

T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DEONTOLOJİ ve TIP TARİHİ ANABİLİM DALI

**HASTAYI ALGILAMA ve  
HASTA KAVRAMI OLUŞTURMA BAĞLAMINDA  
TÜRK ve FRANSIZ HEKİMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Doktor Zahide Olgun Henzel**

**DOKTORA TEZİ**

**Danışmanı: Yardımcı Doçent Doktor Selim Kadioğlu**

**ADANA - 2009**

## KABUL ve ONAY FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Doktora Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan, "Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması" adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 01.09.2009

  
Prof. Dr. İltiz Uzel  
Çukurova Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Yar. Doç. Dr. Selim Kadioğlu  
Çukurova Üniversitesi  
Raportör

  
Yar. Doç. Dr. Funda Kadioğlu  
Çukurova Üniversitesi

  
Yar. Doç. Dr. Hafize Öztürk Türkmen  
Akdeniz Üniversitesi

  
Yar. Doç. Dr. Ahmet Doğanay  
Çukurova Üniversitesi

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulumun ..... tarihli ve ..... sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil Kasap  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Tıp fakültesinden mezun olup, mecburi hizmetimi tek hekim olarak çalıştığım bir sağlık kurumunda yaptıktan sonra, Fransa'ya uzmanlık eğitimi almak üzere gittiğimde, Türk hekimlerin hasta-hekim ilişkisindeki hasta algısı ve zihinlerinde oluşturdukları hasta kavramı konusunda çok fazla bilgim bulunmamaktaydı. Hastalarımı kurduğum ilişkide iyi insan, iyi hekim olma adına kendime ait, kendi el yordamıyla geliştirdiğim bir davranış ve yaklaşım biçimim oluşmuştu. Zira tıp fakültesindeki eğitimim süresince hastalarımı kuracağım ilişkiyle ilgili belli bir metodoloji ve kural doğrudan ders olarak öğretilmemişti. Dolayısıyla geliştirdiğim yaklaşım ve davranış biçimi tamamen spontane olarak ortaya çıkmıştı ve kendi kişisel özelliklerimden kaynaklanıyordu.

Fransa'da hekim olarak çalıştığım sekiz yıl boyunca, hekimlerin kişisel özelliklerine göre değişen, yaklaşım ve davranış biçimleri olamayacağını; hekimlerin hastalarıyla kurdukları ilişkide uymaları gereken belli standartlar olduğunu fark ettim. Yaklaşık on yıl önce, tekrar Türkiye'de hekim olarak çalışmaya başladığım yıllarda, Türk meslektaşlarımın hastalarıyla kurdukları ilişkide onlara "yardım" edip-etmemeyi esas aldıklarını ve hem kendileri hem de hastaları hakkındaki öznel değerlendirmelerini işlerine yansıttıklarını fark ettim. Benimsedikleri davranış modellerini, benim gibi el yordamıyla bulduklarını; mesleki davranışları konusunda uymaları gereken belli ilke ve kuralların varlığının da, bu kurallara uymanın görevleri ve sorumlulukları olduğunun da pek farkına varamadıklarını gördüm.

Türk ve Fransız toplumlarında yaptığım gözlemlerde genel ahlak kurallarında büyük çaplı değişkenlikler olduğunu; etik değerlerdeki değişkenliklerin ise görece küçük ölçekli olduğunu fark ettim. Tıp etiği açısından ise bu küçük değer farklılıklarının minimuma indirilmesi, etik ilke ve kuralların daha bir evrensel nitelik taşıyabilmesi için çaba sarf edilmesi gerektiği kanısına vardım. Toplum genelinde ve tıp özelinde iki toplumda ortak olan olumlu duygular ve davranışlar korunarak, olumsuzlukların sorgulanması ve iyi-doğru olanların diğer topluma kazandırılması gerektiğini; bunun için ciddi çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündüm. Sonuç olarak, kültürü ve inancı ne

olursa olsun birer “insan” olarak kişiler, kendilerini etik değerler açısından sorgulamayı ihmal etmediği sürece, dünyamızın geleceğinden umutla söz edebileceğimiz kanısına vardım.

Tezime geçmeden önce önsözümde kısaca Türk ve Fransız hekimlerin hastalarını tanımlayışlarındaki farklılıklar hakkındaki birkaç gözlemimden söz etmek istiyorum. Türkiye’de hekim hastasını daha çok temas ettiği herhangi bir insana atfettiği kavramlarla tanımlamakta; buna karşılık Fransa’daki hekimler ise hastayı daha çok hizmet sundukları kişi olarak tanımlayıp bu çerçevedeki kavramlarla hastalarına özellikler atfetmekteydiler. Bir tarafın hizmet sunumunu ön plana alıp hastanın insani yanını ihmal ettiği; diğer tarafın ise hastasıyla kurduğu “sıcak” ilişki nedeniyle mesleğinin hizmet sunumu tarafını ikinci plana itebildiği izlenimine kapıldım. Hasta muayenesi esnasında, Fransız ve Türk hekimlerin hastaya sıklıkla sorduğu sorular da bu izlenimimi destekler nitelikteydi. Fransa’da hekim hastasına daha çok “sizin için ne yapabilirim ‘madame/monsieur’?” sorusunu sorarken, Türkiye’deki hekim ise sıklıkla söze “ne şikâyetin var ‘teyze/amca’?” sorusuyla başlamaktaydı.

Hastaya medikal ve insani yaklaşımlarının farklı olmasının yanında, Türk ve Fransız hekimlerin meslektaşlarına ve diğer sağlık çalışanlarına yaklaşımları arasında da ciddi farklılıklar bulunmaktaydı. Fransa’da tüm sağlık ekibi çalışanları -doktor, hemşire, hasta bakıcı ve diğerleri- birbirlerine ilk adlarıyla hitap edecek kadar senli-benliyen, görev tanımlarının dışında birbirlerine yardım etmeleri söz konusu olduğunda pek de istekli davranmamaktaydılar. Türkiye’dekiler ise “hanımlı-beyli” konuşmakta ancak yardımlaşmada daha istekli olabilmekteydiler. Hekimlerin birbirleriyle ilişkilerindeki deontolojik yaklaşım iki ülke arasında farklılıklar içermekteydi; Türk hekimler meslektaşlarıyla dayanışma, tıbbi işlemlerde onlara öncelik tanıma ve para almama konusunda Fransız hekimlere göre daha iyi durumdaydılar.

Her iki ülke hekimleri arasında başka farklılıkların ve ortaklıkların olup olmadığına ve bunların nedenlerine yönelik merakım, beni giderek iki ülke, iki halk, iki kültür arasında karşılaştırmalar yapmaya yöneltti. Kuşkusuz, bu farklılıklar daha çok genetik-ırksal etkenlerden değil de sosyoekonomik-kültürel alt yapıdan kaynaklanmaktaydı. Söz konusu farkların ve onları ortaya çıkartan nedenlerin-etkenlerin neler olabileceğinin peşine düşerek çıktığım yolculuğun hem kendi

gelişimime hem de çift tabiiyetli olan oğlumun gelişimine katkı sağlayacağından emindim.

Bu karşılaştırma yolculuğumda, Çukurova Türk Fransız Kültür Derneğinde, Fransa ve Fransız kültürü üzerine engin bilgi ve ilgisi olan, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. İlder Uzel ile tanıştım. Bu tanışıklık benim tıp etiğinin akademik yönüne yönelmeme vesile oldu. Böylelikle meslek yaşamının uyandırdığı etik kaygıları, nesnel ve bilinçli bir şekilde değerlendirebilme olanağına kavuştum. Eğitimime başlama nedenim İlder Hoca olurken, devam etme ve bitirme şevkini bana kazandıran ise Dr. Selim Kadioğlu oldu. Onunla yaptığımız ders seanslarında ele aldığımız konuları farklı bakış açılarından görme, bilgiye inançla değil düşünmeyle yönelme, doğruluğu şüphe götürmez kabul edilen görüşleri bile sorgulama deneyimi yaşadık. Sevgili Selim, ders dönemimizde grubumuzla yakından ilgilenerken, kendimizi ifade etme ve farklı bir bakış açısı geliştirme çabası içerisindeki uzun tartışmalarımıza sabırla iştirak etmiş, nazikçe eleştirmiş ve bizlere yol göstererek sonsuz katkılar sağlamış, dolayısıyla ben ve grup arkadaşlarım için büyük bir şans olmuştur.

Ders dönemi bitip tez çalışma aşamasına geçtiğimde, benim Türkiye ve Fransa karşılaştırması üzerindeki düşünsel yoğunlaşmamı çok iyi bilen Selim konu seçimimin bu yönde olması konusunda bana telkinlerde bulunmuş, hatta bu çalışmayı “cotutelle” bağlantılı olarak yapmamı; bir tezle iki ülkeden iki diploma birden almamı önermişti. Bu konuyla ilgili ilk Paris yolculuğumda her ne kadar gerekli görüşmeleri yapmış ve danışman hocamı ayarlamış olsam da sonraları yoğun klinik iş tempomda bunun mümkün olamayacağı kaygısıyla “cotutelle” projesini iptal etmiştim. Şimdiki aklımla “madem bu kadar tez üzerine çalışacaktım biraz daha çalışıp Fransa ayağıyla birlikte yürütebilirdim” dediğim olmuyor değil... Özellikle seçtiğim konunun ve sonuçlarının, temas ettiğim Fransızlarda uyandırdığı ilginin fazla olması da benim “cotutelle” programına dâhil olmama pişmanlığımın en önemli nedenlerinden biri oldu. Anket sorularını hazırlamamız hem tez çalışma başlangıcı -ki bu başlangıç da her başlangıç gibi biraz zordu- hem de uygun soruları uygun şekilde sorma kaygısından dolayı pek de kolay olmamıştı.

Anket çalışmasının Türkiye ayağının büyük çoğunluğunu halen görev yapmakta olduğum Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesinde ve çok azını da özel bir

kuruluşta çalışan hekimler ile gerçekleştirdim. Fransa ayağını ise, Paris'te, daha çok Kremlin Bicetre ve Paul Brousse niversite hastanelerinde ve çok azını da özel bir kuruluşta çalışan hekimlerle yaptım. Tez konuyla ilgili olarak gerek anket uyguladığım hekimlerden, gerek her hangi bir şekilde konuyu paylaştığım diğer insanlardan oldukça olumlu tepkiler aldım. Konunun sadece benim değil de birçok insanı ilgi alanına girdiğini, özelikle sonuçlarını çok merak edildiğini öğrendikçe, çalışma ve tezi bitirme azmim daha da pekişti.

Anket uygulamalarının Türkiye ayağını kendi çalıştığım hastanede yürütmem nedeniyle pek zorlanmadım. Ancak katılımcıların tanıdık doktorlar olması nedeniyle konuyla ilgili uzayan sohbetlerin açılması zaman kaybına neden oldu. Çalışmanın Fransa ayağı ise oldukça sıkıntılı ve zahmetli gerçekleşti. nce uygulamayı internet üzerinden ulaştığım tanıdık hastanelerdeki tanıdık doktorların yardımıyla yapmaya çalıştım; ama bundan pek bir sonuç alamadım. Son çare olarak kendim gidip seçtiğim hastanelerdeki tanımadığım doktorlarla tek tek görüşerek anketimi gerçekleştirdim. Fransa'da son yıllarda yaşanan doktor sıkıntısı nedeniyle oldukça yoğun bir tempoda alışan Fransız hekimlerin iş yoğunluğunda randevusuz gittiğim halde bana zaman ayırabilmeleri ve anketimi sabırla yanıtlamaları takdire değer bir durumdu. Fransa'daki anket uygulaması, Paris'te kar yağınının çok yoğun olduğu bir haftaya denk geldi. Sevgili kayınpederim Daniel, zorlu hava ve yol koşullarında bana arabasıyla ulaşım desteği verdi ve grşmelerim sırasında sabırla uzun bekleyişler yaptı. Bunların da ötesinde güzel Fransız yemekleri ve şaraplarıyla bu sıkıntılı süreci atlatmama yardımcı oldu.

Kimi safhalarını anlattığım bu serüvenin bir ürünü olarak ortaya çıkan tezime, farklı kişiler farklı safhalarda çok değerli katkılar sağladılar. nszn sonunda bu katkıları vurgulamak ve onlara içtenlikle teşekkür etmek istiyorum.

Tıp etiği ve tarihi alanıyla tanışmamı sağlayan sayın Prof. Dr. İlter Uzel'e, eğitimimizin sürekliliği ve kalıcılığı üzerine bize çok büyük destekler sağlayan Dr. Selim Kadioğlu'na öncelikle sonsuz teşekkürler ederim. Bu iş yoğunluğum da dönem dönem çok bunaldığım, motivasyonumu kaybettiğim zamanlarda çok sevgili hocam Selim'in pozitif yaklaşım ve müdahalesini ve üzerimdeki emeğini asla unutmayacağım. Bu tez çalışmasının benim olduğu kadar aynı zamanda onun da olduğunu; başka bir

danışmanla tez çalışmasını kolay kolay bitiremeyebileceğimi söylemek abartılı olmayacaktır.

Derslerimizi neşeli ve üretken kılan sevgili grup arkadaşlarıma ve özellikle Bekircan'a (Tahberer), Cavit'e (Olgun) ve tezimi hazırlarken bana her türlü teknik desteği sağlayan anabilim dalı sekreteri Mehmet'e (Karakaş) ve bilimsel katkıları için anabilim dalı araştırma görevlisi sevgili Rana'ya (Can) teşekkür ederim.

İstatistik değerlendirmelerimde bana çok önemli katkılar sağlayan ve elde ettiğim verileri en etkili ve çarpıcı biçimde kullanmam konusunda yol gösteren, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğretim üyesi Yar. Doç. Dr. Ahmet Doğanay'a çok teşekkür ederim.

INSERM'de (*Institut national de la santé et de la recherche médicale*; Ulusal Tıbbi Araştırmalar ve Sağlık Enstitüsü) uzun yıllar araştırma mühendisi ve epidemiyolojist olarak çalışmış, bölüm şefliği yapmış bir bilim adamı kimliği ile bana bilimsel açıdan yol gösteren ve kayınpederim olma vasfıyla babacan yardım ve desteğini esirgemeyen, sevgili G. Daniel Henzel'e sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Bilgisayarım bozulduğunda kendi çok kıymetli diz üstü bilgisayarını gözünü kırpmadan bana ödünç veren, verimli çalışmam için elinden gelen moral desteğini esirgemeyen çok sevgili biricik oğlum Thomas'ya çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b>	ii
<b>ÖNSÖZ</b>	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	viii
<b>ÖZET</b>	xi
<b>ABSTRACT</b>	xii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Hasta Kavramı	3
2.1.1. Sözcükler	3
2.1.2. Hasta Kavramın Evrimi	6
2.1.3. Çağdaş Dünyada Hasta Kimliği	10
2.2. Hekim Kimliği	13
2.2.1. Çağdaş Hekim Formasyonlarının Farklı Kökenleri	13
2.2.2. Hekim Olmak ve Dünyaya Hekim Olarak Bakmak	18
2.3. Hasta-Hekim İlişkisi	21
2.3.1. Medikal Boyut	23
2.3.2. Sosyokültürel Boyut	25
2.3.3. İletişimsel Boyut	27
2.3.4. Ekonomopolitik Boyut	28
2.3.5. Hukuki Boyut	30
2.3.6. Etik Boyut	33
2.4. Türkiye ve Fransa	34
2.4.1. Geçmişten Bugüne Türkiye	35
2.4.2. Geçmişten Bugüne Fransa	43
2.4.3. Türk-Fransız İlişkileri	50
2.4.3.1. Sosyopolitik İlişkiler	50
2.4.3.2. Çağdaş Türk Kültüründe Fransızca	53



2.4.3.3. Türk-Fransız Tıbbi İlişkileri	54
2.4.4. Türkiye’de ve Fransa’da Sağlık-Hastalık-Tıp	56
<b>3. BİREYLER ve YÖNTEM</b>	<b>65</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	65
3.2. Araştırmanın Özgünlüğü	65
3.3. Araştırmanın Modeli	66
3.4. Araştırmanın Katılımcıları	66
3.5. Veri Toplama Gereci	67
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması	68
<b>4. BULGULAR</b>	<b>69</b>
4.1. Demografik Bulgular	69
4.2. Birinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	71
4.3. İkinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	75
4.4. Üçüncü Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	76
4.5. Dördüncü Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	78
4.6. Beşinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	80
4.7. Altıncı Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	81
4.8. Yedinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	82
4.9. Sekizinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	83
4.10. Dokuzuncu Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	83
4.11. Onuncu Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular	84
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>86</b>
5.1. Hasta Denildiğinde Akla Gelenlerle İlgili Bulgular Hakkında Tartışma	86
5.2. Hastaların Nitelikleri Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma	89
5.3. Hastaların Farklı Yönleri Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma	92
5.4. Tercih Edilen Hasta Özellikleriyle İlgili Bulgular Hakkında Tartışma	98
5.5. Hastaya Zarar Verilmesi Halinde Ortaya Çıkabilecek Endişe Verici Durumlar Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma	101
5.6. Hastanın Farklı İnsani Boyutlarına İlgili Konusundaki Bulgular	

Hakkında Tartışma	103
5.7. İdeal Hasta-Hekim İlişkisi Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma	105
5.8. Gündelik Tıp Uygulamalarında Hastanın Statüsü Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma	108
5.9. Hastaya Hitap Şekliyle İlgili Bulgular Hakkında Tartışma	112
5.10. Hastanın İsmi Hatırlamakla İlgili Bulgular Hakkında Tartışma	113
<b>6. SONUÇ</b>	114
<b>KAYNAKLAR</b>	121
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	128
EK 1: Türkçe Veri Toplama Formu	129
EK 2: Fransızca Veri Toplama Formu	132

## ÖZET

### **Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması**

Tez çalışması çerçevesinde Türk ve Fransız hekimlerin hastalarını nasıl algıladıkları ve zihinlerinde nasıl bir hasta kavramı oluşturdukları hakkında karşılaştırmalı bir değerlendirme yapılmıştır.

Bu bağlamda 50 Türk ve 25 Fransız hekim üzerinde yürütülen araştırmanın sonuçları kısa ve genel olarak aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

Türk hekimler insani meziyetlerini ve zaafalarını işlerine daha fazla yansıtmakta, hastalarını kimi olumsuz niteliklere sahip ve yetersiz olarak değerlendirmekte, tıbbi ilişkide paternalist davranmaya eğilim göstermektedir.

Fransız hekimler ise profesyonel kimliklerini ön planda tutmakta, hastalarının tıbbi ilişkide avantaj sağlayan nitelikleri taşıdığını düşünmekte ve onlardan bu ilişkide daha yüksek aktivite beklemekte, özerkliğe saygı konusunda duyarlı davranmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Hasta kavramı, Hasta-hekim ilişkisi, Tıp etiği, Sağlık sosyolojisi.

## **ABSTRACT**

### **How Do Turkish and French Physicians Perceive Patients, And What Is The Concept Of Patient In Their Minds? A Comparative Study.**

**This thesis is a comparative study on Turkish and French physicians. It contains an evaluation of their perception of patient and the concept of patient in their mind.**

**A research was carried out on 50 Turkish and 25 French physicians in this context, and the results, in short and in general, are shown below:**

**Turkish physicians can not keep their human virtues and weaknesses away from their professional activities. They think that their patients are problematic and insufficient in the medical relationship, and have tendency to be paternalistic.**

**On the other hand French physicians keep their professional identity in the forefront. In their opinion French patients have features that provide advantage in medical relationship. French physicians expect their patients to be more active in this relationship, and have a deep respect for patient autonomy.**

**Key Words: Concept of patient, Patient-physician relationship, Medical ethics, Sociology of health.**

# 1. GİRİŞ

Hasta-hekim ilişkisi, tıp etkinliğinin ana eksenidir; tıp geleneğinin en eski ve en temel unsurudur. İki kişi arasında gerçekleşirken dahi farklı boyutları ve açımları bulunan bu ilişki, günümüz dünyasında değişik sağlık mesleklerine mensup farklı kişilerin ve sağlıkla ya da sosyal güvenlikle ilgili kurumların da ağırlıklarını hissettiren partnerler olarak devreye girmesiyle daha da karmaşıklaşmış; çoğu zaman “hasta-hekim ilişkisi” yerine “tıbbi ilişki” olarak adlandırılması daha uygun hale gelmiştir.

Söz konusu ilişki hasta için hemen hemen her zaman önemlidir ve hatta kimi zaman hayati öneme sahiptir. Hekim için ise önemli olmanın ötesinde bir anlam taşımakta; onun temel etkinliğini ifade etmekte ve hayatının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Hekimin ilişkinin seyri üzerindeki belirleyiciliği, hem ilişkinin kurulmasına yol açan sağlık sorunu ve onun giderilmesi hakkındaki yetkinliğinden, hem de bu tür ilişkiyi sürekli yaşayarak sahip olduğu deneyimden ötürü daha fazladır.

Tıbbi ilişki veya hasta-hekim ilişkisi, teorik ve normatif boyutlara sahip bir bilgi alanı olan tıp etiğinin ana konularından biridir. Tıp etiğinin tıp pratiğinde üstlendiği başlıca rol, hekim davranışlarını düzenleyerek bu ilişkinin verimli ve sorunsuz olarak gerçekleşmesini sağlamaktır. Tıp etiğine özgü bilgi birikimini arttırmaya yönelik kuramsal çalışmalar bağlamında da bu ilişkinin farklı boyutlarının farklı yöntemlerle ele alınması söz konusudur.

Zihnindeki hasta imajı, hekimin hekimlik anlayışının temel bir unsuru ve önemli bir göstergesidir. Hekimlerin hastayı algılama ve tanımlama gibi kritik bir konudaki yaklaşımları, öznel bir değerlendirme olmanın ötesinde, saptandıkları yerdeki hekimlik anlayışı ve hastalıkla ilgili kültürel kalıplar konusunda önemli ipuçları içermektedir. Bu ipuçlarını derleyerek sağlam bir tıbbi ilişki çözümlemesi yapmak ve bu çözümlemeden hareketle ilişki düzenini sürdürme ya da değiştirme kararlarını daha isabetli şekilde almak mümkündür.

Bilimsel temelli bir uygulama alanı olan tıp, kuramsal bilgi birikimi ve yöntem bilgisi açısından evrenseldir ve bu çerçevede hekimlik de evrensel bir alt kültürdür. Bununla birlikte hekimlerin genel olarak kişiliklerinin ve özel olarak meslek kimliklerinin biçimlenmesinde etkili olan yerel belirleyiciler de vardır. Bu belirleyiciler,

hekimlerin kùltùrlere-ùlkelere göre kimi farklı niteliklere sahip olmasına; dolayısıyla kùltùrlere-ùlkelere özgù hekimlik anlayışlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Toplum genelinde hastalık olgusuna ve hasta bireylere yüklenen anlam ve onlara yönelik olarak benimsenen yaklaşım, kaçınılmaz olarak hekimlerin zihniyetinin biçimlenmesinde rol oynamakta ve hekimlik anlayışlarını etkilemektedir. Bu çerçevede ortaya çıkan, ùlkelere özgù hekimlik anlayışlarının ele alınması bağlamında, onları araştırma konusu etmekten çok üzerlerinde genel gözlemlere dayalı değerlendirmeler yapılması söz konusu olmaktadır. Öznellikten arındırılması pek mümkün olmayan bu değerlendirmelerde, zaman zaman olan-olması gereken ayrımı da silikleşebilmektedir.

Tez çalışmasının yola çıkış noktası sıralanan tüm bu saptamaların kesiştiği yerdir. Benimsenen amaç, sosyoekonomik düzeyleri, kültürel birikimleri ve tıbbi koşulları hem benzer hem farklı unsurlar barındıran iki ùlke ölçeğinde hekimlerin zihnindeki hasta imajı hakkında araştırmaya dayalı bir bulgu kümesi oluşturulması; bu bulgulardan hareketle iki taraftaki hasta imajları, hasta kimlikleri, hekim zihniyetleri, hekimlik anlayışları ve nihayet tıbbi ilişki düzenleri hakkında karşılaştırmalı bir değerlendirme yapılmasıdır.

Bu amaç çerçevesinde hazırlanan çalışma kurgusu, Türk ve Fransız hekimlerden tez için tasarlanmış bir veri toplama formu kullanılarak elde edilen bulguların, konuyla ilgili genel bilgilerin, literatür kayıtlarının, kişisel deneyimlerin de devreye girdiği bir irdelenme-sorgulanma sürecine tabi tutulması şeklindedir. Tez çalışmasının yapısal düzenlemesi yürütölen araştırmayı esas alarak yapılmış; bölümler giriş, genel bilgiler, bireyler ve yöntem, bulgular, tartışma, sonuç biçiminde sıralanmıştır. Araştırmaya sağlam bir kuramsal çerçeve oluşturmak adına, hasta kavramı, hekim kimliği, hasta hekim ilişkisi ve Türkiye-Fransa karşılaştırmasıyla ilgili alt bölümlere ayrılan genel bilgiler bölümü geniş tutulmuştur.

## 2. GENEL BİLGİLER

Tez çalışmasının odağında, hasta algısının ve kavramının farklı iki ülkenin hekimlerinin zihnindeki karşılıklarının, araştırma bulgularına dayalı olarak irdelenmesi yer almaktadır. Bu irdelemeye sağlam bir kuramsal çerçeve oluşturmak adına aktarılan genel bilgiler, dört bölüm halinde düzenlenmiş; sırayla hasta kavramının, hekim kimliğinin, hasta hekim ilişkisinin ve Türkiye ile Fransa'nın, konuyla ilgili farklı boyutları üzerinde durulmuştur.

### 2.1. Hasta Kavramı

Doğal ve kültürel boyutları olan hasta kavramı, eski olma ve geniş kitlelere mal olmuş bulunma gibi iki önemli özellik arz etmektedir. Hem eskiliğin hem de kitleselliğin kavramların anlam yükünü genişletmesi ve bu nedenle tereddütler, zihin karışıklıkları yaratması söz konusudur. Bu bölümün amacı, hasta kavramına, genel olarak değilse bile, konu özelinde netlik kazandırmaktır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin zihninde nasıl şekillenmiş olduğunu işlemeye başlamadan önce, hasta kavramını genel olarak ele almak; kavramın farklı çağlardaki ve toplumlardaki anlam yükleri ve geçirdiği anlam kaymaları üzerinde durmak yerinde olacaktır. Bu bağlamda oluşturulan üç alt bölüm, kavramın sözel olarak ifade edilişi, geçirdiği evrim süreci ve günümüz dünyasındaki somut karşılığıdır.

#### 2.1.1. Sözcükler

Bir varoluş hali olarak hastalık ve bir varlık olarak hasta somut dünyaya ait unsurlardır. Bunların insan zihnindeki karşılıkları ise hastalık ve hasta kavramlarıdır. “Hastalık” ve “hasta” ile onların eş veya yakın anlamlısı olan sözcükler ise kavramların dildeki karşılıkları bir başka deyişle kavramları ifade eden söz kalıplarıdır. Bir varlığı anlamak-kavramak bağlamında bizatihi ona odaklanmak en etkili yaklaşım olmakla

birlikte, onu kavram düzeyinde irdelemenin ve sözcük düzeyinde incelemenin de kendince yararları vardır.

“Hastalık yok hasta var” düsturuyla ifade olunan yaklaşım, tıp çevrelerinde, özellikle tıp eğitimi çevrelerinde, yaygın biçimde benimsenmektedir. Buna paralel olarak dilde de “hasta” sözcüğü kendisinden türetilmiş olan “hastalık”a göre baskın karakter göstermektedir.

Tıbbi ve medikososyal bağlamlarda “hasta”nın kimi daha dar kimi daha geniş anlam yükleriyle kullanılmaktadır. Tıp dilinde hastalık ise, semptomdan ve sendromdan farklı olarak nedeni, etkileri, aşamaları ve tedavisi netlik kazanmış bir klinik tablodur. Dar anlamda hasta, belli bir hastalığa yakalanmış olan kişidir. Toplum genelindeki kullanımda ortaya çıkan anlam genişlemesi bağlamında, hastalık söz konusu olsun olmasın bir yandan yakınmaları olan, rahatsızlık hisseden kişilerin diğer yandan fiziksel ya da davranışsal bakımdan alışılmışın dışına çıkanların hasta olarak nitelenmesi söz konusudur. Tıp-sağlık çevrelerinde ortaya çıkan bir diğer anlam genişlemesi ise, sözcüğün sağlık hizmeti alan herkes için kullanılması; yaralıları, sakatlananları, sakatları, anomalilileri, koruyucu uygulamalara tabi olanları ve ironik olarak sağlık raporu alanları da kapsar hale gelmesidir.

Türkçe “hasta” ve dolayısıyla “hastalık” sözcüklerinin kökeni Farsça yaralanmış, incinmiş anlamına gelen “haste”dir. Farsça hasta anlamındaki bir diğer sözcük olan “bimar” ve Arapça hastalık karşılığı olan “maraz” ile “illet” Türkçe’ye geçmiş ancak günümüzde büyük ölçüde kullanım dışı kalmıştır. Türkçe’nin uzak geçmişine ait hastalık anlamındaki “iğ/ig” ve hasta anlamındaki “sayru/sayrı” gibi sözcükler de, ikincisini canlandırmaya yönelik kimi çabalar gösterilmekle birlikte, günümüzde kullanılmamaktadır<sup>1,2</sup>.

Bu noktada bir saptama yaparak, Türkçe hasta ve hastalık sözcüklerinin günümüzde eş ve yakın anlamlılarını neredeyse tamamen devre dışı bırakarak kullanılmakta olduklarını söylemek mümkündür. Fransızcada ise hasta karşılığı olarak aralarında ince bir ayrım bulunan iki sözcüğün, “patient” ile “malade”ın birbirine yakın sıklıkta kullanılması söz konusudur.

Bunlardan “patient”, sabır gösteren kişi, sabırlı anlamına gelmenin yanı sıra cerrahi ve medikal süreçlere tabi olan kişiyi de ifade etmektedir. Sözcüğün iki farklı anlamı arasındaki bağlantının, sabrını sınamak üzere tanrının bir dizi felakete uğrattığı



ve bu bağlamda acı veren hastalıklara yakalanmasına da yol açtığı Hazreti Eyüp'ün Eski Ahit'te yer alan hikayesi olduğu söylenebilir. Nitekim “patient”, sabırlı ile hastanın yanı sıra işkence cezasına, ıstırap çekmeye mahkum olan kişi anlamına da gelmektedir. Aynı kökten türeyen “patience” sözcüğü ise sabır, sebat, üzücü ve rahatsız edici şeylere karşı koyma erdemi anlamına gelmekte ancak hastalık karşılığı olarak kullanılmamaktadır.

Kökeni Latince “malus” (kötü-kem, zararlı, çirkin) ve “malum” (günah, şer, haksızlık, zulüm) sözcükleri olan “malade” hasta, “maladie” hastalık anlamına gelmektedir. “Malade” rahatsız, hasta, sağlığı bozuk anlamında kullanılmanın yanı sıra düşünüş ve davranış açısından dengesiz, aykırı olmayı da ifade etmektedir. “Maladie” de hem hastalığı hem de herhangi bir nesnenin bozulmasını, bir sürecin aksamasını ifade ederken kullanılmaktadır<sup>3</sup>.

“Patient” ve “malade” sözcüklerinden ilkinin daha nesnel ikincisinin daha öznel nitelikte olduğunu söylemek olanaklıdır. “Patient” belli bir hastalığa yakalanmış, üzerinde birtakım tıbbi uygulamalar yürütülen; tıbbın hasta konumuna yerleştirdiği kişiyi ifade etmektedir. “Malade” ise hastalık-sağlıksızlık deneyimi yaşamaya, kendini kötü hissetmeye ve hasta olarak nitelermeye daha kuvvetle vurgu yapmaktadır. Benzer bir ayrım İngilizcede de söz konusu olup, hastalığın patolojik boyutunu “disease”, klinik belirtilerini ve yol açtığı olumsuz duygulanmaları ise “illness” daha kuvvetle ifade etmektedir. Bu farka dikkat çeken Taylor hastalık kavramıyla ilgili kapsamlı çalışmasında “morbus” sözcüğünün bu anlamların tümünü kapsayacak şekilde kullanılmasını önermektedir<sup>4</sup>.

Bu alt bölümün sonunda, iki dilde hasta ve hastalık kavramlarının dile getirilişiyle ilgili iki noktaya dikkat çekmek uygun olacaktır. Türkçe “musap olma”, Fransızca “affection” gibi genel olarak başa bir şey gelmesini, bir şeyden etkilenmeyi ifade eden sözcüklerin hastalık anlamında kullanılması, kötünün adını anmayarak onu uzak tutma şeklindeki kadim geleneğin uzantısı olarak değerlendirilebilir. Türkçede hastalığa yakalanma-tutulma; Fransızcada ise hasta düşme [tomber (en) malade] tabirlerinin kullanımı ise hastalığın bir yandan peşe düşen kovalayan; diğer yandan içine düşülesi bir tuzak kuran ya da aşağı bir düzeye düşüşe tekabül eden bir kötülük olarak imajine edildiğinin göstergesidir.

### 2.1.2. Hasta Kavramının Evrimi

Bu alt bölümde, hasta nitelemesinin farklı çağlarda ve yerlerde hangi özellikleri taşıyan kişiler için yapılmış olduğu; sosyokültürel çerçevede onlara nasıl anlamlar yüklendiği, onlara ne yapıldığı ve onlardan ne beklendiği irdelenmiştir. Her çağın kendi tıbbi uygulamaları, hastalıkları ve tedavi edicileri incelenip o çağın oluşturduğu hasta kavramı hakkında bir fikir edinilmiştir.

Tıp tarihleri genellikle tıp merkezli olup, tıbbı dair görüşlerin, inanışların ve uygulamalarının gelişimini incelemektedir. Tıbbın ve uygulamalarının tam olarak ne zaman ortaya çıktığı bilinmemekle birlikte, hasta ve hastalık kavramlarının insanlık tarihinin başlangıcından itibaren var olmuştur.

İlk çağlarda, hastalıkların tanrılarca verilmiş bir ceza olduğuna, insanın içine giren kötü ruhlardan kaynaklandığına inanılmıştır. Yani hastalık dıştan gelen bir kötülük, hasta da bu kötülüğe maruz kalan kişi, muhtemelen de lanetlenmiş bedbaht kişi, olarak tanımlanmıştır<sup>5</sup>.

Tıp tarihi incelemelerinde, Anadolu'da yerleşmiş olan Hititlerin tıp alanında, Mezopotamya'da ve Mısır'da yerleşenlere göre oldukça geri bir düzeyde olduğu söylenmektedir. Mezopotamya'da büyücülük falcılık üfürükçülük tıpta önemli bir yer edinmiş, büyücülük ile tıp iç içe geçmiştir. Sosyal hayatın her alanında varlıklarını sürdüren tanrılar sağlıkla da yakından ilgilenmişler, hastalıkların nedenlerinde ve iyileştirilme biçimlerinde ilahi güçler doğrudan etkili sayılmış, bu dönemde hasta ve hastalık tanımlarında mistik özellikler hâkim olmuştur<sup>6</sup>.

Mısır tıbbında, hastalıkların teşhis ve tedavisinde büyücülerin ve rahiplerin önemli bir yeri olsa da ampirik tıp ve cerrahi uygulamalarda önemli ölçüde kullanılmıştır. Sağlıklı olabilmek için hijyen kurallarına uyulması gerektiği ve hastalıkların alınan gıdalarla ilişkisi olduğu bilgilerine sahip olunmuştur. Mısır'da her ne kadar hastalar tanrıların cezalandırdığı kişiler olarak görülse de hijyen kurallarına uymayan, yediklerine ve sağlıklarına dikkat etmeyen kişiler olarak da tanımlanabilmişlerdir. Mısır'da, o dönemde, tababetin ve toplumun sağlık bilincinin çağdaşlarına göre daha gelişmiş olduğu söylenmektedir. Bu çıkarımın ne kadar kesinlik içerdiği konusuna şüpheyle bakılabilir; zira Mısır tıbbının Mezopotamya ve Anadolu tıplarına göre daha

gelişmiş olduğu kabulünün bir ölçüde de Mısır tıbbı hakkında günümüze intikal etmiş bulunan bilgilerin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir<sup>7</sup>.

M.Ö. V. yüzyıldan itibaren Yunan medeniyetinde, din ve tanrılar hayatın her alanında ön plana geçmiş, insanlar sağlık da dâhil her alanda, tanrıların iradesine tabi olduklarına inanmışlardır. Dolayısıyla, Hipokrat öncesi Yunan tıbbında hastalığın ve iyileşmenin açıklanmasında doğaötesi faktörlerden yararlanma; tanrıların gazabından ve bağışlayıcılığından söz etme yaklaşımı kuvvetle benimsenmiştir<sup>6</sup>.

M.Ö. V. yüzyılda Eski Yunan, Sokrates ve Platon ile felsefede, Sofokles ve Öripiades ile tragedyada, Aristofan ile komedyada ve Hipokrat ile de tababette altın çağını yaşamıştır. Bu dönemin öncüsü Hipokrat ile birlikte hastalıklarda, deneysel gözlemler ve neden sonuç ilişkileri önem kazanmış ve modern tıbbın temelleri atılarak yeniden hasta ve hastalık kavramları tanımlanmıştır. Hipokrat hastalıklardan çok hastalara odaklanmış, onları incelemiştir. Tıbbın üç şeyden meydana geldiğine, bunların hastalık, hasta ve hekim olduğuna, eğer hasta hekimle beraber olursa hastalığa karşı başarı kazanıldığına dikkat çekmiştir. Bu dönemde hasta, “hastalığı ile ilgili çözüm bulmak için hekimle işbirliği yapmak durumunda olan kişi” olarak tanımlanmıştır.

Hipokrat, “hiçbir hastalık diğerlerinden daha kutsal ve daha insani değildir” diyerek döneminin dinsel yaklaşımından bağımsız davranabildiğini göstermiştir. Yiyecek, içecek, soğuk, güneş, değişik esen rüzgâr, özellikle iklim gibi doğal etkenlerin ve yapılan işin, vücut hıltlarını dengesiz bir hale getirdiğini ve hastalığı ortaya çıkardığını söylemiştir. Bu hastalık tanımı çerçevesinde hasta, dışsal etkenlerle vücut dengeleri bozulmuş, özel durumundan ötürü gözlenmesi ve incelenmesi gereken bir kişi olarak anlam kazanmıştır<sup>6</sup>.

Ortaçağın bin yıl süren karanlık dönemlerinde, Avrupa'nın en güçlü otoritesi Katolik Kilisesi ve temel referans kitabı İncil olmuş, din bilimin de yerine geçmiştir<sup>8</sup>. Bir yönüyle Asklepios taklidi olan Hazreti İsa'nın mucizeler göstererek bazı hastaları tedavi etmesi, havarilerini de bu işe yönlendirmesi, ilk Hıristiyanların inançlarını yaymak adına çevrelerine sağlık yardımı sunması dinin başat unsur olduğu bir tıp anlayışının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bir yandan tıp-sağlık bilgilerinin gelişmesine engel olan bu anlayış diğer yandan temizlik anlayışını olumsuz etkilemiş, halkın ruhlarını temiz tutmak için yıkanmama alışkanlığını benimsemesine yol açmıştır<sup>9</sup>. Bu

çağda kiliseler hastaların şifa bulmak, mucizeler aramak için başvurduğu yerler olmuş, hastalıkların tedavilerini dinin dışında aramak günah sayılmıştır.

Ortaçağ'da hasta bir anlamda üzerinden sevap kazanılacak bir varlık olarak tanımlanmış, hastalıklar tanrıya yalvarma vesilesi, iyileşmeler ise ilahi mucizeler olarak algılanmıştır. Bu çağda da hastaları lanetli bedbahtlar olarak görme eğilimi devam etmiş ancak bu eğilim ilk çağlardaki kadar belirgin hale gelmemiştir.

Bu dönemde manastırlarda tıbbi bakım ve bitkisel ilaç tedavileri uygulanmış; ancak bitkisel ilaçlar bir dönemden sonra tanrıya güvensizliğin göstergesi kabul edilmiş, onların yerine hastaların kutsanması, günahlarının çıkartılması, dinsel ayinler eşliğinde tedavi uygulanması geçmiş, böylelikle tıbbın ilahiyat bağlantısı korunmaya çalışılmıştır. Manastırların tedavi merkezi olması, hastayı bir kurum bünyesinde sağlık yardımı alan, derdinin halli için orada çalışanlara muhtaç kalan bir kişi konumuna getirmiştir.

Papalık karşısında zayıf kalan krallıklara göre büyük ve güçlü bir hükümdarlık kuran Frank imparatoru Charlemagne'ın etkisi, İtalya Salerno'da, Hipokrat prensiplerini benimseyen bir tıp okulu kurulması gibi gelişmeler tıbbın ve tıp eğitiminin bir ölçüde dinsel sistemin dışına çıkabilmesini sağlamıştır. Özellikle İtalya'da bu alanda büyük gelişmeler olmuştur. XI-XII. yüzyıllarda, büyük kentlerin ortaya çıkmasıyla şehir medeniyetleri doğmuş, Montpellier, Paris, Bologna, Padua ve Oxford üniversiteleri kurulmuştur. Bu dönemde İslam dünyasıyla ilişkiler geliştirilmiş, bu çerçevede Arapça tıbbi eserler Latinceye tercüme edilmiştir<sup>8</sup>.

Bu gelişmeler, tıbbın soyut varlığının ve kurumsal otoritesinin güç kazanmasına yol açmıştır. Hastalıkların standart sağlık bozulmaları biçiminde tanımlanması gündeme gelmiş, buna bağlı olarak hasta kendine özgü bir soruna sahip olan kişi olmaktan çıkıp standart bir derdin temsilcisi haline gelmiştir.

Avrupa'da, XIV-XVI. yüzyıllar arasındaki Rönesans döneminde sanat ve düşünce dünyası gibi birçok alanda “yeniden doğuş” yaşanmasına rağmen tıptaki gelişmeler daha sınırlı kalmıştır. “XVI. yüzyıla dek, çoğu insana göre bilimsel bir sorunu çözmek, Aristoteles'in o konuda söylediklerini arayıp bulmak demektir. Onun görüşleri neredeyse kutsal bir kaynak olarak görülür bu görüşlere sadık olanlarda onları bilimdeki gerçek atımları bastırmak için kullanırdı”<sup>10</sup>. XVII. yüzyılda, bilim adamlarının çoğu Aristoteles'in kavrayışına karşı durarak bilimsel alanlarda birçok buluşlar yapmışlar ve özellikle biyolojide ve doğa bilimlerinde önemli gelişmeler sağlamışlardır. Biyoloji ve tıp

dünyasında mikroskobun bulunuşuyla görülemeyen ve bilinmeyen şeyler görünür ve bilinir hale gelmiştir<sup>8</sup>.

XVIII. yüzyılda düşünce dünyasında aydınlanma yönünde köklü değişimler olmuştur. Aydınlanma çağında tıp alanında da önemli gelişmeler gerçekleşmiştir. Bu çerçevede dinsel yaklaşımı benimseyen, Aristoteles'i temel referans kabul eden, dünyanın ve bilginin değişmezliğini kabul eden yaklaşımın sonu gelmiştir. Evreni "ateş, hava, su ve toprak"tan ibaret gören, bu modeli insana uyarladığında da "kan, balgam, sarı safra ve kara safra" öğretisini biçimlendiren anlayış giderek zayıflayıp kaybolmuş; böylece araştırma yapmak olanaklı hale gelmiş, bilgi üretiminin önü açılmış, kimi önemli buluşlar yapılmıştır.

Tıp adamlarının spekülatif tartışmaları bir tarafa bırakarak bilgi üretme yolu olarak ampirik yöntem; gözleme, deneyime, deneme yanılmaya ağırlık vermesi, giderek bilimsel yöntemin biçimlenmesine yol açmıştır. Tıpta deney, pratik uygulama ve teorik öğretimin yaygınlaşması birçok gelişmenin peş peşe gelmesini sağlamıştır. İnsan bedeninin yapısal ve işlevsel boyutları hakkında deneysel-bilimsel bilgi ön plana geçmiştir<sup>7</sup>. Özellikle kan dolaşımının ve mikroskobun bulunuşu hasta ve hastalık tanımına yeni açılımlar getirmiştir. Bu çerçevede hasta, vücuda giren mikroplardan veya organlarının çalışmasındaki aksaklıktan dolayı sağlığı bozulmuş kişi olarak tanımlanmıştır<sup>7</sup>.

XIX. ve XX. yüzyıllar tıp alanında hızlı gelişmeler olmuştur. Klinik belirtilere göre muayene teknikleri ortaya konulmuş, çiçek aşısı bulunmuş, anestezinin keşfedilmesi cerrahide büyük bir hamle yapılmış, mikrobik hastalıklardan korunmada aşının önemini kanıtlamış, mini canlılar değişik yöntemlerle ayırt edilmeye başlanmış, kan grupları bulunmuş, genetiğin gelişmesiyle kromozomlar incelenmiş ve soyaçekim yoluyla geçen hastalıklar aydınlatılmıştır. Röntgen ışınlarının bulunması radyografinin temelini oluşturmuş, 1922'de insülinin, ardından antibiyotiklerin bulunması XX. yüzyılın tıp alanındaki önemli adımları olmuştur. Cerrahi tekniğindeki gelişmeler ve bağışıklık sistemi konusundaki bilgilerin-uygulamaların artışıyla doku ve organ nakilleri gerçekleştirilmiştir<sup>8,11</sup>.

Tüm bu gelişmeler, tıbbi dinin dogmatikliğinden kurtararak laikleşmesi, bilimsel temellere oturarak yeniden yapılanmasıyla olmuştur. Olumlu yönlerinin yanı sıra bu yeni tıp anlayışı kimi sorunları da beraberinde getirmiştir. Bunların en fazla eleştiri alanı

insanı organa, dokuya, hücreye indirgeyen biyolojik tıp modelinin sağlığın ve hastalıkların sosyal yönlerini gözden kaçırmadır<sup>12,13</sup>. Varılan noktada hasta sosyal, ekonomik, politik durumundan soyutlanarak, vücut yapısı veya fonksiyonları bozulmuş kişi konumuna indirgenmiş; mekanik bir yaklaşımla onarılacak bir sorun halini almıştır.

### **2.1.3. Çağdaş Dünyada Hasta Kimliği**

Bu alt bölümde, günümüz dünyasında toplum genelinin ve tıbbın hangi durumları hastalık, hangi kimseleri hasta saydığı; hastalık durumunun çağdaş insanda ne gibi duygusal-düşünsel yaşantılara yol açtığı; genel olarak politikanın ve ekonominin, özel olarak ilaç ve tıbbi cihaz-malzeme endüstrisinin, sosyal güvenlik sistemlerinin hasta kavramını şekillenmesini nasıl etkilediği incelenmiştir.

Sağlığın “bedensel, zihinsel ve toplumsal tam bir iyilik hali” biçimindeki tanımının yaygın biçimde kabul görmesi ve hasta kavramının engellileri, yaralıları, anomalileri ve farklı sağlık sorunu olanların tümünü kapsayacak biçimde genişletilmesi bağlamında, çağdaş dünyada herkesin geçici ya da sürekli olarak hasta kimliği taşıdığını söylemek olanaklıdır.

Günümüzde, hasta insanlara yönelik yaklaşım onları genel bir tıbbi bakışa ve herkese verile gelen ilaçların kullanımına yönlendirilmekten yavaş yavaş uzaklaşmaktadır. Bunun yerine her bir hastanın sorunlarına özgü incelemelere tabi tutulması, sorunuyla ilgili uzmanların elinden özelleşmiş tedaviler görmesi; hastalıktan değil hastadan söz edilerek herkesin kendi koşullarında değerlendirmesi esas alınmıştır. Hasta-hekim ilişkisi ikili bir ilişki olmaktan çıkmış, hasta incelenme ve tedavi bakımından bir ekibin ve ilişkinin bütünü bakımından bir kurumun ilgilendiği kişi konumuna yerleşmiştir.

