

MİMAR SİNAN GÜZEL SANATLAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI  
GENEL SOSYOLOJİ VE METODOLOJİ PROGRAMI

DOKTOR- HASTA ETKİLEŞİMİ SORUNLARININ  
TEŞHİS VE TEDAVİ SÜRECİNE ETKİLERİ

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan

20026115 Ayşe Yücel Güner

Danışman

Doç. Dr. Meral Özbek

İSTANBUL- 2006

**İÇİNDEKİLER**

	<u>Sayfa no</u>
ÖNSÖZ .....	III
ÖZET .....	V
SUMMARY .....	VI
1. GİRİŞ .....	1
2. TIP ALANININ ÇÖZÜMLENMESİNDE SOSYOLOJİK TEORİLER.....	8
2.1. Talcot Parsons: Toplumsal Yapı ve Rol Kavramı .....	10
2.1.1. Parsons'da Toplumsal Yapı .....	11
2.1.2. Doktor ve Hasta Rollerini .....	12
2.2. Foucault ve İktidar .....	17
2.3. Bourdieu ve Alan Çözümlemesi.....	21
3. DOKTOR- HASTA KARŞILAŞMASI: İLİŞKİLER VE ETKİLEŞİM.....	28
3.1. Doktor- Hasta İlişkisinde Anlayış Değişikliğine Doğru .....	29
3.2. Etkileşim Modelleri .....	32
4. İLETİŞİM VE SAĞLIK.....	38
4.1. Kişilerarası İletişim .....	40
4.1.1. Kişilerarası İlişkide Empatinin Önemi .....	42
4.2. İletişimin Motivasyonu: Hasta mı? Hastalık mı?.....	44
5. ALAN ARAŞTIRMASI.....	46
5.1. Amaç ve Yöntem .....	46
5.2. Bulguların Değerlendirilmesi .....	48
6. GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ .....	65
7. EKLER .....	70

	<u>Sayfa no</u>
7.1. Ek-1 Doktor Görüşme Kılavuzu .....	70
7.2. Ek-2 Hasta Görüşme Kılavuzu .....	75
7.3. Ek-3 Profil Tabloları .....	79
8. KAYNAKLAR .....	80
9. ÖZGEÇMİŞ.....	82

## ÖNSÖZ

İnsan yaşamında, sağlığı koruma ve sağlıklı kalma önemli bir değerdir. Sağlıklı olmak ya da olmamak (yani hastalık) halleri salt tıbbın konusu olarak ele alınamayacak kadar karmaşık ve çok yönlüdür. Özellikle hasta olmak sadece tıbbi bir olgu değildir, aynı zamanda sosyal ilişkiler ve roller içinde yaşantılanır. Dolayısıyla, toplumsal dinamiklerin bireyler arası karşılıklı etkileşiminin sonucu oluşan roller, rollerin içinde şekillendiği toplumsal konum ve statüler ele alınmadan anlaşılamaz.

Bu çalışmanın sağlık sosyolojisi alanına girebilecek bir çalışma olarak tasarlanmasında, bu alandaki, değerli birkaç biliminsanın çalışmalarının etkisi olmakla birlikte, bir dönem kişisel olarak deneyimlediğim sağlık ve hastalık ile ilgili durumlar başta olmak üzere çevremdeki insanların yaşadıkları ve deneyimledikleri de etkili olmuştur. Hasta yakını olarak tıp kurumunun içinde yer alma zorunluluğu ve hastane ortamında yaşamının zorlukları; doktor ile bir dizi karşılaşmalar halinde deneyimlenen bu kişisel süreç ve diğer insanların yaşadıklarını görmek, dinlemek çalışmamın ilk gözlemlerini ve ön bilgilerini oluşturdu. Gözlemlerim ve dinlediklerim doktor- hasta arasındaki iletişimin çok sınırlı olduğu ve hastanın bu durumdan mağdur (doğru teşhis tedavi planlaması açısından) ve muzdarip (kişi olarak değerlendirilme imkanı bulamamanın mutsuzluğu) olduğu yönündedir. Kısa yoldan yapılan bu ilk gözlemlerin ışığında ortaya çıkan sorularım şunlardı; neden doktor hasta ile konuşmaz ya da az konuşur? Konuştuğunda anlaşılır olma kaygısı var mıdır? Hastanın kaygıları nelerdir doktor bunu ne kadar, nasıl anlar? Doktorun kaygıları nelerdir hasta bunu ne kadar, nasıl anlar? Bu sorular, beni, doktor ve hasta olarak iki toplumsal “rol”ün ardında var olan bu iletişim modelini irdelemeye ve bu iletişim durumunu problem etmeye yöneltmiştir.

Doktor- hasta ilişkilerinin analizini rol analizinden ve bu rolü oynamasından dolayı kişiye atfedilen ya da kişinin kazandığı statünün analizinden ayırarak

gerçekleştiremeyiz. Dolayısıyla, doktor ve hasta; bu iki konumun üstlendiği roller, bu rollerin karmaşık yapısı ve rollerin karşılaşmalarını belirleyen toplumsal ve kişisel faktörlerin incelenmesi, bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde bilgi ve tecrübesinden faydalandığım, yaşadığım zorluklar sırasında beni samimiyetle destekleyen ama her şeyden önce kişisel olarak, yaşam duruşuyla bana ilham veren sevgili hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Meral Özbek'e teşekkür ederim.

Çalışmanın her aşamasında ilgi ve desteğini hissettiğim Yard. Doç. Dr. Aylın Dikmen'e gösterdiği yakınlıktan dolayı teşekkür ederim.

En sıkıntılı anlarımda, bu çalışmayı yapabileceğime olan inancıyla beni yüreklendiren, özellikle çalışmanın son döneminde sevgili oğlumuz Vedat Cem'le daha fazla birlikte olarak bana kazandırdığı ek zaman için sevgili eşime ve çalışmanın başından beri anlayış ve desteklerini benden esirgemeyen sevgili aileme minnetarım. Bir tez çalışması yapmanın zorluklarını, kendisi de yaşayan birisi olarak çok iyi anlayan, içinde bulunduğum duruma empati yapan; en yoğun dönemimde ihtiyaç duyduğum sessizliği bana evini açarak mümkün kılan desteğine, sözüne her zaman güvendiğim sevgili dostum, A. Zeynep Mağgönül'e ayrıca teşekkür etmeyi borç bilirim.

Ayrıca; yaşanmışlığın sözleriyle çalışmanın gerçek hayatla bağlantısını kuran, görüşmeler sırasında sabırla ve içtenlikle sorularımı yanıtlayan, her biri benim için artık özel bir anlam ifade eden "on sekiz kişiye", bu vesileyle kendilerini her zaman sıcak duygularla hatırlayacağımı söylemek isterim, sağolun.

Son olarak, Prof. Dr. Ali Yağız Üresin'e, yoğun çalışma temposuna rağmen tezim için juri üyeliğini kabul ettiği ve bununla da kalmayıp görüşlerini paylaştığı için , çok teşekkür ederim.

**SUMMARY**

AYŞE YÜCEL GÜNER

(THE DOCTOR- PATIENT INTERACTION PROBLEMS AND EFFECTS ON  
DIAGNOSİS AND TREATMENT PROCESS)

Due to the relationship between the doctor and the patient influenced by many “multiple dimension” and “multiple layer” factors, this research study aims to analysis the relationship having a wide perspective in order to understand the study subject from the point of communication difficulties.

Besides communication aspects, this study emphasizes also “role” concept of the doctor and the patient who are two parts of communication process. T. Parson has a dominant position in social literature with “role” concept that he developed, consequently also this research study proceeds based on his “role” concept. Furthermore this research tries to understand also the encounter of doctor and patient and how and by which type of social dynamics influenced these roles. This study considers also some sociological concepts like status, authority, power, specialization, and respectability as a tool in order to be able to understand conflicts between these two roles.

In this context, theory of “functional social stratification” - which identifies with Parson-, “social system” of Parson and the necessity of roles will be discuss and consider with his many faces in order to detailed the approach of Parson.

In this study we will tried to understand, the lack of communication, causes, which problems can create and the solutions in order to handle these problems. This analyze will be build up with results of two directions; theoretical frame and datas of field research. During field research chosen the qualitative method and realized depth interviews with doctors and patients.

Key Words: Communication, Interaction, Empathy, Status, Power, Authority, Social Space, Habitus.

## ÖZET

AYŞE YÜCEL GÜNER  
(DOKTOR- HASTA ETKİLEŞİMİ SORUNLARININ  
TEŞHİS VE TEDAVİ SÜRECİNE ETKİLERİ)

Doktor- hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin çok boyutlu ve katmanlı yapısını olabildiğince geniş bir perspektiften anlamayı amaçlayan bu çalışma, konuya iletişim sorunları çerçevesinden bakmayı özellikle ön plana çıkarmayı hedeflemektedir. Çalışmada, bu iletişim sürecinin iki tarafı olarak konumlanan doktor ve hasta rollerinin T. Parsons'un rol kavramı çerçevesinde değerlendirilmiş, analiz edilmiştir. Bu bağlamda, Parsonsla özdeşleşmiş olan işlevselci toplumsal tabakalaşma kuramı ve onun toplumsal sistem ve bu sistem için rollerin gerekliliği düşüncesiyle geliştirdiği yaklaşımı , eleştirilen yönlerine de değinilip tartışılmıştır.

Çalışmada, iletişimin eksikliğinin, nedenlerine, nasıl sorunlara yol açtığına ve ne şekilde çözümlenip aşılabileceğine olabildiğince geniş bir perspektiften incelenirken, ayrıca bu rollerin karşılaşmalarının ne tür toplumsal dinamiklerden ne şekilde etkilendiğini anlamak ve statü, İktidar, otorite, alan, habitus gibi sosyolojik kavramları; bu rollerin çatışmalarını anlamaya yönelik değerlendirmek gibi bir yönelim içerisinde ilerlemiştir.

Çalışmada, alanın teorik çalışmaları okunup incelendikten sonra hem bu çalışmalar ile karşılaştırma yapmak hem de bu çalışmaya konu olan rollerin nesne inşasına birer toplumsal fail olarak katılımlarını sağlamak amacıyla bir alan çalışması gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür. Alan çalışmasında faillerin nesne inşa sürecine dahil olmalarını mümkün kılan bir metod olarak düşünülen kalitatif metod benimsenmiştir. Bu bağlamda doktorlar ve hastalar ile derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: İletişim, Etkileşim, Empati, Statü, İktidar, Otorite, Alan, Habitus,

## 1. GİRİŞ

Sosyolojiyi, insan dünyası hakkında bir düşünme biçimi olarak tanımlamak mümkündür. İlke olarak aynı dünya hakkında başka yollarla da düşünülebilir, örneğin sağduyu bu diğer yollar arasında özel bir yere sahiptir.<sup>1</sup> Sosyoloji, günlük hayatın içinde, üzerine sistematik olarak bir düşünme sürecini çoğu zaman dahil etmeden elde ettiğimiz ve kullandığımız bilginin berraklaşmasıdır: Çünkü sosyoloji çıplak gözün bakışıyla hemen belli olmayan, ilk bakışta ortada olmayan bazı incelikli ayrımları ve bazı bağlantıları açığa çıkarır. Sosyolojik bilginin ve yorumlamanın sundukları, söyledikleri elde olmadan insan dünyasına dair bilinenler ile sosyolojinin açıklamaları arasındaki fark doğru ile yanlış arasındaki fark değildir; fark asıl olarak günlük hayatın içinde yaşananların ancak bir biçimde tanımlanabileceği ve açıklanabileceğine inanmak ile muhtemel ve makul anlatımların sayısının çok fazla olduğunu bilmek arasındadır. “Sosyoloji, anlam arayışımızın sonu değil, arayışımızı sürdürmek için bir teşvikdir.”<sup>2</sup>

Akademik bir disiplin olarak sosyoloji, sosyal olaylar ve insan davranışının nedenleri üzerine çalışır, yorum yapar, sonuç çıkarır. Sağlık sosyolojisi de, bu bağlamda sağlık ve hastalık durumlarının sosyal nedenlerini anlama, değerlendirme ve sonuç çıkarma çabası içerisindedir. Sağlık sosyolojisi; bireylerin, grupların ya da daha geniş toplulukların sağlık ve hastalık algısının oluşmasında kritik rol oynayan sosyal faktörlerin analizi üzerine çalışan teorik ve uygulamalı bir alandır ve sosyoloji içinde önemli bir alt disiplin olarak yerini almıştır. Avrupa ve Amerika’da durum böyleyken, Türkiye’de bu alana duyulan ilgi sınırlı olmakla birlikte değerli çalışmalar, katkılar yapılmakta ve alana ilgi giderek artmaktadır.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Zygmunt BAUMAN, **Sosyolojik Düşünmek**, Çev. Abdullah Yılmaz, 16- 17.

<sup>2</sup> A.g.k., 232

<sup>3</sup> Türkiye’de sağlık sosyolojisi alanında yapılan çalışmalar hakkında bilgi için, bkz. (1) Nurşen ÖZÇELİK ADAK, **Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme**, 16-17. (2) Zafer CİRHİNLİOĞLU, **Sağlık Sosyolojisi**, 14-17



Sağlık ve hastalık üzerine sosyolojik çalışmalar, sosyal ve kültürel faktörlerin sağlık üzerindeki etkisini ve insanların sağlık ve iyileştirme konularına bakış açılarını anlamak dahası farklı toplumların iyileşmek, iyileştirmek hakkında tutum ve davranışlarını anlamak ister. Dolayısıyla sosyal yapı ve kültürel pratikler aracılığıyla insan yaşamının, koşullarını anlamayı hedefler.<sup>4</sup>

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin, toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Oysa, hastalık kavramı ya da hastalık olarak algılanan olgu ve olaylar, zamana, topluma ve kişiye göre değişmektedir. Kendinde ya da toplumda hastalık bulunduğu halde, bunu hastalık olarak algılamayan kişi ve toplumlar kendilerini sağlıklı olarak değerlendirebilmektedir. Bu nedenle de, sağlığı; hastalığın olmayışı şeklinde tanımlamak yeterli olmamaktadır.

Günümüzde en çok kabul görmüş sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre, sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik” halidir.<sup>5</sup> Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyiliğin yanında “sosyal yönden tam bir iyilik” haline de vurgu yapılmaktadır. Ancak, “sağlık” ve “hastalık” metaforları, “toplumsal düzen” için kullanılagelmiş olup, toplumsal gözetim ve denetimin parçası olan söylemlere kaynaklık etmiştir. Tam da bu nedenle ve çalışmanın ilerleyen sayfalarında anlatılacağı gibi, sosyal yönden tam bir iyilik halinin sınırlarını belirlemek karmaşık bir sürecin çok faktörlü yapısını çözümlenmeyi gerektirmektedir. Böyle bakınca, genelde insanlığın özelde ise sağlık sektörünün önüne “insanları olabileceği en üst düzeydeki iyilik haline ulaştırmak” şeklinde

---

<sup>4</sup> Peter E.S. FREUND- Meredith B. MCGUIRE, **Health, Illness and the Scial Body A Critical Sociology**, 2.

<sup>5</sup> DSÖ web sitesi, 2003

koyulan hedefin amacının, insanın “iyiliğine” yönelik bir düşünsel hedef olabirirliği tartıřmalđ bir konu olarak görülebilmelidir.

Sağlık ve hastalık üzerine düşünüldüğü zaman, genellikle iyi beslenme başta olmak üzere diğer sağlıklı yaşam alışkanlıkları, sağlıklı olmanın anlamına dair bilgiler, bu konudaki tutum ve davranışlar akla gelir. Buradan bakılınca sağlık ve hastalığın toplumsal ve kültürel boyutu ağığa çıkmaktadır. Tam da bu nedenle, sağlık hizmeti veren kişilerle (doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları) sağlık hizmeti alan kişiler (hasta- hasta yakını) arasındaki ilişkilerin özümlemesi önem kazanmaktadır.

Sağlık ve hastalık olgularıyla, bireysel ve kurumsal düzeyde karşılaşan, hasta ve hastalıkla yüz yüze gelen tıp temsilcileri olarak doktorların, üstlendikleri roller gereği, daha açık bir ifadeyle, toplumsal sistem içerisinde onlara atfedilen, aynı zamanda kendilerinin de benimsediği, pratik ettiği rolleri gereği, sağlık sistemi içerisinde konumlanışları ve hastalarla kurdukları ilişki düzeyleri sağlık sosyolojisinin günümüzde önemli çalışma alanlarındandır.

Günümüzde, sağlık ve hastalığa toplumsal bir olgu olarak bakılmasının yani, tıp uzmanlığı kadar, uzman olmayanının sözünün de önemli olduğunu düşünün görüşlerin etkisiyle yapılan çalışmalar göstermiştir ki, doktor ve hastanın ilişkisi, nasıl karşılaşmalar yaşadıklarını ve bu sürece etki eden dinamikleri açığa çıkarmak önem kazanmıştır. Toplumsal alan insanların günlük rutin içinde üzerine fazla düşünmeden yaşadıkları ortak alanlardan oluşur. Toplumsal bir alan olarak tıp alanı ve bu alanın eyleyici aktörleri olarak hasta ve doktorun karşılaşmalarının anlamını, niyetini ve olası sorunlarını, insanlar arası iletişimi mümkün kılan veya tersine işleyebilecek olan sürecin dinamiklerini açığa çıkartma yoluyla anlamak bu çalışmanın amacı olarak görülmektedir.

Sağlık sosyolojisinin alanının belirlenmesi konusunda çok yoğun tartışmalar yapılagelmiştir. Mechanic (1968), günümüzde hala geçerliliğini koruyan, yapılagelmiş en açık ve somut sınıflandırmayı içerdiği kabul edilen yaklaşımında, sağlık sosyolojisinin çalışma alanlarını on dört başlık altında incelemiştir.<sup>6</sup> Mechanic'in çalışmasının özellikle, doktor- hasta iletişimini irdelemesi ve her kavrayışın ardında bu ilişkinin dinamiklerini oluşturan ve/ ve ya bozan faktörleri anlamak istediği için, çalışmada yapılan sınıflandırmanın özellikle iki başlığına, bu çalışmanın sağlık sosyoloji alanında bir yerde konumlanabildiğini ve bu konunun neresi olduğunu açıklayabildiği düşüncesiyle değinilmiştir.

Mechanic'in on dört maddelik sınıflandırmasından<sup>7</sup>, sözünü edeceğimiz ilk başlık, *hastalığa toplumsal ve ekin sel tepkiler*'dir. Yazar, bu başlık altında ilgili çalışmaları da ele almakta. Başlığın içerdiği konu, büyük oranda, doktor- hasta ilişkisi ve bu ilişkinin doktor ve hastanın özellikleri tarafından nasıl etkilendiği ile ilgilidir. Bu konu, etki, güç, yetke gibi sosyolojik kavramlar ışığında incelenabilmektedir. Mechanic'e göre bu konudaki ilk önemli katkılar Parsons (1964) tarafından yapılmıştır.

Parsons ve Bloom'un ayrı ayrı geliştirdikleri 'hasta rolü' ve 'doktor- hasta etkileşimi' kavramları çözümlenmelere yön vermektedirler. Alanın ikinci ilgili konusu, *iyileştirme uğraşısı* olarak başlıklandırılmıştır. Bu başlık geniş bir sosyolojik alan olan uğraşı (occupation) ve meslek (profession) konularına girmektedir. Bakıcılık (nursing) mesleği konusundaki çalışmalar en yaygın olanlardır; ancak, hekimler, hastane yöneticileri, kırıkçıkçıklar, masajla sağaltanlar ve halk hekimleri (mütetabibler) üzerine sayıları gittikçe artan çalışmalar

<sup>6</sup> Aytül KASAPÖĞLU, *Sağlık Sosyolojisi Türkiye'den Araştırmalar*, 362.

<sup>7</sup> Mechanic'in on dört maddelik sınıflandırması şöyledir: Hastalıkların dağılımı ve etyolojisi, hastalığa toplumsal ve ekin sel tepkiler, ölümler, toplumsal epidemiyoloji, medical uygulama örgütlenmesi, iyileştirme uğraşısı sosyolojisi, hastane sosyolojisi, toplum sağlığı örgütlenmesi, sağlık bakımı ve toplumsal değişme, tıp eğitimi, halk sağlığı, gerilim ve hastalık, toplumsal psikiyatri, toplum siyaseti ve siyasalar.

yapılmaktadır. İncelenen alanlar arasında tabakalaşma, rekabet, otorite, saygınlık ve uzmanlık bulunmaktadır.<sup>8</sup>

“Doktor- hasta ilişkisi, tıbbın doğası gereği asimetriktir, eşitlik kurulması zor olan bir ilişki biçimidir...”<sup>9</sup>, ancak bir o kadar da yaşamsal, belki de üçüncü kişilerle karşılaşmaların en önemlilerinden biridir. Çoğunlukla doğru kurulamayan<sup>10</sup> bu ilişkinin taşıdığı sorunlar çok çeşitli ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Çünkü doktor- hasta karşılaşmalarının yapısını, içeriğini, yönünü belirleyen bir dizi faktör vardır. En genel çerçevede bakacak dahi olsak; cinsiyet, yaş, ırk, etnik kimlik, sosyo- ekonomik statü, genel sağlık sisteminin yapısı, karşılaşılan mekan, bütün bunlar doktor- hasta ilişkisinin biçimlenişinin etkili faktörleridir. Tüm bu faktörlerin içiçe geçip asimetrik ilişkiler ürettiği yerde, doktor ve hasta arasında doğru ilişki kurulamaması iletişim eksikliği sorununu ortaya çıkarmaktadır.

Bu bağlamda, doktor- hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin çok boyutlu ve katmanlı yapısını olabildiğince geniş bir perspektiften anlamayı amaçlayan bu çalışma, konuya iletişim sorunları çerçevesinden bakmayı özellikle ön plana çıkarmayı hedeflemektedir. Öncelikle, sağlık sosyoloji alanının ilk teorisyenlerinden biri olması ve ilgili literatürde baskın bir yer edinmesinin de kaçınılmaz kılması nedeniyle T. Parsons’un toplumsal rol kavramından yola çıkarak, doktor ve hasta rollerinin iletişim sürecinin iki tarafı olarak konumlanmalarına, bu rollerinin nasıl kavrandığının incelenmesiyle başlamak uygun görünmektedir. Çalışma, ayrıca doktor ve hasta karşılaşmalarının ne tür toplumsal dinamiklerden ne şekilde etkilendiğini farklı teorilerin bakışından da anlamak ve statü, iktidar, güç, otorite, uzmanlık ve saygınlık gibi sosyolojik

<sup>8</sup> Bkz. (6), KASAPOĞLU, 362- 364.

<sup>9</sup> D. v. ENGELHARDT, **Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik**, Çev. Arın Namal, 3.

<sup>10</sup> Bu ilişkinin tıbbın doğası gereği asemetrik bir ilişki biçimi olması nedeniyle, eşitsiz bir ilişki olması ve böyle olmasının bireyler arasında irade koyma eşitsizliği yaratması bakımından doğru olmayan anlamında kullanılmıştır.

kavramları; bu rollerin çatışmalarını anlamaya yönelik değerlendirmek gibi bir çaba içerisinde olacaktır. Parsonsla özdeşleşmiş olan işlevselci toplumsal tabakalaşma kuramı ve onun toplumsal sistem ve bu sistem için rollerin gerekliliği düşüncesiyle geliştirdiği yaklaşımı , eleştirilen yönleri de ele alınıp düzeltilerek kullanılacaktır.

Çalışmada, iletişim eksikliğinin nedenlerine, nasıl sorunlara yol açtığına ve ne şekilde çözümlenip aşılabileceğine olabildiğince geniş bir perspektiften bakarak, başka bir deyişle yazılı literatür; hem teorik çerçeveden yaklaşan düşünceler hem de yapılmış olan alan çalışmalarının sonuçları, bu çalışma için yapılan alan çalışmasının bulgularıyla da karşılaştırılarak değerlendirilecektir.

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. Giriş olarak hazırlanan ilk bölüm çalışmayı genel hatlarıyla açıklarken, ikinci bölümde, çalışma için kullanışlı ve açıklayıcı bulunan sosyolojik teorileri ele alınacak ve rol, statü, güç, iktidar, uzmanlık, alan, habitus kavramları çerçevesinde araştırmanın konusu olan doktor-hasta karşılaşmalarına bakılacaktır. Üçüncü bölümde, sağlık sosyolojisinin terminolojisinde, etkileşim modelleri ve doktor hasta karşılaşmalarının bu etkileşim modelleri içerisinde konumlanışları, tanı ve tedavi sürecine etkisini de kapsayacak şekilde değerlendirilecek. Dördüncü bölümde, iletişim kavramının açıklanması ve sağlık alanında, iletişimin kuramının yeri ve doktor hasta karşılaşmalarının 'sağlığı' açısından anlamı tartışılacaktır. Beşinci bölümde alandan elde edilen veriler, bu çalışmanın temel kavramları (rol, statü, güç, iktidar- uzmanlık, alan, karşılaşma, iletişim) çerçevesinden değerlendirilecek ve çalışma, altıncı bölümle; sonuç, genel bir değerlendirme ve öneriler kısmıyla son bulacaktır.

