

GİRİŞ

Her organizma sağlıklı bir durumdayken çevresine ve içinde bulunduğu topluluğa yarar sağlamaktadır. Toplumda kurumları ile bireylerin sağlığına önem vermekte, bireyi daha sağlıklı olmak için harekete geçirmektedir. Aktif birey akıp giden gündelik yaşamda bir yer edinebilmek için sağlığını korumak zorundadır. Bunun için bilerek ya da bilmeden sürekli bir çaba içersindedir. Foucault'un dediği gibi "bireyin bedeni yalnızca anlaşılmaz" bir hale gelmiştir. Birey bedenini sağlığını kendi 'yaratmak' zorundadır. Bu yaratımı da düzenli müdahalelerle gerçekleştirir.(Giddens, 2000:127). Sağlık kurumu bedenini yaratımında ve ona müdahale etmesinde bireye yardımcı olur.

Parsons'un işaret ettiği gibi artık işlevsiz, tam bir iyilik halinde olmayan birey kendince olmasa bile toplum tarafından sağlıklı olmaya zorunlu bırakılmaktadır. Çünkü sağlıklı birey toplumsal üretkenliği sekteye uğratacaktır. Üretkenliğinin bozulmasını engellemeye çalışan toplum, sağlık kurumlarına yatırımla daha fazla toplum üyesine müdahale ederek onlara ulaşabilir-yararlanabilir bir sağlık sistemi götürmektedir.

Toplumsal ilişkilerin sürekliliği içersinde yer alan sağlık kurumuna sosyolojinin penceresinden bakmak kaçınılmaz olmuştur. Çünkü birey yaşamının birçok evresinde sağlık kuruluşları ve sağlık personeli ile yakından ilişki halindedir. Günümüzde doğumların neredeyse tamamı hastanelerde gerçekleşmektedir. Birey dünyaya gözünü ilk olarak açtığı anda annesinden önce sağlık personeli ile karşılaşmaktadır. Çocukluk evresindeki aşılamalarından bütün hastalık süreçlerinde ve ölüm zamanında bile ailesinden çok sağlık personeli ile ilişkide bulunmaktadır.

Doktorlar sağlık personelinin üst düzeyini işgal etmektedir. Çok uzun ve zorlu bir aşamadan sonra uzman olabilmekte ve tüm bilgileri ile insan yaşamına müdahale etmektedirler. Yüksek eğitimle birlikte iyi bir gelir, yüksek prestijli bir toplumsal konum ve güç elde etmek istemektedirler. Bu isteklerini ülkemizde neredeyse tamamen gerçekleştiren birkaç meslekten biridir.

Yaşamı boyunca insan hayatına müdahaleler etmekte ve onlar adına karar vermektedirler. Bireyler için doktor o derecede önemli bir konumdur ki yaşamını onun ellerine bırakmaktan çekinmemektedirler. Toplumsal yaşam da doktorun bu özel konumunu güçlendirmektedir. Bu gücü elinde bulunduran doktor serbest piyasa ekonomisinde yaşamının gereği daha iyi bir hayat için elinde olan bütün güçle çevresine egemenlik kurmaktadır.

Hastalar ise toplumsal referanslarına uygun eylemde bulunarak doktoru lider olarak kabul etmektedir. Ona geniş bir hareket alanı bırakmakta ve tedavisine yönelik doktorun tüm tıbbi kararlarına uymaktadır.

Çalışmada Sağlık sosyoloji, sosyoloji alt disiplinlerinden biri olarak geniş bir şekilde irdelenmeye çalışılmaktadır. Çünkü bu disiplin ülkemizde yeni bir ilgi alanı olduğundan literatür oldukça sınırlıdır. Ayrıca ön bir bilgi niteliğinde kavramsal temeller oluşturulmaya çalışılmıştır. Çalışmanın temel sorunsalı olan doktor-hasta ilişkisi bu çalışmayla güç ve çıkar pratikleri bağlamında incelenmeye çalışılmıştır. Hastane evreninde ele alınan doktor-hasta ilişkisi, poliklinikten kliniğe hastanın hastane içersindeki tüm aşamaları dikkatle incelenmektedir. Doktor da aynı aşamalarda gözlemlenmiştir. Ayrıca derinlemesine mülakatlarla çalışma ve hemşire ve hasta bakıcı sohbetleriyle desteklenmiştir.