İlaç endüstrisindeki gelişmeler, bir yandan birçok hastalığın tedavisinde önemli başarılar elde edilmesini sağlarken, diğer yandan kazanç öncelikli politikalarıyla sorun kaynağı haline gelmişlerdir. Bu bağlamda hastalık tanımında tüketimi arttırmak amaçlı varyasyonlar yapılması ve böylece geniş kitlelerin kolayca hasta konumuna yerleştirilmesi gibi bir durum ortaya çıkmıştır. Önceleri ilaç kullanmayı gerektirmeyen vücut dengesinde küçük oynamalar, hastalık olarak tanımlanıp onlara yönelik medikal

tedavi prosedürleri geliştirilmiştir. Abartılı bir söyleyişle, hastalıklara ilaç üretmenin yerini, ilaçlara kullanım alanı oluşturacak hastalıklar icat etmek almıştır<sup>14,15,16,17</sup>.

İlaç endüstrisine benzer şekilde tıbbi cihaz-malzeme endüstrisinin gelişmişliği de birçok hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde yeni ufuklar açmıştır. Bununla beraber, ileri inceleme olanakları manifest sorunu olmayan kişilerin hasta olarak nitelenmesine; takip-tedavi altına alınmasına yol açmaya da başlamıştır. Bu bağlamda teknoloji, bir yandan gereksiz kullanımıyla önemli ekonomik kayıplara yol açmış diğer yandan da insanları hasta olup olmadıkları konusunda kendi başlarına karar veremez durumda bırakmıştır<sup>14,16,17,18</sup>.

Günümüzde hastalık durumunun ortaya çıkardığı duygusal-düşünsel yaşantılar, önceki çağlara göre bazı farklılıklar içerebilmektedir. Akılcı ve bilimsel olmanın değer kazandığı, mistik ve kadercı yaklaşımların itibar kaybettiği çağdaş dünyada, ölüm gibi hastalık da kurtulmak için mücadele edilmesi gereken bir kötülük hali olarak görülmekte; bu zorlu mücadelede kişisel-çevresel olanaklarla yetinmeyip yetkin profesyonellerden destek almak şart sayılmaktadır. Bireylerin benimsediği bu yönelişe paralel olarak, toplumsal mekanizmalar da her hastalığın somut nedenlerini arama, tüm olanakları seferber ederek her durumda hastayı yaşatma amacını gütmeye yaklaşımını benimsemektedir.

Serbest piyasa ekonomisi politikalarının uygulandığı toplumlarda hasta kimliğinin bir tür tüketici kimliği niteliği kazanması söz konusudur<sup>19,20</sup>. Bu durum özellikle sağlık camiasını rahatsız eden bir dizi olumsuz sonuç doğurabilmektedir. Her alanda tüketimi teşvik eden anlayış, tıp özelinde de tüketimi özendirme ve artırma yaklaşımı halinde ortaya çıkıp insan sağlığı açısından bazı sakıncalar doğurabilmektedir<sup>14</sup>. Özendirilmiş tüketicilikte en gerekli olana değil en albenili olana yönelmenin esas olması, sağlık hizmeti tüketicisinin de gereksiz “kalem”lere yönelerek sağlık bilincinden uzaklaşmasına yol açabilmektedir. Kültürel gelişmişliği ve bu çerçevede sağlık bilinci üst düzeyde olan toplumlarda, sağlık hizmeti tüketiciliği dayatmasını tümenden reddetmek söz konusu olamasa bile, “bilinçli sağlık hizmeti tüketiciliği” gibi makul bir yol bulunabilmektedir.

Tüketenlerin gereksiz tüketim faaliyetlerinin yanında, hizmet üreticisi konumuna yerleştirilmiş olan hekim de, kendini bu role kaptırarak üretimi amaç haline

getirebilmekte; hastaya yarar sağlamayı değil nitelikli üretimine daha çok “müşteri” bulmayı temel yol gösterici kabul edebilmektedir.

Tüketici-hizmet üreticisi ilişkisi halindeki tıbbi ilişki modelinin yanı sıra, hasta-hekim ilişkisinin geçmişte uzun süre geçerli olmuş geleneksel modeli de zayıflamakla birlikte günümüz dünyasında varlığını sürdürmektedir<sup>21,22,23</sup>. Bu model çerçevesinde hasta, “boynunu bükmüş” yardım-iyilik bekleyen ve bunun karşılığı olarak da olanakları ölçüsünde yapacağı ödemenin yanında, minnettarlığını, “hayır dua”sını sunan bir kimsedir. Geleneksel modelde hastanın tüketici kimliği bulunmazken, hekime düşen ise nitelikli bir hizmet üreticisi oluşunu değil, mağrur ya da mütevazı bir üslup içinde bedeli ödenmez iyilikleri cömertçe sunan bir üstün kişi oluşunu ön plana çıkarmaktır.

Çağdaş dünyanın yüksek maliyetli tıbbının getirdiği bir diğer yenilik sosyal güvenlik sistemleri ve özel sağlık sigortalarıdır. Her iki sistemin, özellikle ilkinin temel amacının toplumun üretici gücünün devamını sağlamak olduğunu söylemek mümkündür. Bu düzenekler, onlardan yararlanan bireyler tarafından ise yaşamlarını daha nitelikli sürdürmelerini sağlayacak olanaklar şeklinde algılanmaktadır. Birey bu olanaklardan olabildiğince fazla yararlanma çabası içine girebilmektedir; hasta kimliği özel bir takım hakların kullanımıyla özdeşleşebilmektedir. Sistem açısından ise hasta kimliği giderilmesi gereken bir üretim kaybı olup, telafisinin olabildiğince düşük maliyetle gerçekleştirilmesi esastır<sup>14</sup>.

Modern dünyada malpraktis isnat etme eğilimindeki artış, hasta kimliğinin haksızlığa uğrayan-hak arayan kimliğine dönüşmesine işaret etmektedir. Söz konusu artışın, bir yönüyle toplumun sağlık ve hak bilinçlerindeki gelişmeden kaynaklandığını söylemek mümkündür. Diğer yandan, sağlık sistemindeki aksaklıklara radikal çözümler üretmek yerine onları yargı konusu münferit olaylar şeklinde göstermeyi tercih eden politikacıların ve yöneticilerin; toplumu bilerek-bilmeyerek bu tercih doğrultusunda yönlendiren kitle iletişim araçlarının; nihayet özensiz veya uygunsuz meslek icra eden bazı hekimlerin bu artışta katkısı bulunmaktadır<sup>24</sup>.

Kendini güvende hissetmeme, kararsızca farklı arayışlara yönelme de günümüze hasta kimliğinin önemli bir yönü olarak ortaya çıkmaktadır. Bir yandan hekimlerin çalışma koşulları, uygulanan sağlık politikaları, ücretlendirme sistemleri, medya, politikacılar gibi dışsal etkenler, diğer yandan tıp camiası mensuplarının yetersizlikleri, aksaklıkları, tıbbi ilişkiyi olumsuz etkileyerek hekimine güvensiz bir hasta profili ortaya



çıkarmıştır. Eski çağlardan farklı olarak, günümüz tıbbının hızla algoritma değişiklikleri geçirmesinin ve pek çok durumda çeşitli seçenekler sunmasının yol açtığı belirsizlik-bilinmezlik duygusu da bu güvensizliğin artmasına neden olabilmektedir.

## **2.2. Hekim Kimliği**

Hasta kavramını farklı açılardan irdeledikten sonra ilişkinin diğer cephesine odaklanıp hekim hakkında da farklı açılımlar içeren kapsamlı bir değerlendirme yapmak yerinde olacaktır. Bu bağlamda ilk olarak çağdaş hekime erişen evrimleşme sürecinin ana hatlarına değinilmiş, ikinci olarak da günümüz dünyasında hekimlerin hekim olmaktan ötürü yaşadığı deneyimlerle ve bu deneyimlerin yol açtığı duygusal-düşünsel yaşantılar üzerinde durulmuştur.

### **2.2.1. Çağdaş Hekim Formasyonunun Farklı Kökenleri**

Her meslek gibi hekimlik de varoluşunu içinde sürdürdüğü dönemlere göre değişik karakterler arz etmiş; farklı biçimlerde tanımlanmış ve yaşama geçirilmiştir. Farklı dönemlerde, farklı yerlerde, farklı unvanlar altında etkinlik gösteren geçmişin sağlık mesleği sahipleri, niteliklerini az ya da çok, doğrudan ya da dolaylı olarak günümüz dünyasının hekimlerine ve diğer sağlık profesyonellerine miras bırakmışlardır. Bu alt bölümde, geçmiş çağlarda sağlık hizmeti sunan, günümüz standartlarından farklı formasyonlara sahip kişiler ve bunların çağdaş hekimde yaşayan izleri incelenmiştir.

Çağdaş hekim formasyonunun evrimi, aslında tek bir mesleğin gelişerek değişmesi olmayıp, aynı alanda etkinlik gösteren değişik mesleklerin geçmişten günümüze uzanan birlikte evrimleşme sürecidir. Zira hekimliğe dünyanın en eski mesleği olma niteliği atfedilirken, aslında yaralanmalarda ve hastalıklarda duruma sınırlı bilgi ve beceri ile müdahale çabası gösterilmesinden söz edilmektedir. İçinde bulunulan döneme göre bu çabayı gösterenler arasında sıradan insanlar, büyücüler, falcılar, mitolojik tanrılar, rahipler, berberler gibi çok değişik meslek gruplarının

temsilcileri yer almıştır. Bu günkü anlamda kullanılan, “doktor”u ifade eden sözcük, Avrupa’da ancak XIV. yüzyıldan sonra kullanılmaya başlanmıştır<sup>25</sup>.

İlkel toplum örgütlenmesinin uzmanlıkları ortaya çıkartmadığı aşamada tıbbi yardım çabası sıradan insanlar, daha çok kadınlar, tarafından gerçekleştirilmiştir. Genellikle erkek olan büyücü hekimler, üretim olanakları artıp toplum doğrudan yiyecek üreticisi olmayan uzman kişileri besleyebilir hale gelince türemiştir. İlkel toplumdaki tıp uygulamalarında, kötü ruhlar tarafından hasta edilen kişiyi sağlığına kavuşturmak için doğadaki gizli güçleri harekete geçiren büyücüler, hekimlik mesleğine öncülük etmişlerdir. Büyücü-hekimler hekimlerin yanı sıra din adamlarının, bilim adamlarının, felsefecilerin ortak öncüsü olmuştur<sup>6</sup>.

Yararlı uygulama ile bu uygulamayı açıklayan, gerekçelendiren düşünel-kuramsal bilginin buluşması tıbbın başlangıcından beri arz ettiği karakteristik bir özelliktir. Söz konusu ikili buluşmanın insanlık tarihinde ilk kez ortaya çıkışı büyü ve din çerçevesinde olmuştur<sup>26</sup>. Majik ve mistik unsurlar, Hitit tıbbının karakteristik özelliği olup, bunlara pratikleri daha gelişmiş ve gözleme-deneyime dayanma yönü daha kuvvetli olan Mezopotamya ve Mısır tıbbında da rastlanmaktadır.

Büyücülüğün bir çeşidi veya organize dinlerin bir öncüsü şeklinde nitelenebilecek olan şaman inancı çerçevesinde, şamanın gökteki iyi ruhlarla ve yeraltındaki kötü ruhlarla ilişki kurabildiği; kötü ruhlarla ve onların oluşturdukları kötülüklerle, doğal olarak hastalıklarla da, mücadele etmek gibi bir misyonu bulunduğu kabul edilmektedir. Şaman, sosyal ve kişisel sorunları herhangi bir şekilde ruhlarla temasa geçerek çözümlen, bu yeteneği ve unvanı babasından devralmış ya da yaşlı bir şaman tarafından eğitilmiş bir kişidir. Gelecekte haber vermek, büyü ve efsun yapmak, ruhlara kurban sunmak gibi işler de şamanın görevleri arasındadır.

Mezopotamya’da hastalığa sebep olan cinleri vücuttan kovan büyücü hekimlerin yanında, gelecekte haber vererek hastalığın prognozu hakkında bildiren falcı hekimlerin varlığından da söz edilmektedir. Falcı hekimler hastalar için karaciğer ve zeytinyağı falına bakarak hastalıklarının süre ve seyri hakkında bilgi vermişlerdir<sup>6</sup>. Bu kişilerin etkinlikleri diagnostik tıpla sınırlı olmayıp kişilerin ve ülkenin geleceğiyle ilgili her konuda bilicilik etmeleri söz konusu olmuştur.

Çok tanrılı dinlerde hemen hemen tüm tanrıların hem bireysel hastalıkla ve salgınla insanları cezalandırabilmesi hem de insafa gelerek iyileştirebilmesi söz

konusudur. Bunun dışında tıp-sağlık alanında “uzmanlaşmış” tanrılar da vardır. Vezir, mimar, rahip ve hekim olarak yaşayıp ölümünden sonra tıp tanrısı ilan olunan İmhotep, Mısır panteonunun bu konudaki temsilcisidir. Tıp-sağlık tanrıları arasında en tanınmış olanı Yunan panteonunun ikinci derecede bir mensubu olan Asklepios’tur. Kendisine yönelik inanış 1000 yıl devam eden bu tanrıya geniş kitlelerin sevgi ve bağlılık göstermiş, Asklepion adını taşıyan ona adanmış sağlık tapınakları güçlü bir medikososyal örgütlenme olarak geniş bir coğrafyaya yayılmıştır. Hıristiyanlığın tarih sahnesine çıkışıyla Asklepios’un kurtarıcı özelliği Hazreti İsa’ya aktarılmıştır<sup>6</sup>.

Rahiplerin aynı zamanda hekimlik yapmasına eski çağlarda oldukça sık rastlanmıştır. Dinin toplum örgütlenmesindeki ve yaşamındaki ağırlığından dolayı rahip oluşları ön plana geçen kişilerin, rahipliğe ek işleri arasında hekimliğin dışında yöneticilik, astronomluk, kahinlik ve başka nitelikli etkinlikler de bulunmaktadır. İlk bakışta bir araya gelişi yadırganabilecek bu alanların tümünde boy gösterebilmenin açıklaması, rahiplerin okuryazar olması ve kuramsal bilgi birikimi üzerinde tekel kurmuş bulunmasıdır. Hekimlerin yakın geçmişe hatta bir ölçüde günümüze kadar koruduğu yarı kutsal, saygın ve bazı ayrıcalıklara sahip oluşunda, rahip hekimler döneminin etkisi olduğunu düşünmek mümkündür.

Rahiplerin ek işlerini terk etmesi ve bu bağlamda tıbbi etkinliklerden de çekilmesinden sonra, hekimleri dine uygunluk yönünden denetlemeye başlaması gündeme gelmiştir. Ortaçağda kilise doktorlara inançsız gözüyle bakmaya başlamış, tıp koyu bağnazlığın etkisi altında gerilemiştir. Hekimlerin mesleklerini icra edebilmeleri ancak kiliseyle ters düşmemek konusunda duyarlı ve özenli olmakla gerçekleşebilmiştir. Bu konularda zaaf göstermeleri halinde sihirbazlıkla suçlanıp ağır cezalara çarptırılmaları söz konusu olmuştur.

Günümüzde olduğu gibi Mısır’da, Mezopotamya’da da farklı hekim formasyonları bulunması söz konusudur. Hastalara telkinle iyileştirmeye çalışan, bir bakıma bugünün psikiyatrlarına karşılık gelen büyücü hekimler, rahip hekimler ve ampirik tıp uygulamaları yapan hekimler başlıca kategorilerdir<sup>6</sup>. Çin tıbbında hastalara yiyecek ve içecekleri reçete eden bugünün diyetisyenlerine benzer kişilerin varlığı bilinmekte; Mısırlıların diyet-sağlık ilişkisini bilmesinden hareketle Mısır tıbbında da benzer kişilerin olduğu sanılmaktadır.

Günümüz tıbbının bir motifi olan yönetici hekimlerin, alışılmış ifadeyle başhekimlerin, öncü örneklerine tıbbın uzak geçmişinde de rastlanmaktadır. Mısır medeniyetinde saraydaki hekimlerin yöneticisi olarak, Mezopotamya’da hekimleri denetleyen kişi olarak başhekimler bulunmuştur. Çin tıbbında da hekimlere sınav uygulayan ve standart tedavileri düzenleyen başhekimler var olmuştur. Anadolu Selçuklu devletinde saray başhekimin titri “melik el hukema”dır. Osmanlı devletinde eşdeğer makamın adı “hekimbaşılık” olup, bu makamdakiler önceleri sadece saray hekimliği yaparken sonraları ülkenin ve ordunun sağlık işlerinin yönetimini de üstlenmişlerdir<sup>25</sup>.

Bilimlere öncülük etmiş kadim bir etkinlik olan felsefenin, tıpla uzun soluklu ve farklı dönemlerde farklı karakterler arz eden bir ilişkisi olmuştur. Hipokrat dönemindeki ve öncesindeki doğa filozoflarını filozof hekimler olarak nitelemek mümkündür. Bu hekimler, mistik bilgilere dayanarak tababet icra etmek yerine olaylar arasında sebep-sonuç ilişkilerini doğa felsefesiyle yorumlamaya çalışmışlar ve birtakım genellemeler yaparak bilgi üretmişlerdir.

Mistik açıklamalardan ve çare arayışlarından uzaklaşıp doğaya yönelmesi bakımından bu akıma yakın olan Hipokrat, bilgi üretmede ve uygulama biçimlendirmede spekülatif yaklaşımın yerine ampirik olanı yerleştirerek onlardan ayrılmış ve onlara karşı çıkmıştır. Bununla birlikte o da hekimin aynı zamanda filozof olursa, ilahlar seviyesine yükseleceği düsturunda ifade bulan anlayışı tamamen reddetmemiştir. Hipokrat, fiilen hekimlik yaparken felsefeyle sınırlı ölçüde temas kurmuş; Aristoteles ve Descartes gibi filozoflar ise, asıl işleri felsefe olmakla beraber tıpla da ilgilenmişler ve ona dolaylı kazanımlar sağlamışlardır.

Aristoteles felsefe ve biyoloji üzerinden tıbbı buluşturan çok önemli bir tarihsel kişidir. Yüzyıllarca düşünce hayatının en büyük otoritesi ve en önemli referansı olan Aristoteles, Platon’un öğrencisi, Büyük İskender’in hocası, felsefede mantığın ve metafiziğin babası, biyolojinin öncüsüdür<sup>6</sup>.

Aristoteles’in metafizik anlayışı, büyük ölçüde mantık konusundaki fikirlerine ve biyoloji alanındaki çalışmalarına dayanmaktadır. Biyoloji alanındaki çalışmaları açısından “var olmak” dinamik bir süreç, bir değişme süreci içinde olmak anlamına gelmektedir. Şu halde “var olmak”, Aristoteles için, bir şey olmak anlamına gelir. Bundan dolayı, ona göre gerçekten var olan, Platon`da olduğu gibi tümeller değil de,

bireylerdir; ‘şu’ diye gösterdiğimiz belirli bir doğaya sahip olan varlıklardır. Onlar, Aristoteles’in mantıkla ilgili eserlerinde sözünü ettiği nicelik, nitelik, ilişki, yer gibi kategorilerin, temel nitelik ya da yüklemelerin kendilerine yüklenebildiği öznelerdir<sup>27</sup>.

Modern felsefenin kurucusu kabul edilen Fransız filozof René Descartes da tıpla ilgilenmiş, fizyoloji, dolaşım sistemi ve kalp ile ilgili görüşler ileri sürmüştür. Yeni bir doğa ve insan anlayışının ortaya çıktığı çağında, çağının bilimlerini yeni baştan inşa etmeyi kendine amaç edinmiş; “düşünüyorum öyleyse varım” ile özneyi merkeze yerleştirerek felsefeye yeni bir yön vermiştir. Metot üzerine çalışmalarıyla, yüzyıllarca süren sonuç alınamayan araştırmalar yürütülmesine yol açan eski yöntemlerin terk edilmesini sağlamıştır. O zamana kadar bilinen her şeyden kuşku duyulmasına ve yeni deneysel araştırma yöntemleri geliştirilmese önemli katkıları olmuştur<sup>28</sup>.

Özellikle Antik Çağ’da ve İslam Uygarlığı’nda, din ve felsefe bilgilerine vakıf olmanın yanı sıra doğaya ve insana dair her alanda söyleyecekleri olan bilgin-bilge hekim tipinden söz etmek de olanaklıdır. Bu kişiler her şeyden anlamalarının bir parçası olarak hastalıklar ve tedaviler konusunda da bilgi sahibi olmuştur. Bu hekim tipinin temel özelliği bilgi sahibi olunabilecek her konuya ilgi duymak, öğrenme ve öğrendiklerini aktarma çabasını tematik sınırlamalara tabi olmaksızın sürdürmektir. Tıbbi kariyerleri çerçevesinde uygulayıcı yönleri genellikle ikinci planda olup, tıbbın daha çok kuramsal yönüyle ilgilenmişlerdir<sup>26</sup>.

Dinden, yönetimden, felsefeden görece uzak olarak yürütülen hekimlik zanaatkarlık ya da orduya-kamuya hizmet verme şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu hekimlik şekillerinin ortaya çıkışı daha çok Roma İmparatorluğu dönemine rastlamaktadır. Bu dönemde bazı hekimler yüksek ücret alarak zengin hastaları kendi evlerinde tedavi ederken, şehir meclisinin maaşlı çalıştırdığı hekimler ise, yoksulları belirli bir merkezde veya “taberna” denilen kendi muayenehanelerinde tedavi etmişlerdir. Ücretli kamu hekimlerinin hastadan para almaları yasaklanmış olsa bile, hastaların teşekkür için para ödemesine tolerans gösterilmesi suiistimallere yol açmış; hekimlerin hastalarından şimdinin “bıçak parası”na tekabül eden haksız talepleri olmuştur.

Roma’dan çok önce, Eski Mısır’da da sarayın, devletin yüksek memurlarının ve din adamlarının özel hekimleri olmasının yanı sıra halkın tedavisini üstlenen, devletten maaşlı, devlet memuru niteliğinde hekimler de bulunmuştur. Roma düzeni modifiye olarak Osmanlı Devleti’nde de devam etmiş; hastanelerde çalışan maaşlı hekimlerin

yanında kimi hekimler de “dükkân” adı altında açtıkları muayenehanelerinde çalışmışlardır<sup>25</sup>.

Cerrahlık kuramsal bilgi üzerine inşa edilmiş bir alan olan tıptan farklı bir gelenek halinde gelişmiş; genellikle okuryazar bile olmayan cerrahlar usta-çırak düzeni içinde yetişmiş ve sınırlı bilgilerini-becerilerini serbestçe veya hekim direktifi doğrultusunda hayata geçirerek geçimlerini sağlamışlardır. Serbest çalışanları cerrahlığı berberlik, dişçilik, sünnetçilik gibi farklı etkinliklerle kombine etmişler; kimi zaman dükkan açma şansı bulsalar da genellikle seyyar olarak çalışmışlardır. Tıp-cerrahi bütünleşmesi XVIII. yüzyılın sonlarında başlamış ve XIX. yüzyılın ortasından sonra dramatik bir gelişme gösteren cerrahi tıbbın ön plandaki boyutu haline gelmiştir.

Cerrahlık gibi kuramsal temeli olmayan bir diğer gelenek olan kocakarı hekimlik, erkek meslekleri olan hekimlikten ve cerrahlıktan farklı olarak kadınlar tarafından yürütülmüştür. Kökenini ilk çağlara özgü mesleğe dönüşmemiş sağlık uygulamalarına dayandırmak olanaklı olan bu gelenek günümüzde bile, özellikle geri kalmış kırsal bölgelerde, varlığını sürdürmektedir. Genel bir betimlemeyle kocakarı hekimler, deneyim biriktirme şansı bulacak kadar çok yaşamış, çoğunlukla sağlık yardımı sunma konusunda annesinden büyükannesinden el almış kişilerdir. Geleneksel ebeleri de kocakarı hekimlerin bir türü olarak değerlendirmek mümkündür.

### **2.2.2. Hekim Olmak ve Dünyaya Hekim Olarak Bakmak**

Bu alt bölümde günümüz dünyasında hekim olmanın hekim olan kişiye olumlu ve olumsuz etkilerinden söz edilmiş; bir alt kültür olarak hekimliğin evrensel ve yerel açılımları üzerinde durulmuştur.

Yaptığı iş bireyin karakterinin biçimlenmesinde, onun kendini ve dünyayı algılamasında ve tanımlamasında önemli bir rol oynamaktadır. Hekimlik de diğer meslekler gibi, onu icra eden kişilere belli değerler, inançlar ve bunlarla örtüşen davranış biçimleri kazandırmakta ve bu kişilerin toplumda özel bir konumda bulunmasına yol açmaktadır.

Cinsiyet, milliyet, dinsel aidiyet, kentsel-kırsal kökenli oluş ve benzeri kimliklerin hekim kimliği ile bir arada gelişiyse ortaya farklı hekim kombinezonları çıkmaktadır.

Buna karşın, hekimlerin kendilerini algılayışlarında, tanımlayışlarında ve insana, doğaya, topluma, dünyaya bakışlarında profesyonelliklerinin biçimlendirdiği ortak unsurlar da bulunmaktadır<sup>29,30,31</sup>.

Diğer mesleklerde var olan özel yaşam-iş yaşamı ayrımı hekimlik için geçerli olamamaktadır. Hem yapılan işin doğası hem de deontolojik ve hukuki düzenlemeler, bir yandan hekimin sağlıkla ilgili her durumda ve konuda sorumluluk hissedip müdahil olmaya yönelmesine, diğer yandan toplumun sağlıkla ilgili sorularında ve sorunlarında hekimi devreye sokma isteği, hekimi her an ve her yerde hekim kılmaktadır.

Hekimin mesaisi dışında da tıbbi yardımda bulunması farklı nedenlere bağlanabilir. Hekim bu durumu bir iyilik etme eylemi olarak değerlendirebildiği gibi, bir üstünlük göstergesi olarak da görebilmektedir. Sağlıkla ilgili yardım, hem alanda hem verende ambivalan duygulanmalara yol açarken, hekimin her yerde hekim olma isteğini perçinlemektedir. Meslek kimliği olarak hekimlik, diğer kimliklerin hatta genel olarak kişiliğin önüne geçebilmekte, en azından dışarıdan bakanların ekseriyeti tarafından öyle algılanabilmektedir<sup>30,32</sup>.

Dünyanın her yerinde genellikle hekimlerin, sistemin sert yönlerini hasta lehine bireysel olarak yumuşatmaya çalıştıkları görülmektedir. Hekimler daha iyi tıbbi ve insani eylemlerde bulunabilme ve hastanın ihtiyaçlarını giderebilme adına kurallarla zaman zaman çatışmaya girebilmekte ya da kurala bağlanmamış durumlarla yüzleşip çıkış yolu arama çabası gösterebilmektedir. Bu durum, tıp etiğinin gelişmesine ve zenginleşmesine katkıda bulunmaktadır.

Modern zamanın bireyselleşen yalnızlaşan toplum bireyleri arasında hekimler, yaptıkları işin niteliği ve kendilerine yüklenen görev ve sorumluluklar nedeniyle, bu yalnız kalıştan, çeşitli meslek mensupları arasında göre en az etkilenenlerden olmaktadır. Hekimin her yerde hekimliğini sürdürebilme, insanların sahip oldukları en kıymetli varlık olan sağlıkları hakkında ilişki kurabilecekleri tek merci olma, insani boyutu ağırlık taşıyan hasta-hekim ilişkisinin aktif tarafını oluşturma gibi önemli özellikleri vardır. Bu özellikler onun diğer meslek sahiplerine göre insani duyarlılık açısından her daim daha canlı olmasını sağlamaktadır.

Özellikle geleneksel tababet için geçerli olup günümüzde bir ölçüde değişme eğilimi göstermekle birlikte varlığını sürdüren bir durum, hekimin hastayla bire bir temasta olmasının ve ekip çalışması yürütmesinin yarattığı bir tür “insani ilişki dinçliği”

yaşamadır. Bu durum hekimlere pozitif katkılar sağlayabildiği gibi bazı istenmeyen yan etkiler de yapabilmektedir. Yaşanan bu ilişki dinçliği hekimin sosyabilitesinin artmasına, çevresinin genişlemesine, insanı tanıma-anlama yatkınlığının gelişmesine, beğeni ve saygınlık kazanmasına yol açmaktadır. Öte yandan, sosyal ilişki yorgunluğu ve muhataplarına karşı tahammülsüzlük gelişmesi, iş yaşamlarının özel yaşamlarından zaman ve enerji çalması, kişiliklerinin mesleki kimliklerinin gölgesinde kalması gibi hekimlere özgü olumsuzluklar da ortaya çıkabilmektedir.

Dünyanın her yerinde hekimlik eğitime girişin zor ve eğitim süresinin çok uzun olması, hekimlerin yaptıkları işlerin çoğunda özerkliğini koruması, hekimlere özgü kurumsal gücün ve mesleki üstünlüklerin varlığı, hekimlerin kendilerini güçlü ve üstün hissetmelerine neden olmaktadır<sup>33</sup>. Bu üstünlük durumu veya duygusu, hekimlerin sosyal hayatta da bu doğrultuda düşünme ve davranma alışkanlığı edinmesine yol açmaktadır. Hekim gibi hissedenden, düşünen, davranan ve grup aidiyetini benimsemiş kişiler ortaya çıkarmanın temelleri, öğrencilere bilgi ve becerinin yanı sıra belli sosyal ve psikolojik süreçlerle tıp mesleği kültürünün de aktarıldığı bir çevre olan tıp fakültelerinde atılmaktadır. Hekimler mesleklerini icra ederken de bu formasyon pekiştirilmektedir.

Gerek tıp fakültelerindeki eğitim yoğunluğunun, gerek meslek icra ederken yaşanan yoğun-uzun süreli çalışma temposunun yol açtığı sosyalleşebilme eksikliğinin etkisiyle hekimler daha çok kendi camiası içinde sıkışıp kalmaktadırlar. Bu sıkıştırılmışlık hali gerek hekimin duygu ve düşünce dünyasında gerek camianın diğer mensupları ile kurduğu sosyoekonomik ve “bilimsel” ilişkilerde ciddi deformasyonlara yol açabilmektedir. Bu durum hekimi, hem kendisi ve camia üyeleriyle hem de toplumun diğer kesimiyle bir türlü barışıklık sağlayamamaya ve “işadami-hekim” ile “herhangi bir âdemoğlu” olma arasında savrulmaya; bunların sonucu olarak da kronik mutsuzluğa mahkûm etmektedir.

Günümüzde toplumun değişen değerleri ile birlikte meslek ve iş kavramlarının da değiştiği gözlenmektedir. Hekimlik bugüne kadar, geleneksel olarak, toplum tarafından kutsal, en azından aşırı saygın kabul edilmiş ve hekim camiası bu duruma alışmış ve onu benimsemiştir<sup>34</sup>. Günümüz dünyasında hekimlik mesleğinin diğer mesleklerden herhangi biri gibi muamele görmesi, dolayısıyla hekimlerin yaptıklarını açıklamak, yaptıklarının hesabını vermek zorunda bırakılması, camia mensuplarında ciddi bir



anksiyete durumu yaratmıştır. Bir başka deyişle bugüne kadar tanrısal bir varoluş içerisinde olan hekim toplumsal yapıların ve koşulların değişmesiyle, farklılaşan toplumsal değerlerin sonucu bunu yitirmiş ve bir varoluş anksiyetesi yaşamaya başlamıştır.

### 2.3. Hasta-Hekim İlişkisi

Bu alt bölümde, hasta-hekim ilişkisi geçmişe fazla girmeden, günümüz dünyası çerçevesinde ele alınmıştır. Her meslekte verenle-alan, danışanla-danışılan arasında bir ilişki ve bu ilişkinin de kendine özgü kuralları, doğruları ve yanlışları vardır. Hekimin, diğer meslek sahiplerinden farklı olarak, ilişki kurduğu hastaya karşı tıp etiğinden, hukuktan ve gelenekten kaynaklanan sorumlulukları ve yükümlülükleri bulunmaktadır.

Hem hastaya hem de hekime bazı sorumluluklar yükleyen hasta-hekim ilişkisinin var olan ve ideal biçimiyle ilgili çeşitli tespitler yapılmış ve önerilerde bulunulmuştur. Bu çerçevede ortaya çıkan modelleri inceleyerek konuya girmek yerinde olacaktır.

Hekimin ilişkinin tek belirleyicisi olduğu, denetimi tamamen elinde tuttuğu ilişki biçimi, özellikle acil tedaviye ihtiyaç gösteren hastalık durumlarında ortaya çıkmakta, geleneksel hasta-hekim ilişkisi modeline bağlı kalınan kültürlerde de varlığını sürdürmektedir. Bu modeli “pasif-aktif” veya “bebek-ebeveyn” ilişkisi olarak nitelemek mümkündür. Tetkik ve tedavi süresince tüm kararları hekim verirken hastanın katılımı minimum düzeydedir ya da hiç yoktur<sup>35,36</sup>.

Bu durumun zıddı da söz konusu olabilir. Böyle bir ilişki modelinde, hekim hastanın istekleri doğrultusunda hareket eder ve tabi olduğu tıbbi süreçle ilgili tüm kararlar hasta tarafından verilir<sup>35</sup>. Geçmişte ve günümüzde yaygınlık kazanamamış olan bu modelin hayata geçişinin istisna olduğunu belirtmek uygun olacaktır.

Tıp etiği çerçevesinde en fazla kabul gören bir hasta-hekim ilişkisi şekli olan çift taraflı katılım modelinde, hekim ile hasta arasında eşitlik söz konusudur ve tıbbi kararlar hekimin bilgilendirmesi ışığında hasta tarafından verilir. Bu ilişki modeli sosyolojideki yetişkin-yetişkin ilişki modeline denk gelmektedir.

Hasta-hekim ilişkisi kurulduğu yerin politik-ekonomik koşullarından ve elbette sorunun tıbbi gerekliliklerinden etkilenir. Özel hastanelerin ve kamu hastanelerinin,

muayenehanelerin, sağlık ocaklarının, tıp merkezlerinin nispeten farklı olan ortamları da bu ilişkiye kimi farklılıklara yol açabilir.

Hekimin meslek kimliğinin evrensel boyutunun yansımaları, hasta-hekim ilişkisinin de evrensel nitelikleri olmasına yol açmaktadır. Öte yandan hasta-hekim arasındaki doğrudan para alış-verişi olması ya da olmaması, hekimin uzmanlık alanı ve iş yükü yoğunluğu, hekimin eğitimi aldığı dönemden itibaren biçimlenen hekimlik anlayışı gibi hekime ait faktörler ile toplumun hekime ve hasta-hekim ilişkisine bakışının hastanın davranışları üzerinden veya doğrudan ilişkiyi etkilemesi, her bir ilişkiyi kendine özgü kılmaktadır.

Hasta hekim ilişkisinde tarafların temel beklentisinin ortak olması söz konusudur. Bu da hastalığını doğru teşhis ve başarıyla tedavi edilmesidir. Bu süreçte hasta, hekim tarafından anlaşılır olabilmeyi ister, hekimde hastasının hastalığı ile ilgili bilgileri en doğru biçimde aktarmasını ve belirlenen tedaviyi eksiksiz uygulamasını bekler<sup>37,38</sup>.

Her iki tarafın ikincil beklentileri bağlamında ise yollar ayrılabilir. Hasta süreçten az masrafla, az yorgunlukla, az travmatize olarak, az onur kırıklığı ile çıkmayı ummaktadır. Hekim ise daha fazla maddi-manevi kazanç sağlama, daha az zaman ve enerji harcama, azami mesleki başarı, dolayısıyla saygınlık derecesi artışı elde etme ve yargı sürecine konu olma riskini asgari düzeye indirme isteği içindedir.

Hastalığın niteliği, hem hastanın hekim, hem de hekimin hasta hakkındaki değerlendirmelerini etkileyebilmektedir. Daha ciddi sorunlarda hastanın hekime yönelik umut ve beklenti düzeyinin yükseldiği, hekimin de böylesi hastalara daha yoğun bir dikkatle yöneldiği görülebilmektedir<sup>39,40</sup>.

Tıbbi ilişkinin sonuçta iyi de kötü de olabilirliği bakımından tarafların, özellikle hastaların duygu durumları değişken olabilmektedir. Hastanın minnetle nefret arasında gidip gelebilmesi, hekimin de mesleki ilgisinin daha kuvvetli ya da daha zayıf halde ortaya çıkabilmesi söz konusudur. Duygu durumlarındaki bu değişkenlik tarafların birbirine bakışını kaçınılmaz olarak kuvvetle etkilemektedir.

Hekimin bakış açısı tez çalışmasının ana konusu olduğu ve bölümlere yayılmış halde ayrıntılı olarak irdelendiği için bu noktada hasta açısından hekimin taşıdığı anlama kısaca değinmekte yarar bulunmaktadır. Hekimin hasta açısından anlamını belirleyen bir yandan davranış tarzı diğer yandan mesleki başarısı olmaktadır.

Genellikle uç bir değerlendirme yapıp, hekimi ya “en iyi dost” ya “en amansız düşman” pozisyonuna yerleştirme eğilimi ağır basmaktadır.

Beklentilerinin karşılanmaması durumunda hasta, hekimle ciddi bir çatışmaya girebilmekte, ilişkiyi yargı sürecine intikal ettirebilmektedir. Öte yandan “işlerin iyi gitmesi” halinde oluşan karşılıklı anlayış ve hoşgörü ortamında, hastanın hekimle kişisel-insani bir ilişki kurmaya yönelmesi söz konusu olabilmektedir. Bu ikisinin arasında; işin tam ya da kısmi başarıyla tamamlanması ve herhangi bir ciddi çatışmanın olmaması durumunda taraflar ya tam olarak ya da kısmen memnuniyet duymakta ve birlikte yola devam etmekte ya da yollarını ayırmaktadır. Her iki durum da insani-hukuki-etik açısından yanlış olmamaktadır.

Tıp etiği hekimin davranışları ve hasta hakları da hastanın beklentileri üzerinden, hasta hekim ilişkisini düzenleyen, birbirinin hem alternatifi hem tamamlayıcısı kabul edilebilecek iki mekanizmadır. Hasta haklarının günümüz koşullarında ilişkiyi düzenlemede öncelikli referans haline geldiği, tıp etiğinin bu işlevi konusundaki geleneksel ağırlığının azalmış olduğu saptaması yapılabilir. Bu durum, toplumu esas almanın hekim camiasını esas almaya tercih edilmesinin göstergesidir. Serbest piyasa ekonomisi politikalarının uygulanması çerçevesinde hastalara herhangi bir tüketici olarak bakılması ve tüketici haklarıyla korunmalarının benimsenmesi de bu tercihi desteklemektedir<sup>41,42</sup>.

Hasta-hekim ilişkisinin karşılıklı haklar ve sorumluluklar üzerinden kurulması itibarıyla düzenlenmesinin tek yanlı olarak yapılmasının sakıncalı olduğunu, tıp etiğinin ve hekim haklarının da bu ilişkinin ortak düzenleyicileri olarak devreye girişinin önem taşıdığını, hasta hakları ile tıp etiğinin bütünleşerek birlikte çalışmasının ideal olduğunu söylemek mümkündür.

Bu genel değerlendirmeden sonra hasta hekim ilişkisinin farklı boyutlarını tek tek mercek altına alarak ayrıntı düzeyinde kimi saptamalar yapmaya geçebiliriz.

### **2.3.1. Medikal Boyut**

Çağdaş tıbbın temel karakteristikleri olarak, sürekli gelişerek hem bilgi birikimini hem de uygulama olanaklarını arttırması; ileri teknolojiyle üretilmiş cihazları ve

sentetize edilmiş maddeleri yaygın biçimde kullanması; geniş kitleleri kendinden yararlanmaya yönlendirmesi, bu bağlamda teşhis-tedavi edici boyutunun yanına sağlığı koruma ve geliştirme gibi yeni bir boyut eklemesi; pek çok sağlık mesleğinin mevcudiyetine yol açan kapsamlı bir işbölümü düzenine sahip olması; hizmet sunumunu özellikle daha karmaşık hizmetlerin sunumunu büyük ölçekli kurumlarda gerçekleştirmesi; her konuda mensuplarının bireysel inisiyatif kullanmasının önünü büyük ölçüde kapatan algoritmalar benimsemesi sıralanabilir.

Bu genel çerçevede hasta-hekim ilişkisi, kitleye yönelik hizmet sunan bir sağlık kurumu bünyesinde gerçekleşmekte ve taraflar bu ilişkiye kişiliklerinin farklı açılımlarını yansıtmakta; sadece “hasta” ve “hekim” kimliklerini sergilemektedir. Tarafların bu sınırlanmışlığı ilişkinin insani derinliğini ister istemez azaltmaktadır. Büyük ölçekli sağlık kurumları bünyesinde hastanın bir yandan sadece hekime değil farklı sağlık profesyonellerine de muhatap olması, diğer yandan karşısına her zaman aynı hekimin çıkmaması söz konusu olabilmektedir.

Baştan sona çoklu işbölümü düzeneklerinin geliştirilmiş olması nedeniyle prosedürlerin birkaç kişi tarafından yürütülmesinin sonucu olarak sorumluluğun paylaşılması, bir bakıma hastanın bir kimseye-hekime ait olmayıp bir kurumun-ekibin hastası olması şeklinde bir durum ortaya çıkarmıştır. Bunun da ötesinde, algoritmalara göre hareket etmenin yaygınlaşması, tıp uygulamalarını, hekimlerin bireysel yönelişlerine ve yaklaşımlarına dayalı olarak yürütülür bir iş olmaktan çıkarmış, giderek standartlara uygun tek tip tatbikatlar yapılırlı olmuştur. Bu durumda adeta hasta-hekim ilişkisi giderek hasta-tıp ilişkisine dönüşmüştür<sup>43,44</sup>.

Artan kuramsal bilgi ve inceleme olanakları nedeniyle tahmine, ilhama, tecrübeye dayalı tıbbın yerini “kanita dayalı” tıp almış, bilgi yükü hekimin düşünsel manevra alanını ve yeteneğini azaltmış, artık kendisine gereksinim duyulmaz hale gelen “sense clinique” dumura uğramıştır. Çarpıcı bir dönüşüm olarak, tıp geleneğinde hastalıkların teşhisinde ve takibinde çok önemli bir araç olan ve bir yandan da hasta-hekim ilişkisinin insani boyutuna katkı sağlayan “anamnez” anlamını ve işlevini yitirmiştir<sup>39</sup>.

Tıbbın teknik ve örgütsel yönü o kadar karmaşık bir hale gelmiştir ki hekimler kendi mesleklerinin uzmanı ve hâkimi olmaktan çok mesleklerinin basit bir parçası durumuna düşmüştür<sup>32</sup>. Tıbbın gelişmesi ile hekim olmanın çöküşü arasındaki paradoksta, mesleklerine yapılan açık ve örtülü saldırılara rağmen hala mesleklerinin

bireysel veya toplu olarak kendi hâkimiyetlerinde olduğuna inan hekimler vardır. Ancak proleterleşme, şirketleşme ve profesyonelleşememe nedeniyle bu hâkimiyetin azaldığına veya kaybolduğuna inanan hekimlerin sayısı da azımsanamayacak orandadır<sup>32</sup>.

### 2.3.2. Sosyokültürel Boyut

Tıbbın sosyal bir kurum, hekim ve hasta olmanın sosyal birer rol olması nedeniyle toplumsal koşulların-olanakların ve kültürel alt yapıların hasta-hekim ilişkisinin doğasını neredeyse tıbbın iç dinamiklerine göre daha kuvvetle belirlemesi söz konusudur<sup>45,46</sup>. Bu alt bölümde toplumsal ve kültürel yapının tıbbi ilişki üzerindeki etkileri ve belirleyiciliği ele alınmıştır.

Toplum, insanların bir arada bulunmasının ötesinde bir takım düzenekleri ve kurumları da ihtiva eden bir yapıdır. Bu genel çerçevede meslekler, toplumsal işbölümü çerçevesinde biçimlenmiş birer kurumdur. Mesleklerin ortaya çıkış mekanizması herkesin kendisi ve yakın çevresi için yaptığı özel bir takım işlerin sadece sınırlı sayıdaki belli kişiler için herkese yönelik olarak yapılması biçiminde betimlenebilir. Her meslek öncelikle üzerine kurulduğu işin doğası tarafından belirlenen bir takım insani ilişkiler ortaya çıkarır. Bu ilişkilerin evrensel olduğunu söylemek olanaklıdır. Öte yandan her toplumun kendisine özgü genel nitelikleri de mesleklerle ilgili insan ilişkilerini kaçınılmaz olarak etkilemekte; bu ilişkilerin, farklı toplumlarda-kültürlerde geçerli, farklı versiyonlarını ortaya çıkarmaktadır<sup>47,48</sup>.

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-sofistike yanı olduğundan üreticisine sağladığı saygınlık daha fazla olabilmektedir. Yukarıda genel ve soyut olarak yapılan saptamayı burada açarak, hasta-hekim ilişkisinin bir yandan geçerli tıp paradigması tarafından belirlenen özellikleri olduğunu ve bunların dünya ölçeğinde geçerlilik taşıdığını; diğer yandan her ülkenin-bölgenin, kendi toplumsal-kültürel niteliklerinin de hasta-hekim ilişkisinin kimi ayrıntılarını yerel ölçekte geçerli olmak üzere biçimlendirdiğini öne sürmek mümkündür. Toplumlar arası sağlık bilinci düzeyi,

insan ilişkilerindeki düşünüş-davranış biçimi, hak kültürü benimsemişliği-savunuculuğu bakımından farklılıklar hasta-hekim ilişkisinin niteliği konusunda değişik görünümlere yol açabilmektedir<sup>49,50,51</sup>.

İlişki kategorileri itibariyle hasta-hekim ilişkisinde geleneksel paternalist hekim yaklaşımı ve çağdaş özerkliğe saygılı hekim yaklaşımı gibi iki temel alternatiften söz edilebilir. Bu ilişki kategorileri hekimin tercihiyle göre belirlendiği kadar hastaların beklentilerine göre de biçim alabilmekte ve söz konusu beklentiler toplumların sosyokültürel yapısına göre farklı olabilmektedir. Her ne kadar hekim hastasını, özerk, bilgilenip kararlarını kendisi veren kişi konumunda görmek istese bile, bazen hasta doktorunu kendi yerine karar veren “baba figürü” olarak görmeyi isteyebilmektedir<sup>30,42</sup>.

Hastanın ve hekimin birbirlerine bakış açıları ve birbirlerini değerlendirme şekilleri de ilişkinin niteliği üzerine kuşkusuz etkili olmaktadır. Tarafların birbirlerine yönelik olarak kategorik değerlendirmeler yapmasının, olumsuz önyargılar taşımasının, empati yatkınlığı veya niyeti eksikliği göstermesinin ilişkiyi kötü yönde etkileyeceği açıktır. Özellikle meslek hayatının temel unsuru bu olan hekimin, ilişkinin şekli ve seyri üzerindeki belirleyiciliği ve dolayısıyla ilişki yönetimi konusundaki sorumluluğu daha yüksektir.

Kasapoğlu'nun ifade ettiği üzere *doktor ve hastanın rolleri vardır. Doktorlar hastaları iyileştirmekte ve hasta olan kişi de 'hasta rol'ünü oynamakta ve iyileşmek için çaba harcamaktadır*<sup>34</sup>. Birer sosyal rol olarak hekim ve hasta olmanın anlamı farklıdır; hekim olmak, seçilmiş, benimsenmiş ve sürekli bir rol, hasta olmak ise istenmeyen-beklenmeyen ve genellikle geçici bir roldür. Bu roller arası zıtlık tıbbi ilişkinin asimetrisine katkıda bulunmaktadır. Hastanın, genel ve sağlığa dair bilgi-bilinç düzeyi ilişkinin asimetrisini ve iletişimin etkinliğini artırma veya azaltma yönünde etki yapmaktadır.