Çalışmada, sağlık sosyolojisi alanına ilişkin teorik çalışmalar ve alan çalışmaları okunup incelendikten sonra hem bu çalışmalar ile karşılaştırma yapmak hem de bu çalışmaya konu olan rollerin nesne inşasına birer toplumsal fail olarak katılımlarını sağlamak amacıyla bir alan çalışması gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür. Araştırmanın alan çalışması üzerine düşünürken, Pierre Bourdieu'nun

“nesneleştirme” kavramı; kendisi de bir toplumsal fail olan sosyoloğun verili toplumsal nesnelere kendi nesneleştirme sürecine tabi tutması zorunluluğu-gerekliliği akılda tutulmuştur. Bourdieu’ya göre,

“...bilimsel bir nesne inşa etmek, her şeyden önce sağduyudan, yani herkes tarafından paylaşılan temsillerden kopmak anlamına gelir –gerek günlük hayatın alışıldık klişelerinden, gerekse çoğu zaman kurumlarda, dolayısıyla hem toplumsal örgütlerin nesnellüğünde hem de bireylerin beyinlerinde kayıtlı resmi temsillerden. Önceden inşa edilmiş olan nesnelere, her yerdedir. Sosyolog da herkes gibi bunlar tarafından tam anlamıyla kuşatılmıştır. Aslında sosyolog, ürünü olduğu bir nesneyi, yani toplumsal dünyayı bilmeye, tanımaya çalışan kişidir; hatta, bu dünya hakkında ortaya attığı sorunların, kullandığı kavramların bizatihi bu nesnenin ürünü olması ihtimali çok yüksektir....”<sup>11</sup>

Bu bağlamda, araştırma için, tıp, toplumsal bir alan olarak verili kabul edilip, içinde yer alan roller ve bunların ilişkileri yeniden nesne inşasına uygun bir şekilde ele alınmaya çalışılmıştır. Daha açık bir ifadeyle, söylenmek istenen şey, önceden kurulmuş nesnelere yeniden sorgulamaya tabii tutmadan kabul etmemektir. Çünkü,

“Her şeyden önce, nesne inşası, bir hamlede, bir tür kuramsal başlangıç edimiyle yapılıp bitirilen bir şey değildir. Bu, inşayı sağlayan gözlem ya da çözümleme programı, bir mühendis tarzında önceden çizilen bir plan değildir: Bu, uzun soluklu ve büyük titizlik isteyen bir çalışmadır.”<sup>12</sup>

Alan araştırması için doktor ve hastalarla mülakatlar yapılmıştır. Araştırmada, İstanbul’da devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan doktorlarla görüşülmüştür. Hasta görüşmeleri, doktora gitme sıklığının bu araştırmaya veri verecek kadar yoğunluğunun olması dışında başka bir faktörle elenmeden İstanbul’da oturan kişiler arasından seçilmiştir. Doktorlar, farklı türden hasta karşılaşmalarının ilişkiyi nasıl etkilediğinin görülmesi ve beraberinde hepsinde ortak olan faktörlerin olasılığını da sorgulama düşüncesiyle farklı uzmanlık alanlarından seçilmiştir. Alan araştırmasının metodolojisi ve işleyişinin planlanması sürecinin ayrıntıları beşinci bölümde değerlendirilecektir.

<sup>11</sup> P. BOURDIEU – L.J.D. WACQUANT, *Düşünsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar*, 241.

<sup>12</sup> A.g.k., 232.

## 2. TIP ALANININ ÇÖZÜMLENMESİNDE SOSYOLOJİK TEORİLER

İki insan arasındaki doğrudan- yüz yüze- kurulan bir ilişki biçimi olarak, doktor– hasta ilişkisinin söz konusu edildiği bu çalışmada, bu ilişkiyi gerekli hatta zorunlu hale getiren yapılanmayı ve tarihsel süreci anlamak gerekiyor. Bir toplumsal alan olarak tıp, bugün anladığımız manada modern tıp, oluşumunu modernliğin geliştiği tarihsel şartlara ve modern zamanların toplum ve birey anlayışına dayandırır. “Batı’da modern, objektif anlamda XVIII. yüzyılda ‘keşfedilen’ hastalık etrafında oluşturulan metafor ve mitlere dikkat çeken bir olgudur”.<sup>13</sup>

XVII. yüzyıla kadar, hastalık, dinsel bakış açısıyla kötülüğe, günaha içkin metaforlarla ifade edilmiştir. XVII. yüzyıla gelindiğinde, hastalık, doktor ve hasta arasında, doktorun rutin olarak mekanik bir fiziksel muayene ile temel olarak hastanın anlatıklarını değerlendiren, dolayısıyla, tanı ve tedavide hastanın hikayesinin önemli olduğu bir ilişki biçimi geçerlidir. Ancak bu yaklaşım, Descartes’in hastanın şikayeti ile doktorun bakışını birbirinden koparan, ayıran, hastalığı makineyi andıran beden mekanik bir arızası olarak ele alan yaklaşımıyla değişikliğe uğramıştır. Hastalık giderek, hastanın sübjektif deneyiminden kopararak objektif bir tıp sistemine, ölçümlere, deneylere tabi kılınan bir arızaya dönüştürülür. Hastanın şikayetleri güvenilir bir temel olmaktan çıkar; evrensel tıp bilimiyle donanmış doktor bundan böyle gerekirse hastayı, kendisine rağmen iyileştirmeye çalışacaktır.<sup>14</sup>

Hastalığın, hastanın kişisel sorunu olmaktan çıkmaya başladığı bu dönem, aynı zamanda modernliğin karanlık yüzünü oluşturan, sefalet içinde yaşayan yoksul insanlar ve onların neredeyse düşkünlük olarak değerlendirilen hastalık hallerinin,

<sup>13</sup> Yaşar ÇABUKLU, **Toplumsalın Sınırlarında Beden**, 104.

<sup>14</sup> A.g.k., 104 –105.

devlet için artık bir “toplumsal disiplin” sorunu haline geldiği dönemdir. Foucault’nun da belirttiği gibi mezbahaların, yiyeceklerin kontrolü, sağlıksız barınma vb konularda denetim sağlayacak, sağlık kuralları koyacak bir örgütlenmeye ihtiyaç vardır.<sup>15</sup>

Modernlik denilebilir ki, modern tıbbı, normal, yani sağlıklı olanla olmayan arasındaki ayrımı kesin çizgiyle ayıran, bunu yaparken de bilimselliğini ve dolayısıyla getirdiği otonom otoritesini, normalden sapmaları –hasta olanları- ayıklayacak bir alan olarak var etmiştir. Bu yeni alan içerisinde kurulan doktor-hasta ilişkisi de ilişkinin geldiği yeni boyutun doğası gereği, kişisel olmaktan çıkmış artık toplumun işleyişi ile yakından ilgili bir konu haline gelmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümde doktor- hasta ilişkisi ayrıntılı olarak ele alınacak olduğundan, bu bölümde, toplumsal bir alan olarak tıp ve bu alan içerisinde yaşanan karşılaşmalar olarak doktor- hasta ilişkisinin irdelenmesinin teorik tartışmasına yer verilecektir. Farklı sosyolojik bakış açılarından, öncelikle konuya toplumsal sistem açısından bakmış olan, ayrıca sağlık sosyolojisi alanına ilk katkıları yapmış olan teorisyen olarak T. Parsons’ın işlevselci tabakalaşma kuramı çerçevesinden roller kavramı dolayısıyla yaptığı sistem analizini ele alarak başlamak uygun görülmektedir.

Bu bölüm, toplumsal ilişkilerin dinamiklerini, eyleyicilerin toplumsala etki etme ve etkilenme durumlarını farklı kavramsal çerçeveden açıklayan görüşlerle devam edecektir. Bu anlamda, Michel Foucault’un iktidar, bilgi ve güç üzerinden geliştirdiği çözümlemesinin, tıp alanının bir iktidar alanı olarak kurumsallaşırken bu alanın içinde gerçekleşen karşılaşmalar olarak doktor ve hasta ilişkisinin arasındaki iktidar dengelerinin analizini, toplumsal sistemi toplumda belli roller üstlenen aktörlerin uyumlu birlikteliğini varsayarak ve bu uyumun kalıcılığını mümkün kılan

---

<sup>15</sup> Bkz. (13), ÇUBUKLU, 106.



yapının nasıl işleyeceğini teorileştiren Parsons'ın düşüncesini bir anlamda düzelterek anlamayı mümkün kılacağı düşünülmektedir. Ayrıca, Pierre Bourdieu'un alan kavramı, bir alan çözümlemesi içinden anlamaya çok uygun olarak tıp alanını ve bir alanın içinde konumlanışların nasıl farklı yatkinliklerden, alışkanlıklardan, becerilerden, arzularından, etkilenebileceği ve şekillenebileceği ve böylelikle davranışların, tutumların anlam kodlarının çözülebileceğini anlatan bir düşünme sistematiği getirdiği için, bahsedilen üç farklı çözümleme yaklaşımı çalışmada ele alınmaktadır ve değerlendirilmektedir.

### 2.1. Talcot Parsons: Toplumsal Yapı ve Rol Kavramı

Bir sistem kuramcısı olarak Parsons Sosyal Sistem (The Social System) adlı yapıtında doktor ve hasta rollerini ve bu roller arasındaki etkileşimi incelemiştir. Parsons öncelikle birbirine bağlı sosyal roller sistemini ve toplumdaki durağanlığı ve dengeyi açıklamakla ilgilenmiştir. Ona göre sosyal sistemin dengesi bireylerin toplumda kendine düşen rolü oynamasına bağlıdır. Bu nedenle insanlar sosyal ilişkilerinde güçlü bir şekilde görev ve sorumluluk duygusu ile motive edilmek zorundadır.<sup>16</sup> Parsons'ın bu görüşü, kendisinin genel işlevselcilik modelinin bir parçasını oluşturmaktadır. Parsons, işlevselciliği temel alan modelinde, toplumların nasıl "denge" içinde kalabildiklerini araştırmıştır.<sup>17</sup> Ona göre, bireyler kendilerinden önce, toplum tarafından konulan bir takım davranış kalıplarına göre hareket etmektedirler ve sosyal sistemin düzeni, kurumsallaşmış bireylerin değer birliği ile mümkün olmaktadır.<sup>18</sup>

<sup>16</sup> Nurşen ÖZÇELİK ADAK, *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, 33.

<sup>17</sup> Zafer CİRHİNLİOĞLU, *Sağlık Sosyolojisi*, 60.

<sup>18</sup> F. J. LECHNER, "System Theory and Functionalism", *The Blackwell companion to social theory*, Ed., B. S. Turner, Malden Mass.: Blackwell Publishers, 2000, 186.

### 2.1.1. Parsons'da Toplumsal Yapı

Toplumun 'uyum' ve 'denge' ilişkisi içinde işlediğini düşünmek, toplumsal denge halini rasyonelleştiren bir modelin kabulüne ihtiyaç duyar. Bir düşünme sistemi toplumsal ilişkilerin işleyişini açıklamaya yöneldiği zaman ya da başka bir deyişle toplumsal olguların, durumların açıklayıcısı bir model kurmak söz konusuysa, günlük hayatın rutin işleyişini anlamak ve çözümlmek için yola çıkacaktır ve anlamayı mümkün kılanın gerçek hayatın içerisinde olduğunu, kendi bulunduğu yerin gerçekliğinden görecektir.<sup>19</sup> Bu durum, gerçekliğin farklı görülmesinin, anlaşılmasının ve anlamlandırılmasının görülmesini sağlayacaktır. Açıkçası, toplum düzeni, elbetteki kimi ölçütlerin ve normların varlığına bağlı olacaktır, en azından bir bölümü öyle olmak zorundadır. Diğer taraftan toplumsal düzen hiç bir zaman, hiç kimse tarafından bir eşitlik sistemi olarak da açıklanmamıştır. Dolayısıyla, toplumbilimsel kuramlar her zaman eşitsizlik olgusuyla ilgilenmek zorundadır. Toplumsal eşitsizliğin, belirli bir toplumun toplumsal kurumları ve süreçlerinden nasıl doğduğunu anlamak temel öneme sahip bir konudur.

Ancak, Parsons'un problemi, eşitsizlik ve buna bağlı toplumsal değişme değildir. Parsons toplumların nasıl uyumlu ve dengeli bir ilişki içerisinde kalabileceklerini düşünürken, insan toplumunun ahlaki bir topluluk olduğunu çıkış noktası olarak alır. Parsons'a göre, toplumların denge içinde kalabilmelerinin sırrı, bireylerin, kendilerinden önce, toplum tarafından konulan bir takım davranış kalıplarına göre hareket etmeleridir. Bireylerde önsel olarak –kendilerinden bağımsız- ortak davranış kalıpları ve değerler bulunmaktadır. Ona göre, bir hekim ya da hastanın kendilerinden önce, onlar için biçilmiş davranış kalıpları içerisinde

---

<sup>19</sup> Burada anlatılmak istenen; hemen her düşünürün kendi yaşam deneyimleriyle düşünceleri arasında paralellikler bulunmasıdır. Bu konuda iyi bir örnek olarak A. Giddens söylenebilir. Bu konudan bahseden bir kaynak olarak bkz. GIDDENS, Anthony ve PIERSON Christopher; Modernliği Anlamlandırmak/ Anthony Giddens'la Söyleşiler, Çeviren: S. Uyrkulak ve M. Sağlam, Alfa Yayınları, İstanbul, 2001.

davranmalarından söz edilebilir ki, hekimler ve hastalar birbirlerinden farklı davranıyor olsalar bile aslında bu kalıplara göre davranmaktadırlar. Dolayısıyla Parsons, hasta ve doktor arasında saptanabilecek eşitsizliklerin, uyuşmazlıkların ve anlaşmazlıkların, önceden biçilmiş bu roller sayesinde ortadan kalkabileceğini düşünmektedir. Böylece, Parsons, tüm modeli boyunca hedeflemeye çalıştığı toplumsal düzenin kurulması ve devam ettirilmesi sürecine, hasta ve doktor arasında kurulabilecek uyumlu ilişkilerle katkıda bulunmuş olmayı amaçlamıştır.<sup>20</sup>

### 2.1.2. Doktor ve Hasta Roller

Bir toplumsal rol, toplumdaki bir konumla ilgili, bu konumları işgal eden insanların davranışlarını düzenleyen bir beklentiler dizisi olarak tanımlanabilir.<sup>21</sup> Parsons hasta rolüne bağlı olarak bireyin yerine getirmesi gereken dört normatif beklentiden söz etmektedir. Bunlar, *sorumlulukları* tanımladığı kadar *hakları* da içermektedir. *Normal sosyal işlevlerden ve sorumluluklardan affedilme*, hasta rolüne geçmiş bireye tanınan bir haktır. Dolayısıyla birey hastalık durumundan sorumlu tutulmamalıdır. Hasta statüsüne geçmiş olan bireyin kısa zamanda *iyileşmeyi isteme* ve bunun için *uzman tıbbi öneriye yönelme* sorumluluğu vardır. Diğer taraftan, gerekli bakım ve desteğin kendisine verilmesi onun için bir haktır.<sup>22</sup> Parsons'un modelinde hasta haklarının kullanılması ve sorumlulukların yerine getirilmesinde, aslında hasta bireyin rolü oldukça pasif görünmektedir. Hasta bireyin haklarından bahsedilirken dahi, onun sistemin hasta ile karşılan unsuru olan uzman tıbbi önerinin sahibi doktor tarafından nasıl kontrol altına alınacağı üzerine düşünülmüştür. Hem hasta olma halinin toplum tarafından tanınması hem de iyileştiğinin ve yeniden toplumsal işlevlerine geri dönebileceğinin onaylanması, uzman- doktor ile sıkı bir işbirliği içine girmesiyle mümkün olmaktadır.

<sup>20</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 61.

<sup>21</sup> Bryan TURNER, **Eşitlik**, 32.

<sup>22</sup> Kurtz ve Chalfant, (1991) **The Sociology of Medicine and Illness**, Allyn-Bacon, Boston, 69-71'den aktaran, Bkz. (16), ÖZÇELİK ADAK, 34-35.

Hasta rolü Parsons için, toplum içinde sürekli olarak yerine getirilmesi gereken bir rol değildir. Onun için, Parsons, bu role, “geçici rol” adını veriyor. Ancak, hemen hemen herkes şu veya bu şekilde, ömrünün belirli bir kesiminde hasta rolünü yerine getirmek durumunda kalacağından bu rol aynı zamanda evrensel özellikler de taşımaktadır. Hasta bu rolü yerine getirirken birçok kültürel kalıpların etkisi altında da kalmaktadır. Parsons, bunun için, hastalığın bir anlamda normalden “sapma” dahi olsa, birey hastalandığı zaman, sadece iyi olması gerektiğine değil hastalığın arzu edilmeyecek bir durum olduğuna da ikna edilmesi gerekmektedir. Bunun için, Parsons, hastalıkları iyileştirme sürecinin toplumun norm yapısının ve bireyin toplumsallaşmasının bir parçası olduğu ve toplumsal sistemin “kalıplaşmış rollerinin” de merkezinde yer aldığını belirtmektedir. Bu ilişki, aynı zamanda, modern toplumlarda toplumsal kontrolün yapısının anlaşılması için de önemli bir yer tutmaktadır.<sup>23</sup>

Parsons, doktor rolünü, hasta rolüne bağlayarak açıklamaktadır. Ona göre doktorun rolü temel olarak hastanın rolünü tamamlayıcı niteliktedir. Doktor, tedavi için kendilerine başvuran ve iyileşmek için her türlü işbirliğini kabul etmiş olan hastalarla, tüm bilgilerini onları iyileştirmek için kullanmak üzere bir ilişki kurmakla yükümlü olacaktır. Başka bir deyişle, doktor, tanı koymak ve tedavi edebilmek için hastadan, onun başka kimseyle paylaşmak istemeyeceği sırlarını bilmek isteyebileceği için ve bundan dolayı hastanın mahremiyetine girmiş olacaktır. Bu durum doktor- hasta ilişkisi açısından değerlendirildiğinde, doktorun hasta karşısında ayrıcalıklı bir konumu söz konusu olacaktır. Bu nedenle, doktor, öğrendiklerinin hasta yararına kullanılması dışında bir anlamı olmadığını ve başka hiçbir şekilde değerlendirilemeyeceğini unutmamalıdır. Parsons, roller teorisinde, temel olarak, doktor ve hastanın birbirlerine belli bir güven içinde yaklaşacakları fikrini işlemektedir. Parsons’ın bu tasviri, hasta hekim arasındaki ilişkinin, gerçek ve tanımlanabilir bağlamı gibi durmaktan çok, “ideal bir tip”i gibi durmaktadır.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 61-62.

<sup>24</sup> A.g.k., 61- 63.

Şekil-1: Parsons'a Göre Hasta ve Hekimin Toplumsal Rollerini

Hasta: hastalık rolü	Hekim: mesleksi rol
1) Hasta mümkün olduğu kadar çabuk iyileşmek isteyecektir.	1) Hekimler, hastalığı iyileştirmek için, yüksek düzeyde ki bilgi ve becerilerini kullanacaklardır.
2) Hasta, hekimlere başvuracak ve yardım talep edecektir.	2) Kendi çıkarları ya da para için değil, kamunun çıkarı ve hastanın iyiliği için hareket edeceklerdir.
3) Bazı etkinlikleri ve sorumlulukları yerine getiremeyecektir.	3) Tarafsız olacaklar ve duygusal davranmayacaklardır. Hastanın davranışlarını kendi değerleri ile değerlendirmeyeceklerdir.
4) Bakıma ihtiyacı olacaktır, iyileşmek kendi kararı ve isteğine bağlı olmayacaktır.	4) Meslek kurallarına göre hareket edeceklerdir.
	<b>Hekimlerin ayrıca,</b>
	1) Hastanın fiziksel ve kişisel hayatın en ücra köşelerini bilmeye hakkı vardır.
	2) Çok ciddi bir şekilde, mesleksi bir özerkliğe sahiptirler.
	3) Hasta ile olan ilişkilerinde hakimiyet ellerindedir.

Kaynak: Parsons, T. The Socila System, Routledge and Kegan Paul, London, 1951

Parsons'ın toplum yapısının dengeli ve uyumlu işleyebilmesi için, belirlenmiş rollerin üstlendiği görevler, sorumluluklar ve haklar çerçevesinde kurduğu modeli kendi içerisinde tutarlı bir yapıya sahip olmakla birlikte, doktor ile hasta arasında ortaya çıkabilecek çatışmayı görmezden gelmektedir. Dahası, Parsons'ın hasta rolü teorisi; hasta bireyin farklı davranış ve inanç yapılarını benimsemesine, hastalığın tipine ve hastanın sınıfsal kökenine göre, hasta- doktor ilişkisinin de değişeceği dolayısıyla, Parsons'da idealleştirilen doktor- hasta rollerinin aslında birbirini

tamamlayan uyumlu bir ilişkiden çok çatışma içeren bir ilişki biçimi olduğu yönünde eleştiri almıştır.<sup>25</sup>

Parsons'a yapılan eleştiriler içerisinde en çok taraftar toplayan, Amerikalı sosyolog Elliot Freidson'ın, Parsons'ın doktor- hasta rolü kavramsallaştırmasıyla, doktorların hastalar üzerinde kurduğu hakimiyeti yaşallaştırdığı ve böylece mevcut çatışmanın üstünü örttüğü yönündeki eleştirisi olmuştur.<sup>26</sup> Freidson'a göre, hastalığın, rahatsızlık olarak anlamını belirleyen asıl yapı "sokağın kültürü"dür. İnsanlar çoğu zaman uzman olmayan kişilerle görüştüktan sonra doktora giderler, dolayısıyla sokağın "atıf sistemi" doktorun profesyonel bilgisinden daha değerlidir.<sup>27</sup> Doktor ve hastanın "ideal tip"lerinin çizildiği roller çerçevesi de, ne hastaların ne de doktorların Parsons'un anlattığı gibi bir ilişki içerisinde olmadığını gösteren araştırmalar ışığında eleştirilmiştir. Freidson, doktor ve hastaların farklı toplumsal ve kültürel dünyada yaşadıklarını ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya olduklarını belirtmektedir. Hasta belli bir rahatsızlıkla (illness), doktor ise, hastalıkla (disease) uğraşmak durumundadır. Bunun için, aralarındaki ilişki, basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirme ilişkisinden çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır.<sup>28</sup> Freidson, Parsons modelinin bu ilişkiyi daha çok doktor açısından değerlendirdiğini savunmuş ve doktor ve hastanın farklı beklenti, ilgi ve görüş açısından kaynaklanabilecek çatışma ve uyumsuzluklarının bu modelde göz ardı edildiğini öne sürmüştür. Parsons, rol teorisinde, doktorların hastaya belirli özelliklerine bakmaksızın evrensel normlar temelinde yöneleceği varsayımını desteklemek istemiştir. Ancak yapılan çalışmalar bu fikri desteklememektedir. Örneğin, Cartwright ve O'Brein, hastaların hangi sınıftan olduklarının doktorla ilişkilerinde önemli bir rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. Araştırmada, doktorların işçi sınıftan gelen hastalara orta sınıftan gelen hastalardan daha az zaman ayırdıkları saptanmıştır. Farklı araştırmalar, doktorların, hastalar arasında açıkça

<sup>25</sup> W. C. COCKERHAM, *Medical Sociology*, 160

<sup>26</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 65.

<sup>27</sup> Bryan TURNER, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage Publications, London, 1995, 42- 46'dan aktaran, Bkz. (16), ÖZÇELİK ADAK, 36.

<sup>28</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 65.

ayrım yaptıklarını, örneğin, kadınların, çocuklu annelerin ve psikolojik sorunlu hastaların zor ve istenen türden hastalar olmadıklarını söylemektedir.<sup>29</sup>

Bir diğer eleştiri, Parsons'ın, hasta rolünü, tıbbi rahatsızlık ve normal davranışdan sapma şeklinde, gerçeklikte bir çok farklı durumu açıklamayan belirsiz bir alanla sınırlamasıdır.<sup>30</sup> Bu durumda, gebeliğin bir sapma olup olmadığı ya da günümüzde, eskiye nazaran artmakta olan kronik hastalıkların nasıl değerlendirileceği belirsiz kalmaktadır. Parsons, roller teorisinde, temel olarak, doktor ve hastanın birbirlerine belli bir güven içinde yaklaşacakları fikrinden hareket etmektedir.

Parsons'un hasta rolü kavramına, farklı yaşlaşımların eleştirilerine ve modelin bahsedilen eksikliklerine rağmen halen bu konuda yapılan en kapsamlı çalışmalardan biridir. "Bundan dolayı, Parsons modeli, klasik bir açıklama tarzı olarak benimsenmiş bulunmaktadır."<sup>31</sup>

Buraya kadar, Parsons modeline ve bu modele çatışmacı bakış açıları tarafından yapılan eleştirilere kısaca değindikten sonra, konuya yine çatışmacı diyebileceğimiz taraftan bakan Foucault'un iktidar çözümlemesi, bu araştırmanın daha geniş çerçeveden anlaşılır olması bakımından değerlendirilecektir. Daha geniş çerçeve olarak anlatılmak istenen; bir toplumsal alan olarak tıbbın bir iktidar alanı olarak kurumsallaşma sürecinin ve bu alanın imkanları ile derinleşen iktidar ilişkilerinin, doktor ve hasta ilişkisine yansıyan boyutlarıyla anlaşılmasıdır.

Daha sonra, Bourdieu'nun alan çözümlemesi; farklı bir bağlamda, bu çalışmanın alanı olarak, tıp alanının içinde bir nesne inşası imkanı olarak ve yine çalışmanın ilgili rol özneleri doktor ve hasta ilişkisinin, bir alan içerisinde

<sup>29</sup> Bkz. (17) CİRHİNLİOĞLU, 66

<sup>30</sup> Bkz. (16), ÖZÇELİK ADAK, 36.

