitioner Relationship: Divorce, Patient Style'', **Journal of Health and Social Behavior**,17,12-21.

HENZEL, Z.O.: 2009 Hastayı Algılama Ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi.

HERITAGE, J. , D.W.MAYNARD: 2006 ''Problems And Prospects İn The Study Of Physician-Patient İnteraction'', Annual Review Of Sociology, 351-374, (Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/publication/237220587,

15.08.2018.

HIGGS, P. , I.R. JONES: 2009 **Medical Sociology And Old Age: Towards A Sociology of Health in Later Life**, New York, Routledge.

HIRSCH, E.M. : 2007 ''The Role of Empathy in Medicine: A Medical Student's Perspective'', **American Medical Association Journal of Ethics**, 9/6, pp.423-427.

HOJAT, M. : 2016 **Empathy in Health Professions Education and Patient Care**, Switzerland, Springer.

HOŞGÖR, D.G.: 2014 İletişim ve Sağlık İletişimi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi.

HÜLÜR, A.B. : 2016 ''Sağlık İletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi'', **Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 14/1, 155-178.

IŞIK, O. , Ö.UĞURLUOĞLU, M.AKBOLAT: 2012 ''Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel Adalet Algılarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi'', **Doğuş Üniversitesi Dergisi**,13/2, 254-265.

İNAM, A. : 2014 ''Bin Yıllık Hüzün: İnsanın Düşünme Serüveni Üstüne Bir Yorum'', **Temaşa Erciyes Üniversitesi Felsefe Bölümü Dergisi**, 1, 3-23, (Çevrimiçi), http://erciyes.dergipark.gov.tr/temasa/issue/23813/253713, 15.06.2018.

İMAMOĞLU, H. : 2016 ''Hasta Vasiyetine İlişkin Bazı Meseleler'', **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 65/1, 199-230.

JANZ, N.K. , M.H. BECKER: 1984 ''The Health Belief Model: A Decade Later'',**Health Education Quartely**, 11/1, 1-47, (Çevrimiçi), http://dx.doi.org/10.1177/109019818401100101, 13.06.2018.

KABA, R. , ''The Evolution of The Doctor-Patient Relationship'',

P.SOORİAKUMARAN: 2007 **İnternational Journal of Surgery**, 5, pp.57-65, (Çevrimiçi), https://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(06)00009-4/abstract, 14.06.2018.

KAHRAMAN, N. : 2012 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servise Yapılmış Şikayet Başvurularının Geriye Dönük İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.

KAPP, M.B. : 1999 **Geriatrics and the Law: Understanding Patient Rights and Professional Responsibilities**, New York, Springer Series On Ethics,Law And Aging.

KARAÇOR, S. , A. ŞAHİN: 2004 ‘’Örgütsel İletişim Kurma Yöntemleri ve Karşılaşılan İletişim Engellerine Yönelik Bir Araştırma’’, **Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, 4/8, 96-117.

KARAÇOR, S. , A.ARKAN: 2014 ‘’Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma’’, **Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi**, 8/2, 90-118.

KARAGÖL, B. : 2017 Sosyal Medyanın Sağlık İletişimindeki Yeri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ufuk Üniversitesi.

KARAGÖZ, K. :2016 Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Rolü: Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Kullanımının İncelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.

KARAKOÇ, N. : 1990 ‘’Örgütteki İletişim Zayıflığının Belirtileri’’, **Kurgu Dergisi**, 8/8, 181-201.

KARCIOĞLU, F. , K. TİMUROĞLU, O. ÇINAR: 2009 ‘’Örgütsel İletişim ve İş Tatmini İlişkisi-Bir Uygulama’’, **Yönetim: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi**, 20/63, 59-76.

KARSAVURAN, S. , ‘’Hasta-Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi

S.KAYA, S.AKTURAN: 2011 Polikliniği Örneği'', **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 14/2, 185-212.

KAŞIKÇI, E.: 2002 **Doğrucu Beden Dili**, 7.bsk,İstanbul, Hayat Yayınları.

KAYA, E. : 2014 Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi.

KESGİN, C. , A. TOPUZLUOĞLU: 2006 ''Sağlığın Tanımı; Başa Çıkma'', **Journal Of Istanbul Kültür University Science And Engineering**, 3, 47-49.