ÖNSÖZ	I
GİRİŞ	II
İÇİNDEKİLER	IV
TABLO DİZİNİ	VII

I KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Sosyolojisi	1
1.1.1. Sağlık sosyolojisi ve Gelişimi	1
1.1.2. Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları	3
1.1.3. Sağlık Sosyolojisinin Gelişimini Etkileyen Faktörler	4
1.1.4. Sağlık Sosyolojisi Konuları	5
1.2. Sağlık ve Hastalık Kavramları	10
1.2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlıklı Olma	10
1.2.2. Hastalık Kavramı	13
1.2.3. Hasta Rolü	15
1.2.4. Tarihsel Süreçte Sağlık Ve Hastalık Kavramı	17
1.3. Sistem Ve Güç	19
1.3.1. Sistem Kavramı	19
1.3.2. Parsons ve Sistem Yaklaşımı	20
1.3.3. Güç Kavramı	21
1.3.4. Güç ve Doktor-Hasta İlişkisi	23

1.4. Sağlık Kurumu ve Hastane	26
1.4.1. Sağlık Kurumu Ve İşlevi	26
1.4.2. Sağlık Hizmetinde Hastanenin Yeri ve İşlevi	27
1.4.3. Hastanede Yatarak Tedavi Görme Süreci	33
1.5. Doktor-Hasta İlişkisi ve Gelişimi	33
1.5.1. Tarihsel Süreçte Doktor-Hasta İlişkisi	34
1.5.2. Hasta Hakları	37
1.5.3. Doktor-Hasta İlişkisine İlişkin Modeller	41
1.5.4. Parsons'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	41
1.5.5. Parsons'un Doktor-Hasta İlişkisi Işığında Geliştirilen Modeller	46
1.5.5.1. Szasz ve Hollender'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	46
1.5.5.2. Hayes ve Bautista'nın Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	48
1.5.5.3. Byrne ve Long'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	49
1.5.5.4. Waitzkin ve Stoecke'nin Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	49
1.5.5.5. Freidson'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	50
1.5.5.6. Emanuel'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	51
1.5.5.6.1. Paternalistik Model	52
1.5.5.6.2. Bilgi Verici Model	53
1.5.5.6.3. Yorumlayıcı Model	53
1.5.5.6.4. Uzlaşmacı Model	54
1.5.5.6.5. Dört Modelin Karşılaştırılması	55

1.5.5.6.6.	Dört Model Ve Tartışılan Akımlar	56
1.5.5.6.7.	Karar Verme Sürecine Katılım	56

II. ARAŞTIRMA METODU VE KULLANILAN TEKNİKLER

2.1.	Evren ve Örneklem	57
2.2.	Teorik Varsayımlar ve Hipotezler	60
2.3.	Muğla'da Yataklı Tedavi Kurumları ve Muğla Devlet Hastanesi	61
2.4.	Araştırma Verileri	65
2.5.	Poliklinik Gözlemleri	82
2.6.	Klinik Gözlemleri	89
2.7.	Örnek Olaylar	93
2.7.1.	A'nın Hikayesi	94
2.7.2.	B'nin Hikayesi	97
2.7.3.	C'nin Hikayesi	98
2.7.4.	D'nin Hikayesi	100

III. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

3.1	Sonuç	102
3.2	Değerlendirme	104
3.3	Öneriler	110

KAYNAKÇA	115
-----------------	-----

ANKET FORMU	120
--------------------	-----

POLİKLİNİK GÖZLEMİNDE DİKKAT EDİLEN HUSUSLAR	123
---	-----

KLİNİK DERİNLEMESİNE MÜLAKAT HUSUSLARI	124
---	-----

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık İstatistikleri	28
Tablo 2. Bazı İllere Göre Hastane, Yatak Sayısı Ve Nüfus Karşılaştırması	29
Tablo 3. Yıllar İtibariyle Türkiye’de Doktor ve Diğer Sağlık Personeli Sayıları	30
Tablo 4. Türkiye Yataklı Tedavi Kurumları İstatistikleri	31
Tablo 5. Parsons’un Doktor Hasta İlişkisi Şeması	43
Tablo 6. Szasz ve Hollender’in Doktor-Hasta İlişkisinde Üç Modeli	47
Tablo 7. Byrne ve Long’un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli	49
Tablo 8. Dört modelin karşılaştırılması	55
Tablo 9. Yıllara göre Muğla’da Sağlık Göstergeleri	62
Tablo 10. Muğla’da Yataklı Tedavi Kurumları İstatistikleri	63
Tablo 11. Cinsiyet	65
Tablo 12. Yaş	65
Tablo 13. Öğrenim Durumu	65
Tablo 14. Meslek	66
Tablo 15. Yaşanılan Yer	66
Tablo 16. Gelir Seviyesi	67
Tablo 17. Muğla Devlet Hastanesine Gelmeden Önce Başvurulan Sağlık Kuruluşu	67
Tablo 18. Son Hastalık İçin Daha Önce Yatarak Tedavi Görme	68
Tablo 19. Sosyal Güvence	68
Tablo 20. Hastaneye Yatmadan Önce Başvurulan Yer	69
Tablo 21. Doktorun Hastasıyla Poliklinikte İlgilendiği Süre	69
Tablo 22. Hastaneye Yatmadan Önce Doktorun Hastaya Teşhisi İletmesi	70
Tablo 23. Doktorun Poliklinikte Hastasının Şikayetlerini Dinleme Düzeyi	70
Tablo 24. Doktorun Poliklinikte Hastasına Davranış Şekli	71