<sup>31</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 68.

konumlanışların nasıl farklı yatkınlıklardan, alışkanlıklardan, becerilerden meydana geldiğini anlamaya mümkün kılan bir çözümleme biçimi olarak ele alınacaktır.

Parsons'ın modeli, yukarıda anlatıldığı üzere, uzlaşmacı bir modeldir ve çatışmacı bakış açılarının eleştirileri olmuştur, onlar da yukarıda temel hatlarıyla anlatılmıştır. Ancak, Parsons'un uzlaşmacı modeli, sadece çatışmacı teoriler tarafından değil, etkileşimci model tarafından da eleştiri almıştır ve bu eleştirinin ana teması, uzlaşma ya da çatışmanın doktor- hasta ilişkisinde zorunluluk olmadığıdır. Bu model, doktor- hasta karşılaşmasının zorunlu olarak bir mekanda (hastane odası ya da muayenehane) gerçekleşeceği bunun da doğal olarak bir görüşme/ müzakere anlamına geldiğini söyler. Müzarekeyi karşılaşmanın mekanındaki belli koşullar belirler ve yönünü tayin eder, yani bu ilişki hem uzlaşmayı hem de çatışmayı birlikte barındırabilir.<sup>32</sup> Etkileşimcilik modelini, üçüncü bölümde daha kapsamlı bir şekilde ele alacağımız için, Parsons modeline bu modelden gelen eleştiriye de bahsedilen bölümde yer verilecektir.

## 2.2. Foucault ve İktidar

Doktor- hasta ilişkilerinin doğasında bulunan toplumsal asimetrinin, insanlar tarafından nasıl doğal kabul edildiğini aynı zamanda belki de bu türden bir asimetrinin her toplumsal ilişkide geçerli olabilecek kategorilerden kaynaklandığını anlamının bir yolu bunların doğal değil oluşturulmuş olduklarını ve mekanizmalarını kavrayabilmektir. Foucault'un iktidar çözümlemesi, bir toplumsal alan olarak tıbbın bir iktidar alanı olarak kurumsallaşma sürecinin ve bu alanın imkanları ile derinleşen iktidar ilişkilerinin, doktor ve hasta ilişkisinde ortaya çıkan boyutlarıyla anlaşılmasında yararlıdır. Foucault'un düşüncesinin özünde, modern toplumlardaki sosyal bilimlerin bireyleri denetleme ve disiplin altına alma tarzlarını eleştirmektir. Çünkü bu bilimlerin oluşturduğu normlar her seferinde yeni bir iktidar

<sup>32</sup> Bkz. (14), CİRHİNLİOĞLU, 66- 68.



rejimini kurumsallaştırmaktadır. Aile, okul, mahkeme, hastane, işyeri gibi kurumlarda sosyal bilimler kendi normallik standardını tanımlayarak., bu anormalliği kurumsallaştırıp bize hayat tarzı olarak sunarlar. Ona göre disiplinler, insani çeşitliliği düzene sokmaya yarayan tekniklerdir. Kendisiyle yapılan bir görüşmede Foucault şöyle diyor;

“İktidar ile bilgi arasında ilişki, birinin diğeri üzerindeki etkileridir. İktidarın bilgiye, bilginin iktidara sürekli eklenmesi kanısındayım...İktidarın falanca keşfe, filanca bilgi biçimine ihtiyacı olduğunu söylemekle yetinmemeli, iktidar işleyişinin bilgi nesnelere yarattığı, bunları ortaya çıkardığı, enformasyon biriktirdiği ve kullandığı da söylenmelidir. İktidarın işleyişi sürekli olarak bilgi yaratır ve aksi yönde, bilgi de iktidar etkilerine yol açar. Bilgi olmadan iktidarın sürdürülmesi olanaksızdır, bilginin iktidar doğurmaması olanaksızdır.”<sup>33</sup>

Foucault, çalışmaları ile bizim düzen veya akıl gereği olarak düşündüğümüz kurumların (okul, fabrika, kışla, mahkeme, tımarhane, hastane, hapisane) aslında baskı ve denetlemenin ürünü olduğunu söyler. Bu anlamda iktidar merkezi bir otorite veya yasaklayıcı tarafından uygulanan güç değil, bireyler arası ilişkilerden doğan ve kendi hakikat söylemi içinde özne yaratan bir şebekedir. Foucault çalışmalarının amacının “iktidar fenomenini analiz etmek” değil, daha ziyade “batı kültüründe insanların özne kılındıkları farklı tarzların bir tarihini yaratmak” olduğunu söylemektedir.<sup>34</sup>

Foucault, çalışmalarının “insan varlıkları öznelerle dönüştüren üç nesneleştirme tarzı”yla ilgili olduğunu söylemektedir. Kendilerine bilim statüsü kazandırmaya çalışan soruşturma tarzları, yani hayat, emek ve dil söylemleri; “bölüp ayırma pratikleri”, yani öznenin içsel olarak bölündüğü ya da ötekilerden ayrıldığı disiplinler normalleştirme iktidarı ve teknikleri; son olarak da, benlik teknikleri, yani “bir insan varlığın kendini bir özneye dönüştürme biçimi”.

<sup>33</sup> Michel FOUCAULT, *İktidarın Gözü*, Çev. Işık Ergüden, 36.

<sup>34</sup> Michel FOUCAULT, “*The Subject and Power*”, H. L. Dreyfus and P. Rabinow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, 208.

Nesneleştirme tarzları iktidar- bilgi pratikleri olarak anlaşılabilir. Bu pratiklerde içerilen teknikler nelerdir ve özne üzerindeki etkileri nelerdir? Disipliner iktidar gözetleme aracılığıyla, “iktidarın gözüyle”, “görülmezsizin gören gözlerle çalışır: “Belli bedenler, belli jestler, belli söylemler, belli arzular bireyler olarak tanımlanır ve oluşturulur”; bireyler iktidarın uygulanma noktaları değil, iktidarın “vasıtaları”dırlar.<sup>35</sup> Özne kendi kendisini bakışın nesnesi olarak almakta ve kendi benliği üzerinde gözetim uygulamaktadır.

İktidarın normalleştirerek ve düzelterek öznelere ürettiği anlaşıldığında, iktidarın, bu tekniklerinin bedende ve beden aracılığıyla iş gördüğünde açığa çıkmaktadır, başka bir ifadeyle iktidarın üretken etkileri bedenseldir. Foucault göre, insan bilimlerinin arkeolojisini, bedenleri tavırları, davranışları kuşatmış olan iktidar mekanizmalarının incelenmesinde kurmak gerekir. Bu arkeoloji ortaya çıkışının koşullarından birini de on dokuzuncu yüzyılın gösterdiği büyük normalleştirme ve disipline etme çabasında bulur.<sup>36</sup> Beden siyaseti faillerinin eylemini koordine edenin kim olduğu ise son derece karmaşık bir bütündür. Bazı dönemlerde, bağlantı faileri ortaya çıkar. Foucault, on dokuzuncu yüzyıl başındaki *insanseverlik* örneğini ele alarak şöyle söylemektedir;

“O dönemde, insanlar başkalarının yaşamlarına, sağlıklarına, beslenmelerine, barınmalarına ilişkin karışmaya başlarlar...Daha sonra, kişiler, kurumlar, bilgiler...kamu sağlığı, denetçiler, sosyal danışmanlar, psikologlar bu karmaşık işlevden türemiştir. Şimdi, sosyal görevliler kategorisinin yaygınlaşmasına tanık olmaktadır, ... Doğal olarak, tıp ortak payda olarak temel bir işlev gördü...Tıp söylemi kişiden kişiye geçiyordu. Evlerin nasıl inşa edildiğine tıp adına bakıldı, ama aynı zamanda bir deli, bir suçlu, bir hasta da tıp adına fişleniyordu...”<sup>37</sup>

Genel olarak sosyal bilimler, özel olarak sosyoloji toplumsal öznelere disiplin altına almada önemli rol oynarlar. Toplumsal sorunlar ve onların çözümlerine

<sup>35</sup> Michel FOUCAULT, *Power/Knowledge*, Ed. C. Gordon, 98.

<sup>36</sup> Bkz. (33), FOUCAULT, 44- 45.

<sup>37</sup> A.g.k., 45.

yönelmiş olan sosyoloji anlayışlarında az çok bir homojenlik vardır. Modern refah devletinin çeşitli kurumlarında uygulanan bu gelenek, *bütünlük sosyolojisi* olarak adlandırılabilir. Parsons'ın kuramını da içerisinde sayabileceğimiz, bütünlük sosyolojisi, Foucaultcu yaklaşımla karşılaştırılabilecek tek 'sosyoloji' teorisi olarak görülebilir.<sup>38</sup>

Parsons'ın, kişilik sistemleri dediği şey, - ki yapı çözümlemesinin önemli bir ayağıdır- "Bir aktörün ihtiyaç belirtileri, yapısı tarafından örgütlenen ve birbirleriyle ilişkileri kurulan ve öteki bireysel aktörlerin eylemleri ve amaçlarıyla uyuşabilen eylemlerden, meydana gelir."<sup>39</sup> Foucault'un düşüncesi, Parsons'ın sistem analizindeki bütüncül yaklaşımın karşısındadır.

"Foucault'nun genel olarak 'Toplumsala' ve özelde toplumsal 'Özneye' ilişkin yaklaşımı bütünlük sosyolojisinin teorik ilkelerinin tamamen reddedilmesidir. 'Bütünlük sosyologları' gibi Foucault da birey ile devlet arasındaki temel bir karşıtlık olduğunu inkar eder. Ancak onların tersine, 'toplumsalı' tüm insanlığı kapsayan bir biçimde algılamak istemez. Modern devlet aygıtının bütünlük sosyolojisinin açıkça, bireyleri disiplin ve uyum yönünde yeniden biçimlendirerek toplumsal düzensizlikleri ve hastalıkları 'disiplin altına alma' amacı vardır. Bu ancak toplumsal özneler, doğaları gereği 'dayanışmacı' ya da 'organik' varlıklar olarak tanımlandıklarında mümkündür."<sup>40</sup>

Çalışma boyunca, her vesileyle vurgu yapılan; sağlık ve hastalık algısının farklı toplumların kültürlerine, toplumsallaşma biçimlerine, aynı toplumda değişen zamana ve konjontüre ve de bireyin içinde bulunduğu psikolojiye göre değiştiği, bu faktörlere göre algılanıp yaşantılandığıdır. Dolayısıyla, bu şu demektir aynı zamanda; hasta- hastalık ve bunların karşısında yer alan sağlık hakkındaki görüşün ne olduğu toplumsal bir özne olarak bireye, toplumsal bir rol kategorisi olarak hastaya- hasta bedene bakışı da belirlemektedir.

<sup>38</sup> Orhan TEKELİOĞLU, *Michel Foucault ve Sosyolojisi*, 175- 176.

<sup>39</sup> Emre KONGAR, *Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği*, 158.

<sup>40</sup> Bkz. (38), TEKELİOĞLU, 176.

Bu bağlamda, çalışmanın konusu olan, hasta ve doktor karşılaşmalarının, toplumu oluşturan sistemlerin yapısını da anlamak üzere düşündürmesi beklenmektedir. Foucault'un çözümlemesi bu yapının iktidar ilişkileri bağlamında anlaşılmasına imkan sağlamaktadır. İktidar, bir toplumsal alanda ilişkilerin işleyiş mekanizmalarının özünü görünür hale getiren, kullanışlı bir çözümleme aracı olarak, öyle anlaşılıyor ki, toplumsal öznelerin ya da kurumların durdukları yerden kendilerini konumlayışları, niyetleri ve amaçları ile bir bütün halinde, bir mekanizmanın işlemesi anlamına gelmektedir. İktidar bağıntısıyla düşünmek, bir kurgu olarak bir alan içerisinde düşünmek anlamına da gelmektedir. Yani, Bourdieu'un alan ve habitus terminoloji içerisinde düşünmek olursak;

“Alan nosyonu bir anlamda, araştırmanın, bütün pratik tercihlerine yön verecek bir nesne inşası tarzının kavramsal stenografisidir. Hatırlatıcı bir işlev görür. Ele alınan nesnenin, en ayırt edici özelliklerini veren bir bağıntılar ağı içinde olup olmadığını her aşamada gözden geçirilmesini sağlar.”<sup>41</sup>

### 2.3. Bourdieu ve Alan Çözümlemesi

Bourdieu'nun alan çözümlemesi ve 'habitus' kavramı, farklı bir bağlamda, bu çalışmanın alanı olarak, tıp alanının içinde bir nesne inşası imkanı olarak ve yine bu alanın eyleyicileri olarak doktor ve hasta ilişkisinin, bir alan içerisinde konumlanışların nasıl farklı yatınlıklardan, alışkanlıklardan, becerilerden meydana geldiğini anlamaya imkan tanıyan bir yaklaşım ve düşünme biçimi olarak ele alınacaktır.

“Alan terimleriyle düşünmek, bağıntısal düşünmektir....Çözümleyici açıdan alan, konumlar arasındaki nesnel bağıntıların konfigürasyonu ya da ağı olarak tanımlanabilir.

<sup>41</sup> Bkz. (11), BOURDIEU –WACQUANT, 233.

Bu konumlar, varoluşları ve kendilerini işgal edenlere, eyleycilere ya da kurumlara dayattıkları belirlenimler açısından, farklı iktidar (ya da sermaye) türlerinin dağılım yapısındaki mevcut ve potansiyel durumlarıyla [ *situs* ], ayrıca diğer konumlara nesnel bağıntılarıyla (tahakküm, itaat, benzeşme vb) nesnel olarak tanımlanır. Söz konusu iktidar (ya da sermaye) türlerine sahip olmak, alanda elde edilebilecek özgül faydalara erişimi belirler.”<sup>42</sup>

Bu anlamda, tıp alanının kendini özgü yapısı da Bourdieu'dan düşünce sistematiği ile yeniden düşünülebilir. Modern tıp, yüksek derecede teknolojiyi içeren, ayrıca yüksek derecede uzmanlık isteyen uygulamalı bir bilimsel alandır. Bu alanın kendisi , toplumsal sistemin işlemede önemli bir işlevi yerine getiren bir alt sistem olarak ele alınabilir ve sisteminin yapısını oluşturan ve destekleyen güç ilişkilerinin çözümlenmesi ile anlaşılabilir. Diğer taraftan tıp mesleğinin bir üyesi olarak doktor bu sistemin, dolayısıyla sistemin ürettiği bilimsel ve teknolojik bilginin bir parçasıdır. Hasta ise; bir kişinin normal hayatını sürdürürken, kendinde hissettiği ve/ ya gözlemlediği bir rahatsızlık sebebiyle tıp alanına baş vurduğu anda bireye atfedilen toplumsal bir roldür. Bu nedenle, en yalın haliyle tıp alanı, pratik olarak hasta ile doktorun karşılaştığı ve edinilmiş yatkınlıklarıyla değer verdikleri, anlamlı buldukları, kaçındıkları ya da benimsedikleri alışkanlıkların tutumlarıyla etkinlik gösterdiği bir alan olarak düşünülürse, alanı anlamamanın iyi bir başlangıcı sayılabilir. Alan ve onun içinde var olan aktörler, ayrıca alanı mümkün kılan yapılar arasında meydana gelen, güç, itaat, benzeşme, türünden ilişkileri anlamak, bir çözümlenme ve düşünme yöntemi olarak değerlendirmektedir. Burada söz konusu olan, toplumsal yaşamın günlük rutininde kendiliğindenmiş gibi görünen işleyiş mekanizmalarına anlam kazandırmak, çözümlenme aracı, yöntemi geliştirebilmektir. Bourdieu'nun yönteminde;

“Alan terimleriyle yapılan bir çözümlenme, zorunlu ve birbirine bağlı üç uğrak içerir (1971a). İlk olarak alanın konumu iktidar alanına göre çözümlenmelidir.... İkinci olarak, bu alanda rekabet halinde olan eyleycilerin ya da kurumların işgal ettikleri konumlar arasındaki bağlantıların nesnel yapısı kurulmalıdır.

<sup>42</sup> Bkz. (11), BOURDIEU –WACQUANT, 80-81.

Üçüncü olarak, eyleyicilerin *habitusu*, yani belirli bir toplumsal ve iktisadi koşul türünün içselleştirilmesi yoluyla edindikleri ve söz konusu alanın içinde tanımlanmış bir yörüngede az ya da çok gerçekleşme fırsatı bulan farklı yatkınlık sistemleri çözümlenmelidir.”<sup>43</sup>

Toplumbilime göre, eyleyicilerin günlük rutinde yaptıklarını açıklayan bir neden vardır (*bu tutumlarının kaynağı akıl olmasa da, akılcılık varsayımından hareketle açıklanabilir tutumları olabilir*) ve yapılması gereken o nedeni bulmaktır. O neden görünürde tutarsız, keyfi bir tutumlar dizisini açıklanabilir tutarlı bir diziye dönüştürebilecek bir nedendir. Bu anlamda, toplumbilim, toplumsal eyleyicilerin boş eylemlerde bulunmadıklarını varsayar. Boş” deyimini, bir taraftan nedensiz, keyfi fikrine gönderide bulunur. Boş bir edim, açıklanamayan bir edimdir. Bu ilk anlam, ikinci bir anlamı gizler: boş olan, hiç bir şey olmayan, fiyatı olmayan, parasal olmayan şeydir. İki anlamı birleştirirsek, bir tutumun varlık nedeninin araştırılması ile bu tutumun güttüğü ekonomik amaçlarla açıklanması özdeşleştirilir.<sup>44</sup>

Sosyolojik bilgiyi oluşturan hemen her şey sıradan insanların günlük hayatta yaşadıkları şeylerdir; deneyim bazen pratikte mümkün olmasa da, ilke olarak herkese açıktır. Sosyolojinin bahsettiği her şey zaten hayatımızda olmuş şeylerdir. Başkalarıyla birlikte yaşamak için bir sürü bilgiye ihtiyaç duyarız ve sağduyu bu bilginin adıdır.<sup>45</sup> Toplumsal hayatta, düzenli insan etkileşiminin bir aradalığına ihtiyaç duyan he türlü gruplaşma ( aile, örgütler, milletler, vb.) sosyologlar tarafından irdelemeye başlamadan önce, sağduyusal bilginin nesnesi olmuşlardır.

<sup>43</sup> Bkz. (11), BOURDİEU –WACQUANT, 90.

<sup>44</sup> P. BOURDİEU, *Pratik Nedenler: Eylem Kuramı Üzerine/ Pierre Bourdieu*, Çev. Hülya Tufan, 148.

<sup>45</sup> Bkz. (1) BAUMAN, 18.

Öyle ki failer eylemleri sırasında içinde buldukları, etkileşim içinde buldukları grupların yapısına anlam kazandıranın kendi eylemleri olduğunu ve bu anlamın taşıyıcısı da olduklarını farkındadırlar ve ona göre davranırlar. Sosyolojik düşünmek insanlık halini, hem güdüleri hem de eylemliliğin olası sonuçlarını açıklayan, insanların karşılıklı bağımlılığının çok katlı ağlarını çözümleyerek anlamlandırma çabasıdır.<sup>46</sup> Bourdieu'un toplumsal kavrama yönteminin doğru bir analizi özellikle, alan kavramıyla anlatılanın ve bu alanın içinde var olmaya istekli ve yeterli ilgiye sahip olmanın nasıl belli habitusları içselleştirmeye bağlı olduğunu anlamak gerekmektedir. Bourdieu'ya göre;

“Habitus ile alan arasındaki ilişki, öncelikle bir koşullama ilişkisidir: Alan habitusu yapılandırır. Habitus, bir alanın ya da kesişen bir dizi alanın (alanlar arasındaki kesişmenin veya kopukluğun boyutu, bölünmüş hatta parçalanmış habituslar yaratabilir) içkin zorunluluğun somutlaşmasının ürünüdür. Öte yandan bu, bir bilgi ya da bilişsel inşa ilişkisidir: Habitus, enerji yatırmaya degecek, mana ve değer taşıyan, anlamlı dünya olarak alanın kurulmasına katkıda bulunur.”<sup>47</sup>

Ayrıca;

“Alan, - sadece anlam ilişkilerinin değil- güç ilişkilerinin ve bu ilişkileri değiştirmeyi hedefleyen mücadelelerin yeridir., dolayısıyla sürekli değişim yeridir.”<sup>48</sup>

Bourdieu, bir alanın içinde olmayı istemenin motivasyonunu yaratacak olan içkinliklerin bireylerin ve grupların *habitus*'ları olduğunu anlatan teorisinde, bizim tarafımızdan anlaşılan haliyle; alan ve habitus arasındaki ilişkiyi daha açık ve pratik bir şekilde anlaşılmasına imkan sunan bir çıkar kavramından bahseder. “Çıkar kavramı, çıkar gütmemenin karşıtıdır ama aynı zamanda da kayıtsızlığın karşıtıdır.”<sup>49</sup> Bourdieu, *alan*'ı, bir oyunun (aralarında, oyunun kurmaca olarak

<sup>46</sup> Bkz. (1), BAUMAN, 19-23.

<sup>47</sup> Bkz. (11), BOURDIEU, WACAUNT, 118.

<sup>48</sup> A.g.k., 89.

<sup>49</sup> Bkz. (44), BOURDIEU, 149.

yapılandırılmış olma özelliğinden kaynaklanan farkı saklı tutarak) içindeki kurallara gönderme yaparak çözümlmelerini berraklaştırmaktadır.

“Alanın yapısını belirleyen şey, oyuncular arasındaki kuvvet ilişkilerinin her anki durumudur: Her oyuncunun önünde sahip olduğu farklı sermaye türlerine karşılık gelen, farklı renkte jeton yığınları olduğu hayal edilebilir. Öyle ki oyuncunu *oyundaki görece kuvveti*, oyun mekanındaki *konumu* ve aynı zamanda *oyun stratejileridir*.”<sup>50</sup>

Bourdieu’ya göre, bir oyunla ilgilenilebilir (yani ona karşı kayıtsız olmama anlamında), ama çıkar da güdülmeyebilir.” Kayıtsız olan “ne oynadıklarını görmez” bu onun için hiç fark etmez. Eğer tersine, oyunun oynandığı dünyanın yapılarına uygun olarak yapılanmış bir zihniyet (habitus) söz konusu ise, o zaman oyun oynanmaya değer mi diye sorgulanmaz. Bir başka deyişle, toplumsal oyunlar, kendilerini oyun olarak unutturan oyunlardır ve *illusio*<sup>51</sup> zihinsel yapılarla toplumsal uzamın nesnel yapıları arasındaki varlıksal suç ortaklığı ilişkisinin sonucu olan bir oyunla aramızda kurulan ilişkidir. Yani toplumsal bir oyunda, orada olup bitenin ona katılanlar için önemli olduğunu belirtmeye yarayan kullanışlı bir kavram olarak çıkar, *illusio* kavramının altına yerleşir. Çıkar, ilgi duyma halini, ilgilenmeyi, kayıtsız olmamayı dolayısıyla oyunun amaç ve hedefleriyle içselleştirilip oynanmaya değer görülmesi anlamına gelmektedir.<sup>52</sup> Bilimsel, sanatsal, bürokratik ya da siyasal alan olsun, her toplumsal alan, içine girenlerin o alanla, Bourdieu’nun *illusio* olarak adlandırdığı türden ilişkileri olmasını sağlamaya çalışır.<sup>53</sup> Bu bakış açısının kazandırdığı görüş, toplumsal alanda eyleycilerin karşılıklı ilişkilerini, içinde çatışma barındırır da mümkün yapanın izleğini sürme olanağı vermektedir. Bir bilme durumunu ve ortak olanın alanını eyleycilerin, toplumsal aktörlerin kendilerini bilme hallerini barındırdığı öğrenmek mümkündür Bourdieu’dan.

<sup>50</sup> Bkz. (11), BOURDIEU, WACAUNT, 83.

<sup>51</sup> *Illusio*, Huizinga’nın ünlü yapıtı *Homo Ludens*’te yanlış bir kökenbilimle, *ludus* (oyun) kökeninden gelen Latince bir sözcüktür. Bkz. (6), BOURDIEU, WAACQUANT, 148.

<sup>52</sup> Bkz. (44), BOURDIEU, 149.

<sup>53</sup> A.g.k., 150



“Mesleklerine, habituslarına dayanan eyleyiciler, habituslarına göre aldıkları duruma uygun hareket tarzları oluştururlar ( kuşkusuz içinde yer aldıkları alanı oluşturan kuvvet ilişkilerinde kayıtlı zorunluluklar ve kendilerini karşı karşıya getiren çatışmaların sınırları dahilinde). Dolayısıyla, bu hareket tarzları, habituslarının da ürünü olduğu yapıyı yeniden üretme işlevini görür (oysa böyle bir amaca yönelik olarak tasarlanmamışlardır). Aynı şekilde, toplumsal yapıyı sürekli olarak yeniden üretmeye katkıda bulunana şey, ilgili tüm eyleyicilerin hem bazen çatışmaya yol açacak kadar bağımsız, hem de uyumlu olan, sayısız yeniden üretim stratejileridir.”<sup>54</sup>

Toplumsal bir alanın, keyfi olarak üretilmiş bir yer olmadığını anlamının ve bir alanın içinde var olmayı mümkün kılan tüm değerler sistemi olarak anlaşılabilir olan habitus kavramı çerçevesinde düşünmenin önemi nereden kaynaklanmaktadır? Bourdieu bu soruya, “Çünkü bu durum, ilkesi, ilgisizliğin hesabı, hesabı aşmaya ya da aşılabileceğini göstermeye ilişkin hesaplı bir niyet olmayan, çıkarsız tutumların var olduğunu gösterilmesini sağlar”, diye cevap verecektir.”<sup>55</sup> Bourdieu buna yerinde bir örnek veriyor;

“İyi oluşmuş ünvan/ onur toplumlarında, çıkar gütmeyen *habitusler* olabilir ve *habitus*- alan ilişkisi öyle bir biçimdedir ki, kendiliğindenlik ya da tutku veya “elimde değil” kipi bağlamında, insanlar çıkardan arınmış edimlerde bulunurlar. Örneğin, bir aristokrat, grubuna bağlılığından ve o grubun üyesi olmaya layık bir kişi olarak kendisine bağlılığından dolayı cömert olmamazlık edemez. Soyluluk, bir bütün olarak soyluluktur, içselleştirilen, bünyeye katılan bir grup, bir eğilim, bir habitus olarak soylu davranışların öznesine dönüşür ve soyluca davranmaya zorlar.”<sup>56</sup>

Bununla birlikte, insan, sadece bazı mekanizmalara dahil olduğu için ve çıkar gütmeme zorunluluğunu anımsatan yaptırımlar bulunduğu için erdemli bir yaşam duruşunu benimsemez.