KILIÇ, T. , R.TOPUZ: 2015 ''Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması'', **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 9/1, 78-97.

KIRAÇ, E. :2012 Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılık Algılaması Üzerindeki Etkileri ve Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, Pamukkale Üniversitesi.

KOCABAŞ, F. :2005 '' Değişime Uyum Sürecinde İç ve Dış Örgütsel İletişim Çabalarının Entegrasyonu Gerekliliği'', **Kırgızistan Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**,7/13, 247-252, (Çevrimiçi), journals.manas.edu.kg/mjsr/oldarchives/Vol07_Issue13_2005/432.pdf,11.06.2018.

KOCH, E. , T.TURGUT: 2004 ''Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış'', **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15/1, 64-69.

KOÇAK, A. , Y. BULDUKLU: 2010 ''Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları'', **Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi**, 6/3, 5-17.

KORKMAZ, İ.D. : 2017 Sağlık İletişimi: Kanser Hastaları ile Hekim İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Aydın Üniversitesi.

KOTLER, P. , G.ZALTMAN: 1971 ‘’Social Marketing: An Approach To Planned Social Change’’, **Journal of Marketing**, 35, 3-12.

KÖSE, S. ,S. GÖNÜLLÜOĞLU : 2015 ‘’Örgütsel Desteğin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma’’, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, (Çevrimiçi), http://dergipark.gov.tr/dpusbe/issue/4769/65600, 02.07.2018.

KRUPAT, E. , S.L.ROSENKRANZ, C.M.YEAGER, K.BARNARD, S.M.PUTNAM,T.S.IUNI: 2000 ‘’The Practice Orientations of Physicians and Patients: The Effect of Doctor-Patient Congruence on Satisfaction’’, **Patient Education and Counseling**, 39, 49-59.

KUTLU, M. , N.ÇOLAKOĞLU, Z.PAY ÖZGÜVENÇ:2010 ‘’Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma’’, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 2/2, 127-143.

LAZARO, J. , D.GRACIA: 2006 ‘’La Relacion Medico-Enforno a Traves de la Historia’’,**Anales del Sistema Sanitario de Navarra**,29/3, 7-17,(ÇEVRİMİÇİ), http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272006000600002, 10.10.2018.

LEVENT, B. : 2011 Sınıf Öğretmenlerinin Kişilik Özelliklerinin İletişim Becerilerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi.

LUHMAN, N. : 1979 **Trust and Power**, New Jersey, John Wiley&Sons.

McALISTER, A.L. , C.L.PERRY, G.S. PARCEL: 2008 ‘’How İndividuals,Environments and Health Behaviors İnteract Social Cognitive Theory’’, **Health Behavior and Health Education: Theory, Research And Practice**,4th Edition,San Francisco,Jossey-Bass A Wiley Imprint, 169-185.

McQUAIL, D. , S.WINDAHL: **İletişim Modelleri: Kitle İletişim Çalışmalarında**, Çeviren:

2005 Konca Yumlu, Ankara, 2.bsk, İmge Kitabevi.

MEHRABIAN, A . :1971 **Silent Messages**, California, Wadsworth Publishing Company.

MONTAÑO, D.E. ,D.KASPRZYK: 2008 ‘’Theory of Reasoned Action,Theory of Planned Behavior and the İntegrated Behavioral Model’’,(editor:Karen Glanz,Barbara K.Rimer and K.Wishwanath),**Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**,4th edition,San Francisco,Jossey-Bass A Wiley Imprint, 67-92.

OKAY, A. : 2012 **Sağlık İletişimi**, 3.bsk, İstanbul, Derin Yayınları.

ORTA, A.Z. : 2009 Etkili İletişim Sürecinde Kişilerarası İletişim Becerileri ve Yaratıcı Drama Uygulama Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Kültür Üniversitesi.

OSORIO, J.H. : 2011 ‘’Evolution And Changes in the Physician-Patient Relationship’’,**Colombia Medica**, 42/3, 400-405,(Çevrimiçi), http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000300018, 14.08.2018.