### 2.3.3. 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<sup>52,53</sup>. Doğru verilmiş ve doğru alınmış mesajlar, ilişki sürecinin aksamadan ve verimli olarak gerçekleşmesi açısından önem taşımaktadır. İletişim konusu hem teknik açıdan hem de insani açıdan irdelenmeye açıktır.

Çağımızdaki teknolojik gelişmelerin olumsuz bir etkisi, hasta-hekim ilişkisinin insanî vasfının ikinci planda kalması, hastanın tetkik ve tahlil edilecek, teknik ve tıbbi bilgiler ışığında, bozulan kısmı “onarılacak” bir nesne konumuna indirgenmesidir. Oysa hekim hastayla ilişkisinde, karşısındakinin sadece organlardan ibaret bir beden olmadığını dikkate aldığı ve duygularını, düşüncelerini göz ardı etmediği sürece onu bedenen ve zihnen sağlığa kavuşturabilecektir. Dolayısıyla hekim, hastayı dinleyen, gözleyen, onunla empati kurabilen ve ona tarafsız-önyargısız yaklaşabilen; bunları yaparken de hem sorumluluklarının ve yükümlülüklerinin, hem de medikal açıdan yapılabileceklerin sınırlarını bilen kişi olmalıdır. Hastayla kurduğu ilişkinin iletişim boyutunu önemsemeli, tıbbi ilişkide tarafların kendilerini tam ve doğru olarak ifade edebilmesinin ve birbirlerini tam ve doğru olarak anlamasının koşullarını oluşturmalıdır<sup>52</sup>.

Hasta-hekim ilişkisi her zaman yukarıda anlatıldığı gibi ideal şekliyle mümkün olamayabilmekte ve ilişkinin iletişim boyutu da bu durumdan payını alabilmektedir. İlişkinin karşılıklı olmasına rağmen eşitler arası bir ilişki olmamasının doğurduğu asimetri, hastayla kişinin değil pozisyonunun muhatap olması, hekimin iş yükünün fazlalığı, zamanının azlığı ve meslek jargonunda boğulmuşluğu, hasta ve hekimin farklı kavramlarla ve yaklaşımlarla düşünme alışkanlığına sahip olmasından doğan zihniyet farkı gibi faktörler hasta-hekim ilişkisindeki iletişimi bozabilmektedir.

İletişim sorunu yaratan diğer bir konu, hastanın nihai değerlendirmesini yapıp teşhisi-tedavisi hakkında karar veren hekimin, tıbbi işlemler sürecinin her aşamasında hastaya muhatap olmamasıdır. Ekip çalışması anlayışı çerçevesinde hasta bir dizi farklı sağlık profesyoneliyle karşı karşıya gelmekte, her biriyle ayrı ayrı etkileşmekte; kişi

sayısının artıp ilişki süresinin azalması iletişim açısından olumsuz etki yapmaktadır. Bu düzenekler, hastanın işini çabuklaştırıp hekimin işini kolaylaştırmakla birlikte hasta hekim ilişkisinde gerçek anlamda olması gereken derin ve soluklu iletişimin kurulamamasına da yol açabilmektedir.

Günümüz dünyasında, yazılı iletişim giderek tıbbın gündelik yaşamında daha fazla yer bulmakta; hastalar sağlık profesyonellerinden sözlü mesajlar almanın yanı sıra bilgilendirici-yönlendirici birçok metni de okuyup anlamak ve gereğini yerine getirmek durumunda kalmaktadırlar. Yazılı mesajları alma becerisi, okur-yazarlık bağlamında gelişmiş toplumlarda sorun yaratmamakta ancak yazılı iletişimin pek de “geçer akçe” olmadığı toplumlarda iletişim kopukluğuna yol açabilmektedir. Hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde hastaya sözlü olarak iletilmesine alışılmış hususların da yazılı olarak verilmeye başlanması; mesaj içeriğini eksiksiz verme kaygısıyla yazıya yönelip mesajı sözlü olarak verme sürecinin sağladığı insani yaklaşmanın ihmal edilmesi de konunun iletişim sorunu olarak ortaya çıkabilen unsurlarıdır.

Yakın zamana kadar iletişim becerileri kazanmanın aile ve toplum ilişkileri çerçevesinde enformel ve spontane olarak gerçekleşeceği kabul edilmiş, bu genel yaklaşım sağlık alanı için de geçerli olmuştur. Oysa günümüz dünyasındaki genel kabul iletişim becerilerinin formel eğitimle kazanılması gereken bir unsur olduğu merkezindedir ve tıp müfredatı bu unsuru kapsayacak biçimde yeniden biçimlendirilmektedir.

#### **2.3.4. Ekonomopolitik 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. Tıbbın ekonomik boyutunu önceleyen yaklaşım, sağlık alanındaki işleyişi ve tıbbi ilişkileri biçimlendiren politik düzenlemelere de yansımaktadır. Bu politikalar çerçevesinde doğal ve kaçınılmaz olarak hasta-hekim ilişkisi de tüketici-hizmet üreticisi ilişkisi halini almakta; bu ilişkinin maliyetinin



düşürülmesi ve sağlayacağı kârın arttırılması giderek daha fazla önem kazanmaktadır<sup>14,19</sup>.

Bu genel değerlendirmeden sonra, sorunlu noktalara odaklanan bir bakışla tıbbın ekonomopolitik boyutu hakkında bir dizi saptama yapabiliriz:

Bilimsel ve teknolojik gelişime bağlı olarak, tıbbi hizmetlerin giderek daha yüksek bedelli ve bireysel bütçelerden karşılanamaz hale gelmesi söz konusudur. Bu durumda bir yandan sosyal güvenlik sistemlerinin önemi artmakta diğer yandan sağlık sigortacılığının önü açılmaktadır. Sağlık giderlerinin resmi kanaldan karşılanması bağlamında, maliye bürokrasisi bir yandan tıp uygulayıcıları üzerinde tahakküm tesis etmekte, diğer yandan yurttaşların hastalık durumunda yararlanabilecekleri tıbbi olanakların belirleyicisi-sınırlayıcısı haline gelmektedir<sup>14</sup>.

Tıbbi uygulamaların yürütüldüğü yataklı ve yataksız kurumlarının niteliklerinin, oralarda görev yapan sağlık profesyonellerinin çalışma koşullarının ve kazanç olanaklarının, bu kişilerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim standartlarının dolayısıyla mesleki formasyonlarının ana belirleyicisi de genel siyaset ve onun bir alt unsuru olarak sağlık politikalarıdır. Mutlak yetersizlik veya farklı alanlara öncelik verme nedeniyle sağlık alanına aktarılan ekonomik kaynaklar sınırlı kalabilmekte, bu sınırlılık da söz konusu politikalar üzerinde kuvvetli bir etki gösterebilmektedir. Ekonomik kaynakların sınırlılığı, hasta-hekim ilişkisinin ana belirleyicisi olma konusunda tıbbın çağdaş bilimsel standartlarına alternatifi haline gelebilmektedir<sup>14,49</sup>.

Tıbbi ilişkiyi biçimlendiren siyasi otoritenin kaygıları-yaklaşımları, ister-istemez tıp dünyasının mensuplarına da mal olmakta; onların mesleklerine ve hastalarına bakışlarında kendini göstermektedir. Bu durumda, artı değer ve kar sorunlarıyla meşgul olma konusunda doktor ve işadami arasındaki fark önemli ölçüde azalmaktadır<sup>14,32</sup>.

Geleneksel olarak üzeri örtülü tutulmuş, “vizite”, “şerefiye” gibi kavramların arkasına saklanılmış olan tıbbi özgü ekonomik ilişkinin alenileşmesi ve ön plana geçmesi sonucu hastayı müşteri olarak algılama, tıbbi ve tıp dışı çevrelerde giderek daha fazla benimsenmektedir. Tarafları alıcı ve satıcı olarak niteleyen zihniyet hasta-hekim ilişkisine önemli ölçüde zarar vermektedir. Toplum genelinde ve özel olarak hasta kişilerde böyle bir bakış açısı değişikliği ortaya çıkmasıyla, ödeme gücü veya sosyal güvenlik desteği yeterli olan hasta, satın aldığı tıbbi hizmetin satıcısı

konumundaki hekim üzerinde tahakküm kurma hakkına sahip olduğunu düşünebilmektedir<sup>14</sup>.

### 2.3.5. Hukuki Boyut

Cari hukuku biçimlendirenin siyaset, siyasetin temel belirleyicisinin ise ekonomi olması çerçevesinde, hasta hekim ilişkisinin hukuki boyutunu oluşturan yasal düzenlemelerin bir önceki alt bölümde söz edilen ekonomopolitik boyutun türevi olduğu söylenebilir. Bu alt bölümde anakronik bir seyir izleyip önce günümüz dünyasında hasta hekim ilişkisinin hukuki boyutu sonra da geçmiş çağlardaki hukuksal düzenlemeler incelenmiştir.

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 ve malpraktis, bir yandan hasta-hekim ilişkisiyle ilgili yasal düzenlemelerde diğer yandan hasta-hekim ilişkisinin yargıya intikal ettiği durumlarda anahtar kavramlar haline gelmektedir<sup>22,54</sup>.

Bir yandan sağlık alanındaki ihmaller ve suiistimaller, diğer yandan hastanın özel bir takım hakların sahibi olma kimliğinin önemsenmesi hasta hakları konusunda ayrıntılı düzenlemelerin yapılmasına yol açmıştır. Bu düzenlemeler çerçevesinde hastanın bir nevi tüketici-müşteri oluşu esas alınmaktadır. Hasta hakları merkezli politikalar, hastayı hekimine değil kural koyucuya ve yargıya güvenmeye teşvik etmekte bu da hasta-hekim ilişkisini güven ve işbirliğinden uzaklaştırmaktadır. Bu bağlamda ilişki hastanın hakları ve hekimin yükümlülükleri düzeyine indirgenmektedir. Tıbbi süreçlerdeki aksamaların hak çiğnenmesi olarak değerlendirilmesine yol açan bu gelişmeler, hakkını savunan-arayan kişi olmayı hastanın öncelikli özelliği haline getirmektedir<sup>23,55</sup>.

Hastaların acılarını gidermek ve yaşamını uzatmak amacını güden tıp ve tıbbın uygulayıcısı olan hekim, her şeyden önce hastaya zarar vermemekle yükümlüdür. Ancak, geçmişte olduğu gibi bugün de, hekimin mesleki eylemleri sırasında, öngörülebilir bir başarısızlığa; komplikasyona ya da meslek hatasına-malpraktise bağlı

olarak, hastanın sağlığının kötüleşmesi veya tamamen yitirilmesi gündeme gelebilmektedir.

Hekim, her çağda olduğu gibi günümüzde de, insan sağlığına faydalı olduğu zaman takdir edilmesine karşın, hastasına zarar verdiği anda sorumlu tutulmakta ve cezai yaptırımlarla karşı karşıya kalmaktadır. Hipokrat andında da Hammurabi kanununda da hekimin hastaya zarar vermesini engelleme kaygısının ağır bastığı, yarar sağlamanın ise “olursa iyi olur, ama olmasa da olur” addedildiği görülmektedir.

Yarar sağlama ve özerkliğe saygılı olma ilkelerinin sağlık hukukunun temeline yerleştiği günümüz dünyasında ise, hekim, riskli işlemleri, hastaya yararlı olarak ve hastanın onayını alarak, gerçekleştirmek zorunda olduğundan, eski çağlara göre hukuki açıdan daha çok risk altında bulunmaktadır. Günümüz tıbbının hukuki boyutu çerçevesinde hastanın tedaviyi, hekimin hastayı reddetmesi süreçleri yasal düzenlemelere tabidir. İstek hilafına tedavi uygulanması gibi kimi konularda ise yargı devreye girmektedir.

Hastaların bilinçlenmesi, haklarını arayanların çoğalması, tazminat almanın küçümsenemeyecek bir kazanç kapısı haline gelmesi günümüzde malpraktis isnatlarının çoğalmasına ve yargıya daha sık taşınmasına neden olmuştur. Bu durumu, tıbbın artık sadece sağlık profesyonellerinin ve sağlık alanına yatırım yapan müteşebbislerin geçim kapısı olmanın ötesine geçip hukuk camiası mensupları için de kazanç kaynağı haline gelmesi şeklinde yorumlamak olanaklıdır. Kazanç sağlamak umuduyla-amacıyla açılan davalarda hukuk ve tıp camiaları gereksizce meşgul edilebilmektedir. Böyle gereksizce açılanlar da dâhil olmak üzere tıbbi ilişkinin dava konusu olmasındaki artış, hasta hekim ilişkisinde olması gereken karşılıklı güven duygusunu önemli ölçüde zedeleyebilmektedir.

Malpraktis isnatlarının giderek artması, tıba kendini biçimlendirirken bunlardan koruyucu mekanizmalar oluşturmayı ana unsurlarından biri haline getirme ihtiyacı hissettirmiştir. Hukuk erevesindeki tüm bu yenilikler ve hekimlerin kendilerini hukuksal olarak güvence altına alma isteği, hasta-hekim ilişkisinde de yansımalarını bulmuş, hekimin hastaya daha temkinli yaklaşmasına neden olmuştur. Bu durum her ne kadar hastanın yararına gibi görünse de, hekimlerin risk düzeyi yüksek hastalara müdahale etmeyi reddetmesine ve ileri tetkikleri aşırı derecede talep etmesine de yol açmıştır<sup>43</sup>. Aydınlatma ve onam alma formlarının tıbbın gündelik yaşamının bir parçası

haline gelmesi ve meslek hatası sigortacılığının önünün açılması da tıbbi ilişkinin hukukileşmesinin getirdikleri arasındadır.

Hasta haklarının malpraktisle mücadeleye indirgenmesi yaklaşımının yaygınlaşması bağlamında malpraktisin tuzak bir kavram olduğunu söylemek olanaklıdır. Bu yaklaşım toplumu sistemi sorgulamaktan ve haklarını genişletme arayışına girmekten, daha üst düzeyde tıbbi olanaklara kavuşma çabası göstermekten uzaklaştırmaktadır. Uğranılmış haksızlıkların hesabını sormak kendi adına olumlu bir davranış olmakla birlikte sahip olunan hakları geliştirme arayışının yerine ikame edilmesi halinde olumsuz bir karakter kazanmaktadır.

Sözü edilen tüm hususların sonucu olarak hekimler hukuki olarak kendini güvence altına alma telaşına kapılmakta, yasal düzenlemelerin özellikle biçimsel yönüne özen gösteren bir yaklaşımı benimsemektedir. İnsanlar arası ilişkilerde hukukun ahlaka göre daha öncelikli bir referans haline gelmesi, peşinen güvenme, söze itibar etme gibi geleneksel enstrümanların işlevini zayıflatmaktadır. Yargı sürecinde aklanma-tazminat ödememe güvencesi sağlaması söz konusu olmayan etik ilkeler ikinci plana itilmekte, hasta-hekim ilişkisinin temel referansı olmaktan uzaklaşmaktadır<sup>43</sup>.

Eski çağlarda malpraktise yönelik yaklaşım konusundaki en bilinen örnek Mezopotamya uygarlığından günümüze ulaşan, Hammurabi Kanunu'nda yer almaktadır. Bu kanunda cerrahın hastalarına kör ederek veya öldürerek zarar verdiği durumlar için, hastanın hür bir kişi ya da köle olmasına göre değişen biçimde, sakatlama ya da tazminat ödetme şeklinde yaptırımlar öngörülmüştür. Bu hukuki yaptırımların, dinsel kimliği de olan saygıdeğer okuryazar hekimlere uygulanmayıp, sadece zanaatkâr cerrahlara uygulanması dikkate değer bir husustur.

Bu noktada, diğer eski uygarlıklardaki düzenlemelere de kısaca değinebiliriz:

Mısır'da hekimler, tapınaklarda düzenlenen deney ve uygulamalara dayanan tıp bilgilerini içine alan kitaplar hazırlamışlardır. Bu kitapların kurallarına uygun davranan hekim, hastası iyileşmese de, hatta ölse bile, belli bir prosedüre uyduğu için sorumlu tutulmamıştır. Ancak, kurallardan ayrılma halinde meydana gelen ve istenmeyen durumdan, hekim sorumlu tutulmuştur. Bugün olduğu gibi kurallara uymama kusur kabul edilmiş, hastalar üzerlerinde deneme yapılan nesnelere haline gelmekten korunmak istenmiştir. Hindistan'da ise hekimin sorumluluğu ve kusurunun saptanması bir jüri tarafından üstlenilmiştir<sup>39</sup>.

Eski Yunan'da, hekimin sorumluluğunun temeli ilk olarak Hipokrat ve onu izleyenler tarafından atılmıştır. Burada da, Mısır'da olduğu gibi, hekimin tıbbın belirlenmiş kurallarına uymaması kusur olarak kabul edilmiş ve sorumluluk bu kusurdan kaynaklanmıştır. Sorumluluktan doğan düzenlemeler bağlamında, zararın giderilmesinden çok sorumlunun cezalandırılması unsuru ağır basmıştır. Roma Hukuku'nda önceleri, sorumluluğun cezai ve hukuki ayırımı yapılmamıştır. Fakat sonra bu iki tür sorumluluk birbirinden ayrılıp, kusurdan kaynaklanan hukuki sorumluluk bireysel ve ahlaki bir görünüm kazanmıştır. Zamanın akışı içerisinde kusur, hekimlerin sorumluluğunda temel ve değişmez bir unsur olarak günümüze kadar gelmiştir.

### **2.3.6. Etik Boyut**

Tıp etiği sağlık profesyonellerinin mesleki eylemleri çerçevesinde nasıl davranmaları; nelere dikkat etmeleri nelerden kaçınmaları gerektiği konusunda ilgili bir bilgi alanıdır. Bu alanın iki farklı açılımı bulunmakta; bir yandan ideal veya standart eylemin ne olması gerektiğinin kuramsal-kavramsal olarak irdelenmesi; diğer yandan uygulama alanında eylemleri düzenleyen; yönlendiren ve sınırlayan kuralların biçimlendirilmesi, tıp etiğinin kapsamında yer almaktadır. Hasta ile kurulan ilişkiler bağlamında genel olarak sağlık profesyonellerinin özel olarak tıp doktorlarının bir dizi mesleki eylem gerçekleştirmesi, dolayısıyla bu ilişkinin tıp etiğinin ilgi alanına girmesi hatta bu alanın odağına yerleşmesi söz konusudur<sup>42</sup>.

Tıp etiğinin hasta hekim ilişkisiyle ilgili boyutu, ağırlıklı olarak hekimin hastasıyla ilgili görevlerini, sorumluluklarını belirlemeye yönelik; bir başka deyişle deontik bir karakter arz etmektedir. Hekimin hastasına karşı yükümlülükleri, resmi ve gayri resmi, ulusal ve uluslararası etik kod metinlerinde belirtilmiştir. Bu metinlerden dolayı bir takım çıkarımlar yaparak kural koyan otoritenin veya kuralı oluşturan meslek geleneğinin hastayı nasıl bir varlık olarak gördüğünü belirlemek olanaklıdır. Sözelimi daha eski referanslardaki düzenlemelerin hastayı yardıma-himayeye muhtaç bir kişi olarak görme eğilimi taşıdığı; daha yeni olanlardakilerin ise teşhis ve tedavi süreçlerini biçimlendirme konusunda hekimle eşit durumda bir hasta anlayışını benimsediği söylenebilir.

Tıp etiği çerçevesinde yer alan hekimin hastasına yönelik mesleki eylemini düzenleyen kurallar, hasta haklarını belirleyen düzenlemelerle işlevsel bir bütünlük arz etmektedir. Hasta-hekim ilişkisi hem tarafları hem de toplumun geneli ve yönetim otoriteleri açısından kritik bir önem taşımaktadır. Bu önem nedeniyle ilişkinin aksamadan yürütülmesini sağlamaya yönelik düzenlemeler iki yönlü olarak gerçekleştirilmiş; hastanın isteme-bekleme hakkına sahip oldukları ve hekimin yapmak-yerine getirmek zorunda oldukları ayrı ayrı belirlenmiş ve ilan edilmiştir. Hekimlerin ilişkiyi düzenleyen kuralların kendilerini merkeze yerleştiren bir anlayışla yapılmış olmasını tercih etme eğilimi, hasta haklarıyla ilgili düzenlemelere ve hatta kavramın kendisine soğuk bakmalarına neden olabilmektedir.

Tıp etiğinin kuramsal-kavramsal açılımının hasta-hekim ilişkisi bağlamında gündeme geldiği kimi irdelenmeye-tartışılmaya muhtaç durumlar da bulunmaktadır. Bu durumlarda genellikle hastanın ciddi bir sorunu ve alışılmışın dışında-ötesinde beklentileri veya gereksinimleri olması; hekimin önünde ise hiç biri tam anlamıyla tatminkâr olmayan eylem alternatiflerinin bulunması; kısaca bir klinik tıp etiği ikileminin gündeme gelmesi söz konusudur. Terminal dönem hastaları, anomalili yeni doğanlar, vücut bütünlüğüyle ve fonksiyonlarıyla ilgili geri dönüşsüz ağır kayıplar yaşayanlar, ötanazi ya da canlandırılmama talebinde bulunanlar, yaşamsal öneme sahip teşhis ya da tedavi prosedürlerini reddedenler ve bunların yakınları, hekimleri açık uçlu etik sorunlarla karşı karşıya bırakabilmektedir. Bu durumlarda hekimlerin nasıl bir hasta algısına-kavramına sahip olduğundan öte, insanı ve insan yaşamını nasıl bir değerlendirmeye tabi tuttıkları, nasıl tanımladıkları meselesi de devreye girmektedir.

#### **2.4. Türkiye ve Fransa**

Ülkeler coğrafi ve siyasi birer birim olmanın yanı sıra üzerlerinde yaşayan insanların genel ve ortak niteliklerinin belirleyicisi olmakla da karakterizedir. Ülkelerinin ve ülkesel kültürlerinin hem eseri hem de parçası olan Türk ve Fransız hekimlerin, doğaya-dünyaya-insana ve nihayet hastaya bakışı da doğal ve kaçınılmaz olarak ulusal-ülkesel aidiyetlerinin izlerini taşımaktadır. İki ülke hakkında farklı bilgi notlarının aktarıldığı bu alt bölümün amacı söz konusu izlere netlik kazandırmaktır. Bu

bağlamda ilk olarak iki ülkenin varoluş serüvenleri paralel bir anlatımla özetlenmiş, daha sonra aralarındaki ilişkilere değinilmiş ve son olarak da günümüzde sağlık ve tıp alanındaki durumları hakkında kimi vurgulamalar yapılmıştır.

#### **2.4.1. Geçmişten Bugüne Türkiye**

Ülkelerin üzerlerinde yaşayan insanlarla beraber, tanrılarına ve onların vekili olan hükümdarlarına ait sayıldıkları kadim anlayıştan, üzerlerinde yaşayan insanlara ait sayıldıkları çağdaş anlayışa geçiş oldukça yakın tarihte gerçekleşmiştir. Bu geçişle birlikte günümüzdeki anlamıyla ulus kavramı ortaya çıkmış, hükümdarların yerini alan yöneticiler meşruiyetlerini tanrının vekili olmaktan değil ulus için, ulus adına hareket etmekten alır hale gelmiştir.

Ülkeler ve uluslar günümüzde birebir eşleşmiş-bütünleşmiş halde bulunmaktadır. Bununla birlikte zaman içinde geriye doğru gidildiğinde, eşleşme-bütünleşme öncesinde ulusun öncülerinin başka topraklarda yaşadığı ve ülkenin başka kişilerin yurdu olduğu dönemlere ulaşmak olanaklıdır. Bu bağlamda Türk tarihi Türkiye'nin/Anadolu'nun tarihi olmakla birlikte, aynı zamanda Orta ve Ön Asya'daki Türk boylarının, Türk devletlerinin de tarihidir<sup>56</sup>. Bir başka deyişle, Türkiye'nin ve Türk ulusunun bin yıldan eski geçmişinden söz ederken, konuyu insan ve toprak şeklinde ikiye bölerek ele almak gerekmektedir. Bu alt bölümde söz konusu ikiye bölüş radikal bir şekilde yapılmamış, ülkenin ve ulusun/ulusun öncülerinin geçmişleri arasında bir dizi gidiş geliş yapılmıştır.

Türkoloji henüz çok yeni bir bilimdir ve Türklerin kökeniyle ilgili bilgiler parça parça derlenip birleştirilmiştir. Bu bağlamda Türk tarihinin ne zaman ve nerede başladığı tartışmalıdır. Türklerle ilgili temel tanımlama ölçütü Türk dilidir. Moğollar, Başkırlar, Tatarlar, Kırgızlar, Özbekler, Uygurlar, Oğuzlar gibi Türkçe veya Türkçeye benzer diller konuşan birçok topluluk bulunmaktadır. Türk dilleri en eski uygarlık dillerinden biri olan Ural-Altay dil ailesinin Altay ailesinde yer aldığı bilim adamlarının ortak görüşüdür<sup>57</sup>.

İnsanlık tarihinde önemli bir merkez olan Anadolu, tarih öncesi çağlardan itibaren insanların yaşadığı bir yer niteliği taşımış, tarım devrimine ve ilkel maden işleme teknolojilerine ev sahipliği yapmış, her yönden gelen göçmenleri kabul etmiş, Batı

Avrupa tarihini yapan kültürlerin beşiği olmuş, tek tanrılı dinler buradan yayılmış, olmuş, ilk para burada kullanılmıştır<sup>56</sup>.

Anadolu'nun bilinen en eski sakinlerinden Hititler muhtemelen, Hint- Avrupa kökenli bir kavimdir. MÖ 2000'lerde küçük topluluklar halinde Anadolu'ya gelerek kendilerinden önce kurulmuş küçük krallıkların ve beyliklerin egemenliklerine son vermiş, merkezi bir birlik oluşturmuşlardır. Hitit Devleti zamanla bir imparatorluğa dönüşmüş, MÖ VIII. yüzyılın sonuna kadar varlığını sürdürmüştür.

Çok tanrılı bir dine sahip olan Hititlerde, dinin toplumsal yaşamda önemli bir yeri olmuştur. Hitit ekonomisinin temelini tarım ve hayvancılık oluşturmuş, bununla beraber önemli ölçüde madencilik ve özellikle de gelişmiş demir işleme faaliyetleri de yapılmıştır. Mülk edinme hakkı devlet güvencesine alınmış, köle veya hür herkes mülk sahibi olabilmiş; evlilikler, aile içi ilişkiler ve miras dağıtımı yasalarla düzenlenmiştir. Hititlerde yasaları, Mezopotamya'dakilere göre çok daha insani ve ılımlı olmuştur<sup>58</sup>. Hititler ilişki kurdukları toplumlardan tanrılar da dâhil birçok kültür ögesi almışlar; hem Sümerler'den ve Akadlar'dan aldıkları çiviyazısını ve kendi buldukları resim yazısını kullanmışlardır<sup>58</sup>.

Hititlerin parçalanmasından sonra, MÖ VIII. yüzyılda Orta Anadolu'nun yaylalarına yerleşen Frigyalıların ve sonrasında Lidyalıların, MÖ IX. yüzyılda Van gölü çevresinde devlet kurulan ve varlığını 300 yıl sürdüren Urartuların ve Asurluların egemenlikleri söz konusu olmuştur. Anadolu MÖ 550'lerde Perslerin eline geçmiş, yaklaşık 200 yıl sonrada Perslerin hâkimiyetine Büyük İskender son vermiştir. Büyük İskender'den sonra Anadolu, Roma İmparatorluğu topraklarına katılmış; 1071'deki Malazgirt zaferiyle başlayan süreçte günümüze kadar süren Türk egemenliği kurulmuştur<sup>59</sup>.

Resmi Çin yazmalarında en eski Türklerin Hunlar olduğu söylenmekle birlikte, MÖ VII-III. yüzyıllar arasında Çin'den Tuna'ya kadar uzanan bölgelerde yaşamış, Şaman inancına sahip, bir Orta Asya kavmi olan İskitlerin (Sakalar) ilk Türkler olduğu görüşü de ileri sürülmüştür. MÖ III. yüzyılda ortaya çıkan bir Türk devleti olan Hunlar ilk dönemlerinde Orta Asya'ya egemen olmuş, Kuzey Çin'de sürekli akınlar düzenledikleri için Çinliler Çin Seddi'ni inşa etmiştir. Kuruldukları topraklarda güç kaybettikleri dönemde batıya yönelmişler, Orta Avrupa'nın içlerine kadar ilerleyerek, hükümdarları Atilla'nın önderliğinde buradaki halklarla ve özellikle Romalılarla



savaşmışlardır. Acımasızlığı ile düşmanlarının korkulu rüyası olan Atilla'nın ölümünden sonra dağılmışlar ve Avrupa'dan çekilmişlerdir. İmparatorluklarının tarihi sürekli savaşlarla geçen Hunlar, bozkır kültürüne ve Şaman inancına sadık kalmıştır<sup>60</sup>.

Büyük Hun devletinin 216 yılında parçalanmasından sonra Orta Asya da ki Türk boyları dağınık halde yaşamaya başlamışlardır. Bu boylardan biri olan Göktürkler, 552–742 yılları arasında birçok boyun yönetimleri altında birleşmesiyle oluşan bir devlet kurmuştur. Bu tarihte Türk kelimesini adında kullanmış olan ilk devlettir<sup>56</sup>.

Göçebe topluluklardan oluşan Göktürkler Şaman inancını benimsemiş ve büyük ölçüde de hayvancılık ve tarımla uğraşmışlardır. 38 harften oluşan ilk Türk alfabesini oluşturmuşlardır. Türk tarihinin çok önemli belgeleri olan Orhun Anıtlarını bu alfabeyle yazmışlardır. Göktürk devletinin dağılmasının ardından 745'de Uygur egemenliği güç kazanmış, bu dönemde Türkler göçebelikten yerleşik hayata geçmeye başlamış, tarımsal üretimi geliştirmiş, kendi alfabeleriyle yazılmış kitaplar basmışlardır<sup>61</sup>.

Türklerin yerleşik hayata geçme çabası, bir yandan doğa koşullarının elverişsizliği, diğer yandan Çin'in iç çatışmaları, bölücü hareketleri destekleyen siyaseti nedeniyle pek uzun ömürlü olamamıştır. Türk boyları sürekli olarak batıya göç etmiş, bu göçler esnasında Şaman inancından ayrılıp Budizm, Hristiyanlık ve Müslümanlık gibi dinlere geçişler gerçekleşmiştir<sup>56</sup>.

Doğa güçleriyle etkileşmeye dayalı bir inanç olan Şamanizm, doğa ve doğal varlıklara yakın olan, kendisini doğanın bir parçası gibi gören göçebeler için çok uygundur. Türklerin yerleşik kültürlerle ilişkilerinin yoğunlaşması ve kendilerinin de yerleşik düzene geçmeye başlaması Şaman inancından uzaklaşmalarına yol açmıştır. İlişkilerinin yoğun olduğu dönemde Çin inançlarından etkilenmişler; mistik ve felsefi açılımları olan, insan-doğa, insan-toplum ve insan-insan ilişkilerine etik değerler üzerinden yorumlar getiren, tanrısı, peygamberi, kutsal kitabı olmayan, bu inançları benimsemekte zorluk çekmemişlerdir<sup>62</sup>.

Sonraları Musevilik, Hristiyanlık, İslamiyet ile karşılaşmışlar, en çok etkilenip benimsedikleri İslamiyet olmuştur. İnançla bütünleşmiş bir devlet düzeni ve gaza geleneği sunması İslamiyet'in cazip yönüdür. İslamiyet'in "kılıcı ve kalkanı" olan Türkler imana ters düşecek akıl yürütmelerden uzak durmuş, bilim ve felsefe yapma konusunda pek istekli olmamışlardır. Bu durumla bağlantılı olarak tarihlerini de geniş ve ayrıntılı olarak yazamamışlar, bu işi yabancı tarihçilerin insafına bırakmak

konumunda kalmışlardır. Türklerin düşünsel üretimi daha sözlüden yazılıya uzanan bir edebiyat geleneği içinde gerçekleşmiştir<sup>56,62</sup>.

Bir başka bakış açısından, Müslümanlaşmış Türkler bir yandan Ön Asya’da devlet kurup kentler oluşturup belli ölçüde “ilme-irfana” yönelmiş, diğer yandan askeri güç olarak halife ordularında komutan ve nefer olarak görev yapmışlardır. İslam dinini benimseyerek, küçük gruplar halinde yaşamaktan daha büyük gruplar halinde yaşamaya, toplumsal dayanışma mekanizmaları geliştirmeye ve büyük yerleşim birimleri oluşturmaya yönelmişlerdir. İslamiyet’i benimsemeye “Emevi kılıcı” tehdidi, “Horasan erenleri” manevi etkisi, yerleşik düzene ve güçlü monarşilere geçmenin getirdiği yeni bir din gereksinimi gibi farklı etkenlerin hangi aşamada ve hangi ölçüde devreye girmiş olduğu tartışılan bir konudur<sup>61</sup>.

Büyük çoğunluğunu Oğuz Türklerinin oluşturduğu, Büyük Selçuklu Devleti, XI yüzyıl başlarında Ortadoğu’da Türk egemenliğini başlatmış, Anadolu’nun Türk yurdu olmasına öncülük etmiştir. Selçuklular kendilerinden önce var olan medrese eğitimini belli bir programa bağlamışlar, din konularının, matematik, felsefe, dil ve edebiyat gibi derslerin okutulduğu yeni medreseler kurmuşlardır. Bu dönemde yeni kentler kurularak mimaride ve sanatta önemli gelişmeler sağlanmıştır.

Büyük Selçuklular İslam devleti modelini benimsemiş olmakla birlikte, eski Türk devlet anlayışına uygun olarak ülkeyi eyaletlere ayırma ve bu eyaletlerin başına da hanedan üyelerini getirme gibi uygulamaları da olmuştur. Dağınık bir hükümdarlık yapısına sahip Büyük Selçuklular bir süre sonra, devletin içinde çıkan karışıklıklardan dolayı parçalanmış, hanedan üyelerinin yönetimindeki eyaletler bağımsızlıklarını ilan ederek birçok Selçuklu devleti ortaya çıkmıştır. Bunlardan sadece Anadolu Selçuklu Devleti uzun ömürlü olabilmıştır<sup>56</sup>.

Anadolu Selçukluları, 1071’deki Malazgirt Savaşından sonra Anadolu’ya yerleşmiş ve 1318’e kadar hüküm sürmüş bir Türk devletidir. Müslüman Türklerin, Hıristiyan Rumların, Ermenilerin, Süryanilerin yaşadığı Anadolu, bu devletin egemenliğinde bir Türk yurdu haline gelmiştir. Yaklaşık iki yüzyıl varlığını sürdüren bu devlet kendisinden sonra kurulacak Osmanlı uygarlığının temellerini de atmıştır. Diğer Türk devletlerinde olduğu gibi, devleti yönetme yetkisinin hanedana ait olmasından dolayı, taht kavgaları ve şehzade ayaklanmaları sıkça görülmüştür<sup>59</sup>.

Anadolu Selçukluları döneminde bilime ve sanata önem verilmiş, medreseler kurulmuş, önemli mimari eserler inşa edilmiştir. Anadolu’da bayındırlık harekâtına girişen Selçuklular, ülkeyi birçok camii, kervansaray, han, imaret, köprü, çeşme ve medrese ile donatmıştır. Dinin felsefi açılım kazanması yönünde önemli gelişmeler olmuş, Mevlana Celalettin Rumi tasavvufun temellerini atmıştır.

Osmanlı devletinin kurucusu olan Oğuz boyu, doğudaki baskılardan dolayı batıya göç edip IX. yüzyıldan itibaren Anadolu’ya gelmiştir. Bu boy önceleri Anadolu Selçuklu devletine hizmet etmiş, sonra bağımsızlığını ilan ederek, Selçuklular ve Bizanslılar arasındaki sorunlardan faydalanarak büyümesini sürdürmüştür. Osmanlılar Anadolu’daki diğer beyliklere hakim olmuş, Bizanslılarla giriştiği mücadeleden galip çıkarak İstanbul’u almış ve gücüne güç katmış, doğu Avrupa’yı, Arabistan yarımadasına kadar Ortadoğu’yu, kuzey Afrika’yı topraklarına dahil etmiştir. Bu gelişmeler onu güçlü bir imparatorluğa dönüştürmüştür. Bizans’ın kurumlarını ve Roma imparatorluk geleneğini devralan Osmanlı imparatorluğu uzun süre varlığını sürdürmüştür<sup>63</sup>.

Osmanlı kültürel kimliği, Bizans gelenek, görenek ve tarihi birikiminin Türk ve İslam kültürel birikimleri ile harmanlanıp özgün bir biçime dönüşmüş halidir. Osmanlılar egemen oldukları topraklarda yaşayanlara emniyet ve adalet konusunda güvence vermiş ve geniş ölçüde özerklik tanımıştır. Bir anlamda din, dil ve ırk ayırımından uzak durmuş, böylece bazı ayaklanma girişimleri gerçekleşmiş olsa bile, hâkimiyetini yüzyıllarca sürdürmeyi başarmıştır. Ortaçağ’da Avrupa genelinde Yahudilere ve İspanya’da Müslümanlara karşı yok etme mücadelesi verilirken, Osmanlı devleti Hıristiyan tebaasının huzur içinde yaşamasını sağlamanın ötesinde Yahudilere de sahip çıkmış, kapısını açmıştır. Avrupa’da Fransa’da din savaşları olurken farklı dinler, farklı mezhepler Osmanlı ülkesinde sorunsuz yaşayabilmiştir.

Sultan II. Mehmet’e “Fatih” unvanını kazandıran, 1453 yılında İstanbul’un alınması, Tarihteki en önemli devletlerden biri olan Doğu Roma İmparatorluğu’nu sona erdirmiştir. Osmanlı’nın dünyadaki saygınlığı artmış, İstanbul başkent olmuş ve fethin sonrasında Osmanlı’yı en güçlü konumuna ulaştırmıştır. Fatih Sultan Mehmet, devletin varlığını sürdürmesi için padişaha kardeşini öldürme hakkını veren düzenlemeyi de içeren, hukuk alanında ve maliye alanında Tanzimat’a kadar geçerliliğini koruyacak bir nevi anayasa olan “Fatih Kanunnamesi”ni yapmıştır<sup>64</sup>.

Fatih Sultan Mehmet, İstanbul'u aldıktan sonra, kuracağı devletin Roma İmparatorluğu kadar uzun ömürlü olabilmesi için sağlam bir kurumsal yapıya ve donanımlı devlet adamlarına ihtiyaç olduğuna hükmetmiştir. Roma-Bizans kurumları ve yönetim anlayışı benimsenmiş, saray bünyesinde devlet adamı yetiştiren bir okul kurulmuştur. Bir diğer önemli eğitim kurumu, Fatih'in oğlu II. Bayezid tarafından Galata Sarayı'nda kurmuştur. Osmanlı'nın en önemli kurumlarından biri olan bu okul, bir dönem tıp mektebine ev sahipliği yapmış, son olarak günümüzdeki Galatasaray Lisesi'ne dönüşmüştür.

Osmanlı yüksek öğretim sistemi, ağırlıklı olarak din eğitimi verilen medreselerden oluşmuştur. Üst düzey devlet görevlerine geçiş yapabilmeleri de söz konusu olan medrese hocaları ulema sınıfını oluşturmuştur. İlahiyat, hukuk, edebiyat ve doğa bilimleri okutulan önemli kurumlar olan medreseler, giderek eğitim içeriği açısından yetersiz kalmaya ve eğitim-yönetim anlayışı bakımından yozlaşmaya başlamıştır. Batı tipi üniversite kurma girişimleri XIX. yüzyıl ortalarında başlamışsa da hemen başarılı olamamış; kısa ömürlü üç deneme yaşanmıştır<sup>65</sup>. Ancak XIX. yüzyılın başında, II. Abdülhamit döneminde müstakil olarak eğitim veren kurumlar bir çatı altında toplanarak sonradan İstanbul Üniversitesi'ne dönüşecek olan Darülfünun-u Şahane açılmıştır<sup>65</sup>.

Osmanlı Devleti'nin askeri zaferlerle sınırlarını genişlettiği dönem XVI. yüzyılın sonlarına kadar devam etmiş, hükmedilen topraklar sonraki yüzyılda da korunabilmiş, ancak düşman ülkelerle yapıp kaybedilen savaşlar ve XIX. yüzyıldan itibaren ortaya çıkan milliyetçi ayaklanmalar sınırları daraltmıştır. Tüm bu gelişmelerde Osmanlı hükümdarlarının ve idari-askeri kadrolarının öncekiler kadar başarılı olamaması; ülkenin kendisine denk güçte ülkelerin sınırlarına dayanmış, onlarla savaşmak durumunda kalmış bulunması; batı dünyasının hızlı bir gelişme sürecine girmesi etkili olmuştur. Nihayet değişen dünya düzeninin ortak bir merkeze bağlı ülkeler topluluğu halindeki imparatorluklara var olma şansı tanımaması aşamasında Osmanlı Devleti de tarih sahnesinden silinmiştir<sup>66</sup>.

Osmanlı'nın duraklama ve gerileme döneminde ekonomik sistem için çok önemli olan tımar sisteminin bozulması ve kentlere göç yaşanması, tarımsal üretimin gerilemesi ve nüfus artışının kıtlığa yol açması, eğitim sisteminin bozulması, dünyadaki gelişmelerin gerisinde kalınması gibi olumsuz gelişmeler söz konusu olmuştur. XVI.

yüzyılda, kapitülasyonlarla batı ülkelerine ayrıcalık tanınmış, XIX. yüzyılda batıdan borç alınması başlamış ve giderek mali-iktisadi özerkliğinin yitirmiş, nihayet batı sermayesinin “yarı sömürgesi” durumuna düşülmüştür<sup>67</sup>.

XIX. yüzyılın başında, savaşlarda başarılı olamayan ve hükümdarlar için baskı ve tehdit unsuru haline gelmiş bulunan ordudan başlayarak devlet örgütünü yeniden yapılandırma çalışmalarına girişilmiştir. Bu bağlamda Osmanlının batıyı örnek alarak onunla baş edebilme arayışı ile batının çıkarlarına uygun bir Osmanlı şekillendirmeye yönelik dayatmaları iç içe geçmiş; batı güdümünde ve batıya rağmen batılılaşma gibi iki akımın karmaşık birlikteliği ortaya çıkmıştır. Bu yolda önemli bir dönüm noktası 1839’da ilan edilen Tanzimat Fermanı’dır. Hükümdarın tebaaya, özellikle gayrimüslim tebaaya, bir takım güvenceler vermesi esprisini taşımaktadır.

Tanzimat ve izleyicisi olan fermanlarla ilerleyen hükümdarın yetkilerinin sınırlanması hareketi, 1876’da kısa süre için, 1908’de kalıcı olarak parlamenter düzene geçilmesi; birinci ve ikinci defa “meşrutiyet ilanı” ile devam etmiştir. Osmanlı Mebusan Meclisi, Milli Mücadele döneminde Büyük Millet Meclisi adını kullanarak yönetimi ele almış ve zaferden sonra padişahlık düzenini sona erdirmiştir.

1853–1856 tarihleri arasındaki Kırım Savaşı’nda İngiltere ve Fransa, Rusya’yı Avrupa ve Akdeniz dışında tutmak amacıyla Osmanlı Devleti’nin müttefiki olmuştur. Bu savaş müttefiklerle kültürel ilişkiler kurulmasına zemin hazırlamış olmak ve ekonomiye ciddi bir yük getirmiş bulunmak açılarından önemlidir. Liberal düşüncelerin Osmanlıya girmeye başlaması ve imparatorluk içindeki yabancılara imtiyazlar tanınması savaş sonrasında gelişmelerindedir. Osmanlı Devleti savaşı kazanabilmek için büyük çaplı borçlanmaya gitmiş, zamanla borçlanma alışkanlığının yerleşmesi ve borçların ödenememesi sonucu Düyun-u Umumiye idaresinin kurulmuş ve Avrupalı devletlerin mali denetimi altına girme; bir bakıma yarı sömürge haline gelme söz konusu olmuştur<sup>66,68</sup>.

Aydınlanma Çağı felsefesinden önemli ölçüde etkilenmiş muhalif aydınların ortaya çıkması ve siyaset sahnesinde önemli rol oynaması Osmanlı Devleti’nin son döneminde gerçekleşmiştir. Birinci meşrutiyetin ilanında Jön Türk hareketi, ikincininkinde İttihat ve Terakki Cemiyeti etkili olmuştur. Meşrutiyet düzeninde İttihat ve Terakki partileşerek iktidara gelmiş, sonuncusu I. Dünya Savaşı olan bir savaşlar dizisi Osmanlı topraklarının dramatik şekilde azalmasına yol açmıştır<sup>66</sup>.

I. Dünya Savaşı'ndan mağlup çıkan Osmanlı Devleti, 30 Ekim 1918'de Mondros ateşkes antlaşması imzalamıştır. Bu antlaşma, ordunun terhis edilmesine ve stratejik noktaların işgaline, karışıklık çıkması halinde işgalin genişletilebilmesine olanak tanımıştır. Padişahın ve hükümetin teslimiyet içine girmesine karşılık meclis yaklaşık bugünkü Türkiye sınırlarına karşılık gelen bir bölgenin egemenlik alanı olması yönünde karar almış; Misak-ı Milli'yi kabul etmiştir. Milli Mücadele, işgal altındaki İstanbul'da kapatılan meclisin Ankara'da yeniden açılması ve yürütme organı işlevini de üstlenmesi temelinde yürütülmüş ve başarıya ulaşmıştır<sup>66</sup>.

Savaşı 1922'de fiilen ve 24 Temmuz 1923'de imzalanan Lozan Antlaşması ile de resmen sona ermiştir. Ülkenin uluslararası ölçekte yerini bulmasının ardından devlet yapısı radikal biçimde yenilenmiş; imparatorluktan ulus devlete, teokrasiden laikliğe, monarşiden cumhuriyete geçilmiştir. Sosyal, kültürel, ekonomik yapıda da art arda büyük dönüşümler gerçekleştirilmiştir<sup>66</sup>.

Türkiye Cumhuriyeti'nin İkinci Dünya Savaşı öncesindeki 15 yıllık ilk dönemi, kurucu liderinin yönetimi altında, kuruluşuna zemin sağlayan askeri zaferin ve politik başarının gururunu taşıyarak, toplum geneline yayılmış coşkulu bir ruh hali içinde, sosyal-kültürel-ekonomik olarak radikal dönüşümler yaşayarak geçmiştir. Sermaye sahibi kesimin olmaması ve dışa kapalı bir politika izlenmesi ülkeye yatırım yapacak devletten başka bir yatırımcının bulunmamasından dolayı, bu dönemde ekonomik alanda devletçi bir politika izlenmiştir. Kurtuluş savaşından çıkmış, Osmanlı İmparatorluğu'nun dış borçlarının ödeyen ülkede tarım ana üretim alanı olmayı sürdürmüş, yoksulluğa radikal bir çözüm bulunamamıştır.

Büyük Millet Meclisi döneminde, kurulan sağlık ve sosyal yardım bakanlığı, cumhuriyetin ilanından sonra etkinliklerin arttırmıştır. Erken cumhuriyet döneminde tedavi kurumları yurt ölçeğinde çoğalıp yaygınlaşmış, bulaşıcı hastalıklarla mücadele için özel kurumlar oluşturularak seferber olunmuş, koruyucu hekimliğe önem verilmiş ve bu çerçevede Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün açılmış, uygulama sorunları ile bilimsel gelişmeleri buluşturan milli tıp kongreleri geleneği başlatılmıştır. Hekimler dönemin coşkulu ve idealist yaklaşımına uygun olarak maddi karşılık beklentisini ikinci plana iterek çalışmışlardır.