<sup>54</sup> Bkz. (11), BOURDIEU, WACAUNT, 132.

<sup>55</sup> Bkz. (44), BOURDIEU, 160.

<sup>56</sup> A.g.k., 161

Kalıcı erdemler, salt bilincin bir kararı üzerine, yani, Sartre'ın deyişiyle, yemin<sup>57</sup> gibi bir şeyin üzerine kurulamaz...<sup>58</sup>

Buradan temel olarak iki sonuç çıkartılmıştır. Öncelikle, bir alan içinde güç ilişkileri de barındırır ve bunlar sürekli bir değişim halindedir. İkincisi, toplumsal bir alan, eyleycilerinin o alanda var olmayı değerli bulmaları ama aynı zamanda o alana uygun sermayelerinin varlığı ile alan içinde etkili de olabilmeleri ile sürdürülebilir bir yapıdır. Bu çalışma açısından bakıldığında; toplumsal bir alan olarak tıp ve bu alanın eyleycileri olarak doktorların hasta karşılaşmalarının, değişen toplumsal, ekonomik ve teknolojik faktörlerden ne yönde etkileneceğini, başka bir ifadeyle doktorluk mesleğinin alışkanlıkları, yatkınlıkları, becerileri ve değerleri üzerinde nasıl bir değişime neden olabileceğini anlamak için değerli kavramlar elde edilmiştir. Ayrıca tıp alanının sadece giderek teknolojik olarak üretilen araçlara bağımlılığının artmasıyla değil, sağlık sistemleri içerisinde yer alan bürokratik yapının (özellikle rekabetin yoğun olduğu özel hastanelerde) sağlık hizmetinin içeriğine de müdahale etme gücünün etkisiyle değişime uğrayabileceği düşünülmelidir. Bunlara, eğitim düzeyinin giderek yükselmesi, bilgiye ulaşmanın kolaylaşması<sup>59</sup>, gibi faktörlerin hastaların da giderek daha sorgulayıcı, bilgi ihtiyacı artmış, daha eğitilmiş ve farkındalıkları artmış kişiler olarak kendilerini ifade isteyebilecekleri olasılığı, -özellikle muayenehane ve özel hastane koşullarında hastanın, doktorun muayenesi için ücret ödediği koşullarda- doktor ile hastanın ilişkisi doktorun kendinden menkul otoritesinin aleyhine değişim sürecine girebilir, algının değişmesi, ilişkinin konumlanmasını da değiştirebilecektir.

<sup>57</sup> Bu çalışmada alan olarak tıp ve eyleycileri doktorlar ele alındığı için buradaki yeminin, “hipokrat yemini”ni anımsatabilecek olması düşünülerek, bu alıntıyla böyle bir çabayla yer verilmediği belirtilmelidir. Ancak yerinde bir anımsatma olduğu da gözden kaçırılmamalıdır.

<sup>58</sup> Bkz. (44), BOURDIEU, 161.

<sup>59</sup> Televizyon programlarında sağlıkla ilgili, izleyicinin de katılımına açık bilgilendirici, yol gösterici programlar başta olmak üzere, kişinin imkanlarına ve eğitim düzeyine bağlı olarak internet gibi bilgiye ulaşmayı mümkün kılan araçlar, isteyen herkese açık hale getirmektedir. Bu durum, doktorun bilgisinin sorgulanmasına ve dolayısıyla otoritesinin sarsılmasına yol açabilir.

### 3. DOKTOR- HASTA KARŞILAŞMASI: İLİŞKİLER VE ETKİLEŞİM

Bir önceki bölümde değerlendirilen farklı düşünme sistematiğlerinin, toplumsal olanın arayüzlerinin açılabilmesi için kullandıkları “anahtar kavramlar”ı sayesinde, bu çalışmanın konusuna, belli bir düşünme biçimi ve bakış açısıyla bakmak mümkün olmuştur ancak bunun başkaları tarafından da anlaşılır olması sorumluluğu çalışma boyunca hep bir farkındalığı diri tutma çabası içinde olunmasını sağlamıştır. Bunun ne kadar başarılı olduğu ise çalışmayı yapanın bakış açısının yönü ve motivasyonunun gücü ile sınırlı olarak değerlendirilmelidir.

Araştırmanın merkezini oluşturan, doktor ve hastanın karşılaşması ve bu ilişkinin başladığı andan itibaren gelişen iletişimsel süreçler, “anahtar kavramlar” olmadan yeterince derinlemesine değerlendirilemeyeceği gibi eksik bırakılamayacak önemde başka okumaları da gereksinmektedir. Dolayısıyla bu bölümde bahsedilen türden okumaların ışığında doktor- hasta karşılaşmalarının etkileşim modelleri çerçevesinde incelenmesine yer verilecektir.

Doktor - hasta ilişkisi günümüzde üzerinde önemle durulan konulardan birisidir. Hasta ile doktor arasındaki iletişimde; karşılıklı iyi bir ilişkinin kurulması, bilgi transferi ve tedavi ile ilgili karar verme gibi farklı amaçlar bulunmaktadır. Son yıllarda sıklıkla doktor - hasta arasında bir ortaklık kurulması felsefesinden de bahsedilmektedir.

Sosyal hayatta bütün faktörler birbirlerini karşılıklı olarak etkilemektedirler. Dolayısıyla, toplumsal roller ve statüler de bir değerler sistemine bağlıdır. Ayrıca, sosyal kontrol de sosyalleşmede önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal etkileşim, kişilerin konumlanmış tutumlarını, beklentilerini ve hareketlerini de belirlemektedir.

T. Parsons'a göre sosyal etkileşim, roller teorisiyle çok ilgilidir ve toplumdaki genel kurallar tarafından düzenlenir. Sosyal etkileşim, toplum içinde herhangi bir şekilde hareket edecek, davranacak kişilerin, karşısındaki diğer bireylerin mümkün tepkilerini hesaplayıp ona göre davranması demektir. Sosyal sistem bireyler arasındaki karşılıklı etkileşimlerden meydana gelir. Diğer taraftan, yukarıda da söylendiği gibi toplumsal alanlarda gerçekleşen ilişkileri açıklayan başka yaklaşımlar da vardır. Çalışmada gösterilmeye çalışıldığı üzere Foucault'un iktidar analizi de bize toplumsal bir alan olarak tıbbın ve bu alanda gerçekleşenlerin, modern toplumda iktidar ve bilgi ilişkisinin ne şekilde işleyip, bireyleri denetleme ve disiplin altına alma tarzları yarattığını anlatmaktadır.

### 3.1. Doktor- Hasta İlişkisinde Anlayış Değişikliğine Doğru

Doktor ve hastanın arasındaki ilişkinin nedeni olarak sağlık sorunlarının, diğer bir ifadeyle “hasta olma hali”nin tanımlanmasına, tıp niye ihtiyaç duyar? Sağlık salt bedensel olarak iyi olma hali midir, yoksa kişinin sosyo- kültürel ve sosyo-psikolojik şartlarından etkilenen, hatta meydana gelen bir durum mu? Bu sorular ışığında, sağlık kavramının tanımlanmasını da kapsayan bir çerçeveden bakarak, doktor hasta ilişkisinin, bir boyutunun anlaşılması mümkün görünmektedir.

Bu bölümde, doktor- hasta karşılaşmalarının etkileşimini inceleyen modellerin yanısıra sağlık ve hastalık düşüncesini ele alan toplumsal modellere de yer verilmesi, bu araştırmanın çıkış noktasında neyi dert ettiğinin bu açıdan da vurgulanması açısından gerekli görülmüştür.

“Sağlık kavramı”nın tanımlanması yıllar boyu hep bir sorun olagelmıştır. Yakın zamana kadar, geleneksel olarak, sağlık hep ölüm ve hastalık gibi, sürece negatif yönden yaklaşan parametrelerin olmayışı olarak tanımlanmıştır.

Yani olumsuz bazı durumların olmayışı pozitif bir olgunun göstergesi olarak kabul edilmiştir. Sürekli olarak kısıtlı olduğu vurgulanan böyle bir tanıma bağlı kalınmasının iki temel pratik nedeni bulunmaktadır: a) ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık, b) sağlığı pozitif yönden tanımlayabilecek pozitif göstergelerin bir türlü saptanamamış olması.<sup>60</sup>

Oysa, sağlığı geniş bir perspektifle ele almak, sağlık ve hastalığın bir sosyal problem olarak kavramsallaştırılmasını, dolayısıyla sağlık alanına sosyolojinin ve diğer sosyal bilimlerin katkılarını gerekli kılıyor. Ve bugün sosyal bilimler literatüründe sağlığa yaklaşım konusunda ilgili belli bir birikimden ve artık tek bir paradigma yerine, birbiriyle yarışan çok sayıda kuram ve yaklaşımdan söz edilebilmektedir.<sup>61</sup>

"Biyomedikal model" olarak adlandırılan geleneksel yaklaşım, sağlığı hastalık olmama hali olarak tanımlar ve sağlık/hastalık olgularını tamamen tıbbi bir eksenle ele alır. Bu modele göre hekim hasta arasındaki iyi ilişkiler ve iyi bir tıbbi bakım hizmeti sağlığın da gelişmesini sağlayacaktır. Sağlıktaki eşitsizlik de tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımını sonucunda ortaya çıkan bir olumsuzluktur.<sup>62</sup> Dolayısıyla klasik model, sağlığın sosyal olarak yapılandırıldığını açıklamakta yetersiz kalır. Oysa sağlık, hastalık ve ölüm ya da bireyin yaşam şansı sosyal yapıyla ilişkilidir, biyolojik etkenlerden daha çok sosyal etkenler tarafından belirlenir.

"Epidemiyolojik model", sağlık ve hastalığa bireysel düzeyde değil, toplumsal düzeydeki istatistikleri kullanarak yaklaşır ve neden sonuç ilişkisini bu analizlerden çıkarmaya çalışır. Ana vurgu koruyucu tıp uygulamalarına yapılır. Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını ciddi sosyal farklılıkların bir göstergesi

<sup>60</sup> İlker BELEK, **Sağlıkta Eşitsizlik; Kavramlar, Nedenler, Çözüm Politikaları**, 61.

<sup>61</sup> A.g.k., 60.

<sup>62</sup> A.g.k., 62.

olarak kabul eder. Eşitsizliklerin giderilmesi için yüksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerir. Bu yaklaşım sağlık kaynaklarının yeniden ve gereksinime göre dağıtılmasını gerektirecektir.

“Sosyopolitik model” bize, sağlık ve hastalık olgularını ekonomik, toplumsal ve politik bileşenleri olan ve toplumsal formasyon olarak tanımlayabileceğimiz daha kapsamlı bir düzeyde ele alma olanağı sunmaktadır. Bu kuram, sağlıktaki eşitsizlikleri sosyo ekonomik eşitsizlikler olarak tanımlar ve eşitsizliklerin önlenmesi ve yok edilmesi için de refah politikaları, genel yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi daha reformist olanlarından, devrimci dönüşümlere kadar bir dizi toplumsal, politik değişiklik önerir. İkinci olarak, sosyopolitik model, geleneksel hekim-hasta ilişkisini de eleştirir ve geleneksel tıbbın tersine hastaların da kendi sorunlarıyla ilgili algı ve değerlendirmelerinin bulunduğunu, bunların yine sosyal yapı, geçmiş deneyimler tarafından şekillendirildiğini ve tıp tarafından mutlaka dikkate alınmaları gerektiğini belirtir. Bunun da ötesinde geleneksel modelde ifadesini bulan anlayışın kapitalist yapıların süreklileştirilmesindeki özel işleve dikkat çeker.<sup>63</sup>

Sağlığın ve hastalığın ne olduğuna, sağlıklı ya da hasta olanın kim olduğuna tıp – sektör olarak tıbbın- alanının fazlaca müdahale ettiği hatta bireyi bu konuda hiç bir fikri olamayacak hale getirdiği günümüzde belki de tam bu nedenle doktor – hasta ilişkisi ayrı bir önem kazanmaktadır. Doktor- hasta ile geliştireceği ilişki içerisinde kendi mesleğini de koruma altına alabilecektir. Yani hastasını daha çok dinleyen, dinlediklerini değerlendiren bir doktor, bu yoldan teşhis koyabilme yeteneğini koruyabilen bir doktor, tıp teknolojisinin ve tıp kurumunun değil hasta ile tedavi edenin baş rolde olduğu bir meslek alanının içinde olmaya devam etme şansının yaşamasına katkıda bulunmuş olacaktır.

---

<sup>63</sup> Bkz. (60), BELEK, 62-63.

Yine, verili koşullardan, tıp alanının Őimdiki durumu içerisinden, doktor-hasta ilişkisinin hangi koşullar altında, nasıl gerçekleŐtiĐini incelemeye geri donersek, hastanın içinde bulunduğu hastalık halinin/ durumunun, karşılaşmanın, karşılıklı etkileşim biçimine yon veren boyutundan bahsetmek gerekmektedir. İki insan, belli bir amaç için bir araya gelince, karşılaşma gerçekleŐir - iyi ya da kot bir karşılaşma olması fark etmez- bu karşılaşma taraflar açısından gerilimli bir durum yaratabilir, doktor- hasta karŐılaŐmasında da her iki taraf için de farklı derecelerde gerilim soz konusudur. Bu ilişkide, bir araya gelmenin nedeni olarak, bir konuda karar vermek gerekecektir. Karar verme, insan davranışının en karmaşık yonlerinden birisini oluşturmaktadır. Bu durum, özellikle hasta ile hekim arasındaki etkileşim sırasında, geniş anlamda problemlerin tanımlandığı ve bunların ozm ile idaresi için planların yapıldığı bir donem olan "konsültasyon"<sup>64</sup> sırasında yaşanmaktadır. Tıbbi sonuçlarla ilgili belirsizlik, kanıtların yetersiz oluŐu, insan faktörü ile tıbbi uygulamalar arasındaki önceden tahmin edilemeyen karmaşık etkileŐimler, bunun da ötesinde günümüzde insanın değer ve düŐüncelerinin rolü tıp alanında giderek artan etkiye sahip özellikler olarak ortaya çıkmış; bilgiye ulaŐım kolaylığının artması ve hastanın otonomisinin de önem kazanması gibi birçok faktör hastaları karar verme sürecine katmıŐtır.

### 3.2. Etkileşim Modelleri

Doktor- hasta iliŐkilerine “uzlaŐımcı” ya da “atıŐımcı”<sup>65</sup> modellerin dışında bu ilişkinin hem uzlaŐıyı hem de atıŐımayı içerisinde barındırabileceğini söyleyen modeller de vardır. Etkileşimci düŐüncenin, doktor ile hasta arasında uzlaşma ya da atıŐımayı zorunlu görmeyen ancak ilişkiyi etkileyen çok yönlü faktörlerin etkisine

<sup>64</sup> Doktor ve hastanın muayene için bir arada olduğu ve hastalığın teşhisi ve tedavisi hakkında konuŐtukları durumu tanımlar.

<sup>65</sup> Bu çalışmanın ikinci bölümünde anlatılan Parsons’ın uzlaŐımcı yaklaşımı ile bu yaklaŐıma, hasta-doktor arasındaki ilişkide çatışma vardır diyen, Freidson’un “atıŐımcı” yaklaşımı kastedilmektedir.

göre değişen, karşılıklı bir etkileşimin olduğuna vurgu yapan görüşünü açıklamak gerekmektedir. Bu ekole göre, araştırmacılar doktor- hasta ilişkisinin sonuçta uzlaşma ya da çatışma ile sonuçlanıp sonuçlanmayacağından çok, nasıl şekillendiği, bu ilişkilerin nasıl devam ettiği ve nasıl değiştii üzerine yoğunlaşmalıdır. Doktor-hasta arasındaki ilişkilerin klasik açıklaması olarak kabul gören Parsons modeli, günümüzün değişen şartlarını da daha iyi açıklayarak doktor- hasta arasındaki ilişkilerin farklı boyutlarını ele alan görüşler tarafından incelenmiştir. Örneğin; Stewart and Roter<sup>66</sup>, Parsons'ın modelini, doktor ve hastaların ellerinde bulundurdıkları kontrol etme olanakları açısından daha da genişletmişlerdir.

Bu modele göre, doktor ve hasta arasındaki ilişkiler dört şekilde düşünülebilir: Paternal ilişki (paternalism), Karşılıklı ilişki (mutuality), Kaçınma (default), Ticari kaygı temelli ilişki (consumeritis). Bu ayrımı, aşağıdaki tablo açıkça anlatmaktadır;<sup>67</sup>

Şekil-2: Doktor- Hasta İlişkisinin Çeşitleri

	<b>Doktorun Kontrol Alanı</b>	
Hastanın Kontrol Alanı	Düşük	Yüksek
Düşük	Kaçınma	Paternal İlişki
Yüksek	Ticari Kaygı Temelli	Karşılıklı İlişki

Kaynak: Stewart and Roter (1989:21)

Paternal ilişki biçiminde, doktor ile hasta arasında karşılıklı bir ilişkiden bahsedilemez. Bu ilişkinin anlamı, karar verme aşamasında sorumluluğun tamamen doktor tarafından üstlenilmesidir.

<sup>66</sup> Stewart, M. and Roter, D., (1989), Communication with Medical Patients, Newyork: Sage Pub.,21'den aktaran, Bkz. (17), CİRHİNLIOĞLU, 67- 68

<sup>67</sup> Bkz. (17), CİRHİNLIOĞLU, 67



“...‘paternal’ ilişkide, doktorun kontrolü yüksek, hastanın ki ise daha düşük düzeyde gerçekleşmektedir. Doktor sanki ‘hastanın’ babası rolünü üstlenmiştir. Hasta hekimin yapacağı her türlü hareketi önceden kabul eder gibidir; çünkü, doktorun kendi ‘babası’ gibi, kendi aleyhine olan bir şeyi yapmayacağına inanmaktadır. Bu ilişkide rahat olan taraf hastadır. Hasta doktora güvenmekte, ona teslim olmakta ve karar sürecine hiç bir şekilde katılmak istememektedir. Bu tür ilişki, en yaygın olan ilişki türüdür.”<sup>68</sup>

Bu modelin saf formunda, idealize edilmiş bir şekilde karşımıza çıkan doktor ile hastanın uyumlu ilişkisi, Parsons’un hasta rolü modelini destekler görünmektedir. Bu modelde, hasta pasif bir pozisyonudadır ve hekimin profesyonel otoritesine boyun eğer. Ancak, doktorun her şeyin en iyisini bildiği varsayımıyla hastaları katmaksızın hastalar adına karar veren bu model günümüzde, hem doktor ve hasta arasında daha fazla ortaklık olması gerektiğini düşünen doktorlar hem de doktorun ne yaptığını bilmek isteyen ve hastalık konusunda kendi duygu ve deneyimlerini paylaşmak isteyen hastalar tarafından kısmen değişime uğratılmıştır. Bu yaklaşım değişikliğinin doktor ile hasta ilişkisinin daha eşit ve kalıcı bir ortaklık ilişkisi olarak görülmesinin herkes tarafından kabul edilmesine bağlı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu anlamda, tüm taraflara ama özellikle de tıbbi etik uzmanlarına ve araştırmacı ve eğitimcilere özel bir görev düştüğü açıktır.

Paternalistik yaklaşımın tam karşı kutbunda bulunan modeli, yukarıda, şekil 2’de gösterilen ‘ticari kaygı temelli’ ilişki biçimi anlatabilir. Bu model, hastanın tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilendirilmesi ile karar verme sürecinde doktorun kendini geri çekmesi şeklindedir. Bu modelde hasta-hekim arasında bir ilişki bulunur ancak bilginin aktarımı safhası sadece tek yönlü, doktordan hastaya olacak şekildedir. doktor, tüm olası tedavi seçeneklerini, bunların yarar ve zararlarını anlatarak hastayı bilgilendirmektedir. Bu modele göre doktor, hastaya bütün gerçekleri bildirmektir; bu bilgiler ışığında hasta yapılacak olan tedavileri değerlendirir. Doktorun bu şekilde davranmasının bir boyutu hasta haklarının etkisine bağlanabileceği gibi diğer boyutunun ticari boyutu ön planda olan özel

<sup>68</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 69.

hastane ve muayenehane ortamlarının ilişkide parayı ön plana çıkarması olduğu söylenebilir. Dolayısıyla, ticari kaygı temelli bir ilişki kamu hastanelerindeki karşılaşmalarda söz konusu olmaz. Cırhinlioğlu'nun da aktardığı gibi;

“Bu ilişki türünde, hasta tam ters kutba geçmiş ve aktif bir rol üstlenmiş bulunmaktadır. Hekim, genel olarak hastanın arzularına boyun eğmekte, istediği her şeyi yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu tür ilişki, rekabetin yoğun olduğu durumlarda ve hastaların kendi giderlerini kendilerinin karşıladıkları özel hastanelerde ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin gelecekte, hastaların onlara para vermesi sayesinde güvence altına alınabiliyorsa, hekimler sürekli olarak edilgin bir durumda kalmaktadır.”<sup>69</sup>

Diğer yandan, doktor ile hasta arasında kurulacak bir ilişki düzlemi bazen doktorun hasta üzerindeki kontrolünü azaltması<sup>70</sup> yönünde olabilir. Böyle bir durumda, hasta bu boşluğu ya kendisi doldurmak isteyecek ya da bu rolü kabul etmeyecektir. Kaçınma ilişkisi, hastanın bu durumda, alternatif davranışların bilgisine sahip olmadığından ya da katılımcı ilişki yaratmak istemediğinden ortaya çıkan bir ilişki olmaktadır.<sup>71</sup>

Katılımcı ilişki ya da karşılıklı ilişki denilen ilişkide en temel vurgu, ‘tıbbi kararın paylaşımı’ terimine yapılmaktadır. Hekimlerin hastaları aktif olarak tıbbi karara varma sürecine sokmayı hedefledikleri konsültasyonlar için kullanılmakta ve giderek artan şekilde tıp çevresinde karar verme açısından ideal bir model olarak savunulmaktadır. Bilgilendirme modelinin aksine bu modeldeki temel özellik, hasta ile hekimin karar verme sürecinin her safhasında paylaşımda bulunduğu, karşılıklı etkileşimsel yapısıdır.

---

<sup>69</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 69.

<sup>70</sup> Doktorun hasta üzerinde kontrolünü azaltma isteği, örneğin kronik bir hastalık söz konusu ise hastaya sorumluluk kazandırmak amaçlı olabileceği gibi, hastanın ya da hastalığın doktora zor ve hoş olmayan bir durum olarak görüldüğü durumlar da olabilir.

<sup>71</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 69.

Bir başka deyişle; bu modelde hekim danışmandır; hastaya arkadaş ya da öğretmen gibi davranır. Hekim yalnızca hastanın ne yapabileceğini belirtmekle kalmaz, aynı zamanda hasta ile hangi çeşit sağlık uygulamalarını kabul edebileceği konusunda da tartışır. Özellikle hastanın yaşam kalitesi üzerine farklı etkileri bulunabilecek olan çok sayıda tedavi seçeneklerinin bulunması durumunda, hastanın tercihinin sunulması daha sağlam olmakta; hastaların karar sürecine aktif katılımları tedavinin etkinliğini arttırabilmektedir.<sup>72</sup>

Bahsedilen modellerin açıkladıklarının yanı sıra, doktor- hasta ilişkilerini etkileyen bir diğer faktör de hastanın doktora başvurduğunda, içinde bulunduğu durumla ilgilidir. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı, ne kadar süredir bu rahatsızlığı yaşadığı, ailesinde bu hastalığın bulunup bulunmaması, dolayısıyla hastanın hastalığının kalıtsal olabileceğinden dolayı endişeli olması gibi faktörler hastanın içinde bulunduğu koşulların etkisi olarak anlaşıldığında, hastalığın hastanın içerisinden geldiği kültür için önemi ile doktorun buna vereceği önemden fazla olabilir. Dolayısıyla, özellikle hastanın doktordan beklentilerinin ve gerçek ihtiyaçlarının anlaşılması önemlidir. Doktor – hasta ilişkisinin yolunda gitmesini sağlayacak olanın, farklı karşılaşmaların belli bir anlaşma zeminde karşılıklı etkileşimine bağlı olduğunu düşünürsek, hastanın ve doktorun kültürel kökeni, kurulacak ilişkide önem kazanmaktadır.