ÖLÇER, N. , S. KOÇER: 2015 ‘’ Örgütsel iletişim: Kocaeli Üniversitesi Akademik Personeli Üzerine Bir İnceleme’’, 6/11, 339-383, (Çevrimiçi), http://globalmediajournaltr.yeditepe.edu.tr/sites/default/files/Neslihan%20O%CC%88LC%CC%A7ER%20%26%20Sevim%20KOC%CC%A7ER.pdf ,25.08.2018.

ÖNGÖREN, B. :2004 Doktor- Hasta İlişkisinde Güç ve Çıkar, Yüksek Lisans Tezi, Muğla, Muğla Üniversitesi.

ÖZARSLAN, H. : 2007 Çerçeveleme Yaklaşımı Açısından Medya Çerçevelerinin İzler Kitle Üzerindeki Etkisi, Doktora Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi.

ÖZ, M. , E.UYAR: 2014 ‘’Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma’’, **KMU Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, 16/26, 123-132,(Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/publication/290502796, 16.06.2018.

ÖZER, A. : 2010 ‘’Verimli Örgüt Yönetimi İçin Zaman Yönetimi’’, (Çevrimiçi), www.ceis.org.tr/dergiDocs/makale241.pdf, 21.07.2018.

ÖZER, A.K. :1995 İletişimsizlik Becerisi, İstanbul, Varlık Yayınları.

ÖZKAN, Z. : 2008 ‘’Doktor Hasta İletişiminde Beden Dilinin Gücü’’, **Zeynep Kamil Tıp Bülteni**, 39/2, (Çevrimiçi), http://dergipark.gov.tr/download/article-file/205406, 12.05.2018.

ÖZMEN,E. , E.O.TAŞKIN: 2012 ‘’’Zor Hasta’’ ve Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Güçlükler’’, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 21/4, 250-257.

ÖZMEN, E. , E.OZAN: 2018 ‘’Üsteleyici Hasta’’, **Van Tıp Dergisi**, 25/3, 430-436.

ÖZSARI, S.H. , Ö.KARATANA:2013 ‘’Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu’’, **Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi**, 24/2, 136-144.

PARSONS, T. : 1951 **The Social System: The Major Exposion of the Author’s Conceptual Scheme for the Analysis of the Dynamics of the Social System**, New York, The Free Press Paperback.

PELTEKOĞLU, F.B. : 2009 **Halkla İlişkiler Nedir?**, 6.bsk, İstanbul, Beta Yayıncılık.

RATZAN, S.C. : 1998 Preface, **Journal of Health Communication**, 3/1, iv-iv., (Çevrimiçi), Doi: 10.1080/108107398127193, 14.05.2018.

REMINGTON, P.L. ‘’What the Communicate? Understanding Population Health’’,

,B.C.BOOSKE, D.KINDIG: 2011 (editor: Claudia Parvanta, David E. Nelson, Sarah A. Parvanta ve Richard N.Harner), **Essentials of Public Health Communication**, Sudbury:Ma, Jones& Barlett Learning,75-89.

ROGERS, W.A. : 2002 ‘’Is There a Moral Duty for Doctors to Trust Patients? ‘’, **Journal of Medical Ethics**, 28/2, pp.77-80.

ROTER, D.L. , J.A.HALL: 2006 **Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors: Improving Communication In Medical Visits**,2nd edition,Wesport,Praeger.

SALTIK, A. : 2012 ‘’Sağlık Sosyolojisi Ders Notları’’, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Çevrimiçi), ahmetsaltik.net/arşiv/2012/05/Saglik_Sosyolojisine_Giris.pdf, 25.05.2018.

SCHERER, C. W. , JUANILLO JR. , K. NAPOLEON: 2003 “The Continuing Challenge of Community Health Risk Management and Communication”. (editor: Thompson Teresa L., Dorsey Alicia M., Miller Katherine I., ve Parrott, Roxanne) **Handbook of Health Communication**, Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 221-239.

SCHIAVO, R. : 2007 **Health Communication from Theory to Practice**,San Francisco,Ca,Jossey-Bass.

SELİMHOCAOĞLU, A. : 2004 İletişim Ve Sınıf İçi İletişimin Önemi, Malatya, İnönü Üniversitesi XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, (Çevrimiçi), www.pegem.net/dosyalar/dokuman/259.pdf, 14.09.2018.