Yeni kurulmaya başlanan cumhuriyet geleneğinin antitezi olarak beliren din motifini ön plana çıkartan karşı gelenek de bu dönemde biçimlenmiş ve Anadolu'nun

Güneydoğu'sunda bir Kürt ülkesi kurulmasına yönelik ayaklanmaların ilk örnekleri de bu dönemde yaşanmıştır.

İkinci Dünya Savaşı'nın hemen öncesi ile sonrasındaki beş yılı kapsayan dönemde, devletin temel ekonomik güç ve tarımın ana üretim alanı olmayı sürdürmesi ve çağın genel eğilimine uygun olarak tek sesli, karakteri ağır basan bir yönetim anlayışının hayata geçirilmiştir. Türkiye savaş dışı kalmayı başarmış ancak savaştan kaynaklanan yoksunluklardan ve yoksulluktan payını almaktan kurtulamamıştır.

Çok partili siyasal hayata geçildikten sonraki ikinci seçimde iktidar değişikliği yaşanmıştır. Bir yandan içsel dinamiklerle yürütülen yenilenmecî hareketlere karşı duruş sergileyen, diğer yandan ekonomik ve politik olarak, ülkeyi kapitalist türde ilişkilerle yoğun etkileşime girdiren, ekonomik olarak dış ülkelere endeksli hatta bağımlı bir çizgi izleyen bir anlayış yönetime hâkim olmuştur.

Yukarıda söz edilen karşı geleneğin temsilcisi sayılabilecek olan, geçmişi referans göstermekle birlikte geçmişten gelmeyen ve günün ürünü olan bu anlayış geniş halk kitleleri tarafından benimsenmiş ve iktidarını günümüze kadar sürdürebilmiştir.

Hiçbir zaman tam anlamıyla rahat olmayan ekonominin zaman zaman arz ettiği kriz durumları; aralarındaki ideolojik farklılıklar giderek silikleşip toplumsal olanaklardan öncelikle kendi yandaşlarını yararlandırmak ortak paydasında birleşen siyasal partilerin yol açtığı yasama-yönetim krizleri; toplumun farklı eksenlerde gösterdiği ayrışmalar ve ayrışan gruplar arası çatışmalar; her biri kendince bir karakter taşıyan, zaten bir türlü yerleşememiş ülke demokrasisinde kesintiler yapan bir dizi askeri darbe; toplum genelinde tutumları ve davranışları, değerleri değil çıkarları gözeterek biçimlendirme eğiliminin kuvvet kazanması, son elli yılın çarpıcı unsurları olmuştur.

#### **2.4.2. Geçmişten Bugüne Fransa**

Bugünkü Fransız ulusunun kökenini, diğer uluslarda olduğu gibi, birçok etnik grup oluşturmuştur. Bu etnik grupların “kuzeyli barbarlar ve güneyli uygarlar” şeklinde genellenerek ifade edilmesi de, Galyalılar, Keltler, Franklar ve diğerleri şeklinde tek tek sıralanması da olanaklıdır.

Romalıların Gali dediği Galyalı Keltler, MÖ XV. yüzyılda kuzeyden gelip güneye ve batıya yönelerek bugünkü Fransa ve İtalya topraklarına girmiş, Akdeniz kıyılarına kadar ulaşmışlardır<sup>69</sup>. Bu topraklarda MÖ II. yüzyıl başlarından itibaren, 500 yıl boyunca sürecek Roma egemenliği altına girmiştir. Roma İmparatorluğu'nun zayıflaması ve yıkılması sonrasında da barbarların istilasına uğramıştır.

Bu istilacılardan, Germen asıllı bir halk olan ve Baltık'tan geldikleri sanılan Franklar baskın çıkmış, bölgeye egemen olmuştur. Çiftçilik teknikleri yetersiz olmasına karşılık, demir işçiliğinde usta olan Franklar uzun boylu, sarı saçlı, yün veya deri bot giyen, belden yukarısı çoğunlukla çıplak, yağmacılığı doğal bir geçim aracı sayan "barbar" bir halk olarak tarihe geçmiştir<sup>70</sup>.

Putperest (payen) olan Franklar, önceleri Hıristiyanlığı kabullenmekte zorlanmış olsalar da bir süre sonra, Hıristiyanlığı kabul ederek (MS 496) Katolik Kilisesi'nin desteğini sağlamış ve Batı Avrupa'nın en güçlü Hıristiyan krallığını oluşturmuşlardır<sup>69</sup>.

Franklar ülkesi anlamında olan Latince Francia adı, IV. yüzyılda kullanılmaya başlanmıştır. Fransa İmparatorluğu VIII. Yüzyılda Charlemagne döneminde, Fransız kimliği ise Orta Çağ'da ortaya çıkmıştır. İmparatorluk IX. yüzyılın ortalarında dağılmıştır. Frankların diğer haklarla kaynaşmış, Frank adı anlam genişlemesine uğrayarak kitlenin tümünü ifade etmek üzere kullanılır hale gelmiştir.

Ortaçağın ilk dönemi olan IX. yüzyıl ortalarında, Viking ve Müslüman akınlarının yarattığı korku ortamında Fransa'da toplumun çözülmesini engelleyen tek güç Hıristiyanlık olmuştur. Bu karışıklık ve şiddet döneminde Hıristiyanlık, organize olmuş manastırların da yardımıyla toplumun her tabakasında dayanışmanın yaşanmasına yol açarak, feodal beyler arasında ki çatışmaların durulmasını sağlamıştır. Skolâstik düşünce ve yeni eğitim kurumları bu dönemde gelişmiştir. Yine bu dönemde, dük ve kontlar, tarımı kendine yeter tarzda örgütleyerek ülkenin en geniş topraklarını sahip olmuş, feodalite güçlenmiş, Paris'i çevreleyen küçük bir bölge dışında merkezi otorite zayıflamıştır. X. yüzyıl başlarında da şatolar inşa eden, kendi savunma sistemini geliştiren feodal beyler giderek özerk yönetim birimleri oluşturmuşlardır.

XI. yüzyıldan itibaren, doğuda Türklerin tehdidi altında zor durumda olan Bizanslılara yardım, doğunun zenginliklerini vaat ederek ekonomik problemlerden dolayı yoksullaşan Avrupalıları umutlandırma ve kutsal topraklara hakim olan Müslümanları buradan çıkartma amacıyla Haçlı Seferleri düzenlenmiş ve birçok Fransa



kralı da bu seferlere destek vermiştir<sup>71</sup>. Türklere büyük zararlar veren, Avrupalılar için önemli ticari kazançlar sağlayan bu seferler her iki tarafta da çok büyük kayıplara yol açmış ama bir yandan da Müslüman ve Hıristiyan halkların karşılaşp tanışmasına ve birbirlerine daha hoşgörölü bakmasına neden olmuştur<sup>58</sup>.

Ortaçağın sonuna doğru Fransız hükümdarlar, iktidarlarının mistik yönünü bir tarafa bırakarak devlet kavramını siyasi faaliyetlerinin ana unsuru yapmışlardır. Fransa kralları savaşların ağır maliyetini karşılayabilmek için vergi yüklerini arttırmışlar kendi konumlarını güçlendirmek için kiliseyi, aristokratları ve yerel birim temsilcilerini toplantıya çağırarak meclisin (Etats-Généraux) temelini atmışlardır.

XIV ve XV. yüzyıllarda İngiltere ve Fransa arasında Yüzyıl Savaşları (1337–1429) olmuştur. Bu uzun ve yıpratıcı savaşlar, Fransa'da nüfusun neredeyse üçte birini yok etmiş ve bu dönemlerde ortaya çıkan büyük veba salgını (1348–50) ve paralı askerlerin oluşturduğu haydut çeteleri, tarımsal üretimin büyük ölçüde gerilemesine de yol açarak ciddi bir açlık sorunu yaşanmasına neden olmuştur.

XV. yüzyılın sonunda başlayan Rönesans döneminin devamında din alanında da yenilikleri savunan görüşler ortaya çıkmıştır. XVI. yüzyılın başlarında Lutherci görüşler Fransa'da yaygınlık kazanmış ve özellikle yoksul kesimlerce benimsenmiş bu da Katolik kilisesinin tutumunu sertleştirmesine yol açmıştır. 1562–1598 tarihleri arasında, Fransız Protestanları ile onları ve her türlü reform hareketini düzen için tehdit olarak gören Katolikler arasında Fransızları bölen şiddetli din çatışmaları yaşanmıştır. Kralların ve kraliçelerin bile önleyemediği bu savaşta çoğu Protestan yüz binlerce kişi ölmüş; geriye harabeye dönmüş yüzlerce köy ve kasaba, bölünmüş kontrolden çıkmış Fransız soylular sınıfı, sarsılmış devlet otoritesi kalmıştır. 1598'de yayımlanan Nantes Fermanı ile Protestanlara dinsel ve siyasal özgürlük tanınmış ama bu haklar bir türlü yaşama geçirilememiş, devletin izlediği baskı siyaseti yüzünden 400 binin üstünde Protestan Fransa'yı terk etmek zorunda kalmıştır. Protestanlar dinsel ve siyasal özgürlüklerine ancak 1789 Fransız Devrimi sonrasında kavuşmuşlardır.

XVII. yüzyıl Fransa için parlak bir dönem olmuş; başarılı bir dış politika izlenmiş, denizaşırı ülkelerdeki Fransız ticaret şirketlerine ayrıcalıklar elde edilmiş ve sömürge ticareti geliştirilmiş, sınırlar genişletilmiş, donanma güçlendirilmiş, Avrupa'da da güç ve söz sahibi bir ülke durumuna gelmiştir. Mutlak iktidarın simgesi olan ve "Güneş Kral" olarak anılan XIV. Louis, Tanrı'nın yeryüzündeki temsilcisi olduğuna inanmış ve

kendisine başkaldırıyı günah saymış, soylulara verilen ekonomik ayrıcalıkları ve kiliseye tanınan hakları dokunulmaz kılmıştır. Soylular topraklarını ve haklarını genişletirken, köylüler ve emeğiyle geçinenler daha da yoksullaşmıştır.

*XVII. yüzyılın sonlarına doğru Avrupa’da devrim niteliğinde bilimsel gelişmeler olmuş, uygarlık, ortaçağ eski uygarlığının otoritesi altında yeniden inşa edilmişti. Bir yandan Kutsal Kitap ve Kilise, ruhsal konularda Tanrı’nın arzusunun insanlara bildirmekte, öte yandan eski uygarlığın biraz daha az zorlayıcı olan laik mirası da ilerlemeye karşı, çağın insanının kapasitesini açıkça aşan saygılı bir davranış telkin etmekteydi. Reform hareketinin doğurduğu Protestan Kilisesi İncil’i sorgusuz sualsiz Tanrı’nın sözü olarak kabul ediyordu. Rönesans kültürü eski otoritenin boyunduruğuna zaten kendi isteği ile teslim olmuştu. Otoriteyi kabullenmeye olan istek XVII. yüzyıla kadar egemen bir tavır olmaya devam etti. Bu boyun eğici tavır XVII. yüzyılın sonuna gelindiğinde kaybolmuş ve Avrupa düşüncesi Aydınlanma felsefesinin temel özelliği olan katıksız iyimserliğe doğru hızla ilerlemeye başladı. Bilim otoritenin reddinde ileri giderek bunu başarmış, yeni otoritenin merkezine insanı oturtmuştu<sup>72</sup>.*

Avrupa’da üniversiteler, Aristotelesçi felsefi bilgi birikimini aktaran birer öğrenim merkezi olarak ortaya çıkmıştır. Ortaçağ’dan XVII. yüzyılın sonuna kadar Avrupa’da üniversiteler sistemli bir değişikliğe uğramamış, bu durumu telafi için eğitim amaçlı olmayan, bilimi entelektüel olduğu kadar toplumsal bir olgu haline getiren üniversite dışı örgütler kurulmuştur. Bilimsel dernek de denilebilecek olan bu örgütlerin Fransa ayağında kurulan Mersenne sadece Fransızların değil bütün Avrupa’da bilim adamlarının haberleşme noktası olmuştur<sup>72,73</sup>.

Galileo’nun Discourses ve Descartes’in Felsefe Üzerine Düşünceler kitapları bu örgüt aracılığıyla yayımlanmıştır. 1635’de Fransız dili ve edebiyatı üzerine çalışmalar yapılan Académie Française (Fransız Akademisi) ve 1650’de de Fransız biliminin merkezi haline gelen Montmor Akademisi kurulmuştur. Bu oluşumlarda bilimsel çalışmaların yanında Aristotelesçi felsefe anlayışına karşı çıkan ciddi propaganda çalışmaları da yapmışlardır. 1666’da XVI. Louis tarafından Académie Royal des Sciences (Kraliyet Bilimler Akademisi) kurulmuştur. Bu akademide çalışanların maaşları krallık tarafından ödenmiş, özellikle bilimsel araştırmalara önemli destekler verilmiştir. Bu dönemde Fransa Avrupa’da bilimin öncüsü konumunda olmuştur<sup>74</sup>.

XVII. yüzyılın sonlarından XVIII. yüzyılın sonlarına kadar Avrupa’da, düşünce alanında köklü bir değişim yaşanmış, felsefe, siyaset ve edebiyat alanında “aydınlanma” denen akım ortaya çıkmıştır. Bu düşüncenin öncüsü filozoflara “aydınlanmacı filozoflar”, çağa da “aydınlanma çağı” denilmiştir. Aydınlanma çağında, Fransız aydınları, aklın ve bilimin, özgür koşullar altında dine gerek bırakmayacak yeni bir dünya görüşü için yeterli olduğunu vurgulamış ve laik dünya görüşünün batıya yerleşmesi için çaba sarf etmişlerdir. 1751–1765 yılları arasında, Diderot’nun yönettiği ve Voltaire, Montesquieu, Rousseau, Turgot, Condillac gibi Fransız filozoflarının yazdığı, bütün insan bilgisiyle çağın bütün fikirlerini ortaya koymayı amaçlayan, dönemin dünya görüşünün geniş bir sentezi olan, 21 ciltlik Encyclopédie (Ansiklopedi) yazılmıştır<sup>75,76</sup>.

Aydınlanma sürecinin önemli bir unsuru, Fransız felsefesinin en önemli akımlarından biri olan, bilimlerden önemli ölçüde yararlanmayı, eleştirici, maddeci ve devrimci olmayı öneren akılcılığın (rasyonalizm) doğmasıdır. Bu çerçevede, Voltaire eleştirici düşünceyi, Montesquieu ve Rousseau da siyasi felsefeyi temsil etmiştir. Aydınlanma devrinde devletin görevinin, bireylerin hak ve özgürlüklerini korumak olduğu kabul edilmiştir. Aydınlanma devri siyasî görüşleri, yeni bir sosyal düzenin kurulmasına, devletlerin laik ve demokratik bir yapı haline gelmesine zemin hazırlamış; Fransız devriminin düşünsel altyapısını sağlamışlardır. Özellikle, Montesquieu ve Rousseau 1789 Fransız Devrimi’nin en önemli hazırlayıcıları olmuşlardır<sup>76,77</sup>.

Düşün dünyasında bunlar olurken, varlıklı burjuvazi ekonomik gelişmişliğine uygun bir politik güç istemeye başlamış; halkın ekonomik ve özgürlüklerle ilgili sorunları artmış; savaş harcamaları, giderek artan saray masrafları ve bazı kolonilerin kaybedilmesi nedeniyle monarşi mali yönden zayıflamıştır. Tüm bunlar ülkeyi iç karışıklığa sürüklemiştir. Soylular ile burjuvazi, toprak sahipleri ile köylüler arasındaki karşıtlıklar giderek büyümüş ve kralın mutlak egemenliğinin yerine ulusun egemenliğini geçirme düşüncesi yaygınlaşmıştır<sup>78</sup>.

Böylece bir parlamento oluşturulmuş, orta sınıf ve özellikle varlıklı burjuvazi bir anayasa hazırlanarak monarşinin yetkilerinin sınırlandırılması için girişimde bulunmuş ama XVI. Louis bunu kabul etmemiştir. Orta sınıf halkın diğer kesimlerini de peşine takarak 14 Temmuz 1789 günü Bastille hapisanesine saldırmıştır. Hapishane ele

geçirilip mahkûmlar salınmış ve böylece Fransa tarihinin en büyük halk ayaklanması olan ve bütün dünyada yankılar uyandıran 1789 Fransız Devrimi gerçekleşmiştir<sup>79</sup>.

1791 yılında İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi yayımlanmış, kanunları hazırlamak, bütçeyi tasdik etmek ve hükümetin icraatını kontrol etmek görevleri meclise verilmiş ve 1792'de de krallık sona erdirilip (Birinci) Cumhuriyet ilan edilmiştir. Fransız Devrimi sırasında dönemin Fransa kralı XVI. Louis, eşi Marie Antoinette ve yandaşları öldürülmüş, Fransa, kralını ve eşini öldüren nadir ülkelerden biri olarak tarihe geçmiştir<sup>79</sup>.

Fransız devriminin ülkede ve dünyada çok ciddi sonuçları olmuştur. Evrensel sonuçları bakımından Yeniçağ'ın sonu, Yakınçağ'ın başlangıcı olarak kabul edilmiş; gücünü tanrıdan aldığı iddia edilen krallıkların yıkılabileceğinin görülmesiyle mevcut monarşilerin geleceği tehdit altına girmiş; eşitlik, özgürlük ve adalet ilkeleri yaygınlaşmaya başlamıştır. İnsan Hakları Bildirgesi Fransızlar tarafından dünya çapında bir metne dönüştürülmüş, demokrasi bir devlet rejimi olarak gündeme gelmiş, milliyetçilik akımı dünyaya yayılarak çok uluslu imparatorlukların parçalanmasına yol açmıştır<sup>79</sup>.

Ülke içi gelişmeler bağlamında ise, ekonomik ve askeri sorunların ülkenin iç dinamikleri bozması, General Napoleon Bonapart'ın 1799 yılında darbe yaparak idareyi ele geçirmesi ve tek söz sahibi olduğu büyük Fransa imparatorluğunu kurması söz konusudur. Bu dönemde Napoleon'un Avrupa'daki seferlerinin yanı sıra dünyanın değişik yerlerinde birçok koloniler kurmaya başlayan Fransa, XIX. ve XX. yüzyıllarda Büyük Britanya'nın ardından dünyanın ikinci büyük sömürge imparatorluğu olmuştur.

Napoleon'nun iktidarı sona erdiğinde, XVIII. Louis tahta çıkarak 1848 yılına kadar sürecek olan krallığı ilan etmiştir. Bu krallık, Parisli devrimcilerin mücadelesiyle son bulmuş ve İkinci Cumhuriyet ilan edilmiştir. Bu dönem cumhurbaşkanlığına getirilen Louis Napoleon Bonapart'ın (Napoleon III) 1852'de kendini İmparator ilan etmesiyle çok kısa sürmüştür<sup>80</sup>.

İmparatorluk da Napoleon III'ün Prusya karşısında yenik düşüp İngiltere'ye gitmesiyle sona ermiştir. 1870'te Prusya-Fransa savaşı esnasında, devrimcilerin hem Paris'i kuşatan Prusya'ya hem de İmparatorluğa karşı verdikleri mücadele sonucunda Üçüncü Cumhuriyet kurulmuş, meclis seçilmiş, anayasa yapılmış, laiklik, ücretsiz ve zorunlu eğitim, basın özgürlüğü, dernek kurma ve toplantı özgürlüğüyle ilgili temel

yasalar çıkartılmıştır. Ancak kurulan hükümet ülkede ekonomik ve politik sorunlara çözüm bulamamış üstelik Paris'i Prusya'ya teslim etmiştir<sup>80</sup>.

Cumhuriyetçi hükümet, kuşatma sırasında silahlandığı işçileri ve ulusal muhafızları silahsızlandırmaya girişmiş ama işçiler tezgâhlarına geri dönmeyi ve silahlarını ellerinden bırakmayı reddetmiştir. Parisli direnişçiler silahlara el koyarak hükümetin ihaneti ve başarısızlığı karşısında kamu işlerinin idaresini kendi ellerine almak, devlet iktidarını ele geçirerek kendilerini kendi kaderlerinin efendisi kılmak isteği ile hükümete başkaldırmıştır. 18 Mart 1871 de işçilerle hükümet birlikleri arasında ulusal muhafızların desteği ile işçilerin galip geldiği bir çatışma olmuştur. 1871 yılının 18 Mart–27 Mayıs tarihleri arasında yönetime el koyan ve bir devrim hükümeti niteliğinde olan “Paris Komünü” ortaya çıkmıştır.

Paris Komünü tek bir blok halinde birleşmiş olan işçilerin, hükümetin askeri gücü tarafından kuşatılıp diğer ayaklanmış olan şehirlerdeki halkla bağlantılarının kesilmesi, komün içerisindeki çok sesliliğin hareketi engelleyecek düzeyde fazla olması, komünün çekişken davranıp ele geçirdiği parasal olanakları kullanmaması ve onları kendisine karşı kullanacak olan hükümetin inisiyatifine bırakması gibi nedenlerle trajik bir şekilde sona ermiştir. Dönemim en önemli politik olaylarından biri olarak kabul edilen komün, katılımcı demokrasi temelindeki bir sistem üzerinde yükselen özgür bir toplumun ilk örneği olarak görülmüş, daha sonraki devrimci hareketlere ilham kaynağı olmuştur<sup>81</sup>.

XIX. yüzyılın sonları ile XX. yüzyılın başlarında, Fransız devriminin siyasi ve sosyal hayatta yaptığı önemli değişiklikler dünya ölçeğinde etkisini göstermeye başlamış, özellikle milliyetçi akımlar güçlenmiştir. Bu dönemde sanayileşmeye paralel olarak sömürgecilik artmış, ham madde ve pazar arayışı hızlanmıştır. Büyük devletlerin çıkar çatışmalarının yol açtığı hızlı silahlanma I. Dünya Savaşı'na (1914–1918) ortam hazırlamıştır. Fransa, İngiltere ve Rusya ile müttefik olarak savaşa girmiş, savaş müttefiklerin galibiyetiyle bitmiş olmasına rağmen çok büyük zarar görmüştür. 1915 yılında 800 bin, 1916 yılında da 500 bin insan kaybetmiştir<sup>81</sup>.

I. Dünya Savaşı sonunda kurulan dengelerin stabil olmaması 1939 da başlayan II. Dünya Savaşı'na yol açmıştır. Bu savaş sırasında kötü bir dönem geçiren Fransa 1940'ta da Almanya'nın işgaline uğramış ve Üçüncü Cumhuriyet devri kapanmış, Almanlarla işbirliği yapan Mareşal Petaine'in başkanlığında totaliter bir rejim kurulmuştur<sup>81,82</sup>.

Fransa Alman işgalinden kurtuluşundan sonra, halk oylamasıyla anayasasına kavuşmuş ve 1946 yılında Dördüncü Cumhuriyet kurulmuştur. Dördüncü Cumhuriyet döneminde ülke ciddi bir iç istikrarsızlığa sürüklenmiştir. Siyasi partiler arası anlaşmazlıklar, kısa ömürlü olan ve sorunlar karşısında aciz kalan hükümetler, parlamentonun zayıflaması ülkeyi bunalıma sokmuştur. Tüm bu sorunların yanı sıra Cezayir savaşından dolayı iç savaşa doğru sürüklenen Fransa'da, yarı başkanlık düzeni olarak kabul edilen rejime geçilmiş; cumhurbaşkanının yetkilerini arttıran bugünkü anayasa halk oylamasıyla kabul edilerek 1958 yılında Beşinci Cumhuriyet kurulmuştur. Alman işgalinde Fransız direnişçilerin lideri olan General Charles de Gaulle cumhurbaşkanı seçilmiştir<sup>81</sup>.

1960'lara kadar ciddi ekonomik kalkınma içerisinde olan Fransa'da çalışanların ülkenin kalkınmasında pay alma ve demokratik haklarını genişletme yönündeki talepleri, öğrencilerin de daha fazla özgürlük ve demokrasi istemeleri, uluslararası yankılar uyandıran, genel grevlere ve 1968 işçi-öğrenci olaylarını neden olmuştur. Bu olaylar Fransızlara, ekonomik hak kazanımlarının yanında, toplumsal yaşamın birçok alanında devrim niteliğinde bir dizi hak ve özgürlük getirmiştir. Günümüz dünyasında Fransa, gelişmiş ülkeler sınıfında yer alan, önemli bir ekonomik güce sahip olan, nükleer enerji üretim ve kullanım olanakları bulunan bir ülkedir.

### **2.4.3. Türk-Fransız İlişkileri**

#### **2.4.3.1. Sosyopolitik İlişkiler**

Türk-Fransız ilişkileri 1484 yılında Osmanlı elçisinin Fransa'yı gidişi ile başlamış, Napoleon'un Mısır seferi (1798–1801) I. Dünya Savaşı dönemlerinde kesintiye uğramasının dışında, bugüne kadar devam etmiştir. Fransa'nın bir ülkeyle kurduğu en uzun tarihli diplomatik ilişki durumundadır. Son yıllarda Fransa'nın Türkiye'nin Avrupa Birliğine üyeliğine karşı çıkması ve Ermeni soykırımını resmen tanıması yüzünden ilişkide sorun yaşanmaktadır<sup>83</sup>.

XVI. yüzyılda Fransa İngiltere ile girdiği Yüzyıl Savaşları'ndan henüz kurtulmuşken sınırlarını genişletme çabasına girerek İtalya'yla savaşa girmiştir. Bu

savaşta tek başına başarılı olamayacağını anlayan Fransa kralı I. François Kanuni Sultan Süleyman'dan yardım istemiştir. Kanuni Sultan Süleyman yönetiminde en güçlü dönemini geçirmekte olan 1521 de Belgrat'ı, 1522 de Rodos'u alarak Doğu Avrupa'ya kadar ilerlemiş bulunan Osmanlı, 1525'te de Fransızların yardımına koşmuştur. Osmanlı'nın bu yardımı Fransa'yı zor bir dönemde parçalamaktan kurtarmıştır<sup>83</sup>.

Osmanlılar ve Fransızlar arasında 1536'da, Hıristiyan ve Müslüman taraflar arasında yapılan ve bir nevi devletler hukuku kurulmasının yolunu açan bir antlaşma imzalanmıştır. Bu çerçevede iki ülke arasındaki dostluk ve ticaret ilişkilerini düzenlenmiş, Fransızlara kapitülasyon olarak adlandırılan bir takım ayrıcalıklar tanınmıştır. Kapitülasyonlarla Fransız bayrağı taşıyan tüm gemilere, Osmanlı egemenliğinde bulunan bütün limanlarda serbestçe ticaret yapabilme hakkı verilmiştir. Ayrıca, Osmanlı topraklarındaki Katoliklere ibadet özgürlüğü, Fransız Konsoloslarına kendi vatandaşlarını yargılama yetkisi verilmesi gibi hükümler de bulunmaktadır.

Devam eden yıllarda kapitülasyonlar birçok kez yenilenmiş, en son yapılan düzenlemede Fransa'ya tanınan haklar daha iyice genişletilmiş ve diğer batılı ülkelere de tanınmıştır. Böylece Osmanlı sınırları içerisindeki yabancı devletlere çok geniş ticaret yapma olanakları sağlanmıştır. Kapitülasyonlar, zayıfladığı dönemde Osmanlı Devleti'nin bağımsızlığını tehdit eder hale gelmiştir<sup>66</sup>.

XV. Louis ile I. Mahmut arasında 1740 ta yapılan antlaşma Türk-Fransız ilişkilerinde yeni bir devir açmıştır. Bu antlaşmayla Fransız tebaasına verilen hak ve imtiyazlar genişletilmiş, Birinci Mahmut, hem kendi hem de kendinden sonra gelecek padişahlar adına bir dizi yükümlülük altına girmiştir<sup>66</sup>.

III. Selim dönemine kadar Osmanlı padişahları ile Fransa kralları arasındaki dostluk ilişkileri devam etmiştir. Hatta III. Selim daha tahta çıkmadan, 1786-1789 yılları arasında son Fransa kralı olan XVI. Louis ile mektuplaşmıştır. Ancak Fransız Devriminden sonra işbaşına geçen Napoleon Bonapart'ın Mısır ile ilgili hedefleri Fransa'nın Osmanlı Devleti'yle olan ilişkilerinin bozulmasına yol açmıştır. Fransızlar Mısır'ı ele geçirmeyi başaramayarak Osmanlı Devleti'yle 1801'de El-Ariş Antlaşması'nı imzalamışlardır<sup>83</sup>.

Bu antlaşmadan sonra Osmanlı-Fransız ilişkileri tekrar düzelmiştir. Napoleon Savaşları sırasında Osmanlı Devleti, İngiliz ve Ruslara karşı Fransızları desteklemiştir. İyi ilişkiler XIX. yüzyıl boyunca devam etmiş; iki ülke Kırım Savaşı'nda aynı safta yer

almış, savaşın sonunda imzalanan Paris Antlaşması Osmanlı Devleti Avrupa sistemine entegre olmuştur<sup>68,83</sup>.

I. Dünya Savaşı'nda iki taraf farklı cephelerde savaşmışlar ve Osmanlı Devleti'nin yenilmesiyle birlikte Anadolu'yu işgal eden ülkeler arasında Fransa da bulunmuş, o güne kadar azınlıkları çıkarları doğrultusunda manipüle eden Fransa bu konudaki tutumunu daha açık bir şekilde hayata geçirmeye başlamıştır. Özellikle Çukurova'da ve Güneydoğu Anadolu'da Ermenilerin katliamlar yapmasına göz yumarak, savaşın yarattığı sorunlara yeni bir boyut eklemiştir. Buna karşılık Fransız Hükümeti'nin Büyük Millet Meclisi yönetimi ile 20 Ekim 1921'de Ankara Antlaşması'nı yaparak işgal ettiği bölgelerden çekilmesi, ikili ilişkileri olumlu bir hale getirmiştir. İki ülkenin Hatay konusundaki ihtilafı Türk tezi doğrultusunda çözüme gidilmesiyle aşılmış, II. Dünya Savaşı sonrası iki ülkenin NATO bünyesinde bir araya gelişi ilişkileri daha da güçlenmiştir<sup>83</sup>.

Yakın geçmişte ise Fransa Meclisi'nin 2001 yılında I. Dünya Savaşı döneminde Türkiye'nin Ermeni soykırımını yaptığı iddiasını kabul etmesi ilişkileri germiştir. Buna ek olarak Fransa Meclisi 12 Ekim 2006 tarihinde, "Ermeni soykırımının inkârının suç sayılması"nı ve ihlal edenlere bir yıl hapis ve 45.000 Euro para cezası verilmesini öngören yasayı kabul etmiştir. Türkiye bu olayı sert bir dille kınamış ve bazı yaptırımlar uygulayacağını açıklamıştır. Resmen olmasa da sivil toplum kuruluşları düzeyinde ekonomik boykot kararı alınmıştır. Fransa'nın Türkiye'de tepki alan bir yaklaşımı da Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliğine sebatla karşı çıkmasıdır.

Türk-Fransız ilişkilerinin kültürel boyutuna ait ilginç hususlar olarak, Osmanlı'nın tüm Avrupa için tehdit unsuru olduğu dönemden kalma, "Türk kafası", "Türk gibi tütürmek", "Türk gibi kuvvetli" gibi olumsuz-yarı olumlu anlam yüküne sahip Fransızca deyimler; Avrupa'ya Türkler tarafından tanıtılan kahvenin satıldığı mekânların Fransız başkentinin karakteristik özellikleri arasında yer alması; Fransızların Türklerden öğrendikleri yoğurdun Türkiye'deki büyük üreticilerinden birinin bir Fransız firması oluşu sıralanabilir.

Tez çalışması açısından bu ilişkinin üzerinde durulmaya değer yönü ise Fransız Devrimi'nin ve onun düşünsel altyapısının Türkiye ve Türkler üzerindeki etkileridir. Fransız devriminin bir ürünü olan milli devlet anlayışı hem Osmanlı Devleti'nin parçalanmasında, özellikle Balkanların bağımsızlaşmasında ve Ermeni isyanlarında,



devreye girmiş hem de Türkiye Cumhuriyeti'nin ideolojik zemininin ana unsuru olmuştur. Devrimi hazırlayan aydınlanma düşüncesi ve onun getirdiği laik devlet anlayışı da bu ideolojik yapının biçimlenmesinde rol oynamıştır. Türkiye, Fransa ve Rusya ile birlikte anayasasında devletin laik niteliğine vurgu yapan üç ülkeden biri olmuştur<sup>79,83</sup>.

Devrimle bağlantılı düşünce akımlarından etkilenme cumhuriyet öncesi dönemde de söz konusu olmuştur. Tanzimat ile kapılarını batıya açan Osmanlı Devleti'ne giren felsefe akımları, batı kültürüne aşina aydınlardan ilgi görmüştür. Namık Kemal, Şinasi ve Ziya Paşa gibi Osmanlı aydınları, Voltaire, Rousseau, Diderot gibi Fransız felsefecilerinin etkisinde kalarak, Osmanlılarda o zaman için yeni olan özgürlük, eşitlik ve adalet kavramları üzerine düşünceler üretmişler ve devletin felsefesi üzerine yorumlar yapmışlardır. Namık Kemal, Osmanlı Devleti'nin yeni baştan düzenlenmesi, özgürlük, adalet ve eşitliğe dayanan bir devletin kurulması üzerinde önemle durmuştur.

#### **2.4.3.2. Çağdaş Türk Kültüründe Fransızca**

Fransızca, Latince kökenli dillerden biri olup, Roma'nın yönetim, hukuk ve din dili olan Latincenin Galya halkı tarafından anlaşılmadığı dönemde ortaya çıktığı söylenmektedir. Bir başka deyişle de Fransızca, Latincenin, Galya'da Kelt alt tabakası arasında oluşan ve bölgelere göre değişen özel bir biçimdir. XII. Yüzyılda Paris'in Fransa'nın başkenti olmasından sonra Fransızca ülkede konuşulan diğer dillere göre daha fazla öneme sahip olmuştur.

Türkiye batı modeline göre yeniden yapılanmaya, büyük Fransız Devrimi'nin ve Napoleon seferlerinin sarsıcı etkileri canlılığını korurken, Fransa ve Fransızca parlak bir dönem yaşarken yönelmiştir. Bu eşzamanlılığın doğal bir sonucu olarak, batı kültürünün Türkiye'ye girişi ve yerleşmesi büyük ölçüde Fransa örneği ve dönemin uluslararası ilişkilerde geçerli dili Fransızca üzerinden olmuştur. "Alafranga" ve "Frenk" sözcükleri, batılılığın Fransız tarzı ve batılının Fransız, dolayısıyla batı dilinin Fransızca olarak algılanışının açık göstergeleridir.

Fransa-Fransızca etkisinin yaygın olduğu dönemde, eğitim için yurtdışına gidişlerde genellikle Fransa seçilmiş, Türkiye'de kurulan batı tipi eğitim kurumlarında

Fransızca yaygın olarak kullanılmıştır. Eğitimde Fransızca'ya yönelişin çarpıcı örnekleri olarak Fransa'daki lise eğitimi kalitesinde ve denkliğinde eğitim veren bir okul olan, “batıya açılan pencere” ifadesiyle anılagelen, Mekteb-i Sultani'nin kurulması ve tıp eğitiminin uzun süre Fransızca verilmesi sayılabilir.

Türkiye'de yabancı dil denilince akla Fransızcanın gelmesi, XIX. yüzyılın başlarından XX. yüzyılın ortalarına kadar devam etmiş, ne İngiltere'nin bu dönemde uzun süre süper güç konumunda bulunuşu ne de Amerikan Protestan misyonerliği hareketleri ve Anadolu'da açılan eğitim kurumları bu anlayışa son verememiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nin her alanda gücünü ve nüfuzunu arttırması, iki kampa ayrılan dünyada Türkiye'nin içinde yer aldığı kampın lideri durumuna gelmesi ile bu durum değişmiş, İngilizce Fransızcanın yerini almıştır.

Fransızcanın telaffuzunun, İngilizceninkine göre anadili Türkçe olan kişilerin kulak-dil alışkanlıklarına daha uygun olduğunu söylemek mümkündür. Sessel benzeşim, Türkçeye batı dillerinden sözcük transferinin ağırlıklı olarak Fransızca söyleyişi esas alarak yapılmasına yol açmıştır. Bu esas alış Fransızcanın öncelikle tercih edilen yabancı dil olduğu dönemle sınırlı kalmamış, günümüze kadar devam etmiştir. Bu son saptamayı netleştirmek üzere “kombinasyon” (İngilizce “combination”, Fransızca “combinaison”) örneği verilebilir.

Sözcüklerin ötesinde kimi batılı kavramların da Fransız kültürüne özgü versiyonları üzerinden Türkçeye girmiş olduğu saptaması yapılabilir. Mamafih kavram girişi, sözcük-telaffuz girişine göre daha az sayıda olmuş ve Fransızcının Türkiye'de yaygın yabancı dil olduğu dönemle sınırlı kalmıştır. Fransızca dilbilgisinin ve genel olarak Fransız mantalitesinin ise Türk dili ve Türkçe düşünme üzerinde belirgin bir etkisi olduğu söylenemez.

#### **2.4.3.3. Türk-Fransız Tıbbi İlişkileri**

XIX. yüzyılın başında Osmanlı Devleti, öncelikle ordu teşkilatında olmak üzere, Batı modeline göre yeniden yapılanmaya başlamıştır. Bu bağlamda, ordunun etkili bir sağlık desteği birimine sahip olması gereğinden hareketle, tıp ulema sınıfına ait bir alan

olmaktan uzaklaştırılmış, eğitim ve uygulama standartları batı modeline uygun, laik ve militer bir karakterde sahip hale getirilmiştir.

Bir önceki alt bölümde belirtildiği gibi Fransızcanın o dönemde popüler oluşu, batıya yönelişin bu dil üzerinden gerçekleşmesine yol açmıştır. kısa soluklu Tersane Tıbbiyesi denemesinden sonra 1827’de öğretime başlayan batıda eğitim almış Türk eğitimcilerin ders verdiği Tıphane-i Amire’de eğitim dilinin Fransızca veya İtalyanca olduğu sanılmaktadır<sup>84</sup>. Tıp eğitiminden ayrı yürütülen cerrahlık eğitimi bağlamında ise bir Fransız bizzat rol almış; arkasında hüznü bir hikâye bırakmış genç bir cerrah olan Sat Deygallière, 1832’de İstanbul Sarayburnu’nda Topkapı Sarayı Yıldızlı Kapusu civarında açılan cerrahhanenin yönetimini üstlenmiş ve orada ders vermiştir<sup>85,86</sup>.

Tıp eğitimi 1839’da ciddi bir revizyon görmüş, okulun adı Mekteb-i Tıbbiye-yi Adliye-yi Şahane olmuş, eğitim kadrosu ve standartları ile yeri değişmiştir. Avusturyalı yöneticilerin ve eğitimcilerin görev aldığı, Viyana’daki önemli bir tıp eğitimi kurumu olan Josephinum model alınarak kurulan bu okulun eğitim dili Fransızca olmuştur. Kısaca Tıbbiye-yi Şahane olarak anılan bu kurumda Fransızca eğitim 1870’e kadar devam etmiş, bu durum Fransızcaya aşinalığı fazla olan Hıristiyan tebaadan öğrencilere avantaj sağlamıştır.

Kırım savaşı sırasında Türk hekimler İngiliz ve Fransız meslektaşlarıyla birlikte değilse de yakın mesafede çalışma; dolayısıyla onları gözleme olanağı bulmuştur. Savaş sonrası İstanbul’da kalarak mesleklerini burada icra eden yabancı hekimler, 1856’da Türkçe adı Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane, Fransızca adı Soci  t   Imp  riale de M  decine olan T  rkiye’deki ilk tıp derneğini kurmuştur<sup>87</sup>. Dernek toplantılarında yapılan tıbbi tartışmalarda ve derneğin yayın organı olan Gazette M  dicale d’Orient’da kullanılan dil Fransızcadır<sup>87</sup>. Bir bakıma T  rk hekimlerin ancak 1890’larda kabul edildiği bu derneğe tepki olarak 1866’da kurulan Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye’de ise g  r  şmeler T  rk  e y  r  t  lm  ş, derneğin iki periyod  ğinden Vekayi-i Tıbbiye T  rk  e, Gazette M  dicale de Constantinople ise Fransızca yayımlanmıştır<sup>88</sup>.

Fransa, Fransızcanın T  rk tıbbının eğitim dili ve sonra eğitim yabancı dili olduğu uzun d  nem boyunca yurt d  şında ihtisas yapan Osmanlı hekimlerin   ncelikli tercihi olmuştur. Fransa T  rkiye’den alınan tıp diplomalarını tanımamakla, dolayısıyla T  rk hekimlere   alışma hakkı vermemekle birlikte uzmanlık eğitimi almalarına olanak sağlamıştır. Bu durum verilen eğitimin “bon pour l’orient” d  zeyinde olduğu izlenimini

uyandırmakta ise de böyle bir değerlendirmeye gitme-gitmeme kararını alırken, o dönemde uzmanlık dallarının ve eğitiminin standart hale getirilmiş olmadığını akılda tutmak gerekir. Türk hekimlerin ihtisas süreçleri bir ya da birkaç kliniğe devam edip oradaki etkinlikleri gözlemek şeklinde olmuş; kliniklerde aktif olarak çalışıp kendini geliştirme ancak gönüllü ve gayretli olanlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Öte yandan kimi Türk hekimler uzmanlık eğitimleriyle eşzamanlı olarak tıp fakültelerinde derslere devam edip sınavlara girmiş ve ikinci birer tıp diploması almıştır<sup>11</sup>.

Mezuniyet sonrası staj ve uzmanlık eğitimi yapılan bir kurum olarak 1898'de açılan Gülhane Seririyat Hastanesi'nin yönetim ve eğitim kadrolarının Alman hocalardan oluşması Türk tıbbına farklı bir dilde batıya entegre olma olanağı sağlamıştır. Gülhane sonrası Almanya'nın da uzmanlık eğitimi için gidilen bir yer haline gelmiştir. İki tıp eğitimi kurumunun iki farklı batı diline yönelmiş olması, Türk tıbbında bir dönem Fransız ekolü-Alman ekolü; Tıbbiye-Gülhane rekabetinin ortaya çıkmasına yol açmıştır<sup>11</sup>.

Türk-Fransız tıbbi ilişkileri bağlamında söz konusu edilebilecek bir husus da İstanbul'daki iki Fransız hastanesidir. Bunlardan günümüzde de varlığını ve etkinliğini sürdüren La Paix Hastanesi, XIX. yüzyıl ortalarında Kırım Savaşı ertesinde kurulmuştur<sup>89</sup>. Adı değişiklikler geçirmiş olan ve Pasteur Hastanesi olarak hatırlanan Taksim'deki hastanenin geçmişi ise XVIII. yüzyılın başlarında oluşturulmuş Fransız gemicileri barındıran bir kuruma kadar gitmektedir. Hastaları da yönetim ve hizmet kadroları da Fransız ağırlıklı olan bu hastanelerin tarihçelerinde Saint Vincent de Paul rahibelerinin etkinlikleri ağırlık taşımaktadır<sup>89</sup>.

Bu alt bölümde son olarak anılacak husus, İstanbul'un işgal altında olduğu dönemde tıp fakültesinde dört Fransız hocanın görev yapmış olmasıdır. Özel bir dönemde kısa süre söz konusu pozisyonda bulunan bu kişilerin Türk tıbbında kalıcı bir etkisi olmamıştır<sup>84</sup>.

#### **2.4.4. Türkiye'de ve Fransa'da Sağlık-Hastalık-Tıp**

Hastalığın tanımlanışı, bireylerin hastalık ve tedavi konusundaki yaklaşımları toplumdan topluma değişkenlik göstermektedir. Bireylerin kendilerini hasta olarak

algılaması ya da başkalarını hasta olarak niteleyip onlara hasta muamelesi yapması, ait oldukları toplumun benimsediği hastalık ve sağlık kavramları çerçevesinde gerçekleşmektedir. Bu kavramların topluma mal olmuş hali, tıbbın onları tanımlayışından izler taşımakla birlikte bu tanımlayışla özdeş değildir. Öte yandan tıp da toplumların-kültürlerin etkilerine maruz kalmakta; çağdaş tıp ana unsurları bakımından evrensel olmakla birlikte ülkelere-toplumlara özgü farklı versiyonlar halinde ortaya çıkmaktadır.

Hasta-hekim ilişkisinin tıbbi belirleyicilerinin yanı sıra sosyal, kültürel, ekonomik, hukuki gibi başlıklar altında toplanabilecek bir dizi dış belirleyicisi de bulunmaktadır. Bu bağlamda özellikle ülkelerin benimsediği sağlık politikaları ve sahip oldukları sağlık altyapısı ile kurumları, hasta-hekim ilişkisinin niteliğini belirlemede, hekimin hastayı, hastanın da hekimi algılayışının ve kavramlaştırışının biçimlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu alt bölümde, iki toplumun sağlıkla ve sağlık sorunlarıyla ilgili bilinç ve duyarlılık düzeyleri ile bu düzeylerin ana belirleyicisi olan eğitim sistemleri; sağlık hizmeti sunum sistemleri ve hizmetin finansmanını üstlenen sosyal güvenlik kurumları; sağlık politikaları ile tıbbi konular hakkında hukuk ve etik çerçevelerinde yapılan düzenlemeler irdelenmiştir.

Fransa'da anlatılagelen bir anekdota göre, normal bir Fransız vatandaşı hastalandığı zaman kendi kendine bir tanı koyar ve daha sonra kendi tanısını doğrulayan ve ona uygun tedavi uygulayan bir doktor bulana kadar sayısız uzmanın kapısını çalar. Bu saptama her ne kadar abartılı da olsa, gelişmiş toplumların özerkliği konusunda duyarlı ve sağlık bilinci gelişmiş bireylerinin, sağlık sorunları olduğunda sürecin denetimini elden bırakmaksızın profesyonellerden yardım alma alışkanlığının Fransa'da da geçerli olduğunu göstermektedir<sup>90,91</sup>.

Türkiye'de ise durum oldukça farklıdır. İstanbul'da yapılan bir araştırmada, katılımcıların kendi sağlık durumlarını "iyi" olarak nitelediği, % 68'inin herhangi bir hastalığı olmadığını ifade ettiği, % 36'sının hastalandığında doktora ya da bir sağlık kurumuna başvurmadığı yani sağlığına yeterince özen göstermediği, % 20'si "kendi kendisinin doktoru" olduğu tespit edilmiştir<sup>92,93</sup>. Bu bağlamda Türkiye bir bakıma "kendi kendisini tedavi eden hastaların ülkesi"dir.

Öte yandan doktora gitme konusunda bir çekince de bulunmamakta, katılımcıların yaklaşık üçte ikisi hastalık halinde hemen bir doktora ya da sağlık kurumuna

başvuracağını söylemekte; hiçbir şey yapmadan hastalığın geçmesini bekleyeceğini bildirenlerin oranı % 10'da kalmaktadır<sup>92,93</sup>. Ara yol olarak hekime başvurmak yerine, kendilerince daha pratik ve geçici çözümlere üretenler de bulunmakta; % 5'lik bir kesim eczacıdan, % 5'lik bir kesim ise "eş-dost-arkadaş" çevresinden tavsiye almaktadır<sup>92,93</sup>.

İki toplumun sağlıkla ve tıpla ilgili yaklaşımlarına böyle kısaca değindikten sonra, toplum üyelerinin genel nitelikleri hakkında bir değerlendirme yapmak adına iki ülkedeki temel eğitim ve tıp eğitimi hakkında birkaç bilgi notu aktarmak yerinde olacaktır.

Türkiye de, eğitim, beş-altı yaşlarında zorunlu olmayan okul öncesi eğitimle başlayıp, sekiz yıl süren zorunlu ilköğretim ve dört yıl süren lise ve süresi değişiklik gösteren üniversite eğitimiyle devam etmektedir. Devlet okullarında ilk ve orta öğretim ücretsiz olup, yüksek öğretimde ise eğitim alınan alana göre değişen ödemeler söz konusu olmaktadır.