Diğer yandan bu ilişkiyi etkileyen diğer bir etken ise, şüphesiz ki, doktorun mesleki değerlerden kaynaklanan tutum ve davranışlarıdır. Klinik gözlemlere dayanan araştırmalarda, hasta hekim arasında ilişkinin hangi merkezde olduğu sorusu sorulmuştur Buna göre, ilişki, ya “hekim merkezci” ya da “hasta merkezci” olmaktadır. İngiltere’de yapılan bu araştırmada hekimlerin dörtte üçünün, hastalara ilişkiyi kontrol etme hakkı hiç tanımadığı (paternal ilişki) bulunmuştur. Bu doktorlar hastalara daha çok “kapalı uçlu” sorular sormaktadırlar. Dolayısıyla hastayı sadece sorulan soruyu onaylamak ya da reddetmek durumunda

---

<sup>72</sup> Bkz. (25), COCKERHAM, 169-171

bıraktıklarıdır. Doktorların dörtte birinin davranışı ise hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmeye olanak tanıma yönünde olmuştur. Bu hekimler daha çok “açık uçlu” sorular sormuşlar, hastaya görelilik olarak daha uzun zaman ayırmış ve onları dinlemişlerdir.<sup>73</sup>

Doktorlar arasında hastaya yaklaşım ya da hastayla ilişki kurma bakımından yaşantılanan farklılık, bazı doktorların hastaları ancak tedavileri açısından önemliyse dinlemeleri, diğerlerinin ise hastalarının duygu ve düşüncelerini paylaşmak istemeleri arasındaki farktır. Bu fark, hastalıkları salt biyolojik bir olgu olarak gören anlayışla, hastalığın sosyo-psikolojik ve sosyo-kültürel boyutlarını önemseyen anlayışın farkına benzemektedir.

Doktorların, hasta merkezci bir yaklaşım içerisinde olması tercih edilecek bir durum olsa da bunun önündeki en önemli engel, hemen her ülkede, “zaman” faktörüdür.<sup>74</sup> “Zaman” faktörü, Türkiye’nin devlet hastanelerinde de, hasta ile ilişki kurulamamasının, hastayı fazla konuşturmanın en önemli gerekçesi olarak gösterilir. Doktor, sadece hasta tarafından belirtilen ilk semptomlardan tanıya karar verip, tedavi planlamaya geçtiğinde, hasta henüz ne olduğunu bile anlamamış olur. Devlet hastanelerinde “zaman” sorunu gerçekten de söz konusu olabilir. Ancak bu araştırmanın anlamak istediği ve sahada sorguladığı konu, doktor ile hastanın çok sınırlı bir ilişki içerisinde gerçekleştirdikleri bu karşılaşmanın, zaman dışında hangi faktörlerden en çok etkilendiği olacaktır.

Doğası gereği otoriter bir alan olarak tıp, hastalarla ilişki kurmayı zorlaştıran insan malzemesini kendisi yaratmaktadır. Ancak doktorlar, hasta insana şifa vermek için bu mesleği seçtiler ise, hastalarına daha eşit bir yerde konumlanmalarının gerektiğine inanmalıdırlar. Kendilerini, dikkatli, özenli ve de hoşgörülü kılan

<sup>73</sup> Bkz.(17), CİRHİNLİOĞLU, 70-71.

<sup>74</sup> Bkz. (17), CİRHİNLİOĞLU, 71-73.

duyarlılığı koruması açısından, hastalarının acılarına, duygularına empati yapmaktan vazgeçmemeleri gerekir.

Böylece, doktor ve hastanın, karşılaşmanın söz konusu her mekanda ilişki kurmasının gerekliliğinin bir şekilde altını çizdikten sonra, devam eden bölümde iletişim kurmanın yolları ve iletişim eksikliğinin yaratacağı sorunlar üzerine düşünmeye devam edebiliriz.

#### 4. İLETİŞİM VE SAĞLIK

İletişim, kişilerarası ilişkiyi mümkün kılan bir olgudur. İnsanlar, kendilerini anlatabilmek ve başkalarını anlamak için çeşitli iletişim yöntemleri kullanırlar. İnsan ilişkilerinin merkezinde yer alması nedeniyle iletişim bir çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da çözümleyici bir fenomen olarak ele alınmaktadır.

“İletişim günümüzde çeşitli anlam, yaklaşım ve modelleriyle birçok disiplinin kapsam ve uygulamalarında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri de iletişimin değişik düzeylerde ve yoğun olarak kullanıldığı alanların başında gelmektedir. Bu alanda iletişimin temel işlevi, anlamları ortak kılmanın yanısıra duygu, düşünce ve bilgileri paylaşarak insanların birbirlerine yakınlaşmalarını sağlamaktır. Diğer bir anlatımla, sağlık alanında iletişim bilgilendirme boyutunun üzerinde, davranışa yönelik sosyo- psikolojik etkileşim yönüyle yer almaktadır. İletişimin gerçek anlamı da budur. Çünkü, Latince ‘communis’ sözcüğünden türetilen ‘communication’ sözcüğünün karşılığı olan iletişim, anlam olarak karşılıklı paylaşmayı, birlikteliği ve toplumsallaşmayı içermektedir.”<sup>75</sup>

İletişimi, kişilerarası arasındaki ilişkinin vazgeçilmez bir bileşeni olarak kavradığımızda, iletişim eksikliğinin nelere sebep olabileceğini gözlemek de kaygı verici bir duruma işaret etmiş olur. İletişim, sadece bilgi aktarımı demek değildir. İnsanların, kendilerini doğru anlatmaya ve karşısındaki kişi doğru anlamaya ihtiyacı vardır. Böyle bir iletişimin kurulabilmesi için iletişim sürecinin tüm boyutlarıyla, doğru bir şekilde işlemesi gerekir. Doktor ile hastanın karşılaşması ise, bu çalışmanın bir varsayım olarak ileri sürdüğü ve öyle olup olmadığını bulgulamaya çalıştığı, iletişimin hiç olmadığı ya da eksik olduğu bir ilişki biçimidir. İnsanlar bir nedenle, bir konu ile ilgili olarak bir araya geldiklerinde aralarındaki iletişim bozursa, işlemiyorsa, anlaşmaları mümkün değildir. Anlaşmanın sağlanamadığı bir ilişki biçiminde insanlar birbirlerine yabancılaşırlar, uzaklaşırlar,

<sup>75</sup> Ruhi Selçuk TABAK, **Sağlık İletişimi**, 1.

bir araya gelme nedenlerinden vazgeçebilirler hatta anlaşamama durumu çatışma doğurabilir ve insanlar kavga edebilirler. Türkiye’de, özellikle kamusal sağlık sistemi içerisinde gerçekleşen doktor- hasta karşılaşmalarında böylesi çatışmalara sık sık rastlanmaktadır. Dolayısıyla, sağlık alanındaki karşılaşmalarda, doğru algılama, anlama ve anlaşılma önemlidir. Çünkü algılanan her şey bir iletişim sürecini başlatır. Bu nedenle iletişimin, özellikle, bilgilendirme ve sosyo psikolojik etkileşim yönlerinin sağlık alanı karşılaşmalarında ele alınması doğru olacaktır.

#### 4.1. Kişilerarası İletişim

İki kişi belli bir nedenle bir araya geldiğinde, karşılaştıkları andan itibaren iletişim başlamış olur. Çünkü insanlar, ilk karşılaşma anında, karşılarındaki kişi henüz hiç konuşmamış dahi olsa bir izlenim edinir ve bu ilk izlenim daha sonra devam edecek olan ilişkide belirleyici öneme sahiptir. Dolayısıyla, iletişim dendiğinde sadece sözlü iletişimden değil aynı zamanda sözsüz olarak kurulan iletişimden de bahsedilmiş olunur ve sözsüz iletişimi mümkün kılan öğeler, örneğin; karşıdaki kişiyi dinlerken, duruma uygun duyguyu ifade eden bakışlarla o kişinin doğrudan yüzüne bakmak ve sessizce dinlemek, bazen konuşmaktan daha önemli olabilmektedir. Bu durum doktor ile hasta arasındaki iletişim için de geçerlidir. Ancak, doktor ile hastanın bir araya gelme nedeninin sadece tek bir nedenle; sağlık ile ilgili olması ve bu ilişkiden beklenen sonucun, hasta tarafından hissedilen rahatsızlığa, doktor tarafından bir tanı koyulması (ideal olarak, karşılıklı bilgi alış verişinde bulunularak) olması nedeniyle sözlü iletişim kurma becerisi daha bir önem kazanmaktadır. Sağlık alanında sözlü iletişimin yerini, doktorun hastasına tanı koymasında hastanın hikayesini dinlemenin önemini anlatan çalışmalar da göstermektedir.

“Sağlık alanında tanı koymanın genellikle üç aşaması vardır. Bilgi alma (anamnez), fizik muayene, laboratuvar ve teknik araştırmalar. Bütün bu aşamalardaki sözsüz iletişim elemanları çok önemli olduğu gibi, sözlü iletişim de hayati bir öneme sahiptir. Yapılan bir çalışmada 80 hastadan

66'sında bilgi alındıktan sonra verilen kararda doğru tanıya gidildiği görülmüştür. Bu çalışma tanının laboratuvarından sonra %9, muayeneden sonra %8 değiştiğini, bilgi toplama döneminde konulan tanının doğruluğunun ise %83 olduğunu göstermiştir.”<sup>76</sup>

Doktor- hasta ilişkilerinde bilgi edinme, edinilen bilgiyi değerlendirme becerisi temel öneme sahiptir. Bu noktada, hastaya soru sormak için seçilen yöntem de hastanın problem ve sıkıntılarını ifade etmesini etkiler. Doktor'un yaklaşımı hasta temelli ise, görüşmeye açık uçlu bir soru ile başlayarak hastanın kendisini ortaya koymasına imkan verir. Örneğin; “Nasılsınız?” sorusu açık uçlu bir sorudur. Buna karşılık “Neyiniz var?” sorusu çok daha dar bir alanda cevap vermeye iter. Dolayısıyla doktor, hastalık hikayesi dinlerken, öncelikle açık uçlu sorular sormalı ve problemin kaynağına yaklaştıkça kapalı uçlu sorulara geçmelidir.<sup>77</sup>

Bu iki soru sorma tercihi, basitçe görüldüğü gibi, ilişkide doktorun kontrolünü vurgulamaktadır. Doktor, sorularıyla hastayı yönlendirebilir ve istemediği hiç bir sorunun sorulmamasını sağlayabilir. Dolayısıyla, tek taraflı olarak kurulan bu ilişkide, hastanın da doktorla iletişim kurması mümkün olmamaktadır. Hastanın aktif olma çabası söz konusu olduğunda da, doktor çok rahatlıkla hastanın sözünü kesebilmektedir. Sonuçta, hasta kendi sağlık sorunlarından (bedeninden) uzaklaştırıldığı için endişeli, doktor tarafından önemsenmediğini düşündüğü için mutsuz hisseder. Bunun sonucunda ise sorununun çözümü için yeni arayışlara girebilir. Doktor, böyle bir ilişki biçimini sürdürürken, mesleki doyum ve meslek değerleri açısından olduğu kadar, kişisel olarak insana bakış açısının görebileceği zarar açısından da kişi olarak tehdit altındadır. Dolayısıyla, her türlü ilişkide olduğu gibi, doktor ile hasta arasındaki ilişki de daha fazla anlayışa ve empatiye ihtiyaç duymaktadır.

<sup>76</sup> Zuhâl BALTAŞ, *Sağlık Psikolojisi*, 123.

<sup>77</sup> A.g.k., 123.



#### 4.1.1. Kişilerarası İletişimde Empatinin Önemi

Kişilerarası iletişim, bireyler arasında, karşılıklı güvene dayanan ilişkiler ağı oluşturan, bilgi ve duyguların paylaşılmasını amaçlayan ve genellikle çift yönlü sözlü ve sözsüz iletişim sürecidir. İletişim süreci ilgili bireylerin tutumlarından, duygularından, değerlerinden, içinde bulunduğu toplumun normlarından ve çevrelerinden etkilenir.<sup>78</sup>

Bu nedenle karşılaşmaların (hasta-doktor gibi) birbirlerinin değer, duygu ve düşüncelerine karşılıklı önem vermesi anlamını taşır. Kişilerarası iletişimin temel özelliği, aynı zaman ve mekanda, gerek sözlü gerekse de sözsüz birçok kanalı kullanan kaynak ve alıcının karşılıklı gerçekleştirdikleri gözlem ve etkileşimle iletişim kurmalarıdır.<sup>79</sup>

Carl Rogers tarafından tanımlanan empatik (terapötik) yaklaşım, sağlık profesyonelleriyle bireyler arasındaki ilişkinin üç koşula dayanarak geliştiğini belirtir; bu koşullar, Empati, Uyum ve Saygı olarak tanımlanır. Rogers'a göre empati, karşıdaki bireyin duygularının anlaşıldığının ve bu bireyin kendi bakış açısına göre değerlendirildiğinin ifade edilmesidir. Uyum, sağlık profesyonelinin karşısındaki bireye duygu ve düşüncelerinde dürüst olduğunu göstermesi, hissettirmesidir. Saygı ise bireyi etkin dinleme ve önyargısız bir tutum içinde bireye iletişime katılması için destek verme anlamını taşır.<sup>80</sup>

Bilgi edinme isteği, kişilerarası iletişimin biçimini belirlerken en verimli iletişim biçimi Empatik İletişimdir.<sup>81</sup> Çünkü empati, zihinsel olarak başka bir insanın duygu dünyasına girmek anlamına gelir. Hekimin hastaya, “dünyanın ona

---

<sup>78</sup> Bkz. (75), TABAK, 31.

<sup>79</sup> A.g.k., 32

<sup>80</sup> A.g.k., 37

<sup>81</sup> A.g.k., 38

nasıl gözüktüğünü görebildiğini” söylemesi çoğunlukla hastayı kendi duygularını ortaya koymak konusunda cesaretlendirir.<sup>82</sup> Empatik İletişim biçiminde kişilerarası iletişim yeterli boyutta olduğu gibi birbirine yakınlaşan bireyler yalnız olmadıklarını da hissederler. Bu nedenle, ilişkilerin iyi geliştirilmesi iletişim başarısı için temel gereklilik olup hasta-doktor ilişkisinin ve iletişiminin başarısı da buna bağlıdır.<sup>83</sup>

İletişim tekniğinin en önemli öğeleri, ‘etkin dinleme’ ve ‘etkin soru sorma ve bilgi verme’ süreçleridir. Etkin dinleme bedensel ve sözel mesajlar içerir ve doğru bir şekilde kullanılabilmesi hastanın açık ve örtük endişelerini ortaya koymasına imkan verir. Doktorlarda olması en çok istenen iletişim becerisinin etkin dinleme olduğu saptanmıştır. ‘Etkin soru sorma ve bilgi verme’ sürecinde, konuşmanın; sakin, açık ve anlaşılır bir dille yapılması önemlidir.<sup>84</sup>

Buraya kadar söylenenlerden de anlaşılacağı gibi, iletişimin içeriği ve doğruluğu doktorun hastaya yaklaşımının önemli bir göstergesidir. Doktor, problemin teşhisinde doğru iletişim kurmanın önemini benimsemiş ise, hastaların, doktorun ne ölçüde ilgi göstereceğini bilmedikleri duygusal kaynaklı problemlerini ortaya koymak konusunda istekli olmamaları nedeniyle kaçırabilecekleri değerli ipuçlarını yakalama ve değerlendirmesinde kullanma imkanına sahip olur. Bu tür ipuçlarından hastalarıyla yakından ilgilenen ve çok dikkatli doktorlar yararlanabilirler.<sup>85</sup>

Yukarıda belirtildiği gibi iletişimin sözlü ve sözsüz olarak iki boyutu vardır ve “Ortalama bir iletişimde kelimelerin önemi %10, ses tonunun önemi %30, beden dilinin önemi ise %60’dır.<sup>86</sup>

---

<sup>82</sup>Bkz. (76), BALTAŞ, 124.

<sup>83</sup>Bkz. (75), TABAK, 38.

<sup>84</sup> Bkz. (76), BALTAŞ, 124.

<sup>85</sup> A.g.k., 124.

<sup>86</sup> Bkz. (75), TABAK, 56.

Dolayısıyla, beden dilinin doğru ve etkili olarak kullanılması hatta hekim ilişkilerinin amacına ulaşması için tedavinin bir parçası olarak vazgeçilmez bir şarttır. Beden dili açısından temas, muayene ortamı, oturma ve durma biçimleri önemli birkaç noktadır. Hekim-hasta ilişkilerinde, hekimin hastayla aynı düzeyde durmasının, muayenehane ve poliklinik şartlarında oturma biçiminin, yatak başında hastaya yaklaşım biçiminin ve temasının iletişimin kalitesi üzerinde doğrudan etkileri vardır.<sup>87</sup>

#### 4.2. İletişimin Motivasyonu: Hasta mı? Hastalık mı?

Doğru iletişim kurmak bir ihtiyaçsa bu ihtiyacın bir motivasyonu olmak zorundadır. Modern yaşamın hızı ve bireye getirdiği aşırı yük, insanları birbirlerine yabancılaştırmaktadır. Gerçekten anlamaya yönelik bir iletişim, karşısındakinin görüşlerine ve duygularına değer veren, bunun için de dinlemeyi bilen öznelere arasında gerçekleşebilir. Çalışmanın başından itibaren, değişik görüşlerden yola çıkarak anlatıldığı üzere, doktor ve hasta ilişkisi çoğunlukla bu türden bir iletişimi içermez. Türkiye gibi, kalabalık bir nüfusa sahip ve diğer temel alanlarda olduğu gibi sağlık konusunda da sistematik sorunlarını çözememiş bir toplumda, sağlık hizmeti almanın standardı oluşmamıştır. Dolayısıyla, hem hasta hem de doktor tarafından şikayetçi olunan bu ortamda karşılaşmalar, herkesin kendi çıkarlarını korumaya yönelik olabileceği için gerilimlidir ve anlayışlı bir iletişim sürecini zedeler niteliktedir. Özellikle karşılaşmaların yoğun olduğu kamu hastanelerinde, doktor, hastalarla iletişimi, bir hastaya ayrılacak çok kısa süre içerisinde hastalığı, saptanabilecek ilk semptomlarıyla anlamaya ve tedavi yoluna gitmeye yönelik olarak sınırlama eğilimindedir. Literatürde böyle bir ilişki biçimine ‘hekim merkezci’ ilişki denmektedir. Ancak, “Hekimin görevinin esas hastanın sağlıkla ilgili problemini çözmektir. Problem çözme işleminin başarıya ulaşması için, aşamalarının tanımlanması gerekir.”<sup>88</sup>

<sup>87</sup> Bkz. (76), BALTAŞ, 125.

<sup>88</sup> A.g.k., 128.

Szazs ve Hollander'a<sup>89</sup> göre bu süreçteki aşamalar şunlardır:

1. Hastaya kendisiyle ilgili problemi anlaması için yardımcı olmak,
2. Problem ve endişelerini ifade etmesine yardımcı olmak,
3. Hastanın probleminin onunla beraber tanımlamak ve fikir birliğine varmak,
4. Muhtemel çözümler üzerinde birlikte düşünmek ve fikir birliğine varmak,
5. Üzerinde anlaşılmış olan çözümün uygulanması için hastaya cesaret vermek.

Hastayı merkez alan davranışların başında, *dinlemek, suskunluğa tahammül etmek, hastanın endişelerini yorumlamak, açıklama ve özet yapmak* ayrıca *geribildirimde bulunmak* gelmektedir. Buna karşılık hekimi merkez alan davranışların başında *bilgi toplamak, analiz etmek ve semptomları kendi kafasındaki bir teşhise göre yorumlamak ve yönlendirmek* bulunmaktadır.

Hekimin, bütünüyle 'hekime yönelik' bir davranışı seçmesiyle birlikte şu faktörlerin var olduğu görülmüştür:

1. Hastaya çok az zaman ayırma (5 dk. veya daha kısa)
2. Hastanın dile getirdiği ilk semptom üzerine gitmekte ısrarlı olma.
3. Hastanın duygularıyla ilgilenmek konusunda aşık bir isteksizlik
4. Hasta ile yakınlaşmaya yol açacak ve insanca öğeler taşıyan gerçek bir ilişki kurmaktan kaçınmak.

Bu ilişki biçimi hekime üstünlük ve avantaj sağlar ama etkinliğini azaltmaktadır. Hekim kendisinin etkin olduğunu düşünse bile hasta memnun olmadığı ilişkinin sunduğu hizmeti çoğu kez almamakta tedavi girişim ve önerilerini uygulamamaktadır.

---

<sup>89</sup> Bkz. (76), BALTAŞ, 128- 129.

## 5. ALAN ARAŞTIRMASI

### 5.1. Amaç ve Yöntem

Doktor- hasta karşılaşmalarının iletişim sorunlarına, iletişim, etkileşim ve karşılaşmaların sosyo- psikolojik, sosyolojik ve mesleki etik boyutlarının da değerlendirilerek ele alındığı çalışmada, alan araştırmasının amacı, bu toplumsal rollerin ilişkilerini -farklı sosyolojik teorilerin, rol, iktidar, alan, habitus, iletişim, ilişki, etkileşim gibi kavramlarının izini de sürerek anlamak ve alana katkıda bulunmaktır.

Çalışmanın alan araştırması İstanbul'da, doktor ve hastalarla görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan doktorlara yakın çevremizin (arkadaşlar, aile, hocalar) ilişkilerinin sağladığı referanslar aracılığı ile ulaşılmıştır. Bu çalışmanın da bulguladığı ve gündelik karşılaşmalarında insanların zaten yaşayarak deneyimlediği, genel olarak bilinen doktorların zamansızlık problemi nedeniyle, yaklaşık olarak bir saat sürecek olan görüşmeler için doktorlardan randevu alabilmenin ancak bu yolla mümkün olacağı düşüncesinden hareketle böyle bir yöntem benimsenmiştir.

Hasta görüşmeleri ise bu araştırmaya veri sağlayacak sıklıkta doktora gidiyor olunması dışında başka bir faktörle elenmeden ancak zaman ve mekan açısından görece kolay ulaşılabilmesi açısından, görüşmeleri bizzat gerçekleştiren araştırmacının çevresinden kişiler arasından seçilmiştir. Toplumsalın faillerinin (eyleyiciler) nesne inşa sürecine dahil olmalarını daha mümkün kılan bir metod olarak değerlendirdiğimiz kalitatif (niceliksel olmayan- niteliksel) metod görüşmeler için uygun bir yaklaşım olarak benimsenmiştir. Görüşmelerin tamamı araştırmayı yapan tarafından gerçekleştirilmiştir ve bu durumun sağladığı imkan değerlendirilerek, görüşme sayısı (9 doktor- 9 hasta), verilen cevapların arasındaki benzerliğin tekrar düzeyinin, araştırma için anlamlı bir yeterlilik noktasına geldiğini düşünüldüğünde sonlandırılmıştır. Görüşmeler, Ekim Kasım aylarında, her biri

yaklaşık bir saat süren derinlemesine mülakatlar yapılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler kasete kaydedilmiş ve daha sonra deşifre edilmiştir. Analizler görüşmelerin deşifre edilmiş kayıtlarından yapılmıştır. Hasta ve doktor görüşmecilerin profili tablo 1’de, Ek.3’de verilmiştir.

Doktor ve hasta görüşmeleri ayrı ayrı kategoriler altında öbeklenmiş ve ayrı görüşme formları olarak düzenlenmiştir. Buna göre görüşmenin kategorileri;

Doktor görüşmeleri;

- Doktor olmanın anlamını ve önemini sorgulayan,
- Alışkanlıklar, yatkınlıklar, beceriler, değer verilenler, beğenilenler, duygu durumu ve kişilik üzerine sorgulama yapan
- Doktorluk mesleğinin etik gerilim boyutlarını, gündelik pratikler içerisinde *çalışma ortamının (hastane ve/ veya muayenehane) şartlarını; ekonomik koşullar, iş yoğunluğu, zaman kullanımı, teknoloji kullanımı, mesleki gelişmeye katkısı gibi faktörleri kapsayacak şekilde-* hasta karşılaşmaları bağlamında değerlendirmeye, anlamaya yönelik,
- Tıp teknolojisindeki gelişmelerin mesleğin icra edilmesi üzerindeki etkisinin ne olduğunu sorgulayan,
- Doktor – hasta etkileşimini olumsuz etkileyen faktörleri, doktor bakış açısından anlamaya yönelik,

soruları içerecek şekilde,

Hasta görüşmeleri;

- Hastalık ve sağlık algısını sorgulayan,
- Hasta nezdinde doktorun konumunu, değerini anlamaya yönelik sorular
- Hasta olduğunu hisseden/ düşünen, derdine derman arayan bir kişi olarak hastanın, sağlık sektöründe nasıl bir yol izlendiğini anlamaya yönelik,
- Hasta- doktor ilişkisinin nasıl yaşantılandığını ve doktor – hasta iletişimini olumsuz etkileyen faktörleri, hasta bakış açısından anlamaya yönelik

soruları içerecek şekilde tasarlanmıştır.

## 5.2. Bulguların Değerlendirilmesi

Doktor-hasta ilişkisi konusunun, iletişimsel süreçlerini etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirilen alan çalışması , doktor-hasta ilişkisinin analiz edileceği genel bir çerçeve çizmek amacıyla incelenen teorik çerçevenin sağladığı bakış açısının izleği takip edilerek, bu konu ile ilgili olarak yapılan alan araştırmasının sonuçlarının değerlendirilmesi kapsamında sunulacaktır.