SPRINGSTON, J.K. ,R.A. WEAVER LARİSCY: 2003 “Health As Profit: Public Relations in Health Communication”. (editor:Thompson Teresa L., Dorsey Alicia M., Miller Katherine I., ve Parrott, Roxanne) **Handbook of Health Communication**, Mahwah, New Jersey, London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 537-556.

SOYSAL, A. : 2009 ‘’İş Yaşamında Stres’’, (Çevrimiçi), www.ceis.org.tr/dergiDocs/makale237.pdf, 21.07.2018.

STOKES, T. , M.DIXON-WOODS, R.K.McKINLEY: 2004 ‘’Ending the Doctor-Patient Relationship in General Practice’’, **Family Practice**, 21/5, 507-514, (Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/.../8348187, 25.08.2018.

SZASZ, T.S. , M.H.HOLLENDER: 1955 ‘’A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship’’, **AMA Arch Intern Medicine**, 97/5, 585-592, (Çevrimiçi), http://www.conovers.org/ftp/The-Basic-Models-of-the%20Doctor-Patient-Relationship.pdf, 10.09.2018.

SZASZ, T.S. ,W.F.KNOFF, M.H.HOLLENDER: 1958 ‘’The Doctor-Patient Relationship and its Historical Context’’, **The American Journal of Psychiatry**, 115/6, 522-528.

TABAK, R.S. : 2003 **Sağlık İletişimi**, 2.bsk, İstanbul, Literatür Yayıncılık.

TANRIVERDİ, H. : 2014 Sağlık Yönetiminde İletişim, (Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/publication/322917950, 30.06.2018.

TANRIVERDİ, H. , O. ADIGÜZEL, M. ÇİFTÇİ: 2010 ‘’Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği’’, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 1/11, 101-122.

TAŞÇI, İ. : 2013 ‘’Hekim-Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları’’, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 6/2, 25-36.

TEKİN, A. : 2007 Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri(Burdur Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi.

TEMİZEL, H. : 2008 ‘’Kamuoyu Kuramları ve Kamuoyu Oluşumunda Kitle İletişim Araçları’’, **Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, 8/15, 126-146.

TERKAN, B. :2005 Türkiye’de Basın ve Siyaset İlişkisi: Basın Gündemi ve Siyasal Gündemin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Gündem Belirleme Çalışması, Doktora Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi.

THOMAS, K.T. : 2006 **Health Communication**, New York, Springer Science+Business Media İnc.

THOMPSON, T.L. : 2003 ‘’Provider-Patient İnteraction Issues’’, (editor: Thompson Teresa L. , Dorsey Alicia M. , Miller Katherine I. , ve Parrott, Roxanne) **Handbook of Health Communication**, Mahwah, New Jersey, London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers,91-94.

TURNER, B.S. : 2011 **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi**, çeviren: Ümit Tatlıcan, Bursa, Sentez Yayıncılık.

TUZLU, A. ,Z.BAHAR: 2012 ‘’Göçmen Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi’’, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, 28/2, 91-103.

TÜKEL, B. , A.M.ACUNER, Ö.R.ÖNDER, A.ÜZGÜL: 2004 ‘’Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti: Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği’’, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 57/4, 205-214.

UÇGUN, D. :2007 ‘’Konuşma Eğitimini Etkileyen Faktörler’’, **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 1/22, 59-67

ULUDAĞ, A. : 2011 Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Doktora Tezi,

Konya, Selçuk Üniversitesi.

ULUDAĞ, A. , N. ZENGİN: 2016 ‘’Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği’’, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 16/3, 71-86.

UTRANKAR, A. :2013 ‘’Empathy İn Physician- Patient Relationship: How Physicians Define, Develop And Demonstrate Emotinal Work İn Clinical Practice’’, Rice University, 1 – 27.

ÜSTÜNSEL, G. : 2011 Etkili İletişim Becerileri ve Beden Dili, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, Namık Kemal Üniversitesi.

ÜSTÜNSOY, Z.S. , T. AKER, N.ÇOBANOĞLU: 2003 ‘’Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları’’, **Düşünen Adam Dergisi**, 16/4, 211-218.