Türkiye'de hekim olmak için tüm dünyada olduğu gibi tıp fakültelerinde eğitim görmek gerekmektedir. Tıp fakültelerine girebilmek için genel ve merkezi üniversite giriş sınavından yeterli bir puan almak zorunluluğu bulunmaktadır. Tıp fakültesi giriş puanları diğer fakültelerin çoğunun giriş puanlarından yüksektir. Tıp fakültelerinde eğitim 6 yıldır. Tıpta uzmanlaşmak isteyenler ise bu eğitim süresine ek olarak seçtikleri uzmanlık alanıyla ilgili 3 ile 5 yıl arasında ek eğitim almak zorundadırlar ve bu eğitime giriş de genel ve merkezi bir sınavla olmaktadır.

Fransız eğitim sisteminin özgünlüğü, altı yaşında başlayan zorunlu eğitimden önce, çocukları iki yaşından itibaren eğitim bakanlığına bağlı okullarda eğitim görebiliyor olmasıdır. Üç-beş yaş arası çocukların hemen hemen hepsi anaokullarına devam etmektedir. Aile ortamlarının dışında ilk eğitim yerleri olan bu okullarda, çocukların gelişimine ciddi katkılar sağlamak amaçlanmaktadır. Fransızca'yı doğru bir şekilde kullanma, kendini rahatça ifade etme, hayal gücünü ve yaratıcılığını geliştirme ana hedeflerdir. Fransa'da zorunlu eğitim altı yaşında başlayıp 16 yaşına kadar sürmektedir. Eğitimin ücretsiz olmasından öte, ekonomik durumu iyi olmayan ailelere okul bitene kadar her yıl çocuk başına parasal yardım yapılmaktadır. Bu yardım 2008 yılında 5 milyondan fazla çocuğa yapılmıştır. Lise öğrencileri mesleki, teknik, genel olmak üzere bölümlere ayrılmaktadır. Üniversiteye devam etmek isteyen öğrenciler

seçtikleri bölümlere göre bakalorya diploma sınavını geçtikten sonra istediği üniversitenin şartlarını yerine getirdiği takdirde o üniversiteye girebilmektedirler<sup>94</sup>.

Fransa'da tıp eğitimi liseden sonra başlayan uzun bir eğitim olup, Türkiye'den farklı olarak fakülte mezuniyeti ile tababet icra etme hakkı özdeş değildir. Altı yıllık fakülte eğitimini tamamladıktan sonra genel pratisyen hekim olarak çalışabilme hakkı için iki yıllık bir mezuniyet sonrası eğitim alma gereği bulunmaktadır. Uzman hekim olmak içinse fakülte sonrası branşa göre dört-altı yıllık bir eğitim süreci gündeme gelmektedir<sup>94</sup>.

Hekimlik standartlarından geçiş yaparak iki ülkenin sağlık sistemleri karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde, vurgulanmaya değer bulunan hususlar aşağıdaki gibi ortaya çıkmaktadır:

Türkiye'de, sağlık bakanlığı 1920 yılında kurulmuş ve ilk dönemde izlenen sağlık politikası, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verme ve tedavi edici sağlık hizmetlerini de yerel yönetimlere ve Hükümet Tabipliklerine bırakmak şeklinde olmuştur. 1961 yılında sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş ve son yıllara da kadar da bu model sürdürülmüştür. 2003 yılından itibaren hem sağlık hizmeti sunumunda hem de sosyal güvenlik örgütlenmesinde yeniden yapılanma çalışmalarına başlanmıştır. Bu bağlamda tüm sosyal güvenlik sistemleri tek çatı altında toplanmış, özel sektörden hizmet alımı yaygınlaştırılmış, kademeli olarak aile hekimliği sistemine geçilmeye başlanmış ve son olarak da genel sağlık sigortası uygulanmasına başlanmıştır.

Bu sistemde, devletin ücretsiz sağlık hizmeti için yoksullara verdiği yeşil kartlı kişiler ve on sekiz yaş altı ve sağlıkla ilgili devlet güvencesinde olan çocuklar dışında, diğer sağlık güvencelerine sahip herkes isteği sağlık kurumuna gidip tedavi olabilmektedir. Türkiye'de son yıllarda uygulanan sağlık politikaları liberalleşmiş, sağlığın diğer sektörlerden farklı olmadığı ve piyasa ekonomisinin kurallarının işlediği anlayışı yaygınlaşmıştır. Bu politikalarla bağlantılı olarak, kamuda çalışan hekimlerin ücretlendirilmesi tamamıyla kantitatif performansa dayandırılmış; nicelik ölçümüyle adet başına hasta bakımını fiyatlandıran, buna göre prim veren bu sistemde klinik etkinliklerin niteliksel boyutu ikinci plana itilmiştir. Buna maliye yönetiminin ucuz paket programlar tarzında ödeme yapma politikası da eklenince, hekimler hasta ve işlem sayısını arttırmaya yönelik bir anlayışla daha çok çalışmaya yönelmiştir.

Fransa da hastaların hekime başvurularında eşitsizlik yaratacak mali engelleri bulunmamakta, yasal oturma iznine sahip herkes hastalık sigortasıyla korunmaktadır. Nüfusun tamamı için zorunlu olan hastalık sigortası sistemi, yaklaşık 20 kadar ayrı fonu içmektedir. Finansmanın bir kısmı ücretlilerin brüt ücretlerinden ve işverenden kesilen primlerle, bir kısmı da alınan genel vergilerden karşılanmaktadır<sup>90,95</sup>.

Fransa'da kamu hastanelerinde çalışan hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri "hastane pratisyenleri" olarak ücret almaktadırlar. İstedikleri takdirde, zaman ve kazanç bakımından sınırlı bir şekilde özel olarak da çalışabilmektedirler. Terfiler, temel olarak meslekte eskiliğe dayanmaktadır. Aynı kıdem derecesinde olan hekimler, branşları ne ve yaşadıkları yer neresi olursa olsun, ülke çapında aynı ücreti almaktadır. Bu durum hukuki bir eşitlik olmasına karşın, branşlara özgü iş yükleri ve yerleşim birimleri arası koşul-olanak farkları nedeniyle gerçekte büyük haksızlık yaratmaktadır<sup>90,96</sup>.

Fransa'nın sağlık sisteminin finansmanı dayanışma temelini dayanmaktadır. Bu dayanışma, zenginler ile fakirler arasında olduğu kadar, sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olan hastalık sigortası kanalıyla, hastalarla sağlıklı kişiler arasında da kurulmuş bulunmaktadır. Fransa uygulanan sağlık politikasının temelinde sağlık sektörünü, diğer tüm sektörlerden farklı kabul etme ve hiçbir zaman tümüyle piyasaya bırakmama bulunmaktadır. Bu temel politikaya göre yoksullar da dâhil, tüm vatandaşların sağlık hizmeti alma hakları vardır ve sağlık sektöründe, en liberal ekonomik anlayışın iktidarında bile, devletin ağırlığının olması gerekir. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında Fransız sağlık sistemini "dünyanın en iyi sağlık sistemi" olarak belirlemiştir. Bugünkü Fransız sağlık sistemi, bir asırdan fazla bir sürece yayılan çalışmalar sonunda oluşturulmuştur. Merkezîyetçilik ile özerklik yanlılığı, denetim ile aşırı hoşgörü, liberalizm ile zorunluluk sentezleri temelinde kurulan bu sistem, yararlanan herkese eşit koşullarda her türlü nitelikli teşhis ve tedavi olma olanağı sunmaktadır<sup>96,97</sup>.

Türkiye'de son yıllarda sağlıkta dönüşüm projesi çerçevesinde kamu ve özel hastanelerinin işletim ve ücretlendirme politikaları sıklıkla değişime uğramış, bu durumdan her iki tip kurumda çalışan hekimler, özellikle manevi yönden, önemli ölçüde olumsuz etkilenmişlerdir. Hekimlerin ülke yöneticileri tarafından pek takdir edilmemesi uygulanan sağlık politikalarına yansımış, hekim-yönetici, hekim-hasta ilişkilerini olumsuz etkilemiştir. Fransa'da ise uygulanan sağlık politikalarının belirlenmesinde hekimin daha önemli bir yeri ve ülke yöneticilerinin de hekime yönelik daha olumlu bir



bakışı bulunmaktadır. Buna kamu kurum ve kuruluşlarının daha yerleşik yapısı ve işleyişi eklenince, son yıllarda baş gösteren hekim sayısı yetersizliğine rağmen Fransız hekimler Türk hekimlere göre manen daha az sıkıntı yaşamaktadırlar. Büyük ölçüde yönetim anlayışının belirleyiciliğinde biçimlenen hekimin sosyal statüsünün, toplumun hekime bakışına, toplum-hekim ilişkisine ve nihayet toplumun hekimlerden-tıptan yararlanma derecesine önemli yansımaları olmaktadır.

Hekim-hasta ilişkisini belli kurallar çerçevesinde düzenleyen tıp hukuku ve tıp etiği ile ilgili oluşumlar ve bu oluşumların işleyiş mekanizmaları Türkiye ve Fransa'da bazı farklılıklar içermektedir. Bu bağlamda iki ülkenin hukuki yapısında sağlıkla ilgili süreçlerin yargıya intikal ettiği durumlarla ilgili kimi hususlara değinmek ve etik ile ilgili somut bir oluşum olan etik kurulların iki ülkedeki yapılanmasını gözden geçirmek uygun olacaktır.

Türkiye'de kamuda veya özel sektörde çalışan hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası zorunlu değildir ve yaptırmak isteyenler primlerini kendileri ödeyerek yaptırmak durumundadır. Sağlıkla ilgili tazminat davaları henüz batıda olduğu kadar sık açılmadığı için, mesleki sorumluluk sigortası da fazla popüler değildir.

Türkiye'de sağlık davalarıyla ilgili ihtisas mahkemeleri bulunmamaktadır. Hekimlere, diğer sağlık çalışanlarına ve sağlık kurumlarına karşı açılan tazminat davaları ticaret ya da asliye hukuk mahkemelerinde yürütülmekte; ceza davaları ise isnat edilen suçun nevine göre sulh ceza, asliye ceza ya da ağır ceza mahkemelerinde görülmektedir. Hâkimlerin tıp-sağlık konusunda özel bilgi sahibi olmaması bilirkişilik kurumunun devreye girmesiyle telafi edilmektedir. Bilirkişi raporları bağlayıcı olmamakla birlikte genellikle karar üzerinde belirleyici olmaktadır. Ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurası'ndan bilirkişi olarak görüş istenmesi zorunluluğu bulunmakta; hukuk davalarında bilirkişilik talebi öncelikle Adli Tıp Kurumu'na yönelmektedir.

Fransa'da kamuda çalışan hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası primleri çalıştıkları kurum tarafından, özel sektörde çalışan hekimlerin sigorta primleri ise kendileri tarafından ödenmektedir. Özel sektörde çalışanların tümü kendi özel sigortalarını yaptırmak zorundadır<sup>97</sup>.

Fransa'da, Ortaçağ'dan beri hekimlik mesleği toplumda güven uyandıran bir meslek olmuş ve sıkı bir sorumluluk rejimine bağlanmıştır. Fransa, Avrupa ülkeleri arasında sistematik adli tıpa erken başlayan; tıp-hukuk ilişkisi bir şekilde erken kurmuş

bulunan ülkeler arasındadır. İlk profesyonel adli tıp kürsüsü 1794 yılında, ilk klinik de 1840 yılında açılmıştır. 1803 yılından itibaren hâkimlerin atadıkları tıbbi bilirkişilerin tıp eğitimi almış olması gerektiği ve kurs görmüş olması ya da adli tıp sınavından geçmiş olması gerektiği hususu üzerinde durulmuştur<sup>95</sup>.

Fransa’da sağlık alanında ihtisas mahkemeleri ve tahkim kurulları bulunmaktadır. Tahkim kurulları, alanında uzman, bilimsel yeterlilikleri ispatlanmış kişilerden oluşan sivil örgütlenmelerdir. İhtisas mahkemeleri üyeleri ise bu alanda özel eğitim almış hâkim ve savcılardan oluşmuştur. Böyle bir organizasyonun sonucu olarak daha adil yargılamalar ve daha anlamlı şikâyetler gerçekleşmektedir. 1995 yılında 259 malpraktis şikâyetinin 242 sinde standart prosedür izlenmediği saptanmış, sadece 17’ sinde standart prosedür izlendiği halde şikâyet edilmiştir. Bu oran bize Fransız halkının hastalığı ile ilgili yapılan müdahalelerin niteliği ve hukuk sisteminin işleyiş tarzı ile ilgili bilincinin düzeyini göstermektedir<sup>24,95,97</sup>.

Etik kurulların biri araştırmaların denetimini üstlenen, diğeri klinikte yaşanan zor karar alma süreçlerinde danışmanlık veren iki ana türü bulunmaktadır. Bunlara ek olarak, son yıllarda sağlık çalışanları arası ilişkilerde yaşanan sorunları ele alan ve karara bağlayan üçüncü bir etik kurul türü de ortaya çıkmıştır.

Türkiye özelinde bu fonksiyonel ayrımın pratikte her zaman tam olarak gerçekleşmediğini; belli bir etik kurulun iki ya da üç işlevi birden üstlenebildiğini söylemek mümkündür. Sağlık bakanlığı özellikle araştırma ve “yargılama” etik kurullarının oluşturulmasıyla ilgili düzenlemeler getirmiştir. Bu düzenlemeler çerçevesinde, 2008 yılı sonundan itibaren klinik araştırmaları denetleyen etik kurulların bakanlık tarafından belirlenen merkezlerde sınırlı sayıda oluşturulması ve bakanlığın belirlediği standartlara göre değerlendirme yapması öngörülmüş; sağlık çalışanları arasında yaşanan sorunları değerlendiren etik kurullar ise 2003 yılından itibaren bakanlığa bağlı hastanelerde oluşturulmuş, değerlendirme standartları net olarak biçimlendirilmemiştir. Literatürde genellikle “hastane etik kurulu” olarak adlandırılan danışmanlık veren etik kurullar ise daha çok tıp fakülteleri ve bakanlığa bağlı eğitim-araştırma hastaneleri bünyesinde yer almaktadır.

Türkiye’de ilk araştırma etik kurulu 1986 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Daha sonra uluslararası bilimsel dergilere gönderilen araştırma yazılarında etik kurul onayının

istenmesi, uluslararası yayın ve araştırma düzeyinin yakalanması gibi bazı pratik gerekçelerle diğer tıp fakültelerinde de araştırma etik kurulları oluşturulmuştur.

Araştırma etik kurullarının oluşturulmasıyla ilgili yasal düzenlemeler 1993-2008 döneminde geçerli olan “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” ve 2008 sonunda yürürlüğe giren “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik”tir. İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik’in teknik bilgilerle donatılmış ama denek onayıyla ilgili düzenleme yapma açısından yetersiz olduğu eleştirisini getirmek mümkündür. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik hem araştırma etik kurulların oluşumu ve işleyişiyle ilgili daha ayrıntılı düzenlemeler getirmiş hem de kurul denetimine tabi araştırma kategorilerini arttırmıştır.

Fransa, hükümetlerin etik kurulların oluşturulması yönünde inisiyatif kullanmasına öncülük eden ülkelerden biri olmuş, 1975’te ülke ölçeğinde araştırma etiği alanında işlev görmek üzere bir etik kurul kurulmuştur<sup>35,95</sup>. Yine ülke çapında ama ilkinden farklı olarak daha geniş bir kitleye hitap eden ve daha karmaşık bir yapısı olan ilk ulusal etik kurul da 23 Şubat 1983’te Fransa’da “Comité Consultatif National d’Ethique” (CCNE, Ulusal Etik Danışma Kurulu) adı altında kurulmuştur.

Bu kurul bir başkan, bir genel sekreter ve 39 üyeden oluşmaktadır. Başkan cumhurbaşkanı tarafından iki yıllığına atanıp etik kurulun çalışmalarını idare etmektedir. Diğer 39 üye dört yıllığına atanmıştır. Bu üyelerden beşi filozof ve din adamları (Katolik, Protestan, Müslüman, Yahudi); 19’u etik alanında eğitim yapmış yetkin kişiler; 15’i INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Enstitüsü), CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique, Ulusal Bilimsel Araştırma Merkezi), Institut Pasteur (Pastör Enstitüsü), gibi bilimsel araştırma kurumlarında görev yapanlardır<sup>35</sup>.

Üç ana kategorideki üyelerin bireysel formasyonları dikkate alındığında, kurulda doktorlar, canlı bilimciler, teologlar, filozoflar, sosyologlar, hakimler, aile derneklerinden ve parlamentodan temsilciler bulunmakta; bu kişiler ülkenin değişik bölgelerinden gelmektedir. Doktor ve canlı bilimci sayısının toplam üye sayısının yarısı olması gerekmektedir. Kurul, parlamentodan, bakanlardan veya herhangi bir yurttaştan gelen soruları inceleyip görüş bildirmektedir<sup>35</sup>.

Fransa’da ülke ölçeğinde olanların yanı sıra bölgesel-kurumsal ölçekte etik kurullar da bulunmaktadır. Bölgesel hastanelerdeki etik kurullar, üniversite ve fakülte

etik kurullarına bağlı olarak çalışmaktadır. Fransa'da etik kurul üyeliği gönüllülük çerçevesinde yapılmakta; düzenli olarak yenilenen üyeler herhangi bir ücret almamaktadır<sup>35</sup>.

İki ülkenin etik kurul yapılanmalarıyla ilgili farkı daha net olarak görmek açısından, iki hatırlatma yapmak; Türkiye'de etik kurulların kurumsal ölçekte oluşturulduğu, Fransa'daki gibi ülke çapında genel bir etik kurul bulunmadığını ve kurulların üye profiline sağlık profesyoneli, özellikle hekim ağırlıklı olduğunu belirtmek yerinde olacaktır.

### **3. BİREYLER ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Tez çalışması çerçevesinde yürütülen araştırmanın amacı, sosyoekonomik düzeyleri, kültürel birikimleri ve tıbbi koşulları farklılık gösteren iki ülkenin hekimlerini, hastayı algılayışları ve zihinlerinde hasta kavramı oluşturmaları bakımından karşılaştırmalı olarak inceleyip değerlendirmektir. Böylelikle bir yandan hasta-hekim ilişkisinin -hekim cephesinin- günümüzdeki durumuna diğer yandan uluslar / kültürler arasındaki hekimlik anlayışı farkına dair veri toplanması, durum değerlendirmesi yapılması ve tıp dünyasına geri besleme sağlanması söz konusudur.

Daha somut bir anlatımla araştırmanın doğrudan ve dolaylı olarak cevap aradığı ana sorular, Türk ve Fransız hekimlerin hasta sıfatıyla karşılıklarına çıkan kişilere yönelik duygulanmalarının ve onlar hakkındaki değerlendirmelerinin neler olduğu ile hasta-hekim ilişkisinin rutini ve ideali hakkında hangi görüşleri taşıdığı ve bu görüşler doğrultusunda hangi davranışları benimsediğidir. Bu cevapların hekimin hastaya ve onunla ilişkisine dair yaklaşımını ortaya koymaktan öte kendini algılayışı ve tanımlayışı hakkında da dikkate değer veriler ortaya koyacağı öngörülmektedir.

Araştırmanın Türkiye ve Fransa gibi sosyokültürel açıdan hem radikal farklılıkları hem de kimi örtüşmeleri olan iki ülkede yürütülmüş olması ise, iki temel belirleyicinin hekimlilik anlayışını ve hekim kimliğini biçimlendirmedeki ağırlıklarını saptamaya yöneliktir. Söz konusu temel belirleyicilerin ilki hekim olan insanın kişiliğini ve farklı kimliklerini şekillendirmede başat bir unsur olarak devreye giren ülkesel-ulusal aidiyet, ikincisi hekimin diğer kimlikleri arasında ön plana geçen mesleki kimliğine damgasını vuran evrensel bir alt kültür olarak tıptır.

#### **3.2. Araştırmanın Özgünlüğü**

Klasik bir deontoloji konusu olan hasta-hekim ilişkisinin literatürde ele alınışı genel olarak bu ilişkinin idealde nasıl kurulması gerektiğinin tanımlanması ve

gerekçelendirilmesi biçimindedir. Bu bağlamda konu üzerinde araştırma yürütülmesi örneğine fazla rastlanmayan farklı ve özgün bir yaklaşım niteliği taşımaktadır. Tez çalışması çerçevesinde yürütülen araştırma, bir yandan az işlenmiş bir konuda yürütülmesi diğer yandan özgün bulgu üretmiş olması bakımından orijinaldir. Türkiye'deki ve Fransa'daki hekimler üzerinde yürütülen araştırmayla, iki ülke hekimlerinin hastalarını nasıl algıladıklarını ve nasıl bir hasta kavramı şekillendirdiklerini kendi beyanlarına dayalı olarak ortaya koyan özgün bir veri tabanı oluşturulmuştur.

### **3.3. Araştırmanın Modeli**

Tanımlayıcı türde olan araştırma anketinin soruları literatür taranarak tez sahibi ve danışmanı tarafından birlikte hazırlanmış; Türkçe olarak hazırlanan soruların Fransızca'ya tercümesi tez sahibi tarafından yapılmıştır. Hastayı algılama ve zihinde hasta kavramı oluşturmayla ilgili, kombine edilmiş açık ve kapalı uçlu sorular içeren anket formu beş Türk hekime dağıtılarak ön çalışma yapılmış, sorular üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra asıl anket uygulamasına geçilmiştir.

Katılımcı adaylarına bizzat tez sahibi tarafından araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sadece katılmayı kabul edenlerden anket formundaki soruları cevaplamaları istenmiştir. Tez sahibi soruların cevaplanması sırasında katılımcıların yanında bulunmuş ve onların ek bilgi taleplerini karşılamıştır.

### **3.4. Araştırmanın Katılımcıları**

Araştırmanın katılımcıları belli bir kurumu, kenti, ülkeyi temsil etme kriterleri gözetilerek değil, kolay ulaşılabilir ve Türk-Fransız grupları arasında simetriyi sağlama esas alınarak belirlenmemiştir. Bu bağlamda elde edilen bulguların ve bunlardan hareketle varılan sonuçların ancak 75 katılımcı ölçeğinde kesinlikle geçerli olduğu; bundan öte genellemelerin ancak spekülatif olarak yapılabileceği söylenebilir.

Katılımcılar Adana'da çalışmakta olan 50 ve Paris'te çalışmakta olan 25 hekim olup, tümü farklı klinik tıp dallarında uzmanlık derecesine sahiptir. Adana grubundakilerin 34'ü sadece resmi, 14'ü hem resmi hem özel, 2'si özel hastanede; Paris grubundakilerin 17'si sadece resmi, 5'i hem resmi hem özel, 3'ü özel hastanede çalışmaktadır.

Her iki grupta da ilgili ülkeden olanların yanı sıra çalışma iznine sahip yabancı hekimler de yer almakta olup, Adana'daki hekimlerin 49'u Türk, Paris'tekilerin 24'ü Fransız uyrukludur. Ön çalışmaya katılan hekimler asıl araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın veri toplama aşaması 2008 yılının ilk yarısında Adana'da ve ikinci yarısında Paris'te gerçekleştirilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Gereci**

Araştırmanın bulguları katılımcılara uygulanan veri toplama formu aracılığıyla derlenmiştir. Bu araştırma için tez sahibi ve danışmanı tarafından hazırlanan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır.

Katılımcıların hasta kavramı hakkındaki görüşlerine dair on sorunun yer aldığı ilk bölümde sorular genelden özele doğru sıralanmıştır. Bu bölümdeki on sorunun biri açık uçludur. Çoktan seçmeli olan altı soruda da işaretlenen seçeneğin açıklamasının yapılabileceği bir yer ayrılmıştır. Bir soruya üçlü Likert ölçeği üzerinden cevap verilmesi istenmiş, iki soru ise puanlama yaparak cevap verilecek şekilde düzenlenmiştir.

Sosyodemografik ve mesleki bilgiler kısmında katılımcılardan yaşlarını, cinsiyetlerini, medeni durumlarını, sahip oldukları çocuk sayısını, branşlarını, çalışma biçimlerini, günlük hasta sayılarını, kendilerinde ya da bir yakınlarında ciddi sağlık sorunu olup olmadığını, aile büyükleri arasında hekim bulunup bulunmadığını belirtmeleri istenmiştir.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması**

Hekimlerin hastayı algılaması ve hasta kavramı oluşturmaları konusundaki görüşlerini belirleyen veri toplama formunun değerlendirilmesindeki istatistiksel analiz için, ilk olarak Türk ve Fransız hekimlerin tanımlayıcı değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu değerlendirmede frekans ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

Araştırma konusuyla ilgili sorular bağlamında, açık uçlu olan ilk soruya verilen cevaplar her iki grup için ayrı ayrı kümelendirilmiş ve bu şekilde elde edilen profillerin karşılaştırması yapılmıştır. Diğer sorular için ise iki grubun cevap dağılımları arasındaki fark, ilgili sorunun niteliğine göre Chi-kare testiyle ya da t testi analiz sonuçlarına bakılarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve değerlendirilmelerinde SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır.



## 4. BULGULAR

Bulgular bölümünün ilk alt bölümünde araştırmanın katılımcısı olan Türk ve Fransız hekimlerin kişisel ve mesleki özellikleriyle ilgili bilgiler, sonraki alt bölümlerde ise veri toplama formunda yer alan on soruya verilen cevapların dağılımları yer almaktadır.

### 4.1. Demografik Bulgular

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hal ve çocuk sayısı konusunda verdiği bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır:

<b>Tablo 1- Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı dağılımları.</b>				
	<b>TÜRK HEKİMLER</b>		<b>FRANSIZ HEKİMLER</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>YAŞ</b>				
<b>35 ve altı</b>	6	12,00	5	20,00
<b>36-45</b>	31	62,00	4	16,00
<b>46-55</b>	11	22,00	10	40,00
<b>56 ve üzeri</b>	2	4,00	6	24,00
<b>CİNSİYET</b>				
<b>Kadın</b>	9	18,00	5	20,00
<b>Erkek</b>	41	82,00	20	80,00
<b>MEDENİ HAL</b>				
<b>Evli</b>	47	94,00	14	56,00
<b>Evli Olmayan</b>	3	6,00	11	44,00
<b>ÇOCUK SAYISI</b>				
<b>0</b>	5	10,00	8	32,00
<b>1</b>	13	26,00	2	8,00
<b>2</b>	26	52,00	8	32,00
<b>3 ve üzeri</b>	6	12,00	7	28,00
<b>TOPLAM</b>	50	100,00	25	100,00

Anket sorularını cevaplayan Türk hekimlerden yaşı 35 ve altında olanların oranı % 12,00, 36-45 yaşlarında olanların oranı % 62,00, 46-55 yaşlarında olanların oranı % 22, 56 ve üzeri yaşlarda olanların oranı ise % 4,00’dür. Fransız hekimlerden ise, 35 yaş

ve altında olanların oranı % 20,00, 36–45 yaşlarında olanların oranı % 16,00, 46–55 yaşlarında olanların oranı % 40,00, 56 ve üzeri yaşlarda olanların oranı ise % 24,00'dür.

Türk hekimlerin % 18,00'i kadın, % 82,00'si erkektir; Fransız hekimlerin ise, % 20,00'si kadın, % 80,00'i erkektir.

Türk hekimlerin % 94,00'ü evli, % 14,00'ü evli değildir; Fransız hekimlerin ise % 56,00'si evli, % 44,00'ü evli değildir.

Türk hekimlerden çocuğu olmayanlar % 10,00, bir çocuğu olanlar % 26,00, iki çocuğu olanlar % 52,00 ve üç ve üzerinde çocuğu olanlar da % 12,00 oranındadır. Fransız hekimlerden ise çocuğu olmayanlar % 32,00, bir çocuğu olanlar % 8,00, iki çocuğu olanlar % 32,00 ve daha fazla çocuğu olanlar da % 28,00 oranındadır.

Katılımcıların uzmanlık dalı, çalışma biçimi ve günlük hasta konusunda verdiği bilgiler Tablo 2'de yer almaktadır:

<b>Tablo 2- Katılımcıların uzmanlık dalı, çalışma biçimi, günlük hasta sayısı dağılımları.</b>				
	<b>TÜRK HEKİMLER</b>		<b>FRANSIZ HEKİMLER</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>UZMANLIK DALI</b>				
<b>Yok</b>	5	10,00	1	4,00
<b>Dâhili</b>	11	22,00	15	60,00
<b>Cerrahi</b>	34	68,00	9	36,00
<b>ÇALIŞMA BİÇİMİ</b>				
<b>Kamu</b>	34	68,00	17	68,00
<b>Özel</b>	2	4,00	3	12,00
<b>Karma</b>	14	28,00	5	20,00
<b>GÜNLÜK HASTA SAYISI</b>				
<b>10 ve altı</b>	3	6,00	10	40,00
<b>11-30</b>	11	22,00	13	52,00
<b>31-50</b>	12	24,00	1	4,00
<b>51-100</b>	18	36,00	0	0,00
<b>101 ve üzeri</b>	6	12,00	0	0,00
<b>Yanıt yok</b>	0	0,00	1	4,00
<b>TOPLAM</b>	50	100,00	25	100,00

Türk hekimlerin % 10,00'unun herhangi bir alanda uzmanlığı bulunmamaktadır. % 22,00'si dâhili branştan, % 68,00'i ise cerrahi branştandır. Fransız hekimlerden uzman olmayanların oranı % 4,00, dâhili branştan olanları % 60,00 ve cerrahi branştan olanları % 36,00'dir.

Kamuda çalışan Türk hekimlerin oranı % 68,00, özel sektörde çalışanları % 4,00 ve hem kamu hem de özel sektörde çalışanları % 28,00'dir. Fransız

hekimlerin % 68,00’i kamuda % 12,00’si özel sektörde ve % 20,00’si de hem kamuda hem özel sektörde çalışmaktadır.

Türk hekimlerin “günlük hasta sayısı” oranları 10 hasta ve altı % 6,00, 11–30 hasta % 22,00, 31–50 hasta % 24,00, 51–100 hasta % 36,00, 101 ve daha fazla hasta % 12,00’dir. Fransız hekimlerin ise 10 hasta ve altı % 40,00, 11–30 hasta % 52,00, 31–50 hasta % 4,00, 51 ve üzerinde yoktur. Bu bölümü bir Fransız hekim cevaplamamıştır.

Katılımcıların kendilerinde veya yakın çevrelerinde kronik hastalık deneyimi ve ailede kendileri dışında hekim varlığı konusunda verdiği bilgiler Tablo 3’de yer almaktadır:

<b>Tablo 3- Katılımcıların kronik hastalık deneyimi ve ailelerinde hekim dağılımları.</b>				
	<b>TÜRK HEKİMLER</b>		<b>FRANSIZ HEKİMLER</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>KRONİK HASTALIK</b>				
<b>Var</b>	10	20,00	8	32,00
<b>Yok</b>	39	78,00	17	68,00
<b>Yanıt yok</b>	1	2,00		
<b>AİLEDE HEKİM</b>				
<b>Var</b>	13	26,00	13	52,00
<b>Yok</b>	37	74,00	12	48,00
<b>TOPLAM</b>	50	100,00	25	100,00

Ailesinde veya kendisinde kronik bir hastalığı olan Türk hekimlerin oranı % 20,00, olmayanları ise % 78,00’dir. Bu soruya bir Türk hekim cevap vermemiştir. Fransız hekimlerin % 32,00’sinin ailesinde veya kendisinde kronik hastalık vardır, % 68,00’inde ise yoktur.

Aile büyükleri arasında hekim olan Türk hekimlerin oranı % 26,00, olmayanları ise % 74,00’dür. Fransız hekimlerin ise % 52,00’sinin aile büyükleri arasında hekim vardır, % 48,00’inde yoktur.

#### **4.2.Birinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular**

Bu alt bölümde “Hasta denildiğinde zihninizde uyanan ilk çağrışımı bir kelime ya da bir cümle halinde yazınız” şeklindeki açık uçlu ilk soruya verilen cevapların

dağılımları yer almaktadır. Türk ve Fransız hekimler gruplarının verdiği cevaplar hem orijinal ifadeleriyle aktarılmış hem de tematik kümeler halinde düzenlenmiştir.

Türk hekimlerin verdiği cevapların orijinal ifadeleri Tablo 4’de yer almaktadır:

<b>Tablo 4- Türk hekimlerin ilk soruya verdiği cevapların dağılımı</b>	
1.	Beden veya ruh sağlığı için yardım ve desteğe ihtiyacı olan kimse
2.	Ruhsal veya fiziksel olarak yardıma muhtaç insan
3.	Sağlık açısından yardıma ihtiyaç duyan kimse
4.	Muhtaç (yardıma, bana, ilgi ve bakıma, sevgiye)
5.	Yardıma gereksinim duyan insan
6.	Yardıma ihtiyaç duyan kişi
7.	Yardıma ihtiyacı olan kişi
8.	Yardıma ihtiyacı olan kişi
9.	Yardıma muhtaç kişi
10.	Yardıma ihtiyacı olan insan
11.	Yardıma muhtaç insan
12.	Yardıma ihtiyacı olan kişi
13.	Yardıma ihtiyacı olan bir varlık
14.	Tecrübeye ihtiyaç duyan kişi
15.	Bana ihtiyacı olan insan.
16.	İş, yardım edilecek kişi, eğitimimi uygulayacağım alan, yıllardır içinde bulunduğum dünya
17.	Bana ihtiyaç duyan ve benim bilgi ve becerilerimle yardımcı olabileceğim insan
18.	İnsanın insana yapabileceği pozitif katkı
19.	Muhtaç olana hizmet
20.	İlgilenildiğinin hissedilmesini isteyen, problemi olan insandır
21.	Sorununun anlaşılmasını isteyen kişidir
22.	Derdine çare arayan, tez zamanda tedavi olmayı bekleyen kişi ya da kişiler
23.	Fiziksel veya psikolojik bir yakınma ile hekime gelen kimse
24.	Tedavi edilmesi gereken insan
25.	Sağlığı bozuk kişi
26.	Sağlıklı olmayan kişi
27.	Sorunlu insan
28.	Şikâyeti olan kişi
29.	Kendini iyi hissetmeyen kişi
30.	Ağrı, acı
31.	Zayıf
32.	Mağdur
33.	Bu soruları hangi mekândaki hekimliğe göre cevaplayacağız? Muayenehane (özel hekimlik), kurum hekimliği, üniversite performans hekimliği? Sağlık tüketicisi hizmeti [Kurum hekimliği (hastane işletmesi) prensipleri ile yanıtlanmıştır]
34.	İş
35.	İş
36.	Performans
37.	Mutsuz bir insan
38.	Arayış, umutsuzluk
39.	Anlaşılması zor insan
40.	Hastanede dolaşan füzuli insan
41.	Dış dünyaya ön yargılı bakan
42.	Ölümlerle sonuçlanabilecek cerrahi
43.	Sorun
44.	Sıkıntı

45. Bela
46. Yine problem, yine sıkıntı mı acaba
47. İhtiyaç sahibi insan (önce). Sorun çıkaran insan (şimdilerde)
48. Hiçbir şey
49. Ø
50. Ø

Türk hekimlerin cevaplarını dokuz tematik kümede toplamak olanaklıdır. İlk on beş cevapta hastanın ihtiyaç duyan kişi olma özelliği vurgulanmaktadır. 16-19 numaralı cevaplarda ise hastanın ihtiyaç duyma özelliğine ilaveten kendisine hizmet sunulan kişi olma özelliğine de değinilmektedir. 20-22 numaralı cevaplarda hastanın sorun sahibi olmanın yanında birtakım beklentileri de bulunduğu değinilmektedir. 23-24 numaralı cevaplarda ise sorun sahibi olmayla birlikte tedavi ihtiyacı duyma da dile getirilmiştir. 25-32 numaralı cevaplarda hastanın genel olarak ya da özel bir sağlık sorunu bulunmasına işaret edilmektedir. 33-36 numaralı cevaplarda hastanın hekimin işi ve kazanç kaynağı olma özelliği ön plana çekilmiştir. 37-41 numaralı cevaplar hastalar hakkındaki olumsuz öznel değerlendirmelerdir. 42-47 numaralı cevaplarda hastanın potansiyel ya da manifest bir sorun olabileceği üzerinde durulmuştur. Son üç cevapta ise katılımcılar hasta hakkında söyleyecek bir şey bulamamıştır.

Türk hekimlerin verdiği cevapların tematik kümeler halindeki dağılımı Tablo 5’de yer almaktadır:

<b>Tablo 5- Türk hekimlerin ilk soruya verdiği cevapların tematik kümeler halinde dağılımı</b>			
<b>TEMATİK KÜME</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Cevap Numarası</b>
<b>İhtiyaç duyma</b>	15	30,00	1–15
<b>İhtiyaç duyma ve hizmet sunumu</b>	4	8,00	16–19
<b>Beklentisi ve sorunu olma</b>	3	6,00	20–22
<b>Sorunu ve tedavi ihtiyacı olma</b>	2	4,00	23–24
<b>Sağlık sorunu olan</b>	8	16,00	25–32
<b>İş yapma-gelir sağlama</b>	4	8,00	33–36
<b>Olumsuz nitelikler taşıyan insan</b>	5	10,00	37–41
<b>Sorun ya da sorun potansiyeli</b>	6	12,00	42–47
<b>Anlamsızlık</b>	3	6,00	48–50
<b>TOPLAM</b>	50	100,00	

Fransız hekimlerin verdiği cevapların tez sahibi tarafından Türkçe’ye çevrilen orijinal ifadeleri Tablo 6’da yer almaktadır:

<b>Tablo 6-</b> Fransız hekimlerin ilk soruya verdiği cevapların dağılımı	
1.	Hastalık
2.	Hastalık
3.	Hasta, sağlığı bozuk
4.	Hasta, sağlığı bozuk
5.	Hasta, sağlığı bozuk
6.	Hasta, sağlığı bozuk
7.	Hasta, sağlığı bozuk
8.	Hasta, sağlığı bozuk
9.	Potansiyel hasta
10.	Acı çeken insan
11.	Acı/aksiyete
12.	Ciddi bir durum
13.	Talebi olan kişi (sağlık bakımı=de soin, yardım)
14.	Birinden bir şey bekleyen kişi
15.	Yaptığım mesleği düşündüğümde “tüketici” veya “müşteri” şeklinde tanımlamam uygun olur
16.	Profesyonel meşguliyet, dinleme
17.	Yükümlülük, Sorumluluk
18.	Yükümlülük, Sorumluluk
19.	Tıp, tababet
20.	Teşhis
21.	Cerrahi girişim
22.	Problem
23.	İlişki
24.	Hümanite
25.	Kim o?

Fransız hekimlerin cevaplarını on tematik grupta toplamak olanaklıdır. İlk iki cevapta hasta sözcüğünün uyandırdığı çağrışım “hastalık”tır. 3–9 numaralı cevaplarda ise tıbben hasta olarak nitelenin kişinin kendisini hasta-rahatsız olarak hissetme özelliği vurgulanmaktadır (sorudaki sözcük “*patient*”, cevaptaki ise “*malade*”). 10–11 numaralı cevaplarda hastanın acı çeken kişi olduğuna değinilmektedir. 12 numaralı cevapta hastanın ciddi bir durumun karşılığı olduğu ifade edilmiştir. 13–14 numaralı cevaplarda hastanın talepleri-beklentileri olan bir kişi olma niteliğine işaret edilmiştir. 15–18 numaralı cevaplarda hastanın hekim açısından ifade ettiği anlam; müşteri, meşguliyet, yükümlülük olma durumu dile getirilmiştir. 22 numaralı cevapta hasta yine hekim açısından ancak olumsuz yönde ele alınmış; “sorun” ifadesi kullanılmıştır. 23–24 numaralı cevaplarda “hasta”nın uyandırdığı çağrışımlar “ilişki” ve “hümanite” şeklindedir. Son cevapta ise katılımcı hasta hakkında söyleyecek bir şey bulamamış, “kim o” diyerek soruyu iade etmiştir.

Fransız hekimlerin verdiği cevapların tematik kümeler halindeki dağılımı Tablo 7’de yer almaktadır:

<b>TEMATİK KÜME</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Cevap Numarası</b>
<b>Hastalık</b>	2	8,00	1-2
<b>Hasta-Rahatsız</b>	7	28,00	3-9
<b>Acı çeken</b>	2	8,00	10-11
<b>Ciddi bir durum</b>	1	4,00	12
<b>Talebi-beklentisi olan kişi</b>	2	8,00	13-14
<b>Müşteri-mesguliyet-yükümlülük</b>	4	16,00	15-18
<b>Tıp-teşhis-cerrahi</b>	3	12,00	19-21
<b>Sorun</b>	1	4,00	22
<b>İlişki-hümanite</b>	2	8,00	23-24
<b>Anlamsız</b>	1	4,00	25
<b>TOPLAM</b>	25	100,00	

### 4.3. İkinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Ortalama bir hastanızı göz önüne alarak, ilk sütundaki nitelikler bakımından ona beş üzerinden bir not veriniz” şeklindeki ikinci soruya verilen cevapların dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir:

<b>NİTELİK</b>	<b>Grup</b>	<b>X</b>	<b>S</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Sağlık bilincine sahip olma</b>	Türk	2,14	0,86	-3,020	0,003
	Fransız	2,84	1,11		
<b>Sorununu ifade edebilme</b>	Türk	2,52	0,95	-4,552	0,000
	Fransız	3,60	1,00		
<b>Söyleneni anlama</b>	Türk	2,42	0,95	-1,296	0,199
	Fransız	2,72	0,94		
<b>Hekimle işbirliği yapabilme</b>	Türk	2,66	1,00	-6,048	0,000
	Fransız	4,08	0,86		
<b>Hekime güven duyma</b>	Türk	3,38	1,16	-4,888	0,000
	Fransız	4,60	0,65		

Tr N=50; Fr N=25; sd=73

“Sağlık bilincine sahip olma” bakımından Türk hekimlerin hastalarına vermiş oldukları puanların ortalaması 2,14; Fransız hekimlerinki ise 2,84’dür. İki grup arasında, Fransız hekimlerin hastalarının daha fazla sağlık bilincine sahip olduğunu düşünmesi yönünde, istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

“Sorununu ifade edebilme” bakımından Türk hekimlerin hastalarına vermiş oldukları puanların ortalaması 2,52; Fransız hekimlerinki ise 3,60’dır. İki grup arasında, Fransız hekimlerin hastalarının sorunlarını ifade edebilme yeteneğinin daha güçlü olduğunu düşünmesi yönünde, istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

“Söyleneni anlama” bakımından Türk hekimlerin hastalarına vermiş oldukları puanların ortalaması 2,42; Fransız hekimlerinki ise 2,72’dir. Fransız hekimlerde hastaların söylenileni anladığı kanısı daha güçlü olmakla birlikte, iki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Hekimle işbirliği yapabilme” bakımından Türk hekimlerin hastalarına vermiş oldukları puanların ortalaması 2,66; Fransız hekimlerinki ise 4,08’dir. İki grup arasında, Fransız hekimlerin hastalarının kendileriyle işbirliği kurmaya daha yatkın olduğunu düşünmesi yönünde, istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

“Hekime güven duyma” bakımından Türk hekimlerin hastalarına vermiş oldukları puanların ortalaması 3,38; Fransız hekimlerinki ise 4,60’dır. İki grup arasında, Fransız hekimlerin hastalarının kendilerine daha fazla güven duyduğunu düşünmesi yönünde, istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

#### 4.4. Üçüncü Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Lütfen, aşağıda yer alan hastalar hakkındaki nitelemelere katılma-katılmama durumunuzu belirtiniz” şeklindeki üçüncü sorudaki altı niteleme ifadesinin her biri için verilen cevapların dağılımları Tablo 9-14’de gösterilmiştir:

	<b>Katılıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılmıyorum</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Türk</b>	17	34,00	11	22,00	22	44,00	50	100,00
<b>Fransız</b>	3	12,00	12	48,00	10	40,00	25	100,00

$X^2=6,761$ ;  $Sd=2$ ;  $P=0,034$

“Hasta bir yönüyle maddi kazanç kaynağıdır” nitelemesine katılan Türk hekimlerin oranı % 34,00, katılmayanların % 44,00, kararsız olanların % 22,00’dır. Fransız hekimlerde ise katılma-katılmama-kararsız kalma oranları sırayla % 12,00, % 40,00, % 48,00’dır. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.



<b>Tablo 10-</b> “Hasta bir yönüyle yardıma muhtaç, acınacak kişidir” nitelemesinin cevap dağılımı								
	<b>Katılıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılmıyorum</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Türk</b>	27	54,00	19	38,00	4	8,00	50	100,00
<b>Fransız</b>	24	96,00	1	4,00	0	0,00	25	100,00

Gözeneklerin % 20 ve daha fazlasında frekans beş veya daha az bulunduğundan ki kare anlamlılık testi yapılamamıştır.

“Hasta bir yönüyle yardıma muhtaç, acınacak kişidir” nitelemesine katılan Türk hekimlerin oranı % 54,00, katılmayanları % 8,00, kararsız olanları % 38,00’dir. Fransız hekimlerde ise katılma-katılmama-kararsız kalma oranları sırayla % 96,00, % 0,00, % 4,00’dür. İki grup arasında betimsel değerlere bakılarak fark olduğu görülmektedir.

<b>Tablo 11-</b> “Hasta bir yönüyle mesleki bilgi, beceri sınama / kanıtlama olanağıdır” nitelemesinin cevap dağılımı								
	<b>Katılıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılmıyorum</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Türk</b>	25	50,00	11	22,00	14	28,00	50	100,00
<b>Fransız</b>	2	8,00	7	28,00	16	64,00	25	100,00

$X^2=13,8$ ;  $Sd=2$ ;  $P=0,001$

“Hasta bir yönüyle mesleki bilgi, beceri sınama/kanıtlama olanağıdır.” nitelemesine katılan Türk hekimlerin oranı % 50,00, katılmayanları % 28,00, kararsız olanları % 22,00’dir. Fransız hekimlerde ise katılma-katılmama-kararsız kalma oranları sırayla % 8,00, % 64,00, % 28,00’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

<b>Tablo 12-</b> “Hasta bir yönüyle meslek hatasını yargıya taşıma tehdididir” nitelemesinin cevap dağılımı								
	<b>Katılıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılmıyorum</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Türk</b>	22	44,00	11	22,00	17	34,00	50	100,00
<b>Fransız</b>	5	20,00	11	44,00	9	36,00	25	100,00

$X^2=5,436$ ;  $Sd=2$ ;  $P=0,066$

“Hasta bir yönüyle meslek hatasını yargıya taşıma tehdididir.” nitelemesine katılan Türk hekimlerin oranı % 44,00, katılmayanları % 34,00, kararsız olanları % 22,00’dir. Fransız hekimlerde ise katılma-katılmama-kararsız kalma oranları sırayla % 20,00, % 36,00, % 44,00’dür. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

<b>Tablo 13- “Hasta bir yönüyle manevi tatmin sağlama aracıdır” ” nitelemesinin cevap dağılımı</b>										
	<b>Katılıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılmıyorum</b>		<b>Cevapsız</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Türk</b>	29	58,00	13	26,00	8	16,00	0	0,00	50	100,00
<b>Fransız</b>	13	52,00	8	32,00	3	12,00	1	4,00	25	100,00

Gözeneklerin % 20 ve daha fazlasında frekans beş veya daha az bulunduğundan ki kare anlamlılık testi yapılamamıştır.

“Hasta bir yönüyle manevi tatmin sağlama aracıdır” nitelemesine katılan Türk hekimlerin oranı % 58,00, katılmayanları % 16,00, kararsız olanları % 26,00’dır, cevap vermeyenleri ise % 0,00’dır. Fransız hekimlerde ise katılma-katılmama-kararsız kalma-cevap vermeme oranları sırayla % 52,00, % 12,00, % 32,00 ve % 4,00’dür. İki grup arasında betimsel değerlere bakılarak fark olmadığı görülmektedir.