Doktor ile hastanın ilişkisinin yegane nedeni olan hastalığın iyileştirilmesi için etkin bir iletişimin kurulmasının gerekliliği, gerek doktor gerekse hastalarla yapılan görüşmelerde açık bir şekilde ifade edilmiştir. Ortaya çıkan en önemli bilgi; doktor ile hastasının görüşmesi sırasındaki iletişimin en önemli noktasının bu iletişimin nihai çıktı olarak görülebilecek hastanın iyileşmesi üzerindeki etkisidir. Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığını azaltmak için doktorun, hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde, hastanın doktoruna yeterince bilgi verebilmesi için doktoruna güvenmesi ve hastalığını ve tedavisini anlama konusunda tam destek görmesi gereklidir. Alan çalışmasında da görüldüğü üzere, doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı güven ve iletişim temel öğeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Alandan elde edilen bulgular, doktor ve hastanın iletişimini etkileyen bir çok önemli faktörün bulunduğunu göstermektedir. Bu faktörler aşağıdaki 9 temel kategoride ele alınmıştır.

- ✓ Doktorun ve hastanın benimsediği hastalık kavramı
- ✓ Geçerli olan tedavi kavramı
- ✓ Tıp eğitimi
- ✓ Doktorun mesleğine ve hastalarına bakışı, kişiliği
- ✓ Hastaların doktora bakış açısı ve beklentisi
- ✓ Doktor ile hasta arasındaki para ilişkisi
- ✓ Mekan özellikleri
- ✓ Doktorun ilgilenmek zorunda olduğu hasta sayısı ve zaman problemi
- ✓ Toplumun doktor - hasta ilişkisine bakışı

Bu temel kategorilerin alan bulgularıyla açıklanmasına, alanın kendini ifade ettiği görüşme sorularının kategorileri altında değerlendirmek tutarlılık açısından gerekli görülmüştür. Doktor ve hastanın karşılıklı olarak beklentileri, önem verdikleri ve aralarındaki ilişkiye etki eden faktörlerin neler olduğu konusunda kendi kategorileri olduğu görüşmelerden anlaşılmaktadır. Buna göre, doktorlar için,

- ✓ Hastanın derdini derli toplu çok uzatmadan anlatabilmesi (zaman problemi de bu kategoriye dahil)
- ✓ Doktora güvenmesi
- ✓ Uyumlu ve sabırlı olması
- ✓ İyileşmek için kendi sorumluluğunu alması

konularında odaklanan sorunlar

Hastalar için,

- ✓ Durdini anlatmak için doktorun sorularıyla yardımcı olması ve konuşmayı teşvik etmesi
- ✓ Zaman baskı altında hissetmemek
- ✓ Güven ihtiyacı
- ✓ Açıklık, gülyüzlü ve ilgili olmak
- ✓ Tanı koymanın ve tedavinin her aşamasında anlaşılır bir dille ve yeterince bilgilendirilme

konularında odaklanmıştır.

Araştırmanın bulguladığı kategoriler, birbirlerine bağlanarak ve kendi içinde hem doktor hem de hasta bakış açıları; araştırmanın temel problemi olan hasta- doktor karşılaşmalarının gerçekleştiği tıp alanının bu ilişkilerin yaşantılanma biçimi üzerine etkisine de her fırsatta değinilerek serimlenecek ve yorumlanacaktır.



Hasta olmanın, hastalığın, kavranış ve ifade edimesinden elde edilen bilgiler bize hastanın ve doktorun tıp alanı içerisindeki konumlanışları hakkında bilgi vermektedir. Buna göre doktorlar hastalığı genel olarak, kendilerine gelmesini gerektirecek sorunlar olarak şu şekilde ifade ediyorlar;

“Hasta bir doktorun bilgisine görgüsüne muhtaç kişidir, benden bir yardım isteyen kişidir.”

“...biz fiziksel olarak bulgulanabilir hastalıkları olan kişilere hasta deriz. Bir de kendini hasta olarak ifade ediyorsa o da hastadır. Aralarında büyük bir fark yok. İkisi de hasta.”

“Günlük hayatının akışı içinde ne yapıyorsa ne konumdaysa önemli değil, bunu fizik olarak engelleyen bir şey çıktığında bir hastalık veya ön belirtisi çıkmış demektir, basit bir baş ağrısı da olabilir kol kırılması da olabilir, günlük aktivasyonlarını yapamamaya gidiş yada yapamama diyebilirim...”

“Hasta bize (doktora) ihtiyaç duyan kişidir...”

“Sonuçta hekime gitmek zorunda olduğunu farkedecek kadar kendinde problem olduğunu düşünen insandır..hekim gitmek zorunda olma kısmı önemli.. hastalık hali odur.. kendimizi iyi hissetmediğimiz anlar çoktur ama hekime gitmeliyim düşüncesinin gelişmesi hastalık halini tanımlayan şey bence...”

Hastaların ise hasta olma halini bedensel olduğu kadar ruhsal olarak da iyi hissetmeme olarak ifade ederken aynı zamanda hastalıkla nasıl baş etmeye (doktora gidene kadar, gitmeden önce) çalıştıklarını da anlatma ihtiyacı duyuyorlar;

“Hasta olmak, çocuklarımla ilgilenememek ,yemeğimi yapamamamak, gideceğim yere gidememek, yani görevlerimi yarım yapmak anlamına geliyor benim için. Başım ağrır, tansiyonum da var benim...”

“İç huzuru olduğu zaman sağlıklı olduğumu düşünüyorum ama iç huzurum olmadığı zaman yani herhangi bir üzümtüm beni yıkıyor, her yanım ağrıyor, çalışmadığım zaman hastalıklı zannediyorum kendimi”

“Hasta olmak yalnızlık demek benim için”

“Konforlu yaşamak, rahat yaşamak önemli...bu olmadı mı...yani halsizlik, ağrı, sancı, hayatımı engelleyen, yaşamımı engelleyen birtakım şeyler...”

Bu ifadeler bize, bir muayene sırasında hastanın neler hissettiği doktordan ne beklediği bunun karşısında doktorun amacının ve ilgisinin neye yönelik olduğu hakkında farklı düşündükleri, bunun ise iletişimi olumsuz olarak etkileyebileceği fikrini vermektedir. Gerçekten de, hastalar doktorların, kendileriyle değil hastalığın ne olduğunu teşhis etmekle ilgili olduğu yönünde ifadeler kullanmışlardır;

“...ben derdimi söylüyorum, beni dinlemeden hemen kana gönderiyor...vücudumdaki şeyleri araştırıyor, ultrasona yada filme gönderiyor tık tık dinleme yok...iyi günler diyor bazısı (doktor) ama çoğunun ilgi göstermediğini düşünüyorum kırılıyorum üzülüyorum.. psikolojik olarak yıkılıyorum, değer vermediği için.”

“Ben doktorun karşısında konuşurken, doktor eğer beni dinliyorsa, dinler gözükmürse derdimi tam anlatıyorum. Ama eğer dinlemez gözükmüyorsa biraz stres yapıp dışarıya çıkıyorum.”

“...bazı insan sevecen bakışlıdır, sizinle ilgileneceğini hissettirir, bazısı bunu sırf iş için yapıyordur..onu hissettiğim anda, konuşmuyorsa yada yüzünüze bakmadan neyim olduğunu öğrenmeye çalışıyorsa bana ters etki yapıyor, sevmiyorum, doktorluğu çok iyi olabilir ama bir daha gitmek istemiyorum.”

Doktorlar açısından da hasta ile arasında etkileşim önemlidir ve ilk karşılaşmada başlar, doktorlar karşılaşma anında ilk izlenimin çok önemli olduğunu, hastalığın teşhisi açısından ilk izlenimlerin kaçırılmaması gereken fırsatlar olduğunu ifade etmişlerdir. Kendi ifadelerin de anlaşılacağı gibi, doktorların ilgisi hastalığın doğru teşhisine yöneliktir;

“Hastayla konuşmaya başladıktan sonra ilk iki üç dakika içinde hastayı belli bir konuma konumlandırdıysanız belli bir hastalık durumuna belli bir yola usule koyup yapacaklarınızı kafanızda planladıysanız planlamışsınızdır ilk üç dakikada bunu yapamadıysanız ondan sonra

olmaz...işin tecrübe, sezgi boyutu çok önem taşıyor....Ampüller yanmak zorunda...neyi var karnımı ağrıyor, midesi mi safra kesesi mi ağrıyor, yoksa numara mı yapıyor...kalp yetersizliği mi var, bunların hepsini bir şekilde oturtmak mecburiyetimiz var.. tanı koymaktan bahsetmiyorum ama hasta için uygulayacağınız algoritmayı kafanızda oturtmaktan bahsediyorum...”

“Anemnez (hastadan kendisi hakkında bilgi alma) bir izlenimler kombinesidir.. o bakımdan çok önemli...hasta güvenmezse size açılmaz, öyle olursa ne dediğini anlamazsınız, dil farkları önemlidir, hastayı bir şekilde sizin açmanız gerekir, açtığınız zaman dökülür, siz hastayı çözemezseniz kendi içine kapanır, tıkanır kalırsınız.”

Bu değerlendirmelerin yanı sıra, elbetteki doktorlar, hastaların kendileri tarafından her şeyden önce bir insan olarak kabul edilmeyi bekledikleri de farkındalar,

“İlk izlenim çok önemlidir. Bence ne olursa olsun, çok önemli bir hasta olabilir, olmayabilir. Yani ölümcül olabilir ya da önemli bir hasta olmayabilir, stres altında olabilir, olmayabilir. Ne olursa olsun o bir insan ve onun bir insan olduğunu kabul ettiğimi fark etmesini istiyorum. En çok dikkat ettiğim şey bu. Yani oradan geçen herhangi bir nesne gibi değil de hasta olarak, hastaya saygı gösterdiğimi fark etmesine çok dikkat ederim. Böylece güven ortamı oluşuyor bence.”

Ancak, böyle düşünülmesi, ilişkinin bu şekilde yaşantılanmasına her zaman yeterli olmuyor. Kişisel (hem doktor hem de hastanın kişisel özellikleri) olduğu kadar, kurumsal faktörler ve zaman problemi de ilişkinin beklendiği gibi gelişmemesinin önünde engel oluşturmaktadır. Bununla ilgili olarak, doktorun kendini (mesleğini) konumladığı statünün ne olduğu kadar hastanın gözünde doktora biçilen anlamın ve önemin ne olduğuna yönelik söylenenler, fikir vermektedir. Doktorlara göre, hasta doktor ilişkisi;

“Asimetrik bir ilişki. Ben ne kadar hastalardan çok şey öğreniyorum desem de -ki her hasta bir şey öğretiyor insana- bilgi açısından, deneyim açısından hani hakimiyet ilişkisi oluşuyor kaçınılmaz olarak. Çünkü öyle. Ama onun doktorun kendisinin bilincinde olması lazım.”

“Hipokrattan beri ebeveyn çocuk ilişkisine benzer...doktor ne yapılması gerektiğini bilir bunu dikte ettirir onunla ilgili kararları alır...doktor hasta ilişkisinin paternalistik ilişkinin temeli budur...bunu değiştirmeye çalışıyorlar doğru mudur yanlış mıdır çok emin değilim”

“Tanrı gibi değil...ama evet kendilerinden daha üst düzeyde bir yerlerde görmelerini isterim ulaşılmaz değil ama saygıyla yaklaşmaları gerektiğini düşünmelerini isterim.”

“Toplumsal ilişki çeşitliliğini düşünürsen çok şeyi kapsar aslında anne ile çocuk ilişkisi, baba ile çocuk ilişkisinden tutun da öğretmen çocuk ilişkisini kapsar...”

Diğer taraftan, doktorların “hastaların gözünde ‘iyi’ doktor kimdir sorusuna verdikleri yanıtlardan, aslında doktorların hastalar için neyin daha önemli olduğunu farkında olduklarını görebiliyoruz,

“Hastaların sözünü ettiği iyi doktor, hastalarla iyi bağlantı kurabilen doktor, yani iyi iletişim kurabilen doktor. Ama bu sadece bir tanesi. Sadece bu değildir ama hastalar sadece bu yönü görüp başka bir şey de göremiyorlar. Tek ulaşabildikleri şey bu olduğu için, iletişimi iyiye, yani sempatikse, rahatlatıyorsa karşısındakini, doktor iyi oluyor onlar için.”

“Hastanın en temel beklentisi kabul edilmek, bir değer verildiğini hissetmek, insan olarak kabul edilmek...”

“...iyileşmeyi beklemesini düşünürüm ...ama iyi davranış ve güleryüzü iyileşmekten önce bekliyor çoğu..öyle birşey var...”

“Bence hastaların gözünde birincil ölçüt, belki de açık ara, kendisiyle ilgilendiğini düşündüğü doktordur iyi doktor... yani derdini dinleyecek, paylaşacak, biraz da empati kuracak doktoru bulduğu zaman buna iyi doktor der...ikincisi de sorunlarına çözüm, çare, yönlendirme bulduğu doktordur...bu iki kriter üstüste oturursa o zaman zaten mükemmel doktor olur...”

Gerçektende doktorlar aslında hastaların beklentisini çok doğru bir şekilde çözümlenmişlerdir. Hastalar ise, her fırsatta doktorluk mesleğinin zor ve saygıdeğer bir meslek olarak gördüklerini ancak ilişki kurdukları doktorlardan beklediklerinin ne olduğunun anlaşılmadığını ifade ederlerken aynı zamanda doktorların içinde buldukları koşullara da belli bir anlayışla yaklaşmaya çaba sarfediyorlar;

Onlar çaresizliğimize çare bulan, eski şifa dağıtan sihirbazlar ve ya melekler gibi olması gerekir. Doktorluğun başka bir tanımı yok bence.”

“Aslında çok içten bir ilişki olması lazım. Oraya gidiyorsun sen herşeyinle, kendi vücudunu ona teslim ediyorsun. Yani çok sıcak olması lazım. Çok samimi bir dostum gibi. Kendimi anlatmaya çalışıyorum, bazen anlamıyorlar.”

“Beni anladıklarını düşünmüyorum. Onlar hastalıkla ilgileniyor. Yani sen üzülmişsin, üzülmemişsin onu dikkate alacaklarını zannetmiyorum.”

“Gülyüz, sevecenlik...bunu bekliyorum...”

“Şeker gibi doktor...şöyle anlatayım. Karşında seni güler yüzle karşılayacak. Derdini anlattığın zaman dinleyecek, yönlendirecek. Yani diyelim ki ben yeterince algılayamıyorum, mesela kullandığım ilaçları... öylesine geçiştirip de...kullan derse ben ona güvenmem. İlgilenmediğini düşünürüm...”

“Zor bir meslek...her eşit insanla uğraşılıyor doktorlar, hak veriyorum onlara, anlayışı kıt insanlar, temiz olmayan insanlar geliyor.. ama doktor oluyorsa onları göze alarak oluyor, bilerek oluyor onu da göz önünde bulundurmalı.”

“Her kültürden hasta geliyor, iyi bir doktorun kültür seviyesine inmesi lazım...”

Diğer taraftan, doktorlar açısından, hastaların da bu ilişki için yeterince özen göstermedikleri ve kendi sorumluluklarını almak konusunda istekli davranmadıkları yönünde görüşler ortaya çıkmıştır. Doktorların için de bir “ideal hasta” profili olduğu anlaşılmaktadır;

“Sosyo-ekonomik düzeyle çok ilgili düşük olanların kendi vücutlarıyla ilişkileri yok...bir sene önce kırılan bacağını unutuyor...böyle bir bağlantısızlık var...başından bir sürü şey geçmiş.. sonradan çıkıyor, yakını geliyor hatırlatıyor, sonra hatırlıyor...”

“...hastaların bir kısmı söylenenleri dinlemez, pek dikkate almadan birden çok kişinin fikrini almaya çalışır ama birşey anlamaya çalışmaz...bana gelir, öbürüne gider, diğerine gider, bir tanesini dinlese önüne yol açılacak, kafası karışıyor halbuki, bu hoşlanmadığım hasta tipidir, bundan kaçınılması gerekiyor, sorun çıkar çünkü... hastalığın ne olduğu konusunda olayı kavramış hasta ideal hasta profilidir...bizim ne yapabileceğimizi, bizim sınırlılıklarımızı bilen...”

“...bir tür otoriteyi tanımak istemeyen, kurumu beğenmeyen, önyargılı gelmiş hasta var, gelir hasta, direkt siz bana bakmayacaksınız diye başlar...zaten devlet hastanesi diye küçümseyen hasta, sizde ona direkt böyle bir hasta diye bakarsınız iletişim zor kurulur.”

“...yanlız benim açımdan değil diğer doktor arkadaşlara baktığımda da...sosyo-kültürel düzeyi düşük hastalarla fazla bir ilişkinin kurulmasından kaçınıldığını aksine daha yüksek sosyo kültürel düzeye sahip eli yüzü düzgün kişilerle daha sıcak ilişkiler kurulduğunu gözlemliyorum...bu da normal...aslında ne çok cahilinden ne de çok kültürlüsünden hoşlanırım...orta sınıf benim daha çok hoşuma giden bir hasta profilidir...bizim gibi insanlar...bizden biraz daha az düşük seviyede olan insanlar...”

“...çok fazla bildiğinizi sanıp üzerine giden hastalardan bahsetmiyorum ama...kendi vücuduyla ilgili, şunu anladım da bunu anlamadım böyle olsa ne olur diyen bunu konuşabileceğimiz düzeydeki hastaları seviyorum çünkü içiniz rahat ediyor, tabii tabii deyip çıkanların hiçbirşey yapmayacağını biliyorum.”

“...hasta önce bir şikayetini söyleyecek, ama bazı hasta tepkileri, mesela kendi kendine teşhis koyar gelir, veya komşusundan duyar gelir. Halbuki sen sıfırdan başlayıp o hastayla o anda ne olduğunu, belli bir yön izlemen gerekirken o sana en sondan belki yanlış bir şey söylüyorsa, sen o zaman herşeyi belki yanlış bir şey üzerine kurabilirsin. O zaman bir süre, ona önce, o şikayetinin ne olduğunu anlatması gerektiğini anlatmakla zaman kaybetmiş olursun. Onun için bu türden yaklaşımlardan pek hoşlanmayız.”

“...kendi rahatsızlığını, hastalığını doğru algılayabilen, bana soru sorabilen, söylediklerimi anlayabilen, benim alternatiflerimin sorumluluklarını alabilen bir hastayı tercih ederim...çoğu şöyledir; annem bilir, kocam bilir, yada sen bilirsin doktor, halbuki can onun, sen bilirsin demesinden hoşlanmıyorum...ağır bir sorumluluk, paylaşmasını istiyorum.”

Açıkça görülmektedir ki, doktor ve hasta arasındaki yüz yüze bir ilişkide rol oynayan en önemli etken kişilerin, yeterli ve değerli bir işbirliğini yürütebilmek için gereken sorumluluğu duymalarıdır. Doğru teşhis ve tedavi için gereken temel bile bu ilişkiyle yakından bağlantılıdır. Söylenenlerin bir kısmının “ideal olana” vurgu yaptığı anlaşılabilir, çünkü hem doktorlar hem de hastalar açısından ilişkiyi zorlaştıran başka faktörlerin varlığı aslında iletişimin önünde önemli engeller olarak görülmektedir. En başta, karşılaşılan mekanın neresi olduğu ve buna bağlı olarak yaşanan zaman problemi üzerinde durulmaktadır. Bunun yanısıra tıp eğitiminin doktorlara verdiği formasyon, algı ve düşünme biçimi diğer faktörlere göre daha az üzerinde durulan bir konu olsa da, doktorun hastayı değerlendirmesinde etkili bir faktör olabileceği de düşünülmektedir.

“Tıp eğitimi tamamen bilimsel bir temele dayanıyor. Diğer yönü tamamen törpülediği için herşey bilimsel. Hastayı İnsanlıklarıyla değilde vaka olarak görmek...Böyle bir algı tıbbın içinde var. Bir örnek vereyim; ben asistanken olan, şimdi yeni asistanların da devam ettirdiğini gördüğüm bir şey var...biz hastanın adını bilmezdik, şimdikiler de bilmiyor. Sadece hastanın numarasını, kaç numarada yatar. Hastanın refakatçisi gelip bir şey sorar, numaran kaçtı diye sorarlar. O numaraya göre sınıflandırma yapılır. Adı, soyadı, kim olduğu hiç önemli değil.”

“Muhtemelen eğitimen gelen birşey... mesela şöyle sorarız kendimize, biz niye hastalara ayşe hanım, ali bey demiyoruz da 26 numara, 4 numara diyoruz... sanıyorum profesyonelliğin bir parçası”

“Bunun koruma mekanizması olduğunu düşünürüm...bireysel ilişki kurmamamın nedenlerinden biri de bu bence onlara hasta olarak bakarsan yapacağın tedavinin sonucunu aldığında duyduğun tatmin

daha az olabilir ama daha kötü olaylarda yaşayacağın durum da hafif atlatılabilir.. bağlantı kurmamanın nedeni bu savunma mekanizması...”

Doktorlar ve hastalar devlet ve üniversite gibi kurum hastanelerinde karşılaşmaların, mekanın fiziksel özelliklerinin, alt yapı ve donanım yetersizliğinin; ayrıca doktorlar hasta sayısının çokluğunun ve her iki taraf da buna bağlı olarak zaman probleminin hasta- doktor ilişkisine olumsuz yansımalarını ifade etmişlerdir;

“Doktora günde yetmiş tane hasta baktırıyorsanız hastaya iyi davranamaz, bunun için vakti yoktur zaten... kötü davranmasını izah etmez... ama sonuçta doktor da bir çamaşır makinesi elektrik süpürgesi değildir, doktorun da psikolojisi var, koşullar var vs... işin içine finansal tatmini koymadım, o işin sonraki boyutudur, öncelikle yaptığımız işten mutlu olma sorunu vardır, mutlu olmak da çalıştığımız ortamın koşullarıyla yakından ilgilidir.”

“Zaman sorunu var. Ama ben en azından kısa ve özet bir şekilde konuşmaya çalışıyorum. Ben elimden geleni yapıyorum, mesela mutlaka tek tek almaya çalışıyorum hastaları. Buna hastaların kendileri de riayet etmiyor. Biri varken içerde ikinci de var. Ben çıkartırım başkası girer ki bu en büyük problemlerden bir tanesidir. Tabii ki yarım saat, bir saat değil de 2-3 dakika en azından tamamen ona ayırmaya çalışıyorum. Ama daha fazla uzayamaz. Çünkü dışarıda bekleyen bir sürü insan var. Diğer bir sürü meslektaş ikişer, üçer kişi alıp hızlı bir şekilde bitirmeyi daha çok tercih ediyorlar. Tabii bunda hastane yönetiminin payı daha büyük bence. Onlar için önemli olan sadece sayı. Kaç kişi muayene edildi?”

“...dünyada standartlar var hastaya ayıracağınız vakit, onunla kuracağınız iletişim..her hasta size herşeyini anlatacak, her sorduğunuzu alacaksınız şeklinde gelmiyor.. efor istiyor, uğraşmak istiyor, ama siz çalışma saatlerinde 110 hastaya bakmak zorundaysanız başkadır, 60 hastaya bakmak zorundaysınız başkadır, dünya sağlık teşkilatının önerdiği gibi her hastaya en az yirmi dakika yada yarım saat ayırarak yirmi yirmibeş hastaya bakıyorsanız başkadır, size bağlı değildir, bu böyledir, siz ne olsanız yetmez...”

“Tek odada çalışmak isterdim. İki doktor bir ododa çalışıyoruz, bazen üç de olabiliyor.hastalarımız rekafetle geliyor, sosyal durumları düşük... şu küçük odada on iki kişi olduğumuz oluyor, fiziki şartların daha iyi



olmasını isterim, günlük baktığım hasta sayısının az olmasını isterim, hata yapabilirim, hata yaptığım da oluyor, sürekli okuyarak takip ediyorum dosyaları, her gün poliklinik yapıyorum...öyle olduğu zaman performans düşebilir.”

“...ssk da sıraya gidip de doktoru görene kadar hastaların daha kötü olduğuna inanıyorum, özel hastanelere gidiyorum, özel sağlık sigortam var, hiç değilse sıra beklemiyorum yüzde yirmisini ben ödüyorum ama olsun ayrıca ameliyatlarda devlet hastanesinde sıra bekliyorsunuz...”

“Devlet hastanelerinde size ayrılan vakit çok az...tanıdık olması lazım ki derdinizi anlatabilesiniz... doktorlar da haklı vakit ayıramıyorlar...böyle olmaması lazım ama bugünün şartlarında böyle.”

“Devlet hastanesinde zaman az. Şöyle oluyor, sıram geldi girdim. ‘Neyin var’ diyor doktor. Şikayetini söylüyorsun. Şikayetine göre hemen ilaç yazıyor. ‘Bunları kullan, geçmezse tekrar gel’ diyor. Geçmiyorsa tekrar gidiyorsun, durumuna göre görüntüleme istiyor. Bunun sonucuna göre sana tekrar ilaç yazıyor. ‘Hapların bitince tekrar gel’ diyor. Gidip geliyorsun yani...ne olduğunu anlayamadan... Önemli bir rahatsızlığım olunca özel doktora gidiyorum...konuşabilmek için.”

Hasta- doktor karşılaşmalarının diğer bir mekanı olarak özel muayenehaneler buradaki ilişkinin yapısı da, kurumsal sorunların ve zaman sorununun aşılması şeklinde değerlendiriliyor.<sup>90</sup>

“...muayenehane hastaya vakit ayırmak açısından iyi birşeydir...gerisi için ne sorarsanız yorumum yok...”