WAINWRIGHT, D. : 2008 **A Sociology Of Health** , Sage Publications, pp 2,8.

WALLACK, L. : 1990 ‘’Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches,(editor: Charles Atkin, Lawrence Wallack),**In Mass Communication and Public Health: Conflicts and Complexities**, New Bury,Ca, Sage,147-163.

WEINRICH, N.K. : 2006 ‘’What is Social Marketing? ‘’, (Çevrimiçi), https://www.researchgate.net/publication/240412155, 14.09.2018.

WILLIAMS, D. : 1997 **Writing Skills in Practice: A Practical Guide for Health Professionals**, London and New York, Jessica Kingsley Publishers.

YAĞBASAN, M., F.ÇAKAR: 2006 ‘’Doktor Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması’’, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 15, 595-

607, (Çevrimiçi), http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/596/576 , 15.05.2018.

YALÇIN, S. : 2011 ‘’Cerrahlarla İlgili Yasalar ve Yönetmelikler’’,**Turkish Medical Journal**, 5/1, 37-44.

YILMAZ, A.A. : 2005 Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Ünitesinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, Akdeniz Üniversitesi.

YURDAKUL, N.B. , G.COŞKUN, B.ÖKSÜZ: 2007 ‘’Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örnekleminde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma’’, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi**, 2/1, 31-46.

YÜKSEL, E. : 2007 ‘’Kamuoyu Oluşturma ve Gündem Belirleme Kavramları Nerede Kesişmekte, Nerede Ayrılmaktadır’’, **Sosyal Bilimler Dergisi**,571-586, (Çevrimiçi), https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/handle11421/405, 23.06.2018.

ZAYBAK, A. , İ.EŞER, E.GÜNAY İSMAİLOĞLU: 2012 ‘’Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi’’, **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi**, 20/2, 104-111

ZENGİN, A. , A.E. ERBAYCU, A.MERTOĞLU, E.YAZICI, H. ÇETİNALP: 2013 ‘’ Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nin Beş Yıllık Deneyim’’, **İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi**, XXVII/2, 105-117.

ZILLIOĞLU, M. : 2003 **İletişim Nedir ?**, 2.bsk, İstanbul, Cem Yayınevi.

(Çevrimiçi), http://istanbulism.saglik.gov.tr, 12.07.2018.

(Çevrimiçi), http://siap-tr.org/, 08.06.2018.

(Çevrimiçi), https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/sosyal-barisikligin-tutkali-saglik, 15.05.2018.

EK1. Doktor – Hasta ilişki Modellerini Tespit Etmeye Yönelik Doktor Anketi

Cinsiyetiniz ?	Erkek ( ) Kadın ( )
Yaşınız ? ……..	( )18-24 ( )25-30 ( )30-35 ( )35-45 ( )45-60 ( )60 yaş üzeri
Mesleki Deneyiminiz ?	

Kesinlikle Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Ne katılıyorum ne katılmıyorum(3)	Katılıyorum(4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)

1)Hastalarımla empati kurabiliyorum.	1	2	3	4	5
2)Hastalarım bana karşı güven duyar.	1	2	3	4	5
3)Hastalarıma rahatsızlıklarını onların anlayabileceği gündelik dilde anlatmaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
4) Hastalarıma rahatsızlıklarını aktarırken genelde tıbbi dil kullanırım.	1	2	3	4	5
5)Hastalarımın internetten araştırıp, kendilerine teşhis koyarak gelmesini uygun bulmuyorum.	1	2	3	4	5
6)Hastanın tıbbi bilgisi bulunmadığından dolayı tedavi yöntemi ile ilgili en doğru kararı ben veririm ve hastanın uyum sağlamasını isterim.	1	2	3	4	5
7) Tedavi yöntemine karar verme noktasında hastama danışmam.	1	2	3	4	5
8) Tedavi yönteminin seçilmesinde sorumluluğu ben üstlenirim, hastanın tedavi yöntemine karar verilmesinde hiçbir katkısı yoktur.	1	2	3	4	5
9) Hastalarımın uygun bulduğum tedavi yöntemini sorgulaması beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10) Hastanın daha rahat karar verebilmesi için hastalığını ve test sonuçlarını ayrıntılı bir biçimde kendisine aktarırım.	1	2	3	4	5
11) Hastalarıma tedavi seçenekleri hakkında bilgi veririm ve kararı hastama bırakırım.	1	2	3	4	5
12) Alternatif tedavi seçenekleri hakkında hastamı bilgilendirir, avantaj ve dezavantajlarını detaylıca açıklar ve tedavi yöntemini seçmeyi hastaya bırakırım.	1	2	3	4	5
13) Gerekli açıklamaları yaptıktan sonra tedavi yöntemini hastamın seçmesini isterim.	1	2	3	4	5