<b>Tablo 14- “Hasta bir yönüyle hastalığa karşı birlikte mücadele edilecek bir müttefikdir” nitelemesinin cevap dağılımı</b>										
	<b>Katılıyorum</b>		<b>Kararsızım</b>		<b>Katılmıyorum</b>		<b>Toplam</b>			
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>		
<b>Türk</b>	36	72,00	9	18,00	5	10,00	50	100,00		
<b>Fransız</b>	21	84,00	2	8,00	2	8,00	25	100,00		

Gözeneklerin % 20 ve daha fazlasında frekans beş veya daha az bulunduğundan ki kare anlamlılık testi yapılamamıştır.

“Hasta bir yönüyle hastalığa karşı birlikte mücadele edilecek bir müttefikdir” nitelemesine katılan Türk hekimlerin oranı % 72,00, katılmayanları % 10,00, kararsız olanları % 18,00’dür. Fransız hekimlerde ise katılma-katılmama-kararsız kalma oranları sırayla % 84,00, % 8,00, % 8,00’dür. İki grup arasında betimsel değerlere bakılarak fark olduğu görülmektedir.

#### **4.5. Dördüncü Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular**

“Aşağıda sıralanan özellikteki hastaların her birine, en fazla tercih ettiğiniz (5), en az tercih ettiğiniz (1) olacak şekilde, 1–5 arası puan veriniz” şeklindeki dördüncü soruya verilen cevapların dağılımı Tablo 15’de gösterilmiştir:

Tablo 15- Dördüncü soruya verilen cevapların dağılımı							
TERCİH EDİLEN HASTA	Grup	N	X	S	sd	t	p
Sorunu ciddi olmayan hasta	Türk	50	2,68	1,48	73	2,124	0,037
	Fransız	25	1,96	1,17			
İletişim kurma becerisi kuvvetli hasta	Türk	50	4,54	0,93	73	4,823	0,000
	Fransız	25	3,32	1,22			
Tıbbi ya da yasal yönden uygun olmayan taleplerde bulunan hasta	Türk	50	1,32	0,84	73	0,000	1,000
	Fransız	25	1,32	0,80			
Fiziksel çekiciliği olan hasta	Türk	50	1,92	1,21	73	0,145	0,885
	Fransız	25	1,88	0,93			
Komplikasyon riski yüksek olan hasta	Türk	50	2,02	1,27	73	0,198	0,844
	Fransız	25	1,96	1,17			
Zengin hasta	Türk	50	1,98	1,13	73	1,588	0,117
	Fransız	25	1,56	0,96			
Belirlenmiş iş yüküne ek olarak gelen (angarya) hasta	Türk	50	1,68	0,98	73	-4,054	0,000
	Fransız	25	2,80	1,38			
Mevki sahibi hasta	Türk	50	2,46	1,25	73	2,696	0,009
	Fransız	25	1,68	1,03			
Teşhisi/tedavisi ustalık gerektirdiği için mesleki tatmin sağlayan hasta	Türk	50	4,08	1,24	73	0,677	0,501
	Fransız	25	3,88	1,13			
Maddi kazanç sağlamayan hasta	Türk	50	2,82	1,21	73	1,028	0,307
	Fransız	25	2,52	1,16			

“Sorunu ciddi olmayan hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 2,68; Fransız hekimlerinki ise 1,96’dır. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

“İletişim kurma becerisi kuvvetli hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 4,54; Fransız hekimlerinki ise 3,32’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

“Tıbbi ya da yasal yönden uygun olmayan taleplerde bulunan hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 1,32; Fransız hekimlerinki ise 1,32’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Fiziksel çekiciliği olan hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 1,92; Fransız hekimlerinki ise 1,88’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Komplikasyon riski yüksek olan hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 2,02; Fransız hekimlerinki ise 1,96’dır. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Zengin hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 1,98; Fransız hekimlerinki ise 1,56’dır. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Belirlenmiş iş yüküne ek olarak gelen (angarya) hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 1,68; Fransız hekimlerinki ise 2,80’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

“Mevki sahibi hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 2,46; Fransız hekimlerinki ise 1,68’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

“Teşhisi/tedavisi ustalık gerektirdiği için mesleki tatmin sağlayan hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 4,08; Fransız hekimlerinki ise 3,88’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Maddi kazanç sağlamayan hasta” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu tercih puanlarının ortalaması 2,82; Fransız hekimlerinki ise 2,52’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

#### 4.6. Beşinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Hastaya zarar vermiş olmanız halinde ortaya çıkabilecek aşağıdaki durumlara, en çok endişe verici olan (5), en az endişe verici olan (1) olacak şekilde, 1–5 arası puan veriniz” şeklindeki beşinci soruya verilen cevapların dağılımı Tablo-16’da gösterilmiştir:

ENDİŞE VERİCİ DURUM	Grup	N	X	S	sd	t	p
Hastanın ve yakınlarının saldırısına uğrama	Türk	50	3,86	1,44	73	0,397	0,692
	Fransız	25	3,72	1,43			
Hasta ve yakınlarıyla bir yargı sürecinde hesaplaşma	Türk	50	3,68	1,58	73	-0,758	0,451
	Fransız	25	3,96	1,34			
Hasta ve kazanç kaybına uğrama	Türk	50	1,66	1,89	73	-1,156	0,251
	Fransız	25	2,00	1,22			
Meslektaşlar ve toplum tarafından kınanma	Türk	50	3,42	1,70	73	-0,575	0,567
	Fransız	25	3,64	1,25			
Vicdan azabı çekme	Türk	50	4,34	1,35	73	-0,721	0,473
	Fransız	25	4,56	1,00			

“Hastanın ve yakınlarının saldırısına uğrama” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu endişe puanlarının ortalaması 3,86; Fransız hekimlerinki ise 3,72’dir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Hasta ve yakınlarıyla bir yargı sürecinde hesaplaşma” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu endişe puanlarının ortalaması 3,68; Fransız hekimlerinki ise 3,96’dır. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Hasta ve kazanç kaybına uğrama” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu endişe puanlarının ortalaması 1,66; Fransız hekimlerinki ise 2,00’dır. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Meslektaşlar ve toplum tarafından kınanma” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu endişe puanlarının ortalaması 3,42; Fransız hekimlerinki ise 3,64’dür. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

“Vicdan azabı çekme” seçeneğine Türk hekimlerin vermiş olduğu endişe puanlarının ortalaması 4,34; Fransız hekimlerinki ise 4,56’dır. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur.

#### 4.7. Altıncı Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Hastanızı, hastalığının dışında, farklı insani boyutlarıyla tanımayı ister misiniz?” şeklindeki; cevap seçenekleri (a) “Tanımayı kesinlikle isterim”, (b) “Tanımak ya da tanımamak benim açımdan anlam taşımaz”, (c) “Tanımaktan özellikle kaçınırım” olarak sıralanan altıncı soruya verilen cevapların dağılımı Tablo-17’de gösterilmiştir:

	(a)		(b)		(c)		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Türk	19	38,00	20	40,00	11	22,00	50	100,00
Fransız	23	92,00	2	8,00	0	0,00	25	100,00

$X^2 = 19,997$ ; Sd = 2; P = 0,000

“Tanımayı kesinlikle isterim” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 38,00; Fransız hekimlerinki ise % 92,00’dır.

“Tanımak ya da tanımamak benim açımdan anlam taşımaz” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 40,00; Fransız hekimlerinki ise % 8,00’dır.

“Tanımaktan özellikle kaçınırım” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 22,00; Fransız hekimlerinki ise % 0,00’dır.

Bu soruda Türk ve Fransız hekimlerin cevap seçeneği tercihlerinin dağılımları arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark vardır.

#### 4.8. Yedinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Sizce ideal olan hasta-hekim ilişkisi modeli hangisidir?” şeklindeki; cevap seçenekleri (a) “Hekim hastanın hizmetindedir, hastanın istekleri-seçimleri doğrultusunda çalışır”, (b) “Eşitler arası bir hizmet sunum ilişkisi söz konusudur, uygulamalar konsensüsle belirlenir”, (c) “Hekim ilişkinin denetimini elinde tutar, hastayı doğru bildiği biçimde tedavi eder” olarak sıralanan yedinci soruya verilen cevapların dağılımı Tablo-18’de gösterilmiştir:

Tablo 18- Yedinci soruya verilen cevapların dağılımı								
	(a)		(b)		(c)		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Türk	3	6,00	23	46,00	24	48,00	50	100,00
Fransız	13	52,00	11	44,00	1	4,00	25	100,00
$X^2 = 26,226$ ; Sd= 2; P= 0 ,000								

“Hekim hastanın hizmetindedir, hastanın istekleri-seçimleri doğrultusunda çalışır” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 6,00’dır; Fransız hekimlerinki ise % 52,00’dır.

“Eşitler arası bir hizmet sunum ilişkisi söz konusudur, uygulamalar konsensüsle belirlenir” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 46,00’dır; Fransız hekimlerinki ise % 44,00’dır.

“Hekim ilişkinin denetimini elinde tutar, hastayı doğru bildiği biçimde tedavi eder” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 48,00’dır; Fransız hekimlerinki ise % 4,00’dır.

Bu soruda Türk ve Fransız hekimlerin cevap seçeneği tercihlerinin dağılımları arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark vardır

#### 4.9. Sekizinci Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Gündelik tıp uygulamaları çerçevesinde hastanın statüsü hangisidir” şeklindeki; cevap seçenekleri (a) “Talebi doğrultusunda işlem yapılan kişidir”, (b) “Hastalığıyla ilgili bilgi alıp, teşhis-tedavi uygulaması hakkında hekimle birlikte karar veren kişidir”, (c) “Hekimin yapılmasını uygun gördüğü işlemi kabul eden kişidir” olarak sıralanan sekizinci soruya verilen cevapların dağılımı, (d) cevap vermeme için de bir sütun eklenerek, Tablo-19’da gösterilmiştir:

	(a)		(b)		(c)		(d)		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Türk	10	20,00	27	54,00	13	26,00	0	0,00	50	100,00
Fransız	2	8,00	21	84,00	1	4,00	1	4,00	25	100,00

Gözeneklerin % 20 ve daha fazlasında frekans beş veya daha az bulunduğundan ki kare anlamlılık testi yapılamamıştır.

“Talebi doğrultusunda işlem yapılan kişidir” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 20,00’dır; Fransız hekimlerinki ise % 8,00’dır.

“Hastalığıyla ilgili bilgi alıp, teşhis-tedavi uygulaması hakkında hekimle birlikte karar veren kişidir” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 54,00’dür; Fransız hekimlerinki ise % 84,00’dür.

“Hekimin yapılmasını uygun gördüğü işlemi kabul eden kişidir” cevap seçeneğini tercih eden Türk hekimlerin oranı % 26,00’dır; Fransız hekimlerinki ise % 4,00’dür.

Bu soruda Türk ve Fransız hekimlerin cevap seçeneği tercihlerinin dağılımları arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark vardır

#### 4.10. Dokuzuncu Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Hastalarınıza genellikle ‘sen’ diye mi ‘siz’ diye mi hitap ediyorsunuz?” şeklindeki; cevap seçenekleri (a) “Sen”, (b) “Siz”, (c) Diğer olarak sıralanan, uygulamada alınan cevaplar doğrultusunda (d) “Yanıt yok” seçeneği de eklenen dokuzuncu soruya verilen cevapların dağılımı Tablo-20’de gösterilmiştir:

<b>Tablo 20-</b> Dokuzuncu soruya verilen cevapların dağılımı										
	(a)		(b)		(c)		(d)		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Türk	5	10,00	39	78,00	6	12,00	0	0,00	50	100,00
Fransız	0	0,00	22	88,00	2	8,00	1	4,00	25	100,00

Gözeneklerin % 20 ve daha fazlasında frekans beş veya daha az bulunduğundan ki kare anlamlılık testi yapılamamıştır.

“Sen” hitabını kullanan Türk hekimlerin oranı % 10,00; Fransız hekimlerinki ise % 0,00’dır.

“Siz” hitabını kullanan Türk hekimlerin oranı % 78,00; Fransız hekimlerinki ise % 88,00’dır.

Farklı hitap şekilleri kullanıp “Diğer” seçeneğini işaretleyen Türk hekimlerin oranı % 12,00; Fransız hekimlerinki ise % 8,00’dır.

Bu soruya bir Fransız hekim yanıt vermemiştir (% 4,00).

Bu soruda Türk ve Fransız hekimlerin cevap seçeneği tercihlerinin dağılımları arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark yoktur.

#### 4.11. Onuncu Soruya Verilen Cevaplardan Elde Edilen Bulgular

“Ortalama kaçınıcı görüşmeden sonra hastanızın ismini kendisine sormadan veya dosyasına bakmadan hatırlayabilirsiniz?” şeklindeki; cevap seçenekleri (a) “İlk görüşmeden sonra”, (b) “İkinci görüşmeden sonra”, (c) “Birçok görüşmeden sonra”, (d) “Asla” olarak sıralanan onuncu soruya verilen cevapların dağılımı Tablo-21’de gösterilmiştir:

<b>Tablo 21-</b> Onuncu soruya verilen cevapların dağılımı										
	(a)		(b)		(c)		(d)		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Türk	7	14,00	10	20,00	26	52,00	7	14,00	50	100,00
Fransız	8	32,00	7	28,00	9	36,00	1	4,00	25	100,00

$X^2 = 5,647$ ; Sd= 3; P= 0,130

İlk görüşmeden sonra hastasının ismini hatırlayan Türk hekimlerin oranı % 14,00; Fransız hekimlerinki ise % 32,00’dır.



İkinci görüşmeden sonra hastasının ismini hatırlayan Türk hekimlerin oranı % 20,00; Fransız hekimlerinki ise % 28,00'dir.

Birçok görüşmeden sonra hastasının ismini hatırlayan Türk hekimlerin oranı % 52,00; Fransız hekimlerinki ise % 36,00'dir.

Asla hastasının ismini hatırlamayan Türk hekimlerin oranı % 14,00; Fransız hekimlerinki ise % 4,00'dür.

Bu soruda Türk ve Fransız hekimlerin ortalaması arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark yoktur

## 5. TARTIŞMA

Tez çalışması çerçevesinde yapılan literatür taramasında konu ve yöntem bakımından yürütülen araştırmayla tam olarak örtüşen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı çalışmaların kimi bölümleriyle sınırlı kesişmeler söz konusudur. Bu bakımdan bulguların tartışmaya açılması daha çok bir iç tartışma şeklinde gerçekleştirilmiş; elde edilen bulgular başka çalışmalarda elde edilen bulgulardan çok birbirleriyle karşılaştırılmış, özellikle de Türk ve Fransız katılımcı grupları arasındaki benzerlikler ve farklılıklar üzerinde durulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmaların yanı sıra, kimi bulgular tek grup ölçeğinde de değerlendirmeye alınarak irdelenmiş ve yorumlanmıştır.

### 5.1. Hasta Denildiğinde Akla Gelenlerle İlgili Bulgular Hakkında Tartışma

Katılımcılardan “hasta” denildiğinde zihinlerinde uyanan ilk çağrışımı bir kelime ya da bir cümle halinde yazmaları istenen açık uçlu ilk soruya Türk hekimlerin verdiği cevaplar dokuz tematik kümede, Fransız hekimlerinki ise on tematik kümede toplanmıştır. Kümelerin büyük kısmı eşleştirilebilir olmakla birlikte bazıları sadece Türk ya da sadece Fransız hekimlere özgüdür.

Hasta denildiğinde ilk akla gelenlerle ilgili en yüksek oranı tutturan kümeler üzerinden bir değerlendirme yapıldığında, Türk hekimlerin hasta-hekim ilişkilerinde hastayı daha çok kendilerinden yardım alan kişi olarak konumlandırırken, Fransız hekimlerin ise daha profesyonel davranıp, hekim duruşlarını yitirmeden hastayı sağlık sorunuyla beraber değerlendirme eğilimi gösterdiği çıkarımına varılmaktadır. Türk hekimlerin hasta algısında hastanın insani boyutu ön plana çıkarken, Fransız hekimlerin hasta algısında daha çok kendi profesyonellikleri ağır basmış ve hasta daha çok medikal-paramedikal terimlerle anılmıştır.

Türk hekimlerin % 38,00’inin ilk aklına gelen, farklı versiyonlar halinde “yardıma ihtiyacı olan kişi” olduğu halde, Fransız hekimler arasında böyle bir ifade kullanan olmamıştır. Bu durum, Türk toplumunun, ilişkileri düzenlemede hak ve hizmet gibi

daha modern kavramlardan çok yardım, dayanışma ve iyilik gibi geleneksel kavramları referans almasının; toplumsal işbölümünü profesyonellikler toplamı değil “imece” gibi algılamasının bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Bu sosyokültürel koşullarda, insanların temas ettikleri kişileri yardıma ihtiyaç duyma-duymama açısında değerlendirmesi, onlara yönelik eylemlerini görev yerine getirme değil iyilik etme anlayışıyla gerçekleştirmesi öncelik kazanmaktadır. Böyle bir genel çerçevede doğal olarak hekimlerin karşısındakine bakışı da yardıma muhtaç olma-olmamaya odaklanmaktadır. Nitekim araştırmamızda saptanan Türk hekimlerin zihnindeki hasta kavramının, “bana ihtiyacı olan”, “ruhsal ve bedensel olarak yardıma ihtiyacı olan”, “yardıma, bana, ilgiye, bakıma ve sevgiye muhtaç olan” kişi şeklinde olması durumu, hastanın her şeyden önce “muhtaç insan” olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Fransız hekimler ise hastanın bir insan olarak ihtiyaçlarına mesafeli kalarak onu daha çok medikal tanımlarla kavramlaştırmışlar ve onun konumunu da profesyonel ilişki çerçevesinde belirlemişlerdir. Bu yaklaşımın esası hekimin hasta için yapacaklarını ona yardım etme ya da onun gereksinimlerini giderme olarak değil, mesleki olanaklarını onun talepleri doğrultusunda devreye sokma olarak görmesidir. Fransız hekimlerin böyle bir yaklaşımı benimseyerek tıbbi ilişkinin insani boyutunu ihmal etmesi, Fransız tıp etiği literatüründe eleştiri konusu edilen bir husustur<sup>98</sup>.

Türk ve Fransız hekimlerin zihinlerinde uyanan ilk çağrışımla ilgili kümeler arasında en fazla oransal fark olan durum ise, Türk hekimlerin hastayı olumsuz çağrışımlarla anmasının Fransız hekimlere göre yaklaşık altı kat daha fazla olmasıdır. Burada söz konusu olan olumsuzluk, klinik-patolojik boyutta değil, sosyal-iletişimsel boyutta ortaya çıkmaktadır. Türk hekimlerin % 10,00’u hastalarını farklı açılardan “istenmeyen özellikler taşıyan insan” olarak nitelerken % 12,00’si de “sorun ya da sorun potansiyeli oluşturan insan” betimlemesini kullanmış; toplam % 22,00’si hastalarına olumsuz nitelikler atfetmişlerdir. Fransız hekimler arasında hastaya olumsuz nitelik atfetme oranı ise % 4,00’dür.

Türk ve Fransız hekimlerin zihinlerinde uyanan olumsuz çağrışım oranlarıyla ilgili % 22,00’ye % 4,00 durumu, önemli bir yaklaşım farkına işaret etmektedir. Bu durum, Türkiye’de Fransa’ya göre kamu hastanelerinde hasta sirkülasyonunun daha fazla olmasıyla ve aynı zamanda hastalar ile sağlık konusunda iletişimim daha zor

kurulmasıyla açıklanabilir. Türkiye’de kamu hastanelerinde hekim ve personel sayısal yetersizliği ve bu hastanelere başvuran hasta sayısının çokluğu çerçevesinde, iş yükü fazlalığı ile yorgun ve tahammülsüz olan hekim -ki zaten hastalarını nitelik açısından pek parlak bulmamaktadır- ile oldukça zor koşullarda hekime ulaşan hasta ilişkisinde sorunların yaşanması kaçınılmaz gibidir. Dolayısıyla hasta-hekim çatışmasının yoğun olabileceği bu koşullarda, Türk hekiminin hasta denildiğinde zihninde uyanan çağrışımın “sorun çıkarıcı”, “mutsuz insan” ,“fuzuli insan”, “önyargılı”, “bela”, “sıkıntı” olması şaşırtıcı değildir.

Hasta denildiğinde akıllarına gelen ilk çağrışım “anlamsızlık” kümesine alınmış olan Türk hekimlerin oranı % 6,00, Fransız hekimlerin oranı ise % 4,00’dür. Bir başka deyişle hasta denildiğinde zihninde hiçbir çağrışım uyanmayan hekim oranı her iki grupta birbirine yakın ve oldukça düşüktür. Türk hekimler bu cevaplarını boş küme işareti ya da “hiçbir şey” yazarak ifade ederken Fransız hekim ise hasta hakkında söyleyecek bir şey bulamamış, “kim o” cevabıyla soruyu iade etmiştir. “Hasta”nın ne olduğu konusunda görüş sahibi olamamış hekimleri var olması düşündürücü bir husustur. Bununla birlikte her iki grupta da hasta kavramı konusunda kafa yormayan hekim sayısının oldukça az olması bakımından bu husus tez çerçevesinde tartışmaya açılmamıştır.

Türk hekimlerin % 10,00’unda “hasta”nın uyandırdığı çağrışım “sorunu ve beklentisi olma” ya da “sorunu ve tedaviye ihtiyacı olma” şeklindedir. Bu değerlendirmelere eşdeğer sayılabilecek “talebi ve beklentisi olma” ifadesi ise Fransız hekimlerin % 8,00’i tarafından kullanılmıştır. Bu kümelerin anlam yükleri gibi yüzdelerinin de birbirine çok yakın oluşu dikkate değerdir.

“Hasta” kelimesi Türk hekimlerin zihninde % 16,00 oranında “sağlık sorunu olan kişi”; Fransız hekimlerde ise % 28,00 oranında “sağlık sorunu olan-rahatsız kişi” ve % 8;00 oranında da “hastalık” -dolayısıyla toplam % 36,00 oranında hasta ve hastalık- çağrışımı uyandırmaktadır. Fransız hekimlerin cevaplarının en yüksek oranda bu kümede yer alması söz konusudur; Türk hekimlerin zihninde hasta daha çok yardıma ihtiyacı olan insan olarak yer ederken Fransız hekimlerde ise sağlık sorunu olan kişi olarak yer etmiştir. Hastanın hastalık-sağlık sorununa sahip olma çağrışımı uyandırması rasyonel ve materyalist bir bakış açısını yansıtmaktadır.

Hastanın “üzerinde çalışılan-iş yapılan” ve “hekime kazanç olanağı sağlayan” kişi olduğunu ifade eden Türk hekimlerin oranı % 8,00’dir. Fransız katılımcılar grubunda ise, %16,00 oranında “müşteri-meşguliyet-yükümlülük” ve % 12,00 oranında “tıp-teşhis-cerrahi” olmak üzere iki alt küme halinde toplam % 28,00’dir. Üst paragrafta yapılan değerlendirmeyi burada da yinelemek mümkündür.

Burada hastayı tıp açısından ifade ettiği anlama göre değerlendirme eğilimi % 28,00’e % 8,00 olmak üzere Fransız hekimlerde daha yüksek oranda görülmektedir. Bu durum, hastayı algılama ve kavramlaştırmada daha paramedikal yaklaşım tarzı bulunan Türk hekimlere göre Fransız hekimlerin profesyonel konumlarının bilincinde olması ve medikal bakış açısını derinden benimsemesi ile açıklanabilir.

Batı tipi toplumlarda meslek seçiminde bireylerin bilinçli istekleri ve yönelimleri daha ağır basmakta ve seçtikleri mesleğin icrasında da o meslekle özdeşleşme daha kuvvetli olmaktadır. Oysa birçok şeyin tesadüfi ve irade dışı gerçekleştiği Türk toplumunda, meslek sahibi olurken de kişisel yönelimler ikinci planda kalabilmekte, istek ve arzu ile seçilmeyen mesleğin icrasında da meslekle özdeşleşme ve profesyonellik anlayışını benimseme batıya göre daha az görülmektedir.

Fransız hekimlerin % 8,00’inde hasta sözünün “ilişki”, “hümanite” çağrışımları uyandırdığına işaret eden cevaplar verirken, Türk hekimler arasından bu ve benzeri bir yaklaşımda bulunan çıkmamıştır. Hastasını tanımak isteyen Fransız hekimlerin % 96,00 oranında olduğu göz önüne alındığında, zihnindeki hasta çağrışımı “ilişki” olan Fransız hekim oranının hayli düşük çıkması şaşırtıcıdır. Oldukça romantik ve insancıl bir yaklaşım olan “hümanite” ise Fransa’nın “eşitlik, özgürlük, kardeşlik” sloganıyla uyumlu olup, insan hak ve özgürlükleri bağlamında sağlık hakkının en temel hak olduğunu hatırlatması açısından kayda değer bir yaklaşımdır.

## **5.2. Hastaların Nitelikleri Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma**

Hastaların tıbbi ilişkide avantaj sağlayacak kimi nitelikleri bakımından hekimler tarafından puan verilerek değerlendirilmesi bağlamında, sağlık bilincine sahip olma puan ortalamaları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. Bu fark Fransız

hekimlerin hastalarına vermiş oldukları puanların daha yüksek olması şeklindedir (Türk 2,14; Fransız 2,84).

İki grup arasındaki fark, kuşkusuz Fransız toplumun sosyokültürel ve eğitimsel alt yapısıyla doğrudan ilgilidir. Bir başka etken de Fransa'nın ekonomik düzeyinin Türkiye'ye göre daha iyi durumda olmasıdır<sup>99</sup>. Toplumun sağlık bilinci ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın bir ilişki söz konusu olmakta; gelişmiş ekonomilerde sağlık için ayrılan kaynaklar artmasının dolaylı bir sonucu olarak bireylerin sağlık bilinci yükselmektedir<sup>99</sup>. Öte yandan toplumun sağlık düzeyinin gelişmesi verimliliği arttırmakta bu da ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır<sup>99</sup>.

Fransız ve Türk hekimler arasında, hastanın sorununu ifade etmesi konusundaki puan ortalamaları açısından da anlamlı fark bulunmakta; hekimlerinin kanısına göre Fransız hastalar sorunlarını daha iyi ifade edebilmektedir (Türk 2,52; Fransız 3,60).

Bu durumu Fransız kültüründe kendini ifade etmenin ve dil kullanımının Türk kültüründekine göre daha önemsenen unsurlar olmasıyla açıklamak mümkündür. Bir başka açıklama, Fransa'da temel eğitimin daha zengin içerikli ve yaşam pratikleriyle bağlantılı olması, bu çerçevede toplumun sağlık ve tıp hakkında daha fazla genel bilgi kazanmasıdır.

Öte yandan Türkiye'de hasta-hekim ilişkisinin içerdiği iletişim sorunları çerçevesinde hastanın çekingenlik nedeniyle sorunu hakkında bilgi verememesi veya hekimi sınamak ya da ondan daha fazla ilgi görmek adına sorununu çarpıtarak aktarması ya da aktarmaması söz konusu olabilmektedir. Hastanın hekimi uzak geçmişin bir tipi olan "kâhin" gibi değerlendirerek, ondan sorununu dile getirmeksizin tanıya varmasını beklemesi; yakınması sorulduğunda "sen bileceksin" cevabını vermesi, karakteristik ve yaşayanlar açısından rahatsız edici bir durumdur. Bu duruma abartılı bir yorum getirerek açıklamayı şaman inancı geleneğinde aramak; çağdaş hekimden şaman-hekimin gökteki iyi ve yeraltındaki kötü ruhlardan bilgi alarak teşhis varmasına benzer bir marifet göstermesinin beklendiğini öne sürmek mümkündür.

Konuyla ilgili diğer bir husus da kendini ifade etme becerisinin gelişmesinin okuma alışkanlığı ile doğrudan ilişkili olmasıdır. Her iki toplumda bununla ilgili istatistiklere göz atarsak; Fransa'da nüfusun yüzde yirmi biri düzenli kitap okurken, Türkiye'de oran on binde birdir<sup>100</sup>. Bu tabloda Türkiye'de hastaların sorununu ifade ederken daha fazla güçlük yaşaması kaçınılmazdır.

İlginçtir ki Türk ve Fransız hekimler hastalarının “söyleneni anlama” düzeyleri konusunda verdiği puanların ortalamaları orta düzeyde ve birbirine yakındır (Türk 2,42; Fransız 2,72). Türk hekimlerin “sağlık bilincine pek de sahip olmayan” ve “sorununu ifade etmekte zorlanan” hastasının söyleneni anlama konusunda Fransız hastaların düzeyinde olduğu; bir başka deyişle Fransız hekimlerin “daha iyi bir sağlık bilincine sahip olan” ve “sorununu daha iyi ifade eden” hastasının söyleneni anlama konusunda Türk hastaların düzeyinde olduğu, yönünde görüş bildirmesi tartışmaya değerdir. Mizahi bir yaklaşımla “ya Türk hastalar çok iyi anlamış taklidi yapıyor ya da Fransız hastalar sorunlarını anlattıktan sonra hekimi dinleyip anlamayı önemsemiyor” denilebilir.

Hem genel gözlemlere dayanarak hem de sorununu ifade puanlarını dikkate alarak bir değerlendirilme yapıldığında Fransız hastaların anlama düzeyinin daha yüksek olması gerektiği gibi bir çıkarım yapmak olanaklıdır. Böyle bir sonucun ortaya çıkmamış olması, bir yandan Fransız hekimlerin daha yüksek beklentili olmasıyla; hastalarına geniş bilgi aktarımında bulunup anlattıklarının tam olarak kavranmasını istemesiyle açıklanabilir. Diğer yandan Türk hekimlerin, hem verdikleri sözel mesajların anlaşılması konusunda düşük beklentili olması hem başta zaman darlığı olmak üzere bir dizi nedenden dolayı az bilgi aktarımının da geri bildirimini almama alışkanlığına sahip bulunması da gündeme getirilebilecek bir açıklamadır.

Hastanın hekimle işbirliği yapabilmesi konusunda Türk ve Fransız hekimlerin puan ortalamaları arasında, istatistik açıdan da anlamlı olan, çarpıcı bir fark bulunmaktadır (Türk 2,66; Fransız 4,08). Bu durumu Fransız hastaların Türk hastalara göre sorunlarının çözümünde kendilerine düşen payın daha bir farkında ve sorumlulukların daha bir bilincinde olarak hekimle daha etkili-verimli bir işbirliği kurma arayışına girmesiyle açıklayabiliriz. Hekimle işbirliğine açık olma, batı kültüründe hasta toplumsal rolünün temel unsurlarından biri kabul edilmektedir<sup>36</sup>. Fransız kültüründe özerkliğe daha fazla önem verilmesi, bireylerin kendilerini ilgilendiren süreçlere aktif olarak katılma eğilimi göstermesi; Türk toplumunda ise fatalist yaklaşımın yaygın olması ve süreçlere müdahil olma ile olmama arasında fark gözetilmemesi de bu noktada göz önüne alınabilecek unsurlardır.

Hastaların hekimlerine yönelik güven duygusu konusunda da Fransız katılımcı grubunun verdiği puanların ortalaması daha yüksektir ve ortalamalar arasında istatistik

açından anlamlı fark bulunmaktadır (Türk 3,38; Fransız 4,60). Fransız hekimler hastalarının kendilerine güven duyduğuna kuvvetle inanmakta, Türk hekimler ise güven uyandırdıkları görüşüne daha az itibar etmektedir.

Tıbbi ilişkide güven unsuru, bir yandan tıbbın kurumsal dinamikleriyle diğer yandan toplumun kendine özgü nitelikleriyle bağlantılıdır. Geleneksel tıpta kuvvetli bir güven ilişkisinin bulunması; hastanın kendisini kayıtsız koşulsuz hekimine teslim etmesi söz konusudur. Çağdaş tıbbın bilgiyi paylaşmaya ve tarafları sürece eşit statüde dâhil etme yaklaşımının da hekime yönelik güveni arttırıcı olduğunu düşünmek olanaklıdır. Türkiye’de hasta-hekim ilişkisinin geleneksel modelden büyük ölçüde uzaklaşmış ancak çağdaş normlara intibakını da tam anlamıyla tamamlamış olduğunu; geçiş dönemine özgü bir güven sorunu yaşandığını öne sürmek olanaklıdır.

Farklı bir değerlendirmeyi hekime duyulan güveni, toplumsal kurumlara duyulan güvenle ve bireylerin birbirine duyduğu güvenle bağlantısı yönünden ele alarak yapmak olanaklıdır. Toplumsal kurumlar yerleşik ve işlevsel durumda oldukları ölçüde bireylerin güvenini kazanabilmektedir. Bu genel saptama toplumsal bir kurum olarak tıp ve tıbbın başat unsuru olan hekim için de geçerlidir. Genel olarak bireyler arası güven ilişkisinin belirleyicileri de eğitim, adalet gibi toplumsal kurumların işlerliği ile topluma özgü ekonomik ve sosyokültürel faktörlerdir.

### **5.3. Hastaların Farklı Yönleri Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma**

Hastanın bir yönüyle maddi kazanç kaynağı olduğu fikrini Türk hekimler % 34,00, Fransız hekimler ise % 12,00 oranında benimsemiştir. İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır. Türk hekimlerin yaptıkları işi “ekmek kapısı” olarak görme eğilimi Fransız hekimlere göre yaklaşık üç kat daha fazladır.

Her iki gruptaki hekimlerin çoğunluğunun kamu hastanelerinde çalıştığı ve iki ülkenin kamu hastanelerinde ücretlendirme politikalarının ve kamu-özel çalışma birlikteliği koşullarının belirgin biçimde farklı olduğu göz önüne alınacak olursa hekimlerin hastalarına maddi kazanç kaynağı olarak görme eğilimleri arasındaki farkı anlamak kolaylaşmaktadır.



Türkiye’de kamu hastanelerinde performansa dayalı ücretlendirme politikası uygulanması ve kamu-özel ikili çalışma düzeni içindeki hekimlerin hastaları çalıştıkları özel muayenehaneye veya diğer kuruluşlara yönlendirme alışkanlığı olması, hekimin kazancını gördüğü hasta ve yaptığı işlem sayılarına endekslemektedir. Bu da ister istemez hastayı öncelikle para kazandıracak bir unsur olarak görme eğilimine neden olmaktadır. 1990’ların başında Ankara’da tıp öğrencileri üzerinde yürütülen bir araştırmada, mesleki özelliklere verilen önemle ilgili soru çerçevesinde, “hiç önem vermeme” seçeneğine en yüksek oranda yöneliş, hekimliğin “iyi gelir sağlama” özelliği için gerçekleşmesini, bu eğilimin meslek yaşamının ilerleyen yılları içinde ortaya çıktığının göstergesi olarak değerlendirmek olanaklıdır<sup>101</sup>.

Fransız hekimlere uygulanan “performanstan bağımsız” ve “tatminkâr” ücretlendirme politikaları ise hekimin hasta ve işlem saymasına gerek bırakmamakta; ona hastalarını ve geçimini birbirine karıştırmadan düşünebilme şansını vermektedir.

Akla getirilmesi gereken diğer bir olasılık da sosyal beğenilirlik adına Fransız hekimlerin kazanç kaygılarını gizlemesi hatta inkâr etmiş; Türk hekimlerin ise “itiraf” cesaretini göstermiş olmasıdır. 1990’ların başında Ankara’da çalışan hekimler üzerinde yapılan bir araştırmada, katılımcıların birinci derecede önemli gördüğü iki sorunun mesleğin prestij yitirmesi ve gelir yetersizliği olması da, Türk hekimlerin kazanç konusunda görüş bildirmekten çekinmediğini farklı bir açıdan göstermektedir<sup>102</sup>.

Her iki katılımcı grubunda da, hastanın bir yönüyle maddi kazanç kaynağı olduğu düşüncesini benimsemeyenler benimseyenlerden fazladır. Türk hekimlerin % 44,00’ü, Fransız hekimlerin % 40,00’i hastanın bir yönüyle kazanç kaynağı olduğu görüşüne katılmamaktadır. Hasta-hekim ilişkisi bölümünde değindiğimiz üzere hasta hekim ilişkisi her şeyden önce bir insani ilişki biçimi olup en saf halinde maddi çıkarlar ikinci plandadır. Hastaların varlığı hekimlerin geçimi için olmazsa olmaz bir koşul olmakla birlikte, tıbbi ilişkinin akçalı boyutunun görmezden gelinmesi hem toplum geneli hem de meslek camiası özelinde köklü bir gelenektir. Araştırmamızda saptanan durum, bu geleneğin zayıflayarak da olsa varlığını sürdürdüğünü göstermektedir.

Türk ve Fransız hekimlerin hastanın bir yönüyle maddi kazanç kaynağı olması konusunda kararsız kalma oranları arasında çarpıcı bir fark vardır. Türk hekim grubunda bu oran % 22,00, Fransız hekim grubunda ise % 48,00’dir. Fransız hekimlerin

yaklaşık yarısı bu konuda karar verememiş ya da görüşünü belirtmekten kaçınmış olması çarpıcı bir bulgudur.

Türk hekimlerle Fransız hekimlerin “Hasta bir yönüyle yardıma muhtaç, acınacak kişidir” saptamasına katılma oranları sırasıyla %54,00 ve % 96,00’dır. İki grup arasında betimsel değerlere bakılarak fark olduğu görülmektedir.

Anketimizin bu sorusunun Türkçe versiyonda yer alan “acınacak” ibaresinin Fransızca versiyonda sehven unutulmuş olması söz konusudur. Dolayısıyla bu sorudan elde edilen veriler üzerinden çok sağlıklı bir karşılaştırma yapma olanağı bulunmamaktadır. Mamafih bu çekinceyi saklı tutarak bir değerlendirme yapıldığında, kimi ilginç sonuçlara ulaşılabilmektedir.

Hasta denildiğinde hekimlerin zihinlerinde uyanan ilk çağrışımı bir kelime ya da bir cümle halinde yazmaları şeklindeki ilk soruya verilen cevaplar da Türk hekimlerin % 38,00’i hastayı yardıma ihtiyaç duyan olarak tanımlarken, Fransız hekimler tarafından hastanın bu tarafına hiç vurgu yapılmamıştır. Oranın dramatik şekilde sıfırdan % 96,00’ya yükselmesi, Fransız hekimlerde hastanın “yardıma muhtaç” yönünün ilk uyanan çağrışım olmadığı, ancak hatırlatma halinde bu yönün varlığının kuvvetle benimsendiği şeklinde yorumlanabilir.

İki grup arasındaki çarpıcı oran farkını Fransız hekimlerin hastanın yardım gereksinimi içinde oluşunun daha fazla farkında oluşuna yormak ise pek gerçekçi görünmemektedir. Buradaki farkın “yardıma muhtaç” ibaresinin algı farkı yaratmasından kaynaklanma olasılığı daha yüksektir. Spekülatif olarak şöyle bir açıklama mantıklı olur:

Türk hekimler, “acınacak” ibaresinin de önemli katkısıyla, yardıma muhtaç olmayı bir zaaf hali olarak değerlendirmekte; hastayı zayıf-aciz bir kişi olarak görmeyen ya da görmek istemeyen katılımcılar ifadeye katılmama beyanında bulunmaktadır. Fransız hekimler ise, ibaresinin atlanmış olmasının da etkisiyle, yardım ihtiyacını “tıbbi yardım (aide medicale)” ihtiyacı olarak; nötr anlam yüküyle algılamakta, dolayısıyla da yardım etme onların gözünde görevlerini yerine getirmenin ötesinde bir anlam taşımamaktadır.

Hastanın yardım ihtiyacını inkâr eden hekimler belirgin biçimde azınlıkta olup, katılmama seçeneğini benimseyen Türk hekimlerin oranı % 8,00’de kalmış, Fransız hekimlerden ise hiçbiri bu seçeneğe yönelmemiştir (% 0,00). Türk ve Fransız

hekimlerin kararsız kalma oranları ise % 38,00'e karşılık % 4,00'dür. Bu oranlar arasında betimsel değerler açısından bir fark bulunmaktadır. Türk hekimlerin görece yüksek olan oranının, hastanın yardıma ihtiyaç duyuşunu reddetmemekle birlikte bunun güçsüzlüğü-aczi olarak değerlendirmekten çekinme, şeklinde yorumlamak mümkündür.

Hastanın bir yönüyle mesleki bilgiyi, beceriyi sına-kanıtlanma olanağı olması görüşüne Türk hekimler % 50,00, Fransız hekimler % 8,00 oranında katılmış, Türk hekimler % 28,00, Fransız hekimler % 64,00 oranında katılmamıştır. Türk ve Fransız hekimlerin kararsız kalma oranları ise % 22,00 ve % 28,00'dir. İki grup arasında çarpıcı bir dağılım farkı ve istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır.

Hasta üzerinden mesleki bilgiyi ve beceriyi sına-kanıtlanmanın gündeme gelmesi, teşhis-tedavi süreci ortalama göre daha karmaşık ve yorucu olan vakalarda söz konusu olur. Hekimler açısından böyle vakaları mesleki açıdan çekici bulmak ya da aksine bunlardan uzak durma arayışına girmek söz konusu olabilir.

Zor durumlar karşısında yılgınlığa kapılmayıp ya da "bekle-gör" politikası izlemeyip aksine onlara meydan okumanın; sorunların "yanından dolaşmayı" dosdoğru üzerine gitme, batı kültüründe daha fazla benimsenen bir değerdir. Burada sözü geçen "batı"nın özellikle "Amerikan" olarak algılanması gerektiğini vurgulamak ve Türklerin Fransızlara göre daha "Amerikanvari" olduğu şeklindeki yaygın kanıyı hatırlatmak tartışmamız çerçevesinde önem taşımaktadır.

İki ülke hekimleri arasındaki yaklaşım farkının birçok nedeni olabilir. Fransız toplumunun Türk toplumuna göre sağlık bilinci düzeyinin daha yüksek seviyede, hak arama bilincinin daha gelişmiş, sağlık hukukunun daha gelişmiş ve yerleşmiş bulunmasının, Fransız hekimlerin hastaları üzerinde deneme-sınama özgürlüklerini kısıtlayan faktörler olduğu düşünülebilir.

Fransa'nın daha gelişmiş tıbbi olanakları bulunması, hastaların ülkenin herhangi bir sağlık kurumuna kolayca ulaşabilmesi, yan dallara ayrılmayı da kapsayan uzmanlaşmanın ileri düzeyde olması, hastayı tek bir hekime, hekimi de tıbben zor durumlarda kendi kaderiyle baş başa kalmaya mahkum olmaktan uzaklaştırmaktadır. Türkiye'de hekim olmak ise "zorlu bir serüven" niteliğini daha fazla hak etmekte, olanaksızlıklar ve uygunsuzluklar daha sık sahneye çıkıp hekimi daha fazla bireysel inisiyatif kullanma durumunda bırakmaktadır.

Fransız tıbbının düzenli işleyen bir sistem şeklinde yapılmış olması, Türk tıbbının ise her yönden hekime yüklenme üzerine kurulmuş ve sistem zaafını gidermeyi de hekime bırakmış olması göz önüne alındığında, doğal ve kaçınılmaz olarak Türk hekimlerin Fransız meslektaşlarına göre kendilerini sınama/kanıtama deneyimiyle çok daha sık yüzleşmektedir.

Hastayı mesleki formasyonunu sınama-kanıtama olanağı saymanın algı boyutunu aşım eylemi belirleyici hale gelmesi üzerinde durulmaya değer bir durumdur. Hekimin “gözü kara” bir şekilde yetersiz kalma olasılığı yüksek vakalara müdahil olma eğilimi göstermesi etik açıdan uygun olmayan bir yaklaşımdır. Hekimlerin düşünceleri ve davranışları üzerinde kaçınılmaz etkisi olan tıbbi koşulların dışında, hastaları kendini sınama-kanıtama aracı olarak kullanmanın her iki ülkenin etik değerleri ve etik kontrol mekanizmaları üzerinden de değerlendirilmesi olanaklıdır.

Son bir farklı açıklama da Türk hekimlerin, sınama-kanıtama amacıyla hastayı kullanmakta sakınca görmemesi, kendilerini hastalarından üstün sayarak elitist bir tutum benimsemesi; Fransız hekimlerin ise daha eşitlikçi yaklaşım benimseyip hastalarını araç-obje haline getirmeyi istememesi veya elitist olsalar bile insan hakları ve özgürlükleri açısından daha dikkatli olması şeklindedir.

Türk hekimlerle Fransız hekimlerin “hasta bir yönüyle meslek hatasını yargıya taşıma tehdididir” ifadesine katıldıkların belirtme oranları % 44,00 ve % 20,00’dir. Cevap dağılımının bütününde istatistik açısından bir fark olmasa da Türk hekimlerin hastayı meslek hatasını yargıya taşıma tehdidi olarak görme oranının Fransız hekimlerinkinin iki katından fazla olması çarpıcıdır.

Türkiye’de son yıllarda gözlenen ihmal ve suiistimler, hastanın hak arama eğiliminin artması-arttırılması, hasta hakları ile ilgili çalışmaların yoğunlaştırılması hasta hekim ilişkisindeki güveni zedelemiş, hekim hastasını tehdit unsuru olarak görmeye başlamıştır. Ortaya çıkan bu durumun tetikleyicileri olarak Türkiye’ye yeni yeni emplante olmaya çalışan hekim sigortacılığı ve aksayan sağlık hizmetlerini düzeltmek yerine öfkeli kitlelere hekimi hedef gösteren sağlık politikaları gösterilebilir.

Fransa’da sağlık hukuku sisteminin yerleşikliği, hasta bilinç düzeyinin yüksekliği, kamu hastanelerinin alt yapısal olanaklarının gelişmişliği ve hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilemeyen sağlık politikalarının bulunmayışı hasta-hekim ilişkisine

olumlu yansımış; Fransız hastanın hekiminin gözünde bir tehdit haline gelişi daha az gerçekleşmiştir.

İki grubun hastanın meslek hatasını yargıya taşıma tehdidi olduğu görüşüne katılmama oranları arasında önemli bir fark saptanmamıştır (Türk % 34,00, Fransız % 36,00). Kararsız kalanların karşılaştırılmasında ise yine çarpıcı bir fark ortaya çıkmaktadır; Türk hekimlerde oran % 22,00, Fransız hekimlerde ise % 44,00'dür. Fransız hekim grubundaki yüksek kararsızlık oranını hastaları tehdit olarak görmeye doğru yavaş yavaş bir kayma yaşandığı şeklinde yorumlamak olanaklıdır. Nitekim genel gözlemlere dayalı olarak da Fransa için böyle bir saptama yapılabilir.

Türk ve Fransız hekimlerin "Hasta bir yönüyle manevi tatmin sağlama aracıdır" saptamasına katılma oranları %58,00'e % 52,00; katılmama oranları ise % 16,00'ya % 12,00'dir. İki grubun kararsız kalma oranları ise % 26,00 ve % 32,00'dir. Bu dağılımlar arasında betimsel değerler açısından bir fark bulunmamaktadır.

Hastanın manevi tatmin sağlama aracı olduğu konusunda Türk ve Fransız hekimlerin yaklaşık yarısı hemfikir olmuşlardır. Bu sonuç, sağlık uğraşlarının temelinde yer alan iyilik etme, böylelikle toplumun ve tanrının beğenisini kazanma arayışının günümüzde hala geçerliliğini koruduğunu göstermektedir. Öte yandan, yukarıda ele alınan hastanın maddi kazanç olanağı olarak görülmemesi bulgusunu da dikkate alan bir değerlendirmeye, her iki ülkedeki hekimlerin manevi kazanımı daha ön planda tuttıkları, bir başka deyişle iki tür kazanım arasında manevi olanı daha çok önemsedikleri söylenebilir.