<sup>90</sup> Diğer taraftan pek çok durumda özel muayenehane açan bir doktorun özellikle de bir devlet hastanesinde çalışıyorsa ekonomik çıkar temelli mi olduğu, hastanın hakları ve doktorluk mesleğinin değerleri açısından ne kadar etik bir durum olduğu, günlük yaşamda karşılaştığımız her kesin kendince bir fikri olduğu bir konudur ve bu araştırmanın konusu içinde özel bir yer verilmemektedir.

“...muayenaheneciliği bırakayım mı diye şu günlerde düşünüyorum...bırakmamak şöyle gerekli diye karar verdim.. kendim için değil... benim öyle kuyruklarda bekleyen muayene hastam yok...ama bir grup hasta var ki onlar bizimle dışarıda görüşmek istiyorlar...bizim işimiz çok ayaklı bir iş.. işin psikolojik faktörü var, özel bir konuşmaya dönem dönem ihtiyaçları oluyor, sosyal açıdan uyanıkçaysa kişisel bedensel endişeler daha fazla oluyor...işte eşyle, çocuğuyla sorunları olabilir, bunları konuşmak paylaşmak istediği ayrı bir yere daha doğrusu zaman dilimine ihtiyaç olabiliyor...burda o şart yok, son derece mekanik, son derece hızlı...nokta atışlı işler yapıyoruz.. daha az hasta bakarsam belki onlara daha fazla zaman ayırabilirim.. dışarıda görürsem bir gün iki gün.. ben iki gün gidiyorum.. öyle bir zaman dilimi ayırabilmek için gerekli muayenehane...”

“...işin zaman içinde öğrenilen garip bir tarafıdır, hasta size para verdiği zaman sizin sözünüzü daha dikkatli dinler çünkü para verir belli bir hizmet almak ister, ayak üzeri bedava baktığımız hasta sizi her zaman yarım kulakla dinler, kaybettiği bir şey yoktur, özel bir fedakarlıkta bulunmamıştır, hasta genellikle para verdiği zaman karşılığını almak konusunda daha istekli olur, muayenehanede baktığımız hastanın verdiği tatmin mesleki anlamda -finansal anlamda değil- daha tatmin edicidir...”

“...muayenehanesinde daha çok konuşabiliyorsun, ilgi demeyeyim, daha çok zaman ayırabiliyor... SSK da o vakit yok, doktora o vakit yok, hastası çok olduğu için, ben doktorları suçlamıyorum çünkü hakikaten hastaları çok.”

“Çok bekliyorsun, on dakikada da çıkıyorsun ama samimi olmak lazım vakitleri yok bence”

“Evet biraz isteksiz oluyorlar. Devlet hastanesinde isteksiz oluyorlar. Özel de değil, anlatıyorlar her şeyi. Tedavisi ve her şeyi. Bence devlet hastanelerinde isteksiz olmalarının nedeni zaman. Zamanı olsa oturup anlatır diye düşünüyorum.”

İfade edilen düşünceler, her ne kadar iyi niyetli bir anlayışı içinde barındırıyor olsa da, iki tarafta zaman azlığı nedeniyle hastane ortamında

gerçekleşen doktor- hasta ilişkisinde iletişim kurmanın, derdi anlatmanın ve anlatmanın yeterli koşullarının olmadığını farkındadır. Dolayısıyla, doktoru özel olarak, para ödeyerek ziyaret edemeyecek olan hastalar açısından da düşüncecek olunursa, bu durum genel çerçevede hasta- doktor ilişkisinin sorunlarını çözemeyeceği gibi, hastanın ve toplumun gözünde, muayenehanesinde davrandığı gibi hastane davranmayan doktorun tutumunun para ilişkisine bağlanmasına (bazı doktorların tutumları bu düşünceyi doğrular niteliktedir) fırsat veren bu ikilik, doktorların imajını aşındırıcı, hasta ile ilişkisine zarar verici niteliktedir.

Diğer taraftan tıp alanındaki teknolojik gelişmelerin teşhis ve tedavi sürecine önemli katkılar sağlamanın yanı sıra doktorluk mesleğinin insani boyutunun giderek geri planda kalmasına yol açabilecek boyutların da olduğunu, bunun da hasta doktor ilişkisinin temelinde olması gereken iletişimin önüne geçen bir faktör olarak anlaşılması gerektiği görülmektedir. Teknolojik gelişmelerin ve sağlık sektöründeki ticarileşmenin, aynı zamanda, geçerli olan “teşhis koyma ve tedavi etme” protokollerini de değiştirdiği, buna bağlı olarak doktorun işinin giderek teknisyenliğe dönüşebileceği kaygısı doktorlar tarafından yaşanmaktadır. Hastalar ise bu durumu, özel ya da kamu hastanesi fark etmeksizin, muayene bile edilmeden “görüntüleme merkezlerine” sevk edildiklerini ifade ederek farkındalıklarını dile getirmişlerdir. Bu durum doktorun- hasta gözünde güven ve prestij kaybetmesine neden olmaktadır. Teknolojik gelişmeler ve sağlık sektöründe artan rekabet ortamı tıp sektöründeki ticarileşmeyle birlikte, doktorun hasta ile ilişkisi değiştirmektedir.

“Teknoloji de çok olumlu gelişmeler var. Bizim zamanımızda ne ultrason vardı ne de bi şey vardı. İnanılmaz ölçüde olumlu anlamda değişmeler var. Olumsuz yönde ise hekimlerin bağımsızlığını kaybedip sanatçı kişiliğiyle, yaratıcılıklarıyla değil de bir sektörün parçası haline gelmeleri yani bir dışlinin parçası olmaları. Bunun böyle olması için de devlet politikası olarak, çok bilinçli bir şekilde programlanan bir şey var.”

“...bütün danyada sağlık hizmetinin bedeli üçüncü taraf olan kurumlarca ödenir, devlet, sağlık sigortaları falan... burda da ekonominin kuralları

devreye girer.. bu da hastaların hastalıkların tedavilerin standize edilmesine yol açar...ama işin kötü yanı tıp konfeksiyon bir bilim değildir, niteliği itibarıyla houte couter olmak zorunda.. herkes başka bir insan...böyle olunca hekimin de standize edilmesi yönünde çabalar var bütün dünyada var bu...bu durumda genel olarak hep konuştuğumuz tıbbi etiğin, hasta ile hekim ilişkisinin önündeki en büyük engel gibi görünüyor.”

“...bunun adı kanıta dayalı tıp, bunun adı takip ve tedavi klavuzu, bunun adı bütçe uygulama talimatı... hekim ister istemez sınırlanıyor, böyle olmamasının çok yolu var mı, olduğu kanaatinde değilim... bu böyle olmak zorunda...bir şekilde bütçelerin standize edilmesi gerekiyor, devlet dahil hiçbir yerin bütçeleri sonsuz değil. Diğer yandan da tıbbın standart bir bilim olamayacak olması bu çelişkinin giderek devam etmesine yol açıyor, ekonominin tıbtan daha güçlü bir bilim olması nedeniyle bu giderek hekimin niteliğinden yer durumda...”

Hekimlikte en önemli şey, hastayı dinlemek ve bilgi almaktır...anamnez deriz... sonra muayene etmek... bunun yeni “guide line”lardaki yeri azalıyor... her zaman bu doktorun yerini geri plana itiyor, ultrason, bilgisayarlı tomografi diyor... önce iletişim kurmaya çalışmak, derdin ne olduğunu anlamaya çalışmak, onun üzerine de fizik muayeneden geçirip kafanda bir yol çizmeye çalışmak bu her zaman için şart...ondan sonra ultrason, mr olur...bunlarla desteklersin...

Görüldüğü gibi doktorluğun bir meslek olarak nasıl bir görevi olduğu, amacının ne olduğu ve kimin için olduğu konuları giderek daha karmaşık bir hal almakta, doktorlar, tıp alanında hakimiyetlerini kaybettiklerini - eski tarzda hakimiyetlerini diyebiliriz- düşündükçe bu durumdan nasıl etkileneceklerini, mesleği yapmayı motive edecek yeni değerlerin neler olacağını, tek başına piyasa koşullarının belirleyiciliğine bırakmadan değerlendirmek ve yeni bir duruş belirlemek kaçınılmaz bir gereklilik olarak kendini dayatmaktadır. Toplumun, hastaların doktora ve doktor hasta ilişkisine bakışının da giderek olumsuz yönde değişme göstermesinin altında bu tür mekanizmaların da payının bulunabileceğini göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Araştırma sırasında bu konu üzerine de

değerlendirmeler alınmış olup elde edilen bulguların yukarıda söylenenleri destekler nitelikte olduğu saptanmıştır. Doktorlar bu konuyu şöyle analiz ediyorlar;

“...sorunların bir kısmı sağlık sisteminin tek tek doktorların elinden değil de tamamen büyük organizasyonlar elinden yürütülmeye çalışılmasından kaynaklanıyor.”

“Hipokrat’tan, İbn-i Sina’dan beri gelen şöyle bir düşünce var, doktor hastayla bire bir ilişki içinde olan kişidir, kaçınılmaz olarak bilen, bilgi sahibi ve tecrübeli kişi olarak kontrol de doktordadır. Bir de şöyle bir yaklaşım var: Doktor bir sistemin içinde bir parçadır. Bu sistem nedir? Ekonomik bir sektör aslında. İlaç firmaları var, tıbbi malzemeler sektörü var. Bunlar çok büyük paralar kazanıyorlar. Bunların bu kadar para kazanmalarına devam etmeleri için doktorların ilaç yazmaları ve bu malzemeleri kullanmaları gerekiyor. 25 yıl içinde birincisinden ikincisine doğru bir değişim var sürekli olarak. Daha öncesinden de demek ki vardı da biz fark etmiyorduk. Ama ben bunu 20-25 yıl içinde kesin olarak görüyorum. Ama hangisine iyi ya da kötü dersiniz bilemiyorum. Giderek böyle bir şey oluyor. Buna karşı tepki olarak tabii ki alternatif tıp gibi şeyler oluyor. İnsanlar eski geleneksel doktorlar arıyorlar. Pahalı ilaçlar, pahalı aletler kullanarak onların kar etmesine katkıda bulunan kişileri değil de gerçekten kendisiyle ilgilenen insanlar arıyorlar. Aynı sepete konmasa da alternatif tıpçılar genellikle tıp mesleğinin dışından insanlardır. Doktorların bütün olmaları lazımken işin o yönünü başkalarına bırakıyorlar. İlaç firmalarının ve medikal sektörünün bir oyuncağı durumuna düşmeye doğru yavaş yavaş gidiyorlar.”

“Doktorluk mesleğini aşındıran en güçlü etken yine doktorların kendisi bence. Buna karşı hiçbir şekilde direnmiyorlar. Yani işin kolay yolunu seçip, yaratıcı, üretici olmak yerine rahat bir şekilde işine gidip-gelen bir memur olmayı tercih ediyorlar. Ayrıca, meslek odaları da asıl uğraşmaları gereken, mesleğin saygınlığını korumak olmasına rağmen bu işi bırakmışlar, sendikal işler, ücret artışları gibi işlerle uğraşıyorlar. Tabii ki bunlar da onların işi ama birinci işi mesleğin saygınlığını korumak olması lazım. Diğerlerinin ikinci planda olması lazım. Ama bunun üzerinde durmuyorlar, aktif bir şekilde gitmiyorlar.”

“Hastalar da diyelim ki işin uzamasından çok şikayet ediyorlar. Çünkü onlar da artık her durumda bir görüntüleme alınması gerektiğini...bunun iyi bir şey olduğunu düşünmeye başladılar...”

“...sistemin tüm eksikliklerinin günah keçisi olarak hekimin gösterilmesi ve hastanın da bunu böyle algılaması ki çok doğaldır sadece sizi görüyor, arkanızda kim var bilmez, getirisi götürüsü nedir bilmez. Bu doktorluk mesleğine dolayısıyla hastayla ilişkiye zarar veriyor.”

“Bütün meslekler bir aşınma sözkonusu bir nedeni kazanılabilecek olandan fazlasını talep etmek. Bir iş yapıyorsunuz ortalamadan daha fazlasını talep ederseniz bu bir aşınmayı getirir çünkü siz onun karşılığında daha fazlasını verebiliyor değilsiniz, beklentilerinizle alabileceğiniz arasında bir denge kurmak zorundasınız... hakkım budur bunu isterim, üstüne geçebilmek için daha farklı bir şey yapmak zorunda.. ama öyle birşey yok..arz edilenle talep arasında dengesizlik oldu...”

“..kamuounun bakışı çok zorlayıcı.. tükiye de 12 eylül den beri doktorlara karşı tepki arttırılmış durumda.. kimse mecburi hizmete gitmezken doktoların gönderilmesiyle başlayan iş herkes popülist biçimde önce doktorları saldırıya alıyor, bunları mecburi hizmete gönderelim, bunlar paragöz, basın da sever doktorlara saldırmayı, doktorları en çok rahatsız eden şey toplum gözünde değerlerini kaybetmek olmaları...”

“Türkiye açısından bakılınca sağlık hizmetlerinin verilme tarzı çok kötü.. sistem yanlış olduğu için.. sistemin bu yanlışlığı nedeniyle doğan bütün bu sorunlar bilinçli olarak doktorlar üzerine yıkıldığı için doktorların imajı kötüleşiyor.. global olarak da böyle bir eğilim var...genel olarak ekonomik kaygılarla toplumun sağlık ihtiyacını kısma ihtiyacı olması üzerine doktorların sağlık hizmetindeki o otorite pozisyonunu yıkmak için inceden inceden bir çaba var.. bütün ülkelerde doktorların imajı bütün ülkerlerde kötüleşiyor.. tedavi ile ilgili kararların doktor tarafından değil de hasta ve yakınları tarafından verilmesini önermek dahi bu imajın kötüleşmesine katkıda bulunmuştur.”

“...hekimler hala eski büyücüler şamanlar gibi olmaktan büyük zevk alacaklardır..bunu değiştirmek çok zor, değiştirmek faydalı mı o da değerlendirilmeli.. toplum değiştirilmesinden fayda görür mü çok emin değilim...”

“Hekimler mutlu değil ki hastalar mutlu olsun.”

Hasta ve doktor arasında iletişim sıkıntısı yaratan en önemli faktör, teşhis ve tedavi hakkında iki tarafı da tatmin edecek yeterlilikte konuşulamaması olduğu bunun nedenin ise başta hasta yoğunluğu nedeniyle zaman olmaması ikinci olarak da hasta ve doktorun birbirini dinlememesi olarak saptanabilmiştir. Temelde karşılıklı bir güven sorunu olduğu anlaşılmaktadır. Güvensizlik ise araştırma boyunca söylenmiş olan nedenlerden dolayı ön yargı doğurmaktadır. Dolayısıyla iletişim istense de yeterli düzeyde kurulamamaktadır. Araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar, çalışmanın teorik çerçevesini çizen analizlerle birlikte, bir sonraki bölümde, genel olarak değerlendirilecektir. Çıkarılan ana tema, sonuç sözleri olarak araştırmadan yola çıkarak yapılacak yeni önerilerle birlikte bu bölümde yer alacaktır.

## 6. GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

“Karşılaşmayı bilmediğimiz bir dünyada yaşıyoruz” A. İnam

Doktor- hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin çok boyutlu ve katmanlı yapısının olabildiğince geniş bir perspektiften anlamayı amaçlayan bu çalışma, konuya özellikle iletişim- etkileşim sorunları çerçevesinden bakmaya çalışmıştır. Çalışma da, ana kavramlarıyla toplumsal analiz yöntemlerine yer verdiğimiz düşünceler çerçevesinde bir düşünme ve anlama sistemiği geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda, toplumsal roller ve statüler değer sistemlerine bağlıdır ve sosyal kontrol de sosyalleşmede önemli bir rol oynar dolayısıyla toplumsal alan bir sistemlilik içerisinde toplumda kabul görmüş genel kurallar tarafından düzenlenir ve bu düzenleniş içerisinde toplumsal aktörlerin üstlendiği roller temel unsurlardır şeklinde Talcott Parsons tarafından geliştirilen toplumsal tabakalaşma kuramının analizi, başka toplumsal analizlerle karşı karşıya getirilmiş, eleştirilen boyutları da ele alınarak tartışılmıştır. Alan çalışmasından çıkan sonuçlar, pratikte doktor ve hasta ilişkisinin “ideal protipler”in uyumlu ilişkisi olmadığı aksine zaman zaman uzlaşmaya yönelik bir etkileşim içerisinde olursa da çoğunlukla farklı çıkarların çatışması şeklinde gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Bu çatışmanın niteliği açık olmaması ya da olamamasıdır. Türk toplumunda, hastalar doktorlarla ve kurum olarak hastanelerle ilişkilerinde, işlerini “kendi istedikleri” şekilde, “çıkarlarına uygun” şekilde işletebilmenin değişik yollarını bularak, sisteme; doktorların otorite ve denetleme gücüne karşı yöntemler geliştirmişlerdir. Devlet hastanelerinde ameliyat olabilmek ya da pahalı görüntüleme (tomografi, mr, vb.) işlemlerinin hızlı bir şekilde yaptırılması, sıra beklememek gibi konularda dezavantajlı bir konumda kalmamak için, bu hastanelerde çalışan doktorları özel muayenehanelerinde ziyaret etme yöntemini, birbirlerine aktararak sistemli bir şekilde kullanmaktadırlar.



Foucault'un iktidar analizinden yola çıkarak çok iyi anlaşılabilceği gibi, toplumsal alan bir iktidar alanıdır. İktidarı mümkün kılan şey bilgidir ama aynı zamanda bilgi ile güç arasında karşılıklı birbirine neden olma ilişkisi de vardır. Yani insanlar belli bir güce sahiplerse (ekonomik güç, eğitim yoluyla elde edilen güç vb.) bilgiyi de elde etme olasılıkları artar, tersi de geçerlidir. Foucault'un iktidar analizi, toplumsal alanda ilişkilerin işleyiş mekanizmalarını görünür hale getiren bir düşünme tarzı olarak, bu çalışmanın toplumsal alanı olan tıp alanı içerisinde konumlanan, eyleyen aktörler olarak "hasta ve doktor"ların durdukları yerden kendilerini nasıl konumladıklarını, niyetleriyle ve amaçlarıyla bir bütün halinde görmemizi sağlamıştır. İktidar bağıntısıyla düşünmenin, kurgu olarak bir alan içerinden düşünmek anlamına geldiği dolayısıyla toplumsal bir alan olarak tıp alanının çözümleyici bir şekilde ele alınmasının bütünlük açısından doğru bir düşünme yöntemi olduğu da ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede Bourdieu'nun bir toplumsal alan nedir ve alanlar içerisinde olmayı motive eden nedir şeklinde anlaşılabilcek olan çözümleme yönteminden yola çıkarak, çalışma boyunca, doktor ve hasta olarak toplumsal eyleyicilerin ve onların ilişkilerinin tıp alanı içerisindeki konumlanışlarının hangi farklı yatınlıklardan alışkanlıklardan, ihtiyaç ve arzularından meydana geldiğini anlamaya yönelik bir yönelim içerisinde düşünülmüştür.

Tıp nasıl bir toplumsal alandır. İlgilendiği temel çıkar nedir? Tıp alanında güç ilişkisi yaratan bilgi ve denetleme gücünün mekanizmaları nelerdir, nasıl işlemektedir? Gerek teorik okumalar sırasında gerekse alan araştırması boyunca ve bulguların değerlendirilmesi sırasında bu soruya cevap bulmaya çalışılmıştır.

Doktor ve hasta arasında iktidarın işleyişi doktorun bilgi ve denetleme gücünden kaynaklanan otoritesinden hastanın uyumuna doğru çalışır. Eğer hasta doktorun otoritesini tanımazsa direniş başlamaktadır. Sadece doktorun otoritesine, bilgisine karşı değil tıbbın kendisine de direniş söz konusu olabilmektedir.

Hastaların, pek çok durumda alternatif tıba yönelmesi böyle bir durumu açıklayıcı görünmektedir.

Tıp alanı; özelliği bilimsel bir alan olması olduğu kadar farklı değer dünyalarından bireylerin birarada olmak zorunda olduğu bir alan olarak tanımlanırsa yanlış olmayacaktır. Bu durum doktor ve hastaların karşılaşmaları açısından böyledir. Diğer taraftan doktorlar arasında da bu alanın içinde olmayı anlamlı kılan değerler bütününden söz edilebilir mi sorusu da sorulmalıdır. Bu çalışma bu sorunun cevabına yönelik olarak bir sorgulama içinde olmamıştır. Ancak, özellikle son yıllarda tıp fakültelerinin sayısının artması (Türkiye’de 83 adet tıp fakültesi olduğu görüşülen bir doktor tarafından söylenmiştir) çok farklı sosyo-ekonomik ve kültürel sınıftan kişilerin doktor olduğu bir dönemde ortak değerler söz konusu olması mümkün gözükmemektedir. Çalışmadan çıkan sonuçlardan biri, doktorluk mesleğinin saygın imajının zedelenmeye başladığı ve gelişen teknolojinin de etkisiyle meslek becerilerinin teknik becerilere doğru bir indirgeme yaşadığıdır. Dolayısıyla, bu alanda olmayı anlamlı kıldığı, görüşmelerden anlaşılan, doktorluğun “yüksek statüsü”, “tanrı doktor” statüsü değer kaybedince bu alanda bir anlam, değer yaratacak olan “yüksek düzeyde bilimsel bir eğitim” almış olmak, “kültürel” ve “mesleki yetenek ve yatkınlıklar” gibi sermayelere sahip olmak da anlamsızlaşabilmekte ve ekonomik çıkarların ön plana çıkarılması gündeme gelebilmektedir. Ancak, görüşmelerde de söylendiği gibi, doktorluk mesleğinin motivasyonunda böylesi bir dönüşümü zorlayan bütün faktörlere rağmen, ekonomik çıkar peşinde koşmak, doktorluk mesleğine açıkça yakıştırılmayan bir eğilim olarak görülmektedir. Bu nedenle, yaşatılmak, korunmak istenen anlamın; doktorların “insan sağlığı hakkında bilgisi” ve “sağaltma yönünde yetenekleri” olduğu ve dolayısıyla “tanrı doktor” düzeyinde bir saygınlık arzu edilmese de, bilgilerine ve fedakarlıklarına değer verilmesini istemek ve bunu sağlayacak şekilde davranmak olduğu söylenebilir.

Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler, tıp biliminde gerçekleştirilen bilimsel ilerlemeler doktorluk mesleğinin yapılmasına önemli aygıtsal katkılar sağlamaktadır. Ancak bu gelişmeler, aynı zamanda kişiler arası ilişkilerin de gelişmesine katkı sağlamadığı gibi tersine teknik sürecin ön plan çıkması nedeniyle kişilerarası ilişkileri zedeleyen yanı ön plana çıkmıştır.

Bu bağlamda, çalışmanın teorik okumalarından ve alan çalışmasından çıkan bulguların işaret ettiği, doktor ve hastanın arasındaki ilişkide iletişimi etkileyen; zaman, mekan, sosyo- ekonomik statü, doktorluk mesleğine gerek doktorlar gerek hastalar ve toplum gözünde atfedilen anlam ve değer çerçevesinde ortaya çıkan çatışmalar ve etkileşim mekanizmalarının analizinin yapıldığı bu çalışmada temel soru hep aynıdır. Yardıma muhtaç bir insan olarak hasta ile kendisine yardımcı olan doktorun, en genel anlamda tıp alanının yapısı gereği eşit olamayan, ilişkisinin, tıbbın, belki de unutulmuş insanı ön plana çıkmasına imkan veren bir duruşla yeniden kurulmasını mümkün kılacak mekanizmaların neler olabileceğidir. Modern tıbbın olanaklarının, hastalığı nesneleştirilmesi, kişisizleştirilmiş bir doktor - hasta ilişkisi doğurmaya zorunlu olmamalıdır. Her şeye rağmen tıp, insanın insana acıma ve yardım etme içgüdüsünden doğmuştur. Doktorlar, teknolojinin ve çalışma şartlarının getirdiği koşullar nedeniyle giderek yitirmekte oldukları yüce duygularını korumalıdır. Diğer bilim mensuplarından farklı olarak, bilim adamı olma yanında aynı zamanda bir zanaatkar olduklarını unutmayacakları tarzları ve tutumları, özellikle hastalarla ilişkileri açısından ve dolayısıyla mesleklerinin saygınlığını korumak için gerekli olarak görmelidirler.

Öncelikle, doktor- hasta ilişkisinin karşı taraflarda oluşan bir ilişki olmadığını, aksine aynı tarafta olan, işbirliği içinde olan ilişkisi olduğunu hatırlanılması gerekir. Çünkü doktor ve hasta birbirlerine bağlıdır, birbirlerine ihtiyaç duyarlar, dolayısıyla bu ilişkinin güçlendirilmesi, geliştirilmesi için, doktor ve hastanın birlikte daha fazla zamanı doğru iletişim kurmak için çalışarak, kullanması yerinde ve başlangıç için iyi bir adım olabilir.