14) Hastama alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken, hastamın görüş ve beklentilerini de dikkate alırım.	1	2	3	4	5
15) Hastama tedavi yöntemleri hakkında bilgi verirken en uygun seçeneği tercih etme noktasında kendisini yönlendirip, kararı hastama bırakırım.	1	2	3	4	5
16) Hastama tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken hastamın kültürel değerlerini ve psikolojik durumunu göz önünde tutarım.	1	2	3	4	5
17) Hastaya gerekli bilgileri verdikten sonra düşüncelerini öğrenir ve yorumlar yine de kararı kendisine bırakırım.	1	2	3	4	5
18) Hastamla ortak bir tedavi yöntemine karar vermek için hastamın öyküsünü dikkatli bir şekilde dinlerim.	1	2	3	4	5
19) Tedavi yöntemini hastalarımla birlikte seçerim.	1	2	3	4	5
20)Hastama tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken, kendisi için en uygun olacak tedavi yöntemine karar kılma noktasında ikna edici iletişime başvururum.	1	2	3	4	5
21) Hastaya durumunu ve tedavi seçeneklerini açıklarım kendisi için en uygun bulduğum tedavi yöntemini paylaşırım. Daha sonra hastanın da uygun bulduğu bir tedavi yöntemi üzerinde birlikte karar veririz.	1	2	3	4	5

'' Aşağıdaki karar verme yöntemlerinden hangisini tercih edersiniz? En sık başvurduğunuz seçenek 4 en az başvurduğunuz seçenek 1 olacak şekilde lütfen bir derecelendirme yapınız.''

-Hastalarımı rahatsızlıkları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmeden tedavi yöntemine ben karar veririm. ( )

-Hastama hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgileri aktardıktan sonra kararı kendisine bırakırım. ( )

-Hastamın gereksinimleri, kültürel değerleri ve psikolojik özellikleri doğrultusunda gerekli bilgileri verdikten sonra görüşlerini öğrenir ve yorumlarım. Ancak yine de kararı hastama bırakırım. ( )

-Hastama durumu ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de uzlaşması sonucunda en uygun kararı birlikte veririz. ( )

EK2. Doktor – Hasta ilişki Modellerini Tespit Etmeye Yönelik Hasta Anketi

Cinsiyetiniz nedir?	( )Erkek ( )Bayan
Yaşınız? ……	( )18-24 ( )25-30 ( )30-35 ( )35-45 ( )45-60 ( )60 yaş üzeri
Mesleğiniz?	
Eğitim seviyeniz nedir?	( )İlköğretim ( )Orta öğretim ( )Lisans ( )Yüksek Lisans ( )Doktora
Medeni durumunuz nedir?	( )Bekar ( ) Evli
Sahip olduğunuz sağlık güvencesi nedir?	( )Ssk ( )Emekli Sandığı ( )Bağkur ( )Yeşil Kart ( )Özel Sağlık Sigortası ( )Diğer……

Kesinlikle Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Ne katılıyorum ne katılmıyorum(3)	Katılıyorum(4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)