Hastanın bir yönüyle hastalığa karşı birlikte mücadele edilecek bir müttefik olduğu görüşüne Türk ve Fransız hekimlerin katılma oranları %72,00'ye % 84,00; katılmama oranları % 10,00'a % 8,00'dir. İki grubun kararsız kalma oranları ise % 18,00 ve % 8,00'dir. Betimsel değerlere bakıldığında iki grup arasında fark olmadığı görülmektedir. Her iki grubun hekimleri de, Fransızlar biraz daha fazla olmak kaydıyla, hastanın müttefik kabul etme yaklaşımına büyük ölçüde katılmaktadır.

Çağdaş tıp anlayışının giderek daha fazla hasta merkezli bir hal alması, hasta haklarının tıbbi ilişkiyi düzenlemede temel referans durumuna gelmesi söz konusudur. Bunun doğal bir uzantısı olarak yetişmekte olan ve mesleğini sürdüren hekimlere hastalarıyla işbirliği içinde olmaları, onları kararlarına ortak etmeleri, onlara rağmen hiçbir uygulama yapmamaları sürekli ve ısrarlı olarak telkin edilmektedir. Hastayla

kurulan ilişkinin gücü, tıbbi başarının değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt haline gelmiştir. Türk ve Fransız hekimlerin yüksek oranda ittifak taraftarı oluşunda bu genel eğilim kuşkusuz başrodedir. Telkin edilenleri samimiyetle benimsemek de, sosyal beğenilirlik adına benimsemiş görünmekte bu seçeneğe yönelmeye yol açmaktadır. Fransız hekimlerde oranın biraz daha yüksek oluşu, Fransa'nın çağdaş değerleri yakalamakta daha hızlı davranmasıyla açıklanabilir.

Ünlü Fransız yazar, hekim ve filozof Jean Hamburger, Fransız toplumundaki hasta-hekim ilişkisini oldukça iyi özetleyen tespitler yapmıştır. Yazara göre bu ilişki, acıları ve sıkıntıları nedeniyle sevdiği hayattan ekarte edilmiş hastanın yalnızlığı ile ona yolun sonuna kadar eşlik edecek, onun hastalığının seyrinde ağır ve kesintisiz sorumluluğu olacak hekimin yalnızlığının karşılaşmasıdır. Hasta-hekim ilişkisi iki insanın sancılı bir süreci farklı taraflarda birlikte yaşama ve birlikte mücadele etme durumudur<sup>39</sup>. *“Hasta-hekim ilişkisi, iki kişi arasında kurulan özel bir ilişki biçimidir; bu ne dostluk, ne akrabalık, ne de ticari bir ilişkidir; bir aşk ilişkisiyle karşılaştırılabilecek kadar iki insanın bir yalnızlık içinde karşılaşması sonucunda olan özel bir ilişki biçimidir”*<sup>39</sup>.

#### **5.4. Tercih Edilen Hasta Özellikleri ile İlgili Bulgular Hakkında Tartışma**

Türk hekimleri sorunu ciddi olmayan hastayı Fransız hekimlere göre daha çok tercih etmiş, iki grup arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (Türk 2,68; Fransız 1,96). Bu durum, Türk hekimlerin iş yoğunluğunun Fransız hekimlere göre daha fazla olmasının bir sonucu olabilir. Sorunu ciddi olmayan hastayı tercih etme, Türk hekimlerin hastalarını sağlık bilinci düşük ve sorununu ifade etmekte zorlanır olarak nitelemesi bulgusuyla uyumludur. Ciddi bir sorunun bu ciddiyeti idrak edemeyen ve iletişim kurma düzeyi düşük bir kişide bir araya gelmesinin istenmeyeceği açıktır.

Her iki grubun iletişim kurma becerisi kuvvetli hastayı isteme puanı yüksek olup, Türk hekimlerin ortalaması Fransız meslektaşlarınınkinden istatistik açıdan anlam taşıyacak derecede fazladır (Türk 4,54–Fransız 3,32).

Puanların yüksek olmakla birlikte beş üzerinden beş gibi bir düzeye erişememiş bulunması, hastanın iletişim becerisini önemsemeyen hekimlerin de bulunduğunu

göstermektedir. Bu görüntü anamnezin tanıya gitmede en önemli faktör sayılması geleneğinin kuvvetini kaybetmesinin, ileri incelemelere yönelmenin giderek daha fazla ilgi görmesinin göstergesi olarak yorumlanabilir. Böyle bir yorum çerçevesinde, Fransız hekimlerin ileri inceleme yöntemlerini kullanabilme bakımından daha şanslı durumda oluşunun, hastalarının iletişim becerisiyle ilgili beklentilerini düşürdüğü öne sürülebilir.

Türk hekimlerin hastalarının iletişim becerisinin yüksek olmasını daha çok istemesi ise yukarıda sözü edilen yoğun hasta trafiğini yönetme durumuyla doğrudan bağlantılıdır. 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.

Durumu yukarıda tartışılmış bir diğer bulgudan; Türk hekimlerin hastalarını, sorunlarını anlatma ve söyleneni anlama yönünden zayıf bulmasından hareketle açıklamak da mümkündür. Bu açıklama Türk hekimlerin iletişim yeteneği kuvvetli hastaya “hasret kalmış” olmasıdır.

Tıbbi ya da yasal yönden uygun olmayan taleplerde bulunan hastayı Türk ve Fransız hekim kitlesi hayli düşük puanlar vererek reddetmiş, iki grup arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (Türk 1,32; Fransız 1,32). Bu puanlardan anlaşılan, her iki gruptaki hekimlerin hastalarının tıp dışı taleplerini yerine getirmeyi; tıbbi endikasyonla bağdaşmayan ve usule aykırı olan işlemleri gerçekleştirmeyi ciddi anlamda reddetme eğiliminde olduğudur.

Her iki gruptaki hekim kitleler birbirine yakın ve ortalamaların altında puanlar vererek fiziksel çekiciliği olan hastayı pek de tercih etmediklerini göstermişlerdir (Türk 1,92; Fransız 1,88). Bu bulguyu insan doğasıyla ilgili genel bilgilerle ve tıbbın gündelik yaşamandan gözlemlerle bağdaştırmak, özellikle katılımcıların yaklaşık % 80’inin erkek olduğu göz önüne alındığında, kolay değildir. Duruma açıklama getirmek bağlamında, katılımcı hekimlerin bu soruyu cevaplarken sosyal beğenilirlik kaygısından kuvvetle etkilenmiş olduğunu öne sürmek makul bir yaklaşım gibi görünmektedir.

Komplikasyon riski yüksek olan hastalar da her iki gruptan ilgi görmemiş; tercih edilme puanları ortanın altında çıkmıştır (Türk 2,02; Fransız 1,96). Fiziksel çekiciliği olan hastanın puanını düşürecek biçimde devreye giren sosyal beğenilirlik faktörünün burada tersten işleyip puanları bir ölçüde yükselttiğini düşünmek olanaklıdır. Yüksek komplikasyon riskinin hekimin bilgilerini-becerilerini sınama ve kanıtlama bakımından

elverişli bir durum olmasına karşılık, sınanmaya ve kendini kanıtlamaya daha açık olduklarını belirten Türk hekimlerin komplikasyon riski yüksek hastaya düşük puan vermiş olması dikkat çekicidir.

Zengin hastayı ne Türk ne de Fransız hekimler tercih etmektedir; her iki grubunda puanları düşüktür ve aralarında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır (Türk 1,98; Fransız 1,56). Hastanın servetinden ve onunla elde ettiği çeşitli olanaklardan dolayı kazandığı güç, tıbbi ilişkinin asimetrik doğasının hekime sağladığı avantajı tehdit edebilecek mahiyettedir. Bilgisinin ve becerisinin satın alınma konusu olarak nitelenmesi, hekimlerde çoğunlukla olumsuz bir ruh haline yol açmakta, bir tür baskı altına alınma gibi algılanmaktadır. Bu noktada yapılan saptamanın özellikle kamusal sağlık kurumlarında görevli hekimler için geçerli olduğunu ve katılımcı hekimlerin çoğunluğunun da bu statüde çalıştığını hatırlamak yerinde olacaktır.

Belirlenmiş iş yüküne ek olarak gelen (angarya) hastalar Türk hekimler tarafından istememelerine karşılık Fransız hekimlerde fazla rahatsızlık uyandırmamakta; bu bağlamda iki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır (Türk 1,68; Fransız 2,80). Bu durumun ortaya çıkışında Türk hekimlerin iş yükünün Fransız hekimlere göre fazla olmasının ve randevu alışkanlığı olmayan Türk toplumunda son anda hekime gitmeye karar verip iş yüküne eklenen hastaların fazlalığının etkili olduğu söylenebilir.

Tartışmanın bu noktasında açıkça “hayır” demenin Türk kültürü çerçevesinde benimsenmemiş bulunması faktörünü de göz önünde tutmak gerekmektedir. Reddedebilme olanağının kültürel nedenle ekarte olması, talebin hiç gelmemesi yönünde kuvvetli bir beklenti ortaya çıkarmaktadır. Bu genel çerçevede Türk hekimi iş yükünün arttıracak taleplere karşı soğuk bakmakta ama aynı zamanda talep geldiğinde hastayı muayene etmekten de geri kalmamaktadır.

Türk hekimlerin mevki sahibi hastayı orta düzeyde (2,46) tercih etmesine karşılık Fransız hekimler bu konuda belirgin bir isteksizlik içindedir (1,68). İki grup arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Burada da zengin hastanın istenmemesinin gerekçeleri geçerli olduğu düşünülebilir; servet gibi mevki de hastanın sahip olduğu gücü arttırmakta, bu güç artışı tıbbi ilişkinin hekim lehine olan asimetrisini ortadan kaldırma potansiyeli taşımaktadır. Genel gözlemler çerçevesinde, özellikle



kamu hastanelerinde çalışan Fransız hekimlerin mevki sahibi hastadan daha çok rahatsız olduğu söylenebilir.

Türk ve Fransız hekimler beş üzerinden dörde yakın puanlar vererek teşhisi ve tedavisi ustalık gerektirdiği için mesleki tatmin sağlayan hastalara güçlü bir ilgi duyduklarını göstermişlerdir (Türk 4,08; Fransız 3,88). Bu durumun nedeninin hekimlerin “tanrı kompleksi” olduğu öne sürülebilir. Daha genel bir değerlendirme yaparak, zor işlerin üstesinden gelmenin, işinde başarılı olmanın herkes için önem taşıdığı ve bu çerçevede Fransız olsun Türk olsun hekimlerin kendilerini mesleki anlamda zorlayan hastayı bir tür fırsat olarak değerlendirdi şeklinde bir yorum da yapılabilir.

Maddi kazanç sağlamayan hastayı tercih konusunda Türk ve Fransız hekimler bir kez daha benzer düşüncelere sahip olduklarını göstermişlerdir (Türk 2,82; Fransız 2,52). Her iki grubun da çoğunluğu kamu hastanelerinde çalışmakta ve hastadan kazanç sağlamaları dolaylı olarak gerçekleşmektedir. Hem bu nedenle hem de kazanç sağlamayan hastayı dışlamanın sosyal beğenilirlikle bağdaşmamasından dolayı puanların ortanın üstünde olduğunu düşünmek olanaklıdır.

Farklı çalışmalar, hastanın kimi özelliklerinin hekimin ona yönelik yaklaşımını belirlediği yönündeki saptamamızı teyit etmekte; hasta ve hekim arasında kurulan iletişimin, dolayısıyla tıbbi ilişkinin, hastanın etnisite<sup>103</sup> ve sosyoekonomik statü<sup>104</sup> gibi özelliklerinden etkilendiğini göstermektedir. Öte yandan hekimin demografik ve kişisel özelliklerinin de hastanın onun hakkındaki değerlendirmesini etkilemesi söz konusudur<sup>105</sup>.

### **5.5. Hastaya Zarar Verilmesi Halinde Ortaya Çıkabilecek Endişe Verici Durumlar Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma**

Hem “hastanın ve yakınlarının saldırısına uğrama” hem de “hasta ve yakınlarıyla bir yargı sürecinde hesaplaşma” endişesi duyma konusunda Türk ve Fransız hekimler beş üzerinden dörde yakın puanlar vererek endişe düzeylerinin ne kadar yüksek olduğunu göstermişlerdir (Saldırı: Türk 3,86; Fransız 3,72; Yargı: Türk 3,68; Fransız 3,96). İki grup arasında hem saldırı hem de yargı endişesi bakımından istatistik açıdan

anlamalı fark olmamakla birlikte Türk grubunda saldırı, Fransız grubunda yargı korkusunun biraz daha yüksek puan almış bulunması dikkate değerdir.

Hastanın ve yakınlarının hekime yönelik saldırısının fiziksel olan ve sözel gibi iki açılımı bulunmaktadır. Ülkeler arası sosyokültürel farklılıklar çerçevesinde Türk hekimlerde öncelikle fiziksel saldırı, Fransızlarda ise sözel saldırı çağrışımı uyandırdığını kabul etmek uygun olacaktır.

Buradaki ve üçüncü soruya verilen cevaplardaki bulguları birlikte devreye sokarak yapılan değerlendirmede, Türk hekimlerde hem tıbbi ilişki sürecinin yargıya taşınması endişesinin hem de hastayı meslek hatasını yargıya taşıma tehdidi olarak algılaya yaklaşımının bulunduğu görülmektedir. Fransız hekimler ise tıbbi ilişkinin olağan seyrinde hastayı bir tehdit unsuru olarak görmemekte ama hastaya zarar vermeleri halinde yargılanma olasılığından endişe duymaktadırlar. Bir başka deyişle, Türk hekimler hem bizzat hastadan hem de kendi olası hatalarından korkarken; Fransız hekimler hastadan çekinmemekte, sadece yapabilecekleri hatalardan korkmaktadırlar.

Türk hekimler, alt yapısal sorunlar nedeniyle olumsuz koşullarda karşılaştıkları ve dolayısıyla pek de sempatik ilişkiler kuramadıkları, sağlık ve hak arama bilinci yeterince gelişmemiş olan, kendisine güven duymayan hastalarla karşı karşıyadır. Bu faktörlere bağlı olarak hastalarına güvenmemekte, onları her durumda bir tehdit unsuru olarak görmektedirler. Fransız hekimler ise sağlık ve hak arama bilincinin gelişmişliğine ve kendilerine duyduğu güvene dayanarak hastalarının “olur-olmaz” durumlarda tehdit oluşturmayacağına, ancak tıbbi hata durumunda yargıya başvurabileceğine inanmaktadır.

Hastaya zarar vermenin doğuracağı olumsuz sonuçlar arasında en az endişe verici olanı görüntüsündeki “hasta ve kazanç kaybına uğrama”ya her iki grubun hekimleri ortanın altında puan vermişlerdir (Türk 1,66; Fransız 2,00). Buradan anlaşıldığı üzere maddi kazanç kaybına uğramak hekimlerin hastaya zarar verme durumunda en son düşündükleri husustur.

Meslektaşları ve toplum tarafından kınanma konusunda ise Türk ve Fransız hekimler görece yüksek puanlar vererek endişeli olduklarını göstermişlerdir (Türk 3,42; Fransız 3,64). Aralarında istatistik açıdan anlamlı fark yoktur. Bu puanların biçimlenmesinde sosyal beğenirlik faktörünün rol oynamış bulunması kuvvetle muhtemeldir.

Yine bu faktörle de bağlantısı olması olası bir diğer bulgu, Türk ve Fransız hekimlerin hastaya zarar verme durumunda vicdan azabı çekme seçeneğine vermiş oldukları yüksek puanlardır (Türk 4,34; Fransız 4,56). Kuşkusuz bu yüksek puanlar hekimliğin yüksek insani değerlere derinden bağlılığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

## **5.6. Hastanın Farklı İnsani Boyutlarına İlgili Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma**

Hastasını hastalığının dışında, farklı insani boyutlarıyla tanıma isteği bakımından Türk ve Fransız hekimler arasında çarpıcı, doğal olarak istatistik açıdan da anlamlı, bir farklılık bulunmaktadır. Türk ve Fransız katılımcıların seçeneklere yöneliş oranları, kesinlikle tanımak isteyenlerde % 38,00'e % 92,00; tanımak ile tanımamak arasında fark gözetmeyenlerde % 40,00'a % 8,00; tanımaktan özellikle kaçınanlarda % 22,00'ye % 0,00'dır. Hastasını kesinlikle tanımak isteyen Fransız hekimlerin oranı, aynı yöneliş içindeki Türk hekimlerin oranının iki katından fazladır. Böyle bir sonucun ortaya çıkmasında, bireysel ve toplumsal faktörler kadar söz konusu tanışmaya zemin oluşturacak ortamın niteliklerinin de rol oynadığı söylenebilir.

Yabancılar hakkında merak duyma Türk kültüründe mevcut bir öge olmakla birlikte, bu merakın derinlemesine bilgi edinme isteğini içerdiği söylenemez. Türk tipi başkalarını tanıma merakında duygular, düşünceler, hayata bakış, yaşam tarzı gibi kişisel özelliklere girme arzusu genellikle yoktur. "Kim, kimlerden, neci" sorularının, ortak tanıdık çıkartma arayışının ve kişileri birer kategoriye yerleştirme yaklaşımının bu merak tipinde esas olduğu söylenebilir.

Türkiye'de bu yaklaşımla kurulan ilişkiler insani bir yakınlaşma niyetiyle olabildiği gibi tanış çıkıp kişisel işlerini yürütmekte kolaylık sağlamak amacıyla da olabilmektedir. Bu ikinci durum daha çok hastaların işlerine yaradığı için Türk hekimlerin ekstra çalışma yükü almamak amacıyla hastalarıyla tanışıklık kurmaktan özellikle kaçınmayı istemesi anlaşılabilir bir durumdur. Öte yandan küçümsenemeyecek orandaki hastalarıyla tanışmak isteyen Türk hekimlerde, insani yakınlaşma isteği ve

merak söz konusu olabildiği gibi kişisel işleri için fayda potansiyeli olan hastalara seçici bir yöneliş de söz konusu olabilir.

Fransız toplumunda kişisel ilişki kurmaya yönelik yaklaşımlarda, ortak tanıdık değil kültürel birikimde ortak noktalar bulma yoluyla karşıdaki kişiyi tanıma ve kendini tanıtmaya çabası söz konusu olmaktadır. Fransızlar bir ilişkiyi başlatmak için mekân paylaşımını yeterli görmedikleri için farklı ortamlardaki bir araya gelişlerde ilişki başlatmak konusunda Türkler kadar heves ve cesaret sahibi değildir. Ancak hastasıyla kurduğu ilişkiyi mekân paylaşımının ötesinde bir bağlantı olduğunu kabul eden Fransız hekimin hastasını hastalığının dışında farklı insani boyutlarını merak etmesi ve tanımak istemesi olasıdır. Her an her yerde her türlü kişiyle ilişki kurabilen Türk hekim için, hastası ilişki kurulabilecek kimse olmak bakımından özel bir önem taşımamaktadır.

Hastayı farklı yönleriyle tanıma isteği, tanışmaya fırsat oluşturacak ortamın niteliği ile de doğrudan ilişkilidir. Kalabalık ve hızlı hasta sirkülasyonu tanışmaya engel teşkil eden önemli bir faktördür. Türkiye’de kamu hastanelerindeki yerleşik düzen, hasta-hekim ilişkisinin “ayaküstü”, “kaçmakla kovalamak arasında” kurulması şeklindedir. Anketi uyguladığımız Türk hekimlerin çoğunluğunun iş yoğunluğu fazla olan kamu hastanesinde çalıştığı göz önüne alınacak olursa, hastalarını hastalığı dışında farklı insani boyutuyla tanımayı pek de istememeleri olağan karşılanabilir. Bu noktada günlük vaka sayıları Türk hekimlere göre oldukça az olan Fransız kamu hastanesi hekimlerinin hastalarıyla yeterince tanışma olanağı bulabildiği söylenebilir.

Hastanın hastalığı dışındaki farklı yönlerini tanımanın medikal açıdan birçok yararı olduğu söylenebilir. Bu yaklaşım, hastalığın teşhisi ve tedavisi için yol gösterici birçok veriyi hekime sunmanın yanı sıra hekime hastanın sağlığı ile ilgili ihtiyaçlarını ve taleplerini daha iyi anlama olanağını da sağlar. Her ne kadar tıbbın evrensel algoritmaları var ve onlara bağlılık esas ise de, Türk tababetinde genellikle herkese bir örnek protokoller uygulanırken, Fransız modelinde kişiye özel ayrıntılı düzenlemeler, küçük modifikasyonlar yapmak âdeti hatta kaidesi mevcuttur. Dolayısıyla Fransız hekim, hastasına gerçekten yararlı olmak hatta zarar vermemek için çok yönlü bir tanışıklığı gerekli görüyor olabilir.

Günümüz dünyasında, bireyi esas alan anlayışı ve bilgi toplumu özelliğini barındıran gelişmiş ülkelerde pek çok kişinin iletişim ağları içinde yalnızlık sorunu yaşamaması; buna karşılık az gelişmiş ülkelerde cemaatleşme temelinde kurulan ilişki

ağında insan tanıma konusunda doaygunluk ve hatta yorgunluk olması söz konusudur. Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde bireylerinin birbirleriyle temas ettikleri ortamlarda -ki buna hasta hekim ilişkisi de dâhildir- iletişim kurma eğilimi ve karşısındakini çok yönlü tanıma isteği, ilişki yorgunluğunun yaşandığı az gelişmiş ülkelere göre daha fazladır.

### **5.7. İdeal Hasta-Hekim İlişkisi Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma**

İdeal olan hasta-hekim ilişkisi modeli seçenekleri arasında “hekim hastanın hizmetindedir, hastanın istekleri-seçimleri doğrultusunda çalışır” ifadesini işaretleyen Türk hekimlerin oranı % 6,00, Fransız hekimlerinki ise % 52,00 olup, iki grup arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.

Türk hekimlerin çok azının hastanın hizmetinde olmayı ve onun istekleri doğrultusunda çalışmayı ideal model kabul etmesi, toplumun her alanda paternalist yaklaşımları benimsemiş bulunmasıyla uyumludur. Araştırmamız çerçevesinde Türk hekimlerin hastalarının tıbbi ilişkiyle ilgili niteliklerine beş üzerinden verdikleri puanlar, sağlık bilincine sahip olması açısından 2,14; sorununu ifade etmesi açısından 2,52; söyleneni anlama açısından 2,42; hastanın hekimle işbirliği yapabilmesi açısından 2,66; hekime güven duyma açısından da 3,38'dir. Türk hekimlerin profilini böyle çizdikleri hasta kitlesinin hizmetinde olmayı ve onun istekleri-seçimleri doğrultusunda davranmayı benimsemesi herhalde beklenemez.

Öte yandan Fransız hekimler, sağlık bilincine sahip olma (2,84), sorununu ifade etme (3,60), söyleneni anlama (2,72), hekimle işbirliği yapabilme (4,08) ve hekime güven duyma (4,60) açısından hastalarına daha cömertçe puan vermiştir. Buradan hareketle, onların yarısının hastalarının hizmetinde olmayı ve onların istekleri-seçimleri doğrultusunda davranmayı ideal kabul etmesinin doğal olduğu düşünülebilir.

Genel gözlemlere dayanarak, Türk kültüründe hizmet sunumunun genellikle görev bilinciyle değil yardım kaygısıyla yürütüldüğünü söylemek mümkündür. Mesleğinin icrası esnasında, hizmet talebiyle başvuranlar için bir şeyler yapmayı, mesleki görevleri ve sorumlulukları yerine getirme olarak değil iyilik etme olarak görme eğilimini ağır basmaktadır. Türk hekimler de bu yaygın yaklaşımdan paylarını almakta; diğer iş

kollarına göre tıbbın doğasındaki iyilik etme unsurunun daha baskın olmasından dolayı hekimlik mesleği mensupları diğer meslek sahiplerine göre iyilik etme anlamında daha da iddialı olmaktadır.

Türkiye'ye özgü bir diğer olumsuz kültür motifi, birçok kişinin meslek veya iş gereği yerine getirilmesi gereken görevlerle barışık olmamasıdır. Toplum hayatında bu barışsızlığın “ben de emir kuluyum” ve “sen bana işimi mi öğreteceksin” kalıplarıyla ifade edilen iki farklı tezahürü sıklıkla gözlenmektedir. Çoğunlukla ikili set halinde kullanılan bu ifadelerin ilki iş yapmamayı inisiyatif sahibi olmamaya meşrulaştırmaya, ikincisi iş yapmayışına yönelik ikazı savuşturmaya yöneliktir. Tıbbi ilişki özelinde ilk kalıp, kimi hekimler yasal-idari düzenlemelerin veya eğitimci-yönetici konumundaki meslektaşlarının arkasına saklanarak birtakım prosedürleri yerine getirmediğinde kullanılmaktadır. İkinci kalıbın gündeme gelişi ise ya hak arayışına giren ya da sadece bilgi talebinde bulunan hastalar karşısında olmaktadır.

Fransa'da, diğer gelişmiş batı ülkelerinde olduğu gibi, profesyonel bireyler mesleklerinin sorumluluklarını yerine getirirken görevler ve yükümlülükler temelinde davranabilmektedir. Dolayısıyla bu toplumun hekimlerinin ise diğer meslek mensupları gibi, başkalarına hizmet sunma biçiminde tanımlanmış olan görevlerini üstlenmekle ilgili çekinceleri de bulunmamaktadır.

Farklı açıdan eleştirilebilir diğer bir konu, Fransız hekimlerin kendi mesleki yaklaşımlarını, görüşlerini ve değerlerini hastanın talepleriyle bağdaşmadığı durumlarda ikinci plana itme eğilimi göstererek “hasta memnuniyeti” adına inisiyatif kullanmaktan kaçınmasıdır. Başkalarının bireysel seçimlerine gösterilen saygı ve bu saygının gereği olarak söz konusu seçimlere karışmama yaklaşımı bir yerde kendi bireysel seçimlerine karışılmamasını güvence altına alma yollarından biridir. Batı kültüründe bu yaklaşımın yaygın olarak benimsenmiş bulunması söz konusu bulguyu bir şekilde açıklamaktadır. Değişik bir açıklama olarak hastanın isteklerini yerine getirme hekimin klientelini ve dolayısıyla kazanç düzeyini koruyup genişletmesinin emin bir yolu olduğu da söylenebilir. Bu yolun aksi olan hekimin kendi görüşünü dayattığı durumlarda, işlerin ters gitmesi veya dayatmalardan bunalan hastanın başka hekim arayışına girmesi durumlarda hekimin yarar sağlayamama veya zarar görme riski bulunmaktadır.

Türk hekimlerin % 46,00'sı, Fransız hekimlerin ise % 44,00'ü ideal hasta-hekim arasında eşitler arası bir hizmet sunum ilişkisi kurulması ve uygulamaların konsensüsle belirlenmesi modelinin ideal olduğunu belirtmişlerdir.

Tıbbi ilişkiyi biçimlendiren, tarafları olan hastanın ve hekimin sağladıklarıdır. Bu çerçevede hekimin tıbbın bilgi birikiminden ve uygulamalarından yararlanma olanağını temsil etmesi, hastanın ise kişisel özellikleri çerçevesinde bu olanakların ne ölçüde yaşama geçirilebileceğini belirlemesi söz konusudur. Böyle bir değerlendirmeye göre etkili ve verimli bir tıbbi ilişkinin ortaya çıkabilmesi tarafların işbölümü bilinci içinde ortak çaba göstermesiyle gerçekleşir. Kuşkusuz bu gerekli ancak yeterli olmayan bir unsurdur; sağlık kurumu altyapısından sosyal güvenlik politikalarına kadar pek çok farklı etkenin de tıbbi ilişki üzerinde olumlu-olumsuz belirleyiciliği vardır.

Her ne kadar gündelik çalışma hayatında temas ettikleri hasta profili hakkında Türk hekimlerin pek olumlu görüşleri olmasa da, yaklaşık yarısı ideal hasta-hekim ilişkisini tanımlarken bu durumu göz ardı etmiş ve eşitler arası bir ilişki modelini benimsemiştir. Bu iyimser yaklaşıma dayanarak, Türk hekimlerin yarıya yakınının, hastanın eşitler arası bir ilişkinin tarafı olmayı gerçekleştirebileceğine inandığı söylenebilir. Öte yandan Fransız hekimlerin yarıdan biraz azının eşitler arası hizmet sunum ilişkisini benimsemiş olması ise hastalarının nitelikleri hakkındaki görüşleriyle uyumlu bir sonuçtur.

İdeal hasta-hekim ilişki modeli, Türk hekimlerin % 48,00'i ve Fransız hekimlerin ise % 4,00'ü için hekimin ilişkinin denetimini elinde tutması ve hastayı doğru bildiği biçimde tedavi etmesi şeklindedir. Buradaki çarpıcı farkı değişik bakış açılarından değerlendirerek farklı çıkarımlar, açıklamalar yapmak olanaklıdır:

Türkiye'de, her türlü yönlendirme ve karar verme yetkisini güçlünün ellerine bırakan otoriter-paternalist geleneğin hayatın her alanında hala büyük ölçüde hüküm sürdüğü söylenebilir. Hekimlerin de bu gelenekten ister istemez etkilenmiş olmalarının beklenen sonucu, tıbbi ilişkide denetimin kendi ellerinde olması gerektiğini düşünmeleri ve işlerini kendi doğrularına göre yapmalarındır. Bu durum demokratik anlayışının ve özekliğin daha kuvvetle yerleşmiş olduğu bir toplumsal yapıya sahip olan Fransa'nın hekimlerinininkinden ciddi farklılıklar içermektedir.

Batı toplumlarında bireysel ve kurumsal ölçekte otonomi anlayışı daha gelişmiş olduğundan, hekimlerin de hastalarına herhangi bir şeyi dayatması veya onların yerine

karar vermesi gündeme gelmemektedir. Paternalist yaklaşım şekli, hastanın iyiliğini hastadan daha iyi bilme iddiası ve yeterlilik sahibi olsa bile hastanın kendisi için neyin iyi olacağına karar veremeyeceği varsayımı üzerine kuruludur. Paternalist ilişki içinde “baba” figürü olmak ilk intibain aksine Türk hekimlerin tercihi değil zorunluluk nedeniyle üstlendiği bir rol olarak da yorumlanabilir. Baba figürünün ortaya çıkaran, genellikle bu rolü üstlenenin hevesinden ve gayretinden çok toplumsal gereksinimin zorlayıcı etkisidir. Türk toplumunun bireylerinin henüz yaşamın birçok alanında tam anlamıyla rüşlerini ispat edememiş olduğunu, başkalarına tabi olmayı bir başka deyişle heteronomiyi yaşam biçimi olarak yaygın biçimde benimsediğini söylemek mümkündür. Türk hekimlerin paternalist modele yönelmesinde bu unsuru gözden kaçırmamak gerekir.

Cerrahi hastaları üzerinde 2000’lerin başında yürütülen bir araştırma, bu son saptamayı teyit etmektedir. Söz konusu çalışmanın katılımcıları, hekimle aralarındaki ilişki bağlamında kendilerine bilgi aktarılmasını memnuniyet verici olarak nitelmiş ancak tıbbi uygulamalar konusunda son kararı hekime bırakma eğiliminde olduklarını dile getirmişlerdir<sup>33,106</sup>.

## **5.8. Gündelik Tıp Uygulamalarında Hastanın Statüsü Konusundaki Bulgular Hakkında Tartışma**

Gündelik tıp uygulamalarında hastaya atfettikleri statü bakımından Türk ve Fransız hekimlerin yaklaşımları arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark vardır. Türk hekimlerin hasta egemen, eşitler arası ve hekim egemen ilişki modellerine yönelik oranları sırayla % 20,00, % 54,00 ve % 26,00; Fransız hekimlerinki ise % 8,00, % 84,00 ve % 4,00’dür (kalan % 4,00 cevap vermemiştir). Her iki grupta da en yüksek oran eşitlikçi ilişki seçeneğine yönelenlerde olmakla birlikte bu seçenekteki oranlar arasında Fransız hekimler lehine önemli bir fark bulunmaktadır.

Türk hekimlerin hem hasta egemen hem de hekim egemen modeli daha fazla hayata geçirdiği görülmektedir. Bu son saptama ilk bakışta paradoksal gibi görünse de, iki yaklaşım eşitler arası ilişkiden uzak olma ortak paydasında buluşmaktadır. Uzlaşmanın, ortak karar almanın zaman ve enerji isteyen süreçler olması söz konusudur.



Bu bağlamda yoğun-sıkışık çalışma temposu içindeki Türk hekimlerin mesleki etkinliklerini duruma göre ya “kendi bildikleri gibi” ya da karşılarındakinin istediği gibi yürütmek durumunda kaldıkları söylenebilir.

Fransız hekimlerin sadece % 8,00’i gündelik tıp uygulamalarında hastanın talebi doğrultusunda işlem yaptığını belirtmiştir. Bir önceki soruda Fransız hekimlerin yaklaşık yarısının ideallerindeki hasta-hekim ilişkisi modelini, hekimin hastanın hizmetinde olması, hastanın istekleri-seçimleri doğrultusunda çalışması şeklinde dile getirdiği göz önüne alındığında, gerçek ile ideal arasında çarpıcı bir fark ortaya çıkmaktadır. Buradan anlaşıldığı üzere, Fransız hekimlerin % 44,00’ü ideal ilişki modeli olarak hekimin hastanın hizmetinde olmasını ve onun talepleri doğrultusunda iş görmesi gerektiği görüşünü benimsese bile, gündelik tıp uygulamalarında bu görüşü yaşama geçirememektedir. Bu durumun izahı Fransız hastaların, teşhis ve tedavi aşamasında tek başına karar vermek istememesi, karar sürecine hekimini de katma eğiliminde olması biçiminde yapılabilir. Oran farkından yapılabilecek ikinci bir çıkarım, Fransız hekimlerin ilişki düzeni hakkındaki idealizasyonunun bir özlemi; hastaların daha net taleplerde bulunması beklentisini yansıttığı biçiminde olabilir.

Talep doğrultusunda işlem yapmayı ideal düzen olarak gören Türk hekimlerin % 6,00’lük oranına karşılık, pratik işleyişin bu şekilde olduğunu belirtenlerin % 20,00 olması da manidardır. Buradan çıkan sonuç, Türk hekimlerin % 14,00’ünün istemeseler de hastalarının talepleri doğrultusunda hizmet vermek durumunda kaldığını göstermektedir. Genel gözlemlere dayalı olarak burada hasta talebi doğrultusunda gerçekleştirilenlerin tıbbi süreçlerden çok paramedikal veya medikososyal içerikli işlemler olduğunu söylemek mümkündür. Bu bağlamda Türk hastasının teşhis ve tedavi uygulamaları konusunda kararsız ve etkisiz kalması; sağlık ya da istirahat raporu, ilaçlarının reçete edilmesi gibi hususlarda ise inatçı ve ısrarlı talepler dile getirmesi söz konusudur.

Gündelik uygulamalar çerçevesinde hastanın hastalığı ile bilgi alıp, teşhis-tedavi uygulaması hakkında hekimle birlikte karar veren kişi durumunda olduğunu belirten Türk hekimlerin oranı % 54,00, Fransız hekimlerinki ise % 84,00’dür. Türk hekimler açısından ideal olan hasta-hekim ilişkisi ile gündelik tıp uygulamalarında yaşanan hasta-hekim ilişkisi arasında önemli bir oran farkı bulunmamaktadır. Yani Türk hekimlerin yaklaşık yarısı idealindeki hasta-hekim ilişkisini uygulamada hayata geçirebilmektedir.

Konuyu Fransız hekimler açısından değerlendirdiğimizde ise, hekimlerin sadece % 44,00'ünün ideal hasta-hekim ilişkisini eşitler arası bir ilişki olarak tanımladığını, ancak yaklaşık bunun iki katı kadarının gündelik tıp uygulamalarında da söz konusu düzeni yaşadığını söylemek mümkündür. Bir başka anlatımla, eşitler arası ilişki düzeni içinde çalışan Fransız hekimlerin yaklaşık yarısının bu modeli ideal bulmamaktadır. Bu hekimlerin diyalog kurmak, ortak karar almak gibi efor gerektiren süreçlerden kaçınma eğiliminde olduğu düşünülebilir. Eşitler arası ilişki büyük ölçüde de hastaların karar sürecinde hekimleri devre dışı bırakmama, kararı onlarla birlikte oluşturma iradesinden kaynaklanmaktadır.

Türk hekimlerin % 26,00'sı, gündelik tıp uygulamalarında hastanın, hekimin yapılmasını uygun gördüğü işlemi kabul eden kişi olduğunu belirtmiştir. Bir önceki soruda Türk hekimlerin % 48,00'inin bu paternalist yaklaşımı ideal hasta hekim ilişkisi modeli olarak gördüklerini bildirmiş olması bağlamında, % 22,00'lik kitlenin idealini hayata geçiremediği görüntüsü ortaya çıkmaktadır.

Daha önce de değinildiği üzere, Türkiye'de son yıllarda benimsenen kamu sağlık kurumlarında çalışanların performanslarına bağlı kazanç sağlama modeli, hekimleri yaptıkları işleri niceliksel anlamda değerlendirmeye yönlendirmiştir. İş yoğunluğu zaten fazla olan Türk hekimler, kazançlarını artırmak için daha fazla hastayla ilgilenme ve daha fazla işlem gerçekleştirme çabasına girmiştir. Hekimlerin bu yönelişi yoğun hasta başvurularının karşılanmasını mümkün kıldığı için hastane yönetimlerini rahatlatmakta, "ilgi" görmeyen hasta kalmaması doğrultusundaki sağlık politikasının işlemlerini sağlamaktadır.

Hekim, kurumu ve sağlık sistemi tarafından kurulan bu kâr düzeninde, hızlı trafiği aksatmamak adına, hasta özerkliği gündelik tıp uygulamalarında ikinci plana itilmiş; tıbbi işlemler konusunda hastanın bilgilendirilmesi ve onayının alınması süreci içi boşaltılarak bir formaliteye dönüştürülmüştür. Yoğun çalışma temposu içindeki hekim açısından paternalizm işini yürütmede daha elverişli bir araç haline gelmiş; cazibesi artmıştır.

Bu sorunun ve bir öncekinin cevap dağılımları birlikte değerlendirildiğinde, Fransız hekim grubunda paternalist yaklaşımı ideal olarak görenlerin de, gündelik uygulamalarını bu model çerçevesinde yürütenlerinde düşük ve eşit oranda olduğu görülmektedir.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Mustafa Samur ve arkadaşları tarafından 58 hekim ve 150 tıp fakültesi öğrencisine anket uygulanarak ve 82 hasta ile görüşme yapılarak gerçekleştirilen çalışma, 1990'ların sonunda Türkiye'deki hekim tutumu üzerine fikir vermektedir<sup>107</sup>. Bu çalışmada katılımcıların kanser hastaları karşısında % 52,00 oranında paternalist bir yaklaşıma sahip oldukları görülmüştür<sup>107</sup>. Hastaların % 63,48'i hastalıkları hakkında bilgi sahibi değildir; bir başka deyişle bilgilendirilme düzeyleri batı standartlarının çok altındadır<sup>107</sup>. Ancak hastanın sosyoekonomik ve eğitimsel seviyesi arttıkça, bilgi sahibi olma oranı da anlamlı derecede artmaktadır<sup>107</sup>. Hastaların % 44,00'ü tedavi kararında hekimle birlikte aynı derecede sorumluluk almayı ve % 22,00'si ise tedaviyi tamamen kendisi seçmeyi istemektedir<sup>107</sup>. Yaş arttıkça tıbbi sürece katılım ve bilgi talebi azalmakta, tedavi seçimini hekime bırakma eğilimi artmaktadır<sup>107</sup>.

Samur ve arkadaşlarının eşitlikçi modele taraftarlık oranı ile tez çalışması çerçevesinde Türk hekim grubunda saptanan oran birbirine oldukça yakındır (% 44,00 ve % 54,00)<sup>107</sup>. Buna karşılık paternalist modeli benimseme bağlamında Samur ve arkadaşlarının saptadığı oran tez çalışmasında saptananın iki katıdır (% 52,00 ve % 26,00)<sup>107</sup>. Bu farkın Samur ve arkadaşlarının araştırmalarını özel bir hasta grubu olan onkolojik vakalar üzerinde yürütmüş olmasından; üzerinden değerlendirme yaptıkları hastaların özerkliği fazlasıyla zedelenmiş ve seçenekleri sınırlanmış durumda bulunmasından kaynaklandığını düşünmek mantıklıdır.

Samur ve arkadaşlarının değerlendirmesine göre batı ülkelerinde hekimlerin büyük çoğunluğunun otonomi modelini benimsemekte ve hastaların hastalıklarıyla ilgili bilgilendirilmesi gerektiğini savunmaktadır<sup>107</sup>. Nitekim tez çalışması çerçevesinde saptanan Fransız katılımcıların gündelik uygulamalarda hasta-hekim eşitliğine dayanma ve hasta egemenliğini benimseme oranlarının toplamı % 92,00'dir. Samur ve arkadaşlarının vardığı en çarpıcı sonuçlarından biri de, Türkiye'de hekimlerin "kendileri" söz konusu olduğunda her türlü üzücü haberi almaya hazır oldukları ama "diğerleri" söz konusu olduğunda koruyucu-kollayıcı bir tavır göstermeleridir.

## 5.9. Hastaya Hitap Şekliyle İlgili Bulgular Hakkında Tartışma

Hastaya hitap şekliyle ilgili Türk ve Fransız hekimlerin ortalaması arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark yoktur; her iki grup da yüksek oranda “siz” hitabını tercih ettiğini belirtmiştir. Hastalarına “Sen” diye hitap eden Türk hekimlerin oranı % 10,00; Fransız hekimlerinki ise % 0,00’dır; “Siz” diye hitap eden Türk hekimlerin oranı % 78,0; Fransız hekimlerinki ise % 88,00’dır. “Diğer” seçeneğini işaretleyen ve farklı hitap şekillerini kullandıklarını belirten Türk hekimlerin oranı % 12,00; Fransız hekimlerinki ise % 8,00’dır. “Diğer” seçeneğini işaretleyenlerin hiçbiri kullandıkları hitabı belirtmemiştir. Bu noktada akıl yürüterek, hastayla özdeşlik kurup ifadelerinde birinci çoğul şahıs kullandıklarını ya da sorunu-hastalığı-incelemeyi-tedaviyi özne olarak kullanıp hastaya hitap etmediklerini düşünebiliriz.

Türkiye’de genel olarak kullanılan hitabın birinci tekil şahıs olması bağlamında, Türk hekimlerin yüksek oranda hastalarına “siz” şeklinde hitap ettiklerini söylemiş olması şaşırtıcıdır. Türk kültüründe tanışık olmayan kişiler arasındaki konuşmalarda “amca”, “teyze”, “oğlum”, “kızım” gibi seslenişler sıklıkla kullanılmakta ve bu seslenişler doğaları gereği “sen” hitabıyla daha fazla bütünleşmektedir. Paternalist ilişki çerçevesinde, baba figürü rolünü üstlenenin “sen” hitabını kullanması da doğaldır. Önceki soruya verilen cevapların Türk hekimlerin bu ilişki modeline eğilimini gösterdiği dikkate alındığında da “sen” hitabının kullanım oranının daha yüksek olması öngörüsü ortaya çıkmaktadır.

Burada ilk akla gelen Türk hekimlerin sosyal beğenirlik adına bu cevabı vermiş olabileceğidir. Mizahi bir değerlendirmeye, Türk hekimlerin kamu hastanelerinde hastaları toplu olarak muayene odasına aldığı ve birden çok kişiye hitap söz konusu olduğu için “siz” dediği de öne sürülebilir. Fransız kültüründe tanışık olmayanlar arasındaki ve resmi ilişkilerde öncelikle “siz”in kullanılması, Fransız hekimlerin ifadelerini teyit etmektedir.

Bu sorunun biçimlendirilmesi sırasında, Türk hekimlerin hastalarıyla ilişkilerinde mesafeli olma çabası göstermeyişi, hasta ile hekim arasında bir tür karşılıklı teklifsizliğin ortaya çıkışı saptanmak istenmiştir. Ancak ya hipotezin geçersiz oluşu ya da sorunun iyi çalışmaması nedeniyle bulgular beklentiye uygun çıkmamıştır.

## 5.10. Hastanın İsmi Hatırlamakla İlgili Bulgular Hakkında Tartışma

Hastaların isimlerini hatırlama bakımından seçeneklere dağılım toplu halde değerlendirildiğinde Türk ve Fransız hekimler arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte, Fransız hekimlerin ilişkinin erken aşamasında hasta isimlerini öğrenmesi, Türk hekimlerde hastanın isim bilgisinin yerleşmesinin ise ancak ilişkinin ilerleyen aşamalarında gündeme gelmesi söz konusudur. Hiçbir zaman ismi hatırlayamama seçeneğinde de Türk hekimlerin oranı Fransız meslektaşlarına göre belirgin biçimde yüksektir.

Demografik bilgiler çerçevesinde görüldüğü üzere, Türk hekimlerin ulaştığı günlük hasta sayılarının yüksek oluşu, isim hatırlayamama durumunun makul bir açıklaması olabilir. Nitekim ilişki ilerledikçe isimlerin hatırlanır hale gelişi de bu açıklamayı desteklemektedir.

İsmin hatırlanmasına gösterilen özen bireye değer vermenin bir göstergesi olup, birey olmanın değerli sayıldığı çağdaş kültürün bir ögesidir. Buna karşılık kadim geleneklerde grup aidiyetlerini önceleyen, kişiye özgü nitelikleri isim de dâhil olmak üzere fazla dikkate almayan bir yaklaşımın; bir tür anonimlik söz konusudur. Türk kültüründe bu geleneğin ağır basması bir diğer açıklama olarak öne sürülebilir.

Yine gelenekle bağlantılı bir iletişim kültürü unsurunu da bu bağlamda anmak yerinde olacaktır. Türk kültüründe hitabın isimden çok taraflar arası ilişkiyi belirten sıfatlarla; özellikle klan-kabile-köy alışkanlıklarına dayanan “amca”, “teyze”, “oğlum”, “kızım” gibi aile ferdi sıfatlarıyla yapılması yaygındır. Bu yaygınlık tıbbi ilişki bağlamında benimsenmeyi de kapsamaktadır. Hitap sorununu bu şekilde halleden taraflar birbirlerinin adlarını öğrenme gereksinimi duymamakta ve ad bilme konusundaki eksikliğe rağmen iletişimde aksama yaşanmamaktadır.

Çağdaş tıbbın sağlığı koruma ve akut hasalıklarla baş etme konularındaki başarısı, yaşam süresinin uzamasına ve ileri yaş kronik hastalıklarının artmasına yol açarak hasta-hekim ilişkisine yeni bir çehre kazandırmakta; onu düşük yoğunluklu ve uzun soluklu hale getirmektedir<sup>108</sup>. Böyle bir ilişki çerçevesinde hekimin hastanın ismini öğrenmenin ve hatırlamanın ötesinde onu daha derinlemesine tanıması, doğal ve kaçınılmaz olarak gündeme gelmektedir.

## 6. SONUÇ

Tez çalışmasının sonuçları olarak aşağıda sıralanan hususlar, ağırlıklı olarak Türk ve Fransız hekimlerin hekimlik anlayışlarını ve tıbbi ilişkiye yaklaşımlarını yansıtmaktadır. Bu ilk bakışta tezin başlığında belirlenen sınırları zorlama; hekimleri salt hastayı algılayışları ve kavramlaştırıışları konusunda değerlendirmenin ötesine geçme izlenimi uyandırmaktadır. Ancak hekimlerin farklı mesleki ve kültürel niteliklerinin odağında onların hastalarını nasıl gördükleri ve tanımladıkları yer almaktadır. Dolayısıyla hekimlerin hastayı algılaması ve kavramlaştırmasını salt hastayı algılama ve kavramlaştırma olarak değil hekimin mesleki kimliğinin bir parçası olarak ele almak ve sonuç çıkarmaları bu çerçevede yapmak doğru bir yaklaşımdır.