Bu çalışmanın araştırdığı konuya, devlet- üniversite- özel hastane ayrımı yapılarak karşılaştırmalı bir açıdan bakılabilir. Ayrıca doktorların uzmanlık alanlarına göre de incelenebilir ve farklılıklar ortaya çıkarılabilir, çünkü bu araştırmanın küçük ölçekli olması nedeniyle böyle bir ayrıma gidilmesi söz konusu olmamıştır ama örneğin, kardiyojoloji gibi kronik ama ölümcül olmayan hastalıklar ilgili bir alan ile yine kronik hastalık kategorisine giren ama ölümcül sonuçlanma riski taşıyan hastalıklarla ilgili bir alan olan onkolojinin karşılaştırılması, uzmanlık alanı ayrımı yapmadan bakıldığında gözden kaçabilecek olan bazı farklı iletişim yöntemleri ve/ ve ya iletişim sorununa neden olan etkenler bulunabilir. Bu çerçevede yapılacak araştırmalarda, daha büyük bir örnek gruptan bilgi elde etmek için, çalışmaların niceliksel (kantitatif) araştırmalarla genişletilmesi yararlı olacaktır.

Ayrıca doktorlarla, tıp alanı içerisinde yerlerinin ne olduğunun kendileri tarafından sorgulanmasına yönelik olarak bir çalışma planlanması mümkündür. Bu sayede, doktorların, değişen koşullarda nasıl bir anlam dünyası içerisinde hangi tarzda bir mesleki duruş geliştirme eğiliminde oldukları araştırılabilir. Böyle bir araştırmanın mümkün olan en fazla sayıda doktora ulaşabilmesi için kantitatif bir araştırma yapılması önerilebilir ancak niteliksel içerikte bir sorgulama tarzı daha derinden bakabileceği için kalitatif bir ön araştırma ile sorgulanacak temalar açığa çıkartılabilir. Bu çalışma için yapılan görüşmelerde, yukarıda önerilen tarzda bir çalışmada ne tür sorular sormanın anlamlı olacağına dair bilgiler elde edildiği düşünülmektedir.

**KİŞİSEL VE KURUMSAL BİLGİLER**

Çalışılan kurum: .....

Muayenehane var mı, hangi semtte: .....

Uzmanlık alanı: .....

Uzman olarak çalıştığı yıl sayısı: .....

Adı, Soyadı: .....

**SORULAR**

- 1) Doktor olmayı ilk düşündüğünüzde kaç yaşındaydınız? Doktor olmaya karar vermenizde en önemli rolü oynayan faktör nedir?
- 2) Meslek olarak doktorluk hakkında ne hissediyorsunuz?
- 3) Mesleğinizi, size göre en iyi şekilde tanımlayan cümle nasıl olurdu?
- 4) Tıp Etiği kavramının anlamı nedir? Tıptaki etik ne anlama gelir? Hekimlik etiği ne tür yükümlülüklerde bulur ifadesini?
- 5) Sizin için bir doktorun mesleki doyumunda önceliği olan unsurlar nelerdir? Nelerin yokluğunda mesleği yapmak zorlaşıyor, çekilmez oluyor? Yada tersi?
- 6) Sizce bir doktorun mesleğinde başarılı olmasının kriterleri nelerdir?
- 7) Sizce bir doktorun mesleğinde başarılı olması için için hangi özelliklere sahip olması gerekir? En önemli özelliği ne olmalıdır?
- 8) Hastaların sözünü ettiği bir “iyi doktor” vardır. Sizce hastaların gözünde iyi doktor nasıl olur? Size göre iyi bir doktorda bulunması gereken özellikler nelerdir? En önemli özellik nedir?
- 9) Siz doktor olarak, hangi özelliğimizin ön planda olduğunu, baskın olduğunu düşünüyorsunuz? Hasta ile görüşme (görüşme; muayene, tanı, tedavi kararı,

tedavi uygulama aşamalarını kapsıyor bu soruda) sırasında kendinizi özellikle başarılı bulduğunuz yönleriniz nelerdir? Yetersiz bulduğunuz yönleriniz var mı?

- 10) İnsanlarda en beğendiğiniz, takdir ettiğiniz kişilik özelliği nedir? Niçin önemli sizin için?
- 11) Özel hayatınızda görüştüğünüz arkadaşlarınızı/ dostlarınızı şöyle bir düşünürseniz, meslek içinden mi yoksa başka mesleklerden mi arkadaşınızın daha çok olduğunu söyleyebilir misiniz? Sizce neden?
- 12) Çocuğunuzun sizin mesleğinizi seçmesini ister misiniz? Neden?
- 13) İçinde bulunduğunuz çalışma ortamını, size sunduğu şartlar ve hastalar açısından değerlendirirseniz ne söylersiniz? Memnun musunuz? Değilseniz, nasıl bir ortamda mesleki çalışmalarınızı yapmak isterdiniz? (*Sadece muayenehanemde, hastane bağlantılı olarak muayenehanemde, büyük bir özel hastane veya klinikde, küçük bir özel hastane veya klinikte*). Niçin?
- 14) Bir hastayı/ hastanızı hastanede görmekle muayenehanenizde görmek arasında fark var mıdır? Sizin açınızdan farklılık nedir, sizce neye bağlı olarak ortaya çıkıyor? Hastalar açısında açık bir fark gözlemliyor musunuz? Ne yönde bir farklılık (olumlu- olumsuz) ve sizce bu neye/ nelere bağlı olarak ortaya çıkıyor?
- 15) Kısa bir süre önce yaptığım hasta görüşmeleri, devlet hastanelerinin yanısıra özel muayenelerde de hastaların kendilerini zaman baskısı altında hisstiklerini ortaya çıkarıyor. Sizce bunun nedeni ne olabilir?
- 16) Sizce, tıp alanı içerisinde doktorun yeri neresidir? Meslek yaşamınız boyunca bu yerin dönüştüğünü (olumlu ve ya olumsuz) düşünüyor musunuz? Sizce buna neden olan faktörler nelerdir? (Özel sektörün sağlık sektöründe giderek artan etkinliği, gücü, uluslararası ilaç şirketlerinin parasal gücü, piyasa ekonomisinin kuralları tarafından kuşatılan tıp alanı/ sağlık sektörü). Siz bu dönüşümü nasıl fark ettiniz, hastalarla/ hastalarınızla nasıl yaşadınız, biraz anlatır mısınız?

- 17) Tıp teknolojisindeki gelişmelerin mesleğinizi uygulama açısından değişikliğe neden olduğunu düşünüyor musunuz? Olumlu/ olumsuz etkileri nelerdir? Hasta- doktor ilişkisi açısından değerlendirir misiniz?
- 18) Son yıllarda, doktorluk mesleğinin eski saygınlığını yitirmeye başladığı ve toplumun gözünde saygın bir yeri olan doktor imajının bozulduğu düşünülüyor, söyleniyor (Örn. 14 ekim 06 tarihli Radikal gazetesi sağlık ekinde, İTO Başkanı'da bu konuya değinmiş). Doktorluk mesleğini aşındıran faktörler nelerdir sizce?
- 19) Hasta kimdir? Hastalık halini nasıl tanımlarsınız?
- 20) Hasta profilinizi nasıl tanımlarsınız? Muayenehane ve hastane için ayrı ayrı tanımlanabilir.
- 21) Hasta ile doktorun arasında nasıl bir ilişki olduğunu düşünüyorsunuz?
- 22) Hasta ile ilk karşılaşma ve ilk izlenimin sizin için anlamı ve önemi nedir? Sizce hasta için anlamı nedir?
- 23) Hasta ile aranızda sosyal bir iletişim, konuşma olur mu? Hangi tip hastalarla ve/ veya hangi durumlarda olur? Bu tür bir ilişki kurmayı tercih etmediğiniz hasta profili var mıdır? Neden? Bu profili tanımlar mısınız?
- 24) İdeal hasta profiliniz var mıdır? Nasıl biri? Kim?
- 25) Hastaların, sizden en temel beklentisinin ne olduğunu düşünürsünüz?
- 26) Hasta memnuniyeti ne anlama geliyor sizin için?
- 27) Hastaların sizi nasıl görmesini istersiniz? Örneğin; sadece doktor olarak, aynı zamanda dost ve arkadaş olarak vb.
- 28) Meslektaşlarınızla birlikte değerlendirmeniz gerektiğinde, hastalar birer birey olarak mı yoksa herhangi bir varlık ya da vaka olarak mı tartışılır? Sizce neden?
- 29) Bir hasta, kişi olarak mı yoksa hastalığıyla mı ilgilendirir sizi? Farklı durumlar var mıdır? Biraz açar mısınız?
- 30) Hastalarınızın gözünde nasıl bir imajınız olduğunu düşünüyorsunuz? Sizce hastalarınız sizin hakkınızda ne düşünüyor, ne hissediyorlardır? Böyle düşünmenizin nedenini öğrenebilir miyim?

- 31) Bir hastaya doğru teşhis koyabilmenin en önemli destekçisi olan faktör (iyi anamnez alma, görüntüleme teknikleri, doktorun bilgi ve tecrübesi veya başka...) nedir? Size göre hastalığın teşhisinde hasta ile konuşmanın (anamnez almak) yeri nedir? Ne derecede önemlidir?
- 32) Hastadan hikayesini öğrenmenin/ konuşmanın güç olduğu durumlar var mıdır? Hastalığı, yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, sosyo ekonomik durumu, başka... Mümkünse örnekleyerek anlatır mısınız?
- 33) Hasta ile iletişim kurmanın, konuşmanın kolay olduğu durumlar var mıdır? Hangi durumlar?
- 34) Bir hastaya, ayıracağınız zamanı nasıl kullanırsınız? Değiştiği durumlar var mıdır? Örnek verebilir misiniz?
- 35) Hastalarınıza, hastalıkları hakkında teşhisinizi ne kadar ayrıntılı anlatırsınız? Açıklamalarınızın belli sınırları var mıdır? Nedenlerinizi öğrenebilir miyim? Açıklamalarınızın anlaşıldığını düşünüyor musunuz? Kontrol etmenin emin olmanın yolları var mı? Siz nasıl yapıyorsunuz?
- 36) Hastalar çoğunlukla, önemli bir hastalık için kendilerine bir doktor tarafından koyulan teşhisi, başka bir yada iki doktora daha danışmadan, tedavi aşamasına geçmeyi tercih etmiyorlar. Sizce nedenleri ne olabilir? (hatta dr. Mehmet Öz böyle yapılmasını hastalara öneriyor) Mehmet Öz'ün bir doktor olarak bu tavsiyede bulunmasını siz nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 37) Hastalarınız, hastalıklarına koyulan teşhis hakkında ayrıntılı bilgi almak ya da tedaviye yönelik kararlara katılmak istiyor mu? Bu çok sık oluyor mu? Sizce hangi durumlarda hastalar daha fazla öğrenmek istiyor? Yada tersi?
- 38) Hastanıza hastalığının tedavisinin alternatifleri hakkında bilgi verip, ne yapalım diye fikrini sorar mısınız?
- 39) Size göre tedavi kararı hasta ile değerlendirilebilecek bir konu mudur? Neden? Sorumluluk ile ilgili bir mesele mi? Kime karşı yada neye karşı sorumluluk? Sorumluluk kimde yada öncelikle kimdedir?
- 40) Hastaların kendi sağlık sorunlarının çözümüyle ilgili sorumlulukları ne kadardır? Hangi durumlarda artar yada azalır? Sizce neden?



- 41) Hastaların haklarını farkında olup kendi sorumluluklarını üstlenebilecek bilinç düzeyinde (istekli olup olmadıkları da dahil edilebilir) olduklarını düşünüyor musunuz? Neden? Sizi nasıl etkiliyor, anlatır mısınız?
- 42) Doktor, hastayı tedavi alternatifleri hakkında bilgilendirmeden tedavi hakkında karar alır mı/ alabilir mi? Ne gibi nedenlerle, hangi durumlarda, biraz anlatır mısınız?
- 43) Hasta bir insanın sizden en çok duymayı istediğini düşünürsünüz? Siz bunu nasıl karşılıyorsunuz?
- 44) Hasta hakları hakkında ve hasta hakları odaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
- 45) Aydınlatılmış onam nedir? Türkiye’de, uygulamada ne anlama geliyor, nasıl uygulanıyor? Sizin için anlamı nedir?

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

Teşekkür ederim.

**Ek-2 HASTA GÖRÜŞME KILAVUZU****KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı- Soyadı: .....

Yaşı, Cinsiyeti: .....

Mesleği: .....

Yaşadığı Semt: .....

Sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek bir hastalık varsa adı: .....

**SORULAR**

- 1) Sağlıklı olmanın sizin için ne anlama geldiğini öğrenebilir miyim?
- 2) Hastalık sizin için ne anlama geliyor? Hangi durum-larda kendinizin ya da bir başkasının hasta olduğunu düşünürsünüz? Hasta olmak nasıl bir durum/konum sizce?
- 3) Uzun dönemli bir hastalığınız var mı? Birinci dereceden bir yakınınızın uzun dönemli bir hastalığı veya sakatlığı var mı? Varsa, nedir ve bu hastalıkla ilgili hep aynı doktora mı gidiyorsunuz? Gitmiyorsanız neden?
- 4) Yaşınızı ve sağlık durumunuzu düşünürseniz sizce sağlık durumunuz nasıl? Neden?
- 5) Sizce, hangi nedenlerle hasta olunur? Sağlıklı kalmak için neler yapılabilir?
- 6) Hastalandığınızda –ailenizden biri hastalandığında (fark var mı)- genellikle ilk olarak ne yaparsınız? Neden? Sonra? Başka?
- 7) Hastalanınca hemen ilaç alır mısınız? Nereden alırsınız?
- 8) Hastalığınız hakkında kimden veya nereden bilgi edirsiniz? Bu soruda doktor dışında bilgi kaynakları olup olmadığı sorulmakta ama aynı zamanda doktordan yeterince bilgi alıp alamadığı sorgulanmak isteniyor...

- 9) Herhangi bir sağlık sigortanız var mı? Ssk, bağkur, emekli sandığı, özel, işyeri...
- 10) Sosyal güvenceniz olduğu halde özel doktora gider misiniz? Neden?
- 11) Hangi doktor veya hastaneye gideceğinize nasıl karar verirsiniz? Ne tür faktörlerin daha belirleyici bir etkisi oluyor? Neden?
- 12) Devlet hastanesine gittiğinizde karşılaştığınız sorunlar nelerdir? Doktorun odasına girdiğiniz andan itibaren yaşanan süreci anlatır mısınız?
- 13) Doktorun sizinle olan ilişkisi, size karşı olan tutumu hastane ortamında ve muayenehanesinde farklılık gösteriyor mu? Nasıl? Böyle olması beklediğiniz bir durum mu? Sizi nasıl etkiliyor? Tedaviniz üzerinde bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz? Nasıl? Yaşadığınız bir olay var mı? Anlatır mısınız?
- 14) Siz doktorla görüşmeniz sırasında hangi ortamda ( hastane/ özel ) daha rahat hissediyorsunuz? Neden?
- 15) Doktor seçiminizde kadın veya erkek doktor tercihiniz oluyor mu? Hangi durumda? Neden? Başka nelere dikkat edersiniz? Örneğin, yaş (deneyim), ihtisas derecesi, tanıdık olması vb.
- 16) Sürekli gittiğiniz bir doktor var mı? Uzmanlık alanı nedir? Doktorunuzdan memnun musunuz? Hangi bakımdan evet/ hayır?
- 17) Gittiğiniz doktor, rahatsızlığınıza bir teşhis koydu, bir doktor bu teşhisi koyduktan sonra başka bir doktora daha gider misiniz? Üçüncü bir doktora gider misiniz? Hangi durumlarda? Neden? Bu doktorları nasıl seçersiniz? Neden?
- 18) Sizce doktorluk nasıl bir meslek? Diğer mesleklerle ve kendi mesleğinizle/ yaptığımız işle karşılaştırırsanız nasıl bir yere koyarsınız? Neden?
- 19) Doktorların nasıl insanlar olduklarını düşünüyorsunuz?

- 20) Tıp eğitimi ile mühendislik, hukuk, işletme, sosyoloji gibi alanların eğitimlerini karşılaştırırsanız hangisi daha zordur sizce? Neden? Tıp eğitimi hakkında genel kanı diğer mesleklerin eğitiminden daha zor olduğu yönündedir, ayrıca daha uzun süreli bir eğitimidir. Bu zorluklara rağmen, sizce bir insan neden doktor olmak ister?
- 21) Doktorluk saygın bir meslek midir sizin gözünüzde? Neden?
- 22) Doktorluk iyi para kazandıran bir meslek midir sizce? Neden böyle düşünüyorsunuz?
- 23) Bir doktorun gelir düzeyinin, dolayısıyla yaşam standardının yüksek olması hasta olarak sizi ne açıdan ilgilendirir? İlgilendirir mi?
- 24) Bütün doktorlar iyi kazanıyor mudur sizce?
- 25) Doktor ile hastanın ilişkisi ne tür bir ilişkidir sizce? Her türlü insan ilişkisini düşünerek cevaplar mısınız? (Anne- baba- çocuk, arkadaş- dost, kadın-erkek, patron- çalışan, devlet- vatandaş, başka. Bu şıklar okunabilir) Neden?
- 26) Doktorla, sıkıntınızı paylaşma, derdinizi anlatma konusunda sorun yaşıyor musunuz? Ne tür sorunlar? Sizce neden kaynaklanıyor?
- 27) Doktorların (duruma göre doktorunuz şeklinde sorulur veya her ikisi için) sizi anladığını düşünüyor musunuz? Ne açıdan anlamadığını düşünüyorsunuz? Daha çok rahatsızlığınızı mı yoksa kendinizi mi anlatamadığınızı düşünüyorsunuz?
- 28) Doktorla görüşmeniz başlamadan önce bir hazırlık yapar mısınız? Niçin? Neler yaptığınızı anlatır mısınız?
- 29) Doktorun odasına girdiğinizde, kendinizi nasıl hissedersiniz, genellikle söze ilk başlayan kim olur? Nasıl? Hatırladığınız bir muayeneyi anlatır mısınız?
- 30) Doktora muayene olurken sizin için önemli olan bir konu hakkında söylediklerinizin dinlenmediğini fark ederseniz veya size cevap vermezse ( üstünkörü cevap verirse) ne düşünürsünüz? Nasıl davranırsınız? Sizce doktor neden böyle davranır? Hiç böyle bir durum oldu mu? Anlatır mısınız?
- 31) Doktordan/ doktorunuzdan, sağlık sorununuz hakkında ayrıntılı bilgi alma talebiniz oluyor mu? Hangi durumlarda daha detaylı bilgi almak sizin için

daha önemli oluyor? Daha fazla bilgi istediğinizde neyle karşılaşıyorsunuz? Doktor sorulan sorulara ayrıntılı cevap vermek yerine genel cevaplarla yetiniyor. Örn.

- 32) Sizce, hastanın hastalığı hakkında fazla şey öğrenmek istemediği durumlar olabilir mi? Sizce nasıl durumlarda istemeyebilir? Bu durumda hastanın sorumluluğu kimdedir sizce?
- 33) Siz bir hasta olarak, hastalığınızın iyileşmesi, tedavinin iyi sonuç vermesi için öncelikle neye sahip olmanız gerektiğini düşünürsünüz? Hastananın iyileşmesinin, tekrar sağlığına kavuşmasının sorumluluğu öncelikle kimdedir?
- 34) Size uygulanacak tedavi ve/ veya tedavi alternatifleri hakkında fikrinizin alınmasını ister misiniz? Bunun gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?
- 35) Sizce, doktorlar, koydukları teşhisi ve uygulanacak tedaviyi, hasta ya da hasta yakını ile paylaşmak/ tartışmak konusunda isteksiz mi oluyorlar? Neden olabilir?
- 36) Sizce hasta bir kişinin doktorundan/ doktordan en önemli beklentisi nedir?
- 37) Sizce bir doktorun hastasından/ hastadan en önemli beklentisi nedir?
- 38) Size göre, iyi doktor nasıl olmalı? İyi bir doktorda mutlaka bulunması gerektiğini düşündüğünüz özellik-ler var mıdır? Nelerdir? En önemli özellik nedir? İyi görünüş, sıcak ve rahatlatıcı kişilik, doğruluk ve namusluluk, insanlarla geçim yeteneği, alanında çok iyi bir uzman olması...
- 39) Hasta hakkı kavramı size ne ifade ediyor? Hasta olarak haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz? Ne tür haklarınız olsun istersiniz?
- 40) Hastanelerde hasta hakları odaları olduğunu biliyor muydunuz? Sizce bu odaların nasıl bir işlevi olacaktır? Neden? Sizin için anlamı nedir?
- 41) Bilgilendirilmiş onay nedir sizce?

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

Teşekkür ederim

**Ek-3 PROFİL TABLOLARI**

**GÖRÜŞME YAPILAN DOKTORLARIN DAĞILIMI**

<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Çalışılan Kurum</b>	<b>Muayenehane</b>
Genel Cerrah	3 (2 K)	Devlet Hast.	2 (1 E/ 1 K)
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1	Üniversite Hastanesi	-
Onkoloji	2 (1 K)	Devlet/ Üniv.	1 K
Kardiyoloji	2	Üniv. Hast.	1 E
Farmakoloji	1	Üniv. Hast.	-
<b>Toplam</b>	<b>9</b>		<b>4</b>
Kadın	3		2
Erkek	6		2

*Tablo- 1*

**GÖRÜŞME YAPILAN HASTALARIN DAĞILIMI**

<b>Yaş</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Meslek/ İş</b>
61	KADIN	Dul	İlkokul	Terzi
55	KADIN	Evli	Üniversite	Hostes
45	KADIN	Evli	Lise	Emekli İşçi
39	KADIN	Evli	Lise	Kütüphaneci
38	KADIN	Evli	Ortaokul	Ev Kadını
32	KADIN	Evli	İlkokul	Apart. Görevlisi
28	KADIN	Bekar	Lise	Serbest Meslek
65	ERKEK	Evli	Lise	Emlakçı
58	ERKEK	Evli	Üniversite	Mimar

*Tablo- 2*

**KAYNAKLAR**

- BALTAŞ, Zuhâl (2000), **Sağlık Psikolojisi**, 1. basım, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- BAUMAN, Zygmunt, (1999) **Sosyolojik Düşünmek**, Çev. Abdullah Yılmaz, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- BOURDİEU, P. (1995) **Pratik Nedenler: Eylem Kuramı Üstüne/ Pierre Bourdieu**, Çev. Hülya Tufan, Kesit Yayınları, İstanbul.
- BOURDİEU, P. (1997) **Toplum Bilim Sorunları**, Çev. Işık Ergüden, Kesit Yayınları, İstanbul.
- BOURDİEU, P. (2003), **Düşünsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar**, Çev. Nazlı Ökten, İletişim Yayınları, İstanbul.
- CİRHİNLİOĞLU, Zafer (2001), **Sağlık Sosyolojisi**, 1.basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- COCKERHAM, C. William (1998), **Medical Sociology**, 7. baskı, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- ÇABUKLU, Yaşar (2004), **Toplumsalın Sınırlarında Beden**, Kanat Yayınları, İstanbul.
- ENGELHARDT, D. v. (2000) **Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik**, Çev. Arın Narmal, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- FREUND, P.E.S., MCGUIRE, M.B. (1991) **Health, illness, and the social body: A critical sociology**, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- FOUCAULT, Michel, (1980), **Power/Knowledge**, ed. C. Gordon, Brighton, Harvester Press.
- FOUCAULT, Michel, (1982), **“The Subject and Power”**, H. L. Dreyfus and P. Rabinow, **Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics**, Chicago, University of Chicago Press.

FOUCAULT, Michel, (2003), **İktidarın Gözü**, Çev. Işık Ergüden, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

KASAPOĞLU, M. Aytül (1999), **Sağlık Sosyolojisi: Türkiye’den Araştırmalar**, Haz. Mehmet C. Ecevit, 1. baskı, Sosyoloji Derneği Yayınları VI, Ankara.

KONGAR, Emre (1985), **Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği**, Remzi Kitapevi, İstanbul.

LECHNER, F. J. (2000), “**System Theory and Functionalism**”, **The Blackwell companion to social theory**, Ed., B. S. Turner, Malden Mass.: Blackwell Publishers.

ÖZÇELİK ADAK, Nurşen (2002), **Sağlık Sosyolojisi, Kadın Ve Kentleşme**, 1. baskı, Birey Yayıncılık, İstanbul.

TABAK, Ruhi Selçuk (2003), **Sağlık İletişimi**, 2. basım, Literatür Yayıncılık, İstanbul.

TEKELİOĞLU, Orhan (1999), **Michel Foucault ve Sosyolojisi**, 1. basım, Bağlam Yayınları, İstanbul.

TURNER, Bryan (1997), **Eşitlik**, Çev. Bahadır Sina Şener, 1. basım, Dost Kitapevi, Ankara

### **Dergi**

BELEK, İlker (2001) “Sağlıkta Eşitsizlik; Kavramlar, Nedenler, Çözüm Politikaları”, *Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, Temmuz: 13

### **İnternet**

[www.dso.gov.tr](http://www.dso.gov.tr) (2002- 2003)



## ÖZGEÇMİŞ

Ayşe Yücel Güner, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü'nü 1998 senesinde tamamlamıştır. Ardından, bir süre İngiltere'de kalmış. Daha çok mesleğe yönelik eğitim amaçlı olan bu dönemin ardından, 2001'de Türkiye'de, pazar araştırmaları sektöründe çalışmaya başlamıştır. Profesyonel alandaki ilgileri ile akademik ilgileri medikal alanda kesişince 2002'de, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü'nde, yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Halen aynı bölümde "Doktor-Hasta Etkileşim Sorunlarının Teşhis ve Tedaviye Etkisi" başlıklı tezini hazırlamaktadır.