1)Doktorum ile empati kurabiliyorum.	1	2	3	4	5
2)Doktoruma güvenip verdiği tedaviyi önerilen şekilde uygularım.	1	2	3	4	5
3)Doktorum hastalığımı bana anlatır iken genellikle tıbbi terimler kullandığı için onu anlayamıyorum.	1	2	3	4	5
4)Doktorum hastalığımı benimle paylaşırken anlayabileceğim şekilde açıklar.	1	2	3	4	5
5)Rahatsızlığımla ilgili ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinip daha sonra internetten araştırmayı tercih ediyorum.	1	2	3	4	5
6) Doktorum tıbbi konularda uzman olduğu için tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesini ve uygulamasını uygun buluyorum.	1	2	3	4	5
7)Doktorumun tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesinden rahatsızlık duymam.	1	2	3	4	5
8)Tedavi yöntemine karar verilmesinde tek sorumluluğun doktorumda olmasını isterim.	1	2	3	4	5
9)Doktorum benden daha bilgili olduğu için en doğru tedavi yöntemini seçer.	1	2	3	4	5
10)Doktorumun tedavi seçenekleri hakkında bilgi verdikten sonra kararı bana bırakmasını beklerim.	1	2	3	4	5
11)Doktorumun daha rahat karar verebilmem için tedavi yöntemlerini ve test sonuçlarını benimle paylaşmasını isterim.	1	2	3	4	5
12) Tedavi yöntemime kendim karar verebilmem için doktorumun alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları noktasında beni bilgilendirmesini isterim.	1	2	3	4	5
13)Doktorumdan gerekli bilgileri aldıktan sonra kararı kendim vermek isterim.	1	2	3	4	5
14)Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken benim görüş ve beklentilerimi dikkate almasını isterim.	1	2	3	4	5

15)Doktorumun tüm tedavi seçenekleri hakkında bana bilgi verirken en uygun olan seçeneği tercih etme noktasında beni yönlendirmesini ve kararı bana bırakmasını isterim.	1	2	3	4	5
16)Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini bana aktarırken kültürel değerlerimi ve psikolojik durumumu göz önünde bulundurmasını isterim.	1	2	3	4	5
17)Doktorumun gerekli tüm bilgileri bana vermesini, benim düşüncelerimi öğrenerek yorumlamasını isterim ancak kararı kendim veririm.	1	2	3	4	5
18)Doktorumla ortak bir tedavi yöntemine karar verebilmek için doktorumun öykümü dikkatli bir şekilde dinlemesini isterim.	1	2	3	4	5
19)Tedavi yöntemini doktorumla birlikte seçmek isterim.	1	2	3	4	5
20) Doktorumun benim için en uygun olacağını düşündüğü tedavi yönteminin benim düşüncemden farklı olması halinde, doktorumun kendi düşüncesinin haklılığına ilişkin gerekçeler sunarak beni inandırmasını ve ikna etmesini isterim.	1	2	3	4	5
21)Doktorumun durumumu ve tedavi seçeneklerini açıklayarak uygun bulduğu tedavi yöntemini benimle paylaşmasını ve benimde uygun bulacağım bir tedavi üzerinde birlikte karar almayı isterim.	1	2	3	4	5

'' Aşağıdaki karar verme yöntemlerinden hangisini tercih edersiniz? En sık başvurduğunuz seçenek 4 en az başvurduğunuz seçenek 1 olacak şekilde lütfen bir derecelendirme yapınız.''

-Doktorum rahatsızlığım ve tedavi seçenekleri hakkında beni bilgilendirmeden tedavi yöntemine karar vermelidir.( )

- Doktorum hastalığım ve tedavi yöntemleri hakkında bilgileri bana aktarmalı ve tedavi yöntemine ben karar vermeliyim. ( )

-Doktorum gereksinimlerimi, kültürel değerlerimi ve psikolojik özelliklerimi göz önünde bulundurarak gerekli bilgileri bana verdikten sonra görüşlerimi öğrenerek yorumlamalı ancak kararı bana bırakmalıdır. ( )

-Doktorum durumum ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de fikir birliğine varması sonucunda en uygun kararı birlikte vermeliyiz. ( )

EK3. ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı :304 **07.06.2018**

Konu : Burcu Güven

Sayın Burcu Güven
İÜ İletişim Fakültesi

İlgi: İÜ İletişim Fakültesi'nin 08/06/2018 gün ve 204005 sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını Doç.Dr.Hatun Boztepe Taşkıran'ın üstlendiği Yrd.Araştırıcılığını üstlendiğiniz 2018/62 dosya nolu " Sağlık İletişiminde Doktor-Hasta İlişkisi Modelleri ve İlişki Taraflarının Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik Bir Araştırma " başlıklı çalışma kurulumuzun 07/06/2018 tarih ve 71 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Faruk Haznedaroğlu
İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Eki: İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

EK4. GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARI

TOPLANTI TUTANAĞI

TOPLANTI ADI : Akademik Kurul Toplantısı
TARİH : 24/04/2018

KARARLAR:

Anabilim Dalı'mız Akademik Kurul'u 24/04/2018 Salı günü saat: 11:45'de 1. Kat Anabilim Dalı'mız kütüphanesinde toplanmıştır ve aşağıdaki kararları almıştır.

1- İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi isim değişikliği ile ilgili 23 Nisan 2018 tarihinde Dekanımızla yapılan Anabilim Dalı Başkanlarının toplantısı ile ilgili öğretim üyelerine bilgi aktarıldı. Olumlu sonuçlar bildirildi.

2- Prof. Dr. Tülin ÇAĞATAY'ın çalışması "Olası göz tüberükloz olgularında tanı ve tedavi sonuçları, Türkiye deneyimi" görüşüldü. Uygun bulundu.

3- Asistan hekimlere uygulanacak sınav görüşüldü.

4- Yıllık izinler görüşüldü.

5- Hemşire ve personel yetersizliği (yıllık ve nöbet izinlerinin kullandırılabilmesi amacıyla) nedeniyle Temmuz – Ağustos aylarında servisimizin yarı kapasitede ancak çalışabileceği ve bu durum ile ilgili Başhekimliğe yazı yazılmasına karar verildi.

6- Ayrıca servisteki 3 oda haricinde kalan odaların boya – badana işlemleri de Temmuz-Ağustos aylarında yapılması planlandı.

7- İletişim Fakültesi öğrencisi Burcu GÜVEN'in master tezi için kliniğimizde ve diğer bazı kliniklerde hekimlere ve hastalara anket uygulaması uygun görüldü.

8- Mesai dışı katkısı olan kişilere ödemeleri ile ilgili güncellemeler yapıldı.

9- EBUS cihazımızın onarım isteğinin reddedildiği görüşüldü. Onarımının BAP (Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi) tarafından yapılması önerisi öğretim üyeleri ile paylaşıldı.

Doç.Dr.Züleyha BİNGÖL Prof.Dr.N.Gülfer OKUMUŞ Prof.Dr.Mustafa ERELEL

Prof.Dr.Esen KIYAN Prof. Dr.Turhan ECE Prof.Dr.Ziya GÜLBARAN

Prof.Dr.Zeki KILIÇASLAN Prof.Dr.Orhan ARSEVEN Prof.Dr.Feyza ERKAN

Prof. Dr. Tülin ÇAĞATAY
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanı

EK5. İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 28/06/2018-219389

BENNCJY09

T.C.
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :46770954-044-
Konu :Burcu GÜVEN'in Tez Çalışması

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :07/06/2018 tarihli, 202789 sayılı yazı

İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Kurumsal İletişim Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Burcu GÜVEN'in **"Sağlık İletişiminde Doktor-Hasta İlişkisi Modelleri ve İlişki Taraflarının Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik Bir Araştırma"** isimli tez çalışmasını yürütmesi akademik kurulumuzda uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Meliha NALÇACI
Anabilim Dalı Başkanı

EK :
Akademik Kurul Kararı

28/06/2018 B.İşl. : E.ADIGÜZEL

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENNCJY09

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Ersoy ADIGÜZEL Dahili : 31324

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : (212) 414 2171 Faks : (212) 414 2038
e-posta : itfdtb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbultip.istanbul.edu.tr

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK6. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih ve Sayı: 07/08/2018-249123

BE840LBT0

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :89969066-044-
Konu :Burcu GÜVEN'in Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi :02.05.2018 tarih, 160076 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Kurumsal İletişim Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Burcu GÜVEN'in **"Sağlık İletişiminde Doktor-Hasta İlişkisi Modelleri ve İlişki Taraflarının Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik Bir Araştırma"** başlıklı tez çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına 01.08.2018 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Oral ÖNCÜL
Dekan Yardımcısı

EK :
Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE840LBT0
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan BAYRAMOĞLU Dahili : 31387
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbultip.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.