Bu ön değerlendirmeden sonra ve Türk ve Fransız hekimlerin özellikleri hakkındaki ayrıntılı çıkarımlara geçmeden önce, bu çıkarımlara kaynaklık eden hasta kavramlarını kısaca betimlemek uygun olacaktır.

Türk hekime göre “hasta” yardım-iyilik edilecek bir kişidir. Sosyokültürel düzeyi hekiminkine göre düşüktür, özellikle sağlık konusunda fazla bilinçli değildir ve sorununu ifade etmekte başarısızdır. Tüm bunların sonucu olarak kimi zaman hekimin gözünde olumsuz bir unsur haline gelebilmektedir. Hastalığa karşı verilecek mücadelede hekimin müttefiki olma, hekime manevi tatmin sağlama, yardıma muhtaç hatta acınacak bir kişi olma hastanın ön plana çıkan özellikleridir.

Fransız hekime göre ise hasta müdahale edilecek bir medikal soruna sahip olan kişidir. Hekimle iletişim kurma yönünden fazla sorun yaşamamaktadır. Hekime güvenme ve hekimle işbirliği yapma açısından iyi durumdadır. Fransız hekim açısından da hasta, hastalıkla mücadele etme bağlamında bir müttefik ve yardım alması gereken bir kişi niteliklerini taşımaktadır.

Türk hekimler profesyonelden çok insani bir bakış açısıyla hastayı yardıma gereksinim duyan kişi olarak algılamaktadır. Fransız hekimlerin hastayı algılayışında ise profesyonellik ağır basmakta; tıbbi nitelermeler ön plana geçmektedir. Hasta, Türk hekimlerin dikkatini öncelikle zor-sorunlu durumda olmasıyla çekmekte, bir tür acıma hissine yol açmaktadır. Daha rasyonel ve materyalist bir yaklaşıma sahip olan Fransız hekimlerde ise hastanın uyandırdığı çağrışım ağırlıklı olarak tıpla ve hastalıkla ilgilidir.

Türk hekimler büyük olasılıkla yoğun çalışmanın yarattığı yılgınlık nedeniyle hastayı olumsuz bir varlık olarak değerlendirme eğilimini Fransız meslektaşlarına göre daha yüksek oranda göstermektedir. Türkiye’de kamu hastanelerinde gerçekleşen tıbbi ilişkiler, yüksek hasta sirkülasyonundan dolayı kısa süreli olmakta ve devamlılık arz etmemekte; hastayı belirsizlik içinde beklemek, hekimi zihnen ve bedenen yorgun düşmek durumunda bırakmaktadır. Bu durum hem hekimde hem hastada gerilime yol açarak bir çatışma potansiyeli ortaya çıkarmaktadır.

Fransız hekimler Türk meslektaşlarına göre, hastalarının sağlık ve hastalık konusunda daha bilinçli ve donanımlı olduğunu düşünmektedir. İki toplum arasındaki sosyoekonomik ve kültürel farklılıklar dikkate alınarak bu düşüncenin gerçeği yansıttığını söylemek mümkündür. Fransız hekimlerde hastalarının kendilerine güvendiği ve kendileriyle işbirliğine açık olduğu kanısı da Türk hekimlerdekine göre daha güçlüdür. Bu durum büyük olasılıkla bünyesinde çalıştıkları kurumların sağlam ve etkili bir işleyiş içinde olmasından; onlara hastalarına yeterince zaman ve enerji ayırma olanağı vermesinden kaynaklanmaktadır.

Türk hekimler Fransız hekimlere göre, hastalarının sağlık bilincine sahip olma ve sorununu ifade etme açısından daha düşük düzeyde olduğunu düşünmektedir. İki grubun, hastalarının söylenenleri anlaması konusundaki görüşleri arasında ise fark yoktur. Bu son durumu, Türk hekimlerin sınırlı oranda bilgilendirdiği hastalarından söylediklerini anlamaları konusunda pek de beklentisinin olmamasıyla; Fransız hekimlerin ise daha geniş bir şekilde bilgilendirdikleri hastalarından anlama konusunda daha yüksek beklentiye girmesiyle açıklamak olanaklıdır.

Araştırmada elde edilen veriler Türk hekimlerin hastayı öncelikle para kazandıracak unsur olarak görme eğiliminin Fransız hekimlerinkine göre daha güçlü olduğunu göstermektedir. Bu durum Türkiye’de kamu hastanelerinde uygulanan performansa dayalı ücretlendirme politikası ve kamu-özel ikili çalışma düzeni içindeki hekimlerin hastaları çalıştıkları özel muayenehaneye veya diğer kuruluşlara yönlendirme alışkanlığı ile açıklanabilir. Fransa’da hekimlere sabit ücret ödenmesinin esas alınması, hasta sayısının ve yapılan işlemlerin kazanç üzerinde doğrudan belirleyici olmasını engellemektedir.

Türk hekimlerin Fransız hekimlere göre hastanın mesleki bilgiyi ve beceriyi sınama-kanıtlama olanağı olduğu fikrini daha çok benimsemektedir. Bu yaklaşım

farklılığı, değişik şekillerde yorumlanabilir. Türkiye’de klinik prosedürlerin daha esnek olması, hekimlerin mesleklerini daha fazla inisiyatif kullanarak icra edebilmesine dolayısıyla daha sık kendilerini mesleki açıdan sınama-kanıtama durumunda kalmasına yol açmaktadır. Öte yandan, kendini sınama-kanıtama ifadesi olumsuz yönde yorumlanıp mesleğini kontrolsüzce icra etmek şeklinde değerlendirilirse, Fransa’da toplumsal bilinç düzeyinin, sağlık alt yapısı ve hukuk sisteminin, yerleşik etik değerlerin ve etik kontrol mekanizmaların daha gelişmiş olmasının böylesi yaklaşımları daha sert şekilde engellediği söylenebilir.

Hem Türk hem de Fransız hekimlerin yaklaşık yarısı, hastanın manevi tatmin sağlama aracı olduğu konusunda birleşmişler ve manevi kazanımların kendilerini maddi kazanımlara göre daha çok tatmin ettiğini belirtmişlerdir. Bu yaklaşım, bir bakıma sağlık uğraşlarının temelinde yer alan iyilik etme, böylelikle toplumun ve tanrının beğenisini kazanma arayışının günümüzde hala geçerliliğini koruduğunu göstermektedir.

Türk hekimleri, sorunu ciddi olmayan hastayı ve iletişim kurma becerisi kuvvetli hastayı Fransız hekimlere göre belirgin biçimde daha çok tercih etmektedir. Bunun nedeninin Türk hekimlerin iş yükü yoğunluğunda daha fazla zorlanmama isteği olduğu söylenebilir.

Sorunu ciddi olmayan hasta gibi sorunu ciddi olanın; teşhisi ve tedavisi ustalık gerektirdiği için mesleki tatmin sağlayanın da istenir olması söz konusudur. Bu tür hastaları istenir bulma konusunda Türk ve Fransız hekimler görüş birliği içindedir. Türk hekimler açısından bir bakıma paradoksal olan bu durum, iki farklı gerekçeyle iki uca yönelmenin; hem sorunu ciddi olmayan hastalarla uğraşıp kendini yormamayı hem de teşhisi-tedavisi güç hastalarla uğraşıp kendini ispatlamayı istemenin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Buradan dolayı bir sonuç çıkartıp Türkiye’de orta ciddiyet ve orta zorluk düzeyindeki hastaların, yorucu ancak parlak bir başarı sağlamayıcı olmaları itibarıyla hekimler tarafından en az istenenler olduğunu söylemek olanaklıdır.

Tıbbi ya da yasal yönden uygun olmayan taleplerde bulunan hastayı, fiziksel çekiciliği olan hastayı, komplikasyon riski yüksek olan hastayı, ve zengin hastayı her iki gruptaki hekimler de pek tercih etmemektedir. Bu hasta kategorilerinin tıbbi ilişkinin sınırlarını zorlama veya dengelerini bozma potansiyeli taşımalarının bu duruma yol açtığı düşünülebilir. Belirlenmiş iş yüküne ek olarak gelen (angarya) hastaların ise Türk



hekimler tarafından istememesine karşılık Fransız hekimler açısından fazla rahatsızlık uyandırmadığı ortaya çıkmıştır. Bu durumu da iki grubun iş yükleri arasındaki farkla açıklamak yerinde olacaktır.

Zengin hastayı ve mevki sahibi hastayı ne Türk ne de Fransız hekimlerin tercih etmemeleri dikkate değer bir husustur. Bu durumun açıklaması, hastanın sahip olduğu gücün, tıbbi ilişkinin asimetrik doğasının hekime sağladığı avantajı tehdit edebilecek mahiyet kazanması hekimlerde tedirginliğe yol açabilmesidir. Öte yandan bilgilerinin ve becerilerinin satın alınma konusu haline geldiği düşüncesi, kamu hastanelerinde çalışan hekimlerde çoğunlukla olumsuz bir ruh haline yol açmakta, bu durum da bir tür baskı altında olma algısı yaratabilmektedir.

Zengin hastanın bir anlamda zıddı olan maddi kazanç sağlamayan hastanın da her iki gruptaki hekimler tarafından pek tercih edilir olmayışı, “ideal” hastanın hekime üstün gelmesine sağlayacak bir servete sahip olmayan ancak hekimi kazançtan yoksun bırakacak yoksulluğu da aşmış bir kişi olması gerektiğini göstermektedir. Servet düzeyi için yapılan bu saptamayı genişletip, belli kişisel nitelikleri itibariyle uçlarda konumlanan hastaların pek makbul sayılmadığını; ortalama niteliklere sahip olanların hekimler tarafından daha fazla tercih edildiğini söylemek olanaklıdır.

Hastaya zarar verme durumunda hastanın ve yakınlarının saldırısına uğrama veya hasta ve yakınlarıyla bir yargı sürecinde hesaplaşma konusunda Türk ve Fransız hekimler yakın oranlarda ve oldukça yüksek düzeyde endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Tıbbi sürecin yargıya taşınması endişesi ile hastayı meslek hatasını yargıya taşıma tehdidi olarak görme yaklaşımı Türk hekimlerde daha yüksek orandadır. Yani Türk hekimi hem bizzat hastadan kaynaklanacak sorunlar hem de kendisinin yapması olası tıbbi hatalar konusunda endişelenirken; Fransız hekimler ise hastanın yapabilecekleri konusunda değil sadece kendi olası tıbbi hatalarının yargıya intikali konusunda endişelenmektedir.

Fransa’da yerleşik hukuk sisteminin işlerliği, hasta bilinç düzeyinin yüksekliği, kamu hastanelerinin alt yapısal olanaklarının genişliği, uygulanan sağlık politikalarının tutarlılığı gibi unsurlar hasta-hekim ilişkisinin olumsuz yönde gelişmeler göstermesini engellemektedir. Türkiye’de ise alt yapısal olanaksızlıklara ek olarak, son yıllarda uygulanan hekimleri tıbbi süreçlerdeki aksamaların tek sorumlusu, bir başka deyişle

“hedef” gösteren sağlık politikaları hasta-hekim ilişkisindeki güveni zedeleyerek hastanın hekime, hekimin de hastaya kuşkuyla bakmasına yol açmaktadır.

Hastaya zarar vermenin doğuracağı olumsuz sonuçlar arasında en az endişe verici Şey olarak her iki grup da öncelikle hasta ve kazanç kaybına uğramayı, sonra meslektaşları ve toplum tarafından kınanmayı belirtmişler ve en fazla endişe verici Şey olarak da vicdan azabı çekmeyi göstermişlerdir.

Fransız hekimlerin hastalarını hastalığının dışında farklı insani boyutuyla tanıma isteğinin Türk hekimlere göre daha fazla olması; her iki toplumdaki sosyal ilişkilerin farklı yoğunlukta olmasından ve her iki ülkenin kamu hastanelerindeki ortamların tanışmaya elverişlilik düzeyi farkından kaynaklanmaktadır.

İdeal olan hasta-hekim ilişki modeli olarak, hekimin hastanın hizmetinde olması ve onun istekleri seçimleri doğrultusunda çalışması gerektiğini düşünen Fransız hekimlerin oranı Türk hekimlerinkinin yaklaşık dokuz katıdır. Fransız hekimlerin böyle bir idealleştirmeyi benimsemesinde mesleklerinin hizmet sunumu yönünü ön plana almalarının; “müşteri” olarak gördükleri hastalarının memnuniyetini sağlama ve dolayısıyla klientellerini koruma adına inisiyatif kullanmaktan kaçınma eğilimi göstermelerinin etkili olduğunu düşünmek olanaklıdır. Batı kültüründe kendi bireysel seçimlerine karışılmamasını güvence altına almak için başkalarının bireysel seçimlerine karışmama kuvvetle benimsenen bir yol olması da bu modelin benimsenmesini desteklemektedir.

Hekimin ilişkinin denetimini elinde tutması, hastayı doğru bildiği biçimde tedavi etmesinin ideal olduğunu düşünen Türk hekimlerin oranını Fransız hekimlerinkinden on iki kat fazladır. Türk hekimlerin hastayı doğru bildiği Şekilde tedavi etme ve denetimi elinde tutma isteği paternalist yaklaşımlarının bir göstergesidir. Türkiye’de her türlü otorite, yönlendirme ve karar verme yetkisinin güçlünün ellerine bırakan paternalist gelenek hayatın her alanında hüküm sürmekte ve Türk hekimler “baba” ve hastaları da “rüştünü ispat etmemiş ocuk” rolü ile bu gelenek içindeki yerlerini almaktadır.

Dikkate değer diğer bir unsur, her iki grupta da hekimlerin yaklaşık yarısının ideal hasta-hekim ilişkisinin eşitler arası bir hizmet sunum ilişkisi olduğunu ve uygulamalarda konsensüs olması gerektiğini belirtmesidir. Her ne kadar gündelik çalışma hayatında temas ettikleri hasta profili hakkında Türk hekimlerin pek olumlu görüşleri olmasa da, yaklaşık yarısı ideal hasta-hekim ilişkisini tanımlarken bu durumu

göz ardı etmiş ve eşitler arası bir ilişki olması gerektiğini belirtmiştir. Bu yaklaşım, Türk hekimlerin yarısının iyimserlikle hastanın eşitler arası bir ilişkinin tarafı olmayı gerçekleştirebileceğine inandıklarını göstermektedir. Fransız hekimlerin yaklaşık yarısından biraz azının eşitler arası hizmet sunum ilişkisinin ideal olduğunu benimsemiş olması hastalarının nitelikleri hakkındaki görüşleriyle uyumludur.

Gündelik tıp uygulamalarında, Türk hekimlerin yarısı ve Fransız hekimlerin ise büyük çoğunluğu hasta-hekim ilişkisinde hastayı hekimle birlikte karar veren kişi olarak tanımlamışlardır. Türk hekimlerde idealize edilen ve pratikte benimsenen hasta-hekim ilişkisi modelleri büyük ölçüde uyumludur. Fransız hekimlerin ise yarısı ideal ilişki modeli olarak benimsediklerini hayata geçirememektedir. Fransız hekim tıbbi ilişkide kararların büyük ölçüde hasta tarafından alınmasını idealize etmekte ancak Fransız hasta, teşhis ve tedavi aşamasında tek başına karar vermek istememekte, sürece hekimini de katma eğiliminde olmaktadır. Fransız hekimlerin ideal tıbbi ilişki modeli bir yönden özerkliğe kuvvetle saygı gösterme diğer yönden karar sorumluluğunu üstlenmekten kaçınma olarak değerlendirilmeye açıktır.

Gündelik tıp uygulamalarında, hastayı hekimin yapılmasını uygun gördüğü işlemi kabul eden kişi olarak tanımlayan Türk hekimler, Fransız hekimlerin yaklaşık yedi katıdır. Bu durumun olası nedenleri, Türk hekimin paternalist yaklaşımı benimseyişi, hastasının sağlık bilinç düzeyini hastalığıyla ilgili kararları verebilmeye yeterli bulmayışı, kamu hastanelerinin hasta yoğunluğu ve performans dayalı ücretlendirme politikası nedeniyle iş yükünün yüksek oluşudur. Bu çerçevede çağdaş tıp etiğinin olmazsa olmaz ilkesi olan hasta özerkliği gündelik tıp uygulamalarında ikinci plana itilebilmektedir.

Tezin sonunda, tüm bu sonuçları ve sonuçlarla bağlantılı saptamaları bir arada değerlendirerek: Türk ve Fransız hekimlerin hastanın algılanmasında ve kavramlaştırılmasında tıbbın gereklerinden kaynaklanan ortak eğilimleri ve toplumsal-kültürel-ekonomik koşulların farklı oluşundan kaynaklanan farklı eğilimleri bulunduğunu; Türk hekimlerin hastanın insani yönünü dikkate alır yaklaşımlarını koruyarak özerkliğe saygı gösterme ve profesyonellik konusunda biraz daha çaba göstermesinin uygun olacağını; Fransız hekimlerin ise medikal düşünme alışkanlıklarını yitirmeden hastanın insani yönünü biraz daha fazla göz önüne alması gerektiğini söylemenin uygun olacağı kanısındayız.

Tez çalışmasının içeriğini değil yaklaşımını esas alarak daha genel bir değerlendirme yaparak, farklı ülkelerin hekimlerini karşılaştıran çalışmalar yürütülmesinin bir dizi yararlı etkisi olacağını söyleyebiliriz. Bu çalışmalar, ilk olarak çağdaş tıbbı ve medikososyal düzeni daha iyi anlamayı sağlayacak; ikinci olarak her bir ülkenin hekimlerine kendilerini diğer ülkelerdeki meslektaşlarıyla karşılaştırma ve eksiklerini görme imkânı verecek; üçüncü olarak ileride bugünün dünyasını tanıma arayışına girenler için kaynak oluşturacak; son olarak da insanı tanıma ve anlama yönündeki evrensel çabaya mütevazı bir katkı sağlayacaktır.

Bu bağlamda hasta tez çalışması için hazırlanan veri toplama formunun bir başlangıç aracı olarak kullanılmasının; ilk olarak Türkiye'yi ve Fransa'yı temsil edecek sayıda hekime ulaştırılmasının, ikinci olarak da farklı dillere çevirisi yapılarak daha geniş kitlelere uygulanmasının uygun olacağı kanısındayız. Bu bağlamda, elektronik iletişim olanaklarından yoğun biçimde yararlanmak ve sağlıkla-hekimlikle ilgili kurumlardan-kuruluşlardan destek almak sonuca ulaşmayı kolaylaştıracaktır. Son olarak, sadece hasta kavramıyla sınırlı kalmayıp tıbbın sağlık, hastalık, hastane, hekim, tedavi gibi diğer temel kavramları için de benzer çalışmalar yürütülmesinin, tıbbı irdeleyerek özgün bilgi üretme etkinliklerine yeni ufuklar açacağını söyleyebiliriz.

## KAYNAKLAR

1. **Devellioğlu F.** *Osmanlıca Türkçe Ansiklopedik Lugat: Eski ve Yeni Harflerle.* 9. Baskı, Ankara: **1990.**
2. **Eyüpoğlu İZ.** *Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü.* 2. Baskı, İstanbul: **1991.**
3. **Kabaaoğalı S, Alova E.** *Latince Türkçe Sözlük.* İstanbul: Sosyal Yayınlar, **1995.**
4. **Taylor FK.** *The Concepts of Disease, Illness and Morbus.* Cambridge, London, New York, Melbourne: Cambridge University Press, **1979.**
5. **Uzel İ.** *Anadolu Tıp Tarihine Giriş.* İstanbul: Türk Eskiçağ Bilimleri Enstitüsü Yayınları, **2008.**
6. **Bayat AH.** *Tıp Tarihi.* İzmir: Sade Matbaa, **2003.**
7. **Yıldırım C.** *Bilim Tarihi.* 7. Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi, **2001.**
8. **Sagan C.** *Karanlık Bir Dünyada Bilimin Mum Işığı.* Çeviren: Göktepeli M. Ankara: Tübitak, **2000.**
9. **Vigarelo G.** *Temiz ve Kirli: Ortaçağdan Günümüze Vücut Bakımının Tarihi.* Çeviren: İlkelen ZZ. İstanbul: 1996.
10. **Berry A.** *Bilimin Arka yüzü.* Çeviren: Aysever RL. 13. Basım, Ankara: Tübitak, **2003.**
11. **Kadioğlu S.** *Türkiye'de Cerrahi Devrim.* Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora tezi, **1997.**
12. **Soyer A.** *Hekimlerin Sınıfsal Kökeni.* İstanbul: Sorun Yayınları, **2005.**
13. **Ellison S.** *Batı Tıbbı Sağlığımızın Altını Nasıl Oyar.* Çeviren: Aygen A. İstanbul: Barış Matbaası, **2008.**
14. **Illich I.** *Sağlığın Gaspi.* Çeviren: Sertabiboğlu S. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1995.**
15. **Moynihan R, Cassels A.** *Satılık Hastalıklar.* Çeviren: Gökçesu T, Yıldırım E. 2. Baskı, İstanbul: Hayy Kitap, **2006.**
16. **Inglis B.** *Tıbbın Hastalığı I.* Çeviren: Çekin MD. İstanbul: İnkılâp Yayınları, **1990.**

17. **İnglis B.** *Tıbbın Hastalığı II.* Çeviren: Çekin MD. İstanbul: İnkılâp Yayınları, **1991**.
18. **Kessler A.** *Tıbbın Sonu.* Çeviren: Karatay V. İstanbul: Optimist Yayın Dağıtım, **2008**.
19. **Belek İ, Soyer A.** *Sağlıkta Özelleştirme.* İstanbul: Sorun Yayınları, **1995**.
20. **Belek İ, Onuroğulları H, Nalçacı E, Ardıç F.** *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. 2. Baskı,* İstanbul: Sorun Yayınları, **1998**.
21. **Çobanoğlu N.** Hasta hakları açısından hastanelerde yönetim etiği. Editör: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003**: 179-203.
22. **Sert G.** *Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde.* İstanbul: Barış Matbaası, **2004**.
23. **Erdemir AD.** Klinik uygulamalarda hasta-hekim ilişkileri. Editör: Erdemir AD, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. *Klinik Etik.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2001**: 65-84.
24. **Civaner M, Amato Okuyan Z.** Tıbbi Etik İhlalleri. İzmir: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, **1999**.
25. **Kadioğlu S.** *Aile Hekimliği: Tıp Tarihi Çerçevesinde Bir Değerlendirme.* Ankara: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi tıpta uzmanlık tezi, **1997**.
26. **Aydın E.** *Dünya ve Türk Tıp Tarihi.* Ankara: Güneş Kitabevi, **2006**.
27. **Cevizci A.** *Paradigma. Felsefe Sözlüğü.* İstanbul: Paradigma Yayınevi, **2006**.
28. **Timuçin A.** *Descartes Felsefesine Giriş,* İstanbul: Bulut Yayınları, **1999**.
29. **Özensel E, Koçak A.** *Hekimler ve Hekimlik.* Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları, **2004**.
30. **Cirhinlioğlu Z.** *Sağlık Sosyolojisi.* Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2001**.
31. **Çakaloz Y.** *Kişiler ve İşler.* İstanbul: İnkılâp Yayınevi, **1997**.
32. **Cirhinlioğlu Z.** *Meslekler ve Sosyoloji.* Ankara: Gündoğan Yayınları, **1997**.
33. **Terzi C.** *Toplum Sağlığına Bir Köprü Tıp Eğitimi.* İstanbul: İletişim Yayıncılık, **2001**.

34. **Kasapoğlu A.** *Değişen Toplumsal Yapıda Karakter*. Ankara: Ütopya, **2005**.
35. **Grégoire M.** *Médecins et Patients, L'Exercice de la Démocratie Sanitaire*. Paris: Éditions de L'Harmattan Publications, **2009**.
36. **Parsons T.** Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi. Çeviren: Kurtarıcı T. *Toplumbilim: Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı* **2001**; (13): 99-107.
37. **Gordon T, Edwards WS.** *Doktor-Hasta İşbirliği*. Çeviren: Aksay E. İstanbul: Sistem Yayıncılık, **1997**.
38. **Diççağ A.** *Sevgili Doktorum Anla Beni*. İstanbul: Kansu Matbaası, **2003**.
39. **Piednoir P, Hervé C, Moutel G.** La relation médecin-malade et le métier de médecin. Erişim: ([www.inserm.fr/ethique](http://www.inserm.fr/ethique)). Erişim Tarihi:14.02.2009.
40. **Özlu T.** *Hekiminizi Nasıl Alırdınız*. İstanbul: Kaknüs Yayınları, **2003**.
41. **Özlu T.** *Hasta Hakları*. İstanbul: Timaş Yayınları, **2005**.
42. **Aydın E.** *Tıp Etiğine Giriş*. Ankara: Pegem-A Yayıncılık, **2001**.
43. **Jacquard A, Kahn A.** *L'Avenir n'est pas écrit*. Paris: Bayard, **2001**.
44. **Thomas L.** *Bir Tıp Gözlemcisinin Notları*. Çeviren: Baytok F. 2. Baskı, Ankara: Tübitak Popüler Bilim Kitapları, **2008**.
45. **Adak N.** Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık. Editör Güçlü S. *Kurumlara Sosyolojik Bakış*. İstanbul: Birey Yayıncılık, **2005**: 417-460.
46. **Demirci S.** Tıbbın Sosyopolitik İçeriği. Editör: Demirci S. *Modern Tıbbın Ötesi*. İstanbul: İnsan Yayınları, **1994**: 9-17.
47. **Fagot-Largeault A.** Biyolojik Kuralcılık ve Toplumsal Kuralcılık. Editör: Changeaux JP. *Etiğin Doğal Kökenleri*. Çeviren: Acar N. İstanbul: Mavi Ada, **2000**: 205-244.
48. **Baloğlu B.** *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*. İstanbul: Der Yayınevi, **2006**.
49. **Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E.** *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, **2006**.

50. **Kasapoğlu A.** Sağlık Sosyolojisinde Yeni Gelişmeler. Editör: Ecevit MC. *Sağlık Sosyolojisi Türkiye'den Araştırmalar*. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları, **1999**: 1-13.
51. **Türkdoğan O.** *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, **2006**.
52. **Tabak RS.** *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Literatür Yayıncılık, **1999**.
53. **Dinççağ A.** *Hasta ile İletişim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **1999**.
54. **Hatun ř.** *Hasta Hakları*. İstanbul: İletişim Yayıncılık, **1999**.
55. **Demirhan Erdemir A, şaylıgil Elçioğlu Ö.** *Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları*. Ankara: Türkiye Klinikleri, **2000**.
56. **Güvenç B.** *Türk Kimliği*, İstanbul: Boyut, **2008**
57. **Roux JP.** *Histoire des Turcs*. Paris: Fayard, **1984**
58. Hititler. *Meydan-Larousse beşinci cilt*. İstanbul: Meydan Yayınevi, **1971**: 907.
59. Anadolu. *Temel Britannica birinci cilt*. İstanbul: Ana Yayıncılık, **1992**: 242
60. **Roux JP.** *Türklerin Tarihi: Pasifik'ten Akdeniz'e 2000 Yıl*. Çeviren: Kazancıgil A, Arslan Özcan L, İstanbul: Kabalcı Yayınevi, **2007**.
61. **Öztürk OM.** *Geçmişten Günümüze Türk Devletleri*. İstanbul: Noktakitap, **2007** sayfa
62. **Roux JP.** *L'Islam en Asie*. Paris: Payot, **1958**.
63. **İnalçık H.** *Devlet-i Aliyye: Osmanlı İmparatorluğu Üzerine Araştırmalar*. İstanbul: T. İş Bankası Kültür Yayınları, **2009**.
64. **Ortaylı İ.** *Osmanlı'yı Yeniden Keşfetmek*. İstanbul: Timaş Yayınları, **2008**.
65. İstanbul Üniversitesi Tarihi. Erişim: ([http://www.istanbul.edu.tr/iletisim/?page=template-news/detail&int\\_Id=70](http://www.istanbul.edu.tr/iletisim/?page=template-news/detail&int_Id=70)). Erişim Tarihi: 21.07.2009.
66. **Ortaylı İ.** *Osmanlı'da Değişim ve Anayasal Rejim Sorunu*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, **2008**.



67. **Ortaylı İ.** *İmparatorluğun En Uzun Yüzyılı*. İstanbul: Timaş Yayınları, **2008**.
68. **Gencer Aİ.** Kırım Savaşı ve Paris Antlaşması. Erişim: ([www.bilimtarihi.org/pdfs/KIRIM.pdf](http://www.bilimtarihi.org/pdfs/KIRIM.pdf)). Erişim Tarihi: 21.07.2009.
69. **Cesar J.** *La guerre des Gaulles*. Çeviren: Rat M. Paris: Garnier-Flammarion, **1964**.
70. **Rorive JP.** *Petites histoires des gens de France: Des gaulois à nos jours*. Paris: Essai (broché), **2005**.
71. **Huntington SP.** *Medeniyetler Çatışması*. Çeviren: Yılmaz M. İstanbul: Vadi yayınları, **2007**.
- 72 **Westfall RS.** Modern Bilimin Oluşumu. Çeviren: Duru İH. 12. Baskı, Ankara: Tübitak, **2000**
73. **Halioua B.** *Blouses blanches et étoiles jaunes*. Paris: Liana Levi, **2000**.
74. **Stengers I.** *L'invention des sciences modernes*. Paris: La Decouverte, **1993**.
75. *L'Encyclopédie, Dictionnaire Raisoné des Sciences, des Arts et des Métiers, Textes choisis*. Editör Soboul A, Goujard. P. Paris: Les Editions Sociales/Messidor, **1984**.
76. *Histoire littéraire de la France III de 1715 à1789*. Editör Abraham P, Desné R. Paris: Les Editions Sociales, **1969**.
77. *Histoire littéraire de la France IV de 1789 à1848*. Editör Abraham P, Desné R. Paris: Les Editions Sociales, **1973**.
78. **Braudel F.** *Tarih Üzerine Yazılar*. Çeviren: Kılıçbay MA. Ankara: İmge, **1992**.
79. **Soboul A.** *1789 Fransız İnkılabı Tarihi*. Çeviren: Hulusi Ş. İstanbul: Cem Yayınları, **1969**.
80. **Carpentier J, Lebrun F.** *Histoire de France*, Baskı sayısı, basım yeri: Pointts Seuil,yılı
81. **Fayet A, Fayet M.** *Histoire de France,Paris* : Eyrolles, **2009**
82. **Paxton RO.** *La France de Vichy*. Paris: Editions du Seuil, **1972**.
83. La France en Turquie, Relations franco-turques, Fransa Büyükelçiliği Resmi Sitesi-Ankara Erişim: (<http://www.ambafrance-tr.org>) Erişim tarihi: 13.02.2007.

84. **Yıldırım G, Kadioğlu S, Uzel İ.** Galip Ata Ataç'ın "Tıp Fakültesi" Kitabında Yer Alan Osmanlı Dönemi Tıp Eğitimi Tarihçesi Bilgileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2007**; 29(4): 185-19. Erişim: (<http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/1679.pdf>). Erişim Tarihi: 27.05.2008.
85. **Kadioğlu S.** Adı Sat-Deygallière'di. Editör: Kahya E, Şar S, Ataç A, Oğuz NY, Arda B. V. *Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildirileri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, **1999**: 573-574.
86. **Kadioğlu S.** Adı Sat-Deygallière'di; Honoré Louis Auguste Sat...-Deygallière. VI. *Türk Tıp Tarihi Kongresi Program ve Bildiri Özetleri*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, **2000**: 45.
87. **Günergun F.** Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane. Erişim: ([www.bilimtarihi.org/pdfs/CTS.pdf](http://www.bilimtarihi.org/pdfs/CTS.pdf)). Erişim Tarihi: 21.07.2009.
88. **Hanoğlu L.** 150 Yıl Öncesinden Bir Öğrenci Hareketi ve Bir Türkçe Tıp Sözlüğü Öyküsü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2009; (10). Erişim: (<http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=250>). Erişim Tarihi: 21.07.2009.
89. **Torun S.** *Kırım Savaşı'nda Hasta Bakımı ve Hemşirelik*. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora tezi, **2008**.
90. *Le carnet de santé de la France en 2000-2002*. Editör **de Kervasdoué J**. Paris: Economica, **2002**.
91. *Les Français à la conquête de leur corps*. Erişim: ([http://www.scienceshumaines.com/les-francais-a-la-conquete-de-leur-corps\\_fr\\_2718.html](http://www.scienceshumaines.com/les-francais-a-la-conquete-de-leur-corps_fr_2718.html) - 48k,16-02-2009). Erişim tarihi: 18.01.2009.
92. KMG Pazarlama Hizmetleri Grubu Basın Bültenleri: Türk Halkı Hafif Şişman (29 Ağustos 2006). Erişim: ([www.kmg.com.tr/makale.php?id=30-18k](http://www.kmg.com.tr/makale.php?id=30-18k)). Erişim Tarihi: 16.02.2009.
93. Türkiye Sağlık Davranışları ve Yaşam Tarzları Araştırması 2006. Erişim: (<http://www.hekimce.com/index.php?kiid=3038>). Erişim Tarihi: 16.02.2009.
94. *Accueil - Ministère de l'Education Nationale*. Erişim: (<http://www.education.gouv.fr/-25k>). Erişim Tarihi:14.02.2009.
95. **de Kervasdoué J.** *Fransa'da Sağlık ve Sağlık Sistemi*. **2002**. Erişim: (<http://www.ambafrance-tr.org/ecrire/upload/fis/fis19.htm> - 46k, 6/3/2009). Erişim tarihi: 15.10.2008.
96. **Majnoni d'Intignano B, Ulmann P.** *Économie de la santé*. Paris: Puf, **2001**.
97. *La santé en France en 2002*. Paris: La Documentation Française, **2002**.
98. *Lets Mots de la Bioéthique*. Editör: Hottois G, Parizeau HM. Bruxel: De Boeck Université, **1993**.

99. **Taban S.** Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi. Erişim: (TABAN=iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/01-01.pdf). Erişim Tarihi: 27.05.2009.
100. Erişim: ([www.gencgelisim.com/v2/content/view/378/2/ - 25k, 13-02-2009G](http://www.gencgelisim.com/v2/content/view/378/2/-25k,13-02-2009G)). Erişim Tarihi: 21.05.2009.
101. **Kasapoğlu A.** Tıp Eğitimi. Editör: Ecevit MC. *Sağlık Sosyolojisi Türkiye’den Araştırmalar*. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları, **1999**: 124-306.
- 102 **Kasapoğlu A.** Hekimlerin Sosyal Değerleri, İşdoyumları ve Sorunları. Editör: Ecevit MC. *Sağlık Sosyolojisi Türkiye’den Araştırmalar*. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları, **1999**: 306-359.
103. **Schouten BC, Meeuwesen L.** Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* **2006**; 64: 21-34. Erişim: ([http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6TBC-4J32JDT-4&\\_user=613195](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TBC-4J32JDT-4&_user=613195)). Erişim Tarihi: 15.07.2009.
104. **Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J.** Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling* **2005**; 56: 21-34. Erişim: ([http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MImg&\\_imagekey=B6TBC-4CK80S3-1-1&\\_cdi=5139](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6TBC-4CK80S3-1-1&_cdi=5139)). Erişim Tarihi: 15.07.2009.
105. **Duberstein P, Meldrum S, Fiscella K, Shields CG, Epstein RM.** Influences on patients’ ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling* **2007**; 65: 270-274. Erişim: ([http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MImg&\\_imagekey=B6TBC-4MFCW0M-2](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6TBC-4MFCW0M-2)). Erişim Tarihi: 15.07.2009.
106. **Civaner M, Terzi C.** Hastanın Kendi Kaderini Tayin Hakkı: Aydınlatılmış Onam. *Ulusal Cerrahi Dergisi* **2001**; 17(2): 82-91. Erişim: (<http://www.ulusalcerrahidergisi.org/summary.php3?id=173>). Erişim Tarihi: 15.07.2009.
107. **Mustafa Samur, Filiz Çay Şenler, Hakan Akbulut, Ali Pamir, Ali Arıcan.** Kanser Tanısı Almış Hastaların Bilgilendirilme Durumu: Hekim ve Hekim Adaylarının Yaklaşımları Hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi’nde Yapılan Sınırlı Bir Araştırmanın Sonuçları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* **2000**; 53(3): 161-166. Erişim: ([dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/855/10843.pdf](http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/855/10843.pdf)). Erişim Tarihi: 05.05.2009.
108. **Egnew TR.** Suffering, Meaning, and Healing: Challenges of Contemporary Medicine. *Annals Of Family Medicine*, **2009**; 7(2): 170-175. Erişim: (<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/7/2/170>). Erişim Tarihi: 15.07.2009.

## ÖZGEÇMİŞ

Zahide Olgun Henzel 1962 yılında Adana’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana’da yaptı. 1986 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’ni bitirdi. 1986-1989 yılları arasında Bursa Karacabey Ana Çocuk Sağlığı Merkezi’nde zorunlu devlet hizmeti yükümlülüğünü yerine getirdi. 1989-1990 döneminde İstanbul Ümraniye Sağlık Ocağı’nda çalıştı.

Dil öğrenmek ve uzmanlık eğitimi almak için 1990’da Fransa’nın Lyon kentine gitti. Oftalmoloji alanındaki uzmanlık eğitimini 1991-1997 yılları arasında Claude-Bernard Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tamamladı. Türkiye’de geçerli uzmanlık belgesini 1997’de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden aldı. Aynı yıl Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde uzman hekim olarak çalışmaya başladı.

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde 2003-2004 güz döneminde deontoloji ve tıp tarihi alanında eğitim almaya, 2005 yılında “Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması” başlıklı doktora tezini hazırlamaya başladı. Kuramsal eğitim aldığı bu alanla bağlantılı olarak meslek örgütünün çeşitli kademelerinde aktif görev aldı ve çalıştığı hastanede etik kurul oluşturulmasına ve uzmanlık öğrencilerine tıp etiği eğitimi verilmesine katkıda bulundu.

Zahide Olgun Henzel, Fransızca bilmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.

## EK 1: Türkçe Veri Toplama Formu

### Hekimlerin Hastayı Algılaması ve Hasta Kavramı Oluşturması Çalışması Anket Formu

Değerli Meslektaşım,

Bu anket, Türk ve Fransız hekimlerin hastayı algılaması ve hasta kavramı oluşturması hakkında karşılaştırmalı bir değerlendirme yapmayı amaçlayan, doktora tez çalışmam için veri toplamayı amaçlamaktadır.

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Dr Zahide Olgun Henzel

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Uzmanı

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarih Doktora Öğrencisi

**1) Hasta denildiğinde zihninizde uyanan ilk çağrışımı bir kelime ya da bir cümle halinde yazınız.**

.....

**2) Ortalama bir hastanızı göz önüne alarak, ilk sütundaki nitelikler bakımından ona beş üzerinden bir not veriniz. Ek açıklama yapmak isterseniz üçüncü sütunu kullanınız.**

NİTELİK	NOT					AÇIKLAMA
	1	2	3	4	5	
Sağlık bilincine sahip olma						
Sorununu ifade edebilme						
Söyleneni anlama						
Hekimle işbirliği yapabilme						
Hekime güven duyma						

**3) Lütfen, aşağıda yer olan hastalar hakkındaki nitelermelere katılma-katılmama durumunuzu belirtiniz.**

	Katılıyorum	Ne katılıyorum, ne katılmıyorum	Katılmıyorum
Hasta bir yönüyle maddi kazanç kaynağıdır.			
Hasta bir yönüyle yardıma muhtaç, acınacak kişidir.			
Hasta bir yönüyle mesleki bilgi beceri sınama / kanıtlama olanağıdır.			
Hasta bir yönüyle meslek hatasını yargıya taşıma tehdididir.			
Hasta bir yönüyle manevi tatmin sağlama aracıdır.			
Hasta bir yönüyle hastalığa karşı birlikte mücadele edilecek bir müttefiklerdir.			

**4) Aşağıda sıralanan özellikteki hastaların her birine, en fazla tercih ettiğiniz (5), en az tercih ettiğiniz (1) olacak şekilde, 1-5 arası puan veriniz.**

	1	2	3	4	5
Sorunu ciddi olmayan hasta					
İletişim kurma becerisi kuvvetli hasta					
Tıbbi ya da yasal yönden uygun olmayan taleplerde bulunan hasta					
Fiziksel çekiciliği olan hasta					
Komplikasyon riski yüksek olan hasta					
Zengin hasta					
Belirlenmiş iş yüküne ek olarak gelen (angarya) hasta					
Mevki sahibi hasta					
Teşhisi / tedavisi ustalık gerektirdiği için mesleki tatmin sağlayan hasta					
Maddi kazanç sağlamayan hasta					

**5) Hastaya zarar vermiş olmanız halinde ortaya çıkabilecek aşağıdaki durumlara, en çok endişe verici olan (5), en az endişe verici olan (1) olacak şekilde, 1-5 arası puan veriniz.**

	1	2	3	4	5
Hastanın ve yakınlarının saldırısına uğrama.					
Hasta ve yakınlarıyla bir yargı süreci çerçevesinde hesaplaşma.					
Hasta ve kazanç kaybına uğrama.					
Meslektaşlar ve toplum tarafından kınanma.					
Vicdan azabı çekme.					

**6) Hastanızı, hastalığının dışında, farklı insani boyutlarıyla tanımayı ister misiniz?**

- a) Tanımayı kesinlikle isterim.
- b) Tanımak ya da tanımamak benim açımdan anlam taşımaz.
- c) Tanımaktan özellikle kaçınırım.

Çünkü (â) .....

**7) Sizce ideal olan hasta-hekim ilişkisi modelini hangisidir?**

- a) Hekim hastanın hizmetindedir, hastanın istekleri-seçimleri doğrultusunda çalışır.
- b) Eşitler arası bir hizmet sunum ilişkisi söz konusudur, uygulamalar konsensüsle belirlenir.
- c) Hekim ilişkinin denetimini elinde tutar, hastayı doğru bildiği biçimde tedavi eder.

Çünkü (â) .....

**8) Gündelik tıp uygulamaları çerçevesinde hastanın statüsü hangisidir?**

- a) Talebi doğrultusunda işlem yapılan kişidir.
- b) Hastalığıyla ilgili bilgi alıp, teşhis-tedavi uygulaması hakkında hekimle birlikte karar veren kişidir.
- c) Hekimin yapılmasını uygun gördüğü işlemi kabul eden kişidir.

Çünkü (â) .....

**9) Hastalarınıza genellikle “sen” diye mi “siz” diye mi hitap ediyorsunuz?**

- a) Sen
- b) Siz
- c) Diğer â .....

Çünkü (â) .....

**10) Ortalama kaçınıcı görüşmeden sonra hastanızın ismini kendisine sormadan veya dosyasına bakmadan hatırlayabilirsiniz?**

- a) İlk görüşmeden sonra
- b) İkinci görüşmeden sonra
- c) Birçok görüşmeden sonra
- d) Asla

Çünkü (à) .....

---

#### **DEMOGRAFİK BİLGİLER**

Yaşınız à .....

Cinsiyetiniz à .....

Medeni durumunuz à .....

Çocuk sayınız à .....

Branşınız à .....

Çalışma biçiminiz (kurum, serbest, karma) à .....

Günlük hasta sayınız à .....

Kendinizin ya da bir yakınınızın ciddi sağlık sorunu var mı à .....

Aile büyükleriniz arasında hekim var mı à .....

## EK 2: Fransızca Veri Toplama Formu

<b>Questionnaire d'un Travail sur la Perception et le Concept du Patient chez les Médecins</b>
--

*Cher(e) confrère,*

*Le but de notre travail, qui est une thèse de doctorat, est d'évaluer comparativement la perception et le concept (sens, notion) du patient chez les médecins français et turque. Nous pensons que la perception et le concept du patient chez les médecins est composé de différents éléments. Dans la composition, la variation de la quantité et de l'importance de chaque élément sera déterminée. Les variations en France et en Turquie vont se réunir dans deux groupes différents et vont se confronter entre eux.*

*Nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire.*

*Dr Zahide Olgun Henzel*

*Ophthalmologue, Hôpital de Numune, Adana*

*Etudiante en doctorat, Déontologie et Histoire de Médecin, Université de Çukurova*

**1) Quelle est le premier mot ou la première phrase qui vous vient à l'esprit quant vous entendez le mot patient?**

.....

**2) Ci-dessous tableau de notation sur 5 et explication pour le comportement du patient (la note 5 étant le comportement le plus élevé).**

Comportement	Note					Explication
	1	2	3	4	5	
Avoir une notion de santé						
Explication de son problème						
Compréhension de médecine						
Coopération à la cour du diagnostique et du traitement						
Confiance envers le médecin						

**3) Précisez quelle définition vous convient pour le patient.**

	J'approuve	J'approuve, ni ne désapprouve	Je n'approuve pas
D'une part, le patient est une source de revenu.			
D'une part, le patient est une personne qui à besoin d'aide.			



D'une part, le patient est un sujet d'expérience sur le quelle nous testons nos connaissance.			
D'une part, le patient est une source de problèmes judiciaires en cas de complication médicale.			
D'une part, le patient est une source de satisfaction morale.			
D'une part, le patient est un partenaire dans l'objectif á atteindre.			

**4) Ci-dessous tableau de notation sur 5 selon le patient de votre préférence (la note 5 étant la préférence la plus élevée).**

	1	2	3	4	5
Patient qui n'est vraiment pas malade					
Patient ayant une conversation intéressante					
Patient ayant des demandes contraires à la déontologie médicale					
Patient séduisant					
Patient ayant potentielle de complication médicale					
Patient riche					
Patient non prévue, envoyée par des connaissances					
Patient influent pouvant nous rendre service					
Patient atteint d'une pathologie intéressante					
Patient non rémunérateur					

**5) En cas de dommage sur le patient, qu'est ce qui est le plus préjudiciable (la note 5 étant le plus préjudiciable)?**

	1	2	3	4	5
Subir une agression de la part des proches de patient					
Subir un procès					
Perdre de la clientèle et l'argent					
Mauvaise réputation vis-à-vis des confrères et de la population					
Problème de conscience					

**6) Vous intéressez-vous à la vie de vos patients en dehors de sa maladie; niveau socioculturel, personnalité etc. ... ?**

- a) Cela m'intéresse.
- b) Cela ne m'intéresse pas particulièrement mais je ne suis pas contre.
- c) Cela ne m'intéresse pas. Je préfère ne pas le savoir.

Parce que (à).....

**7) Quel type de relation idéale malade - médecin préférez-vous?**

- a) Le médecin est au service des patients, utilise son expérience et ses connaissances selon sa demande
- b) Une relation égalitaire entre le patient et le médecin, par consensus
- c) Le médecine contrôle tout et décide à la place de patient en fonction des besoins du malade

Parce que (à).....

**8) En pratique dans quelle situation mettez-vous le patient en cours du traitement médicale?**

- a) Personne à qui l'on rend un service médical selon sa demande.
- b) Personne qui demande un avis au médecin sur sa maladie et qui décide avec le médecin
- c) Personne à qui l'on impose un acte médical selon la décision du médecin.

Parce que (à).....

**9) Comment vous adressez vous au patient?**

- a) Tutoiement
- b) Vouvoiement
- c) Autre à .....

Parce que (à).....

**10) Après combien de consultation connaissez-vous le nom de votre patient sans avoir a lui demander ni consulter sa fiche?**

- a) Après la première consultation
- b) Après la deuxième consultation
- c) Après plusieurs consultations
- d) Jamais

Parce que (à).....

**DONNES DEMOGRAPHIQUES**

Age à .....

Sexe à .....

Situation familiale à .....

Enfant à .....

Spécialité à .....

Le lieu de travail (publique, prive, combiné) à .....

Combien consultation et/ou intervention par jour à .....

Existence d'une maladie grave chez vous ou dans votre famille à .....

Présence d'ancêtre médecine dans votre famille à .....