Tablo 25. Hastanede Yatış Süresi	71
Tablo 26. Hastanın Hastaneye Yatmadan Önce Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeyi	72
Tablo 27. Doktorun Günlük Vizit Sayısı	72
Tablo 28. Hastanın Doktoruyla Vizitlerde Şikayetlerini Görüşmesi	73
Tablo 29. Hastaya Göre Doktorun Genel Yaklaşımı	73
Tablo 30. Doktorun Vizitlerde Hastaya Bilgi Verme Düzeyi	74
Tablo 31. Hastanın Doktorunun Verdiği Bilgileri Anlama Düzeyi	74
Tablo 32. Doktorun Tedaviyle İlgili Kararlara Hastasının Katılımını İstemesi	74
Tablo 33. Doktorun Poliklinikte Hastasına İlk Sözleri	75
Tablo 34. Hastanın Doktorun Verdiği Direktiflere Uyma Düzeyi	75
Tablo 35. Hastanın Hastaneye Yattığı Dönemde Doktoruyla Sorununun Varlığı	75
Tablo 36. Hastanın Hastanede Yattığı Sürede Onu En Çok Düşündüren Konu	76
Tablo 37. Hastanın Tedavi Aşamasında Doktorundan Olan Beklentilerin Önem Düzeyi	76
Tablo 38. Doktorun Tutum Ve Davranışlarının Hastanın Beklentilerini Karşılama Düzeyi	77
Tablo 39. Hastanede Kalınan Süreçte Hastayla En Fazla İlgilenen Kişi	77
Tablo 40. Doktorların Hastalarını En İyi Şekilde Tedavi Edebilmesi İçin Hastalara Düşen Görevlere Katılma Düzeyi	78
Tablo 41. Hastanın Doktor Muayenesinden ve Tedavisinden Memnuniyet Düzeyi	78
Tablo 42. Doktor-Hasta İlişkilerinin En İyi Olduğu Ve En Kaliteli Sağlık Hizmetinin Verildiği Sağlık Kuruluşu	79
Tablo 43. Doktorun Hastasına Sosyal Yaşamıyla ilgili Soru Sorması	79
Tablo 44. Hastanın Doktorunu Seçmede Bilgi Aldığı Kişiler	79

Tablo 45. Doktorla Hastanede Karşılaştıktan Sonra Özel Muayenehaneye Gitme	80
Tablo 46. Doktora Herhangi Bir Şekilde Ücret Verme	80
Tablo 47. Doktorun Bütün Hastalara Eşit Şekilde Davrandığı Fikrine Katılma Düzeyi	80
Tablo 48. Doktorun Özel Muayenehanesinde Hastasına İlk Sözleri	81
Tablo 49. Doktorun Hastaya Ayırdığı Süre ile Hastaya Davranış Şeklinin Karşılaştırılması	85
Tablo 50. Doktorun Poliklinikte Davranış Şekli İle Hastasını Dinleme Düzeyinin Karşılaştırılması	86
Tablo 51. Doktorun Davranış Şekli İle Poliklinikte Hastasına Karşı Kullandığı İlk İfadelerin Karşılaştırılması	87
Tablo 52. Doktorun Hastaya İlk Sözlerinin Poliklinik-Özel Muayenehane Bağlamında Karşılaştırması	88
Tablo 53. Doktorun Hasta Karşı Kullandığı İlk İfadeler İle Hasta Seçiminde Etkili Olan Çevre Karşılaştırılması	88
Tablo 54. Vizit Sıklığı İle Doktorun Hasta Şikayetlerini Dinleme Düzeyinin Karşılaştırılması	92
Grafik 1. Yataklı Tedavi Kuruluşlarının Kurumlara Göre Dağılımı	30

I. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

1.1.1. Sağlık Sosyolojisi ve Gelişimi

Sosyoloji bir disiplin olarak günün ve toplumun farklı farklı gereksinimlerini karşılayabilmek için kuramlarına ve alanlarına yeni açılımlar sağlamakta, birçok alt disiplin oluşturmaktadır. Bu yeni alt disiplinlerden biri de sağlık sosyolojisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık, sosyolojinin diğer alanları gibi bir kurumdur ve kendine ait bir yapısı vardır. Toplumsal kurumlardan olan sağlığın bu yapısı, bireylerin gereksinimlerini karşılamak üzere oluşturulmuş, farklı biçimler roller, etkileşimler, inançlar değerler, altyapılar ve yollar içermektedir. Bireylerin birbirleriyle, örgütlerle ve kurumlarla olan ilişkileri, genel sosyo-ekonomik yapı içerisindeki varlığı ve toplumun sürekliliği sağlıklı olmalarıyla sağlanabilir. Sağlık sosyolojisi bu noktalardan hareketle kendi ilgi alanlarını oluşturmuştur.

Sağlık sosyolojisi, tıp konusuna yönelen ve sağlık-hastalık olgularını etkileyen faktörlere ilişkin bir alt disiplin olarak tanımlanmasıyla birlikte sağlığın toplumsal kategoriye alındığı, tıbbın artık tedavi aşamasına yeterince ilgi göstermediği, koruyucu hekimlik ve sağlık hizmetleri ile birlikte sosyal alan içerisine aldığı bir çalışma alanıdır(Özen, 1994: 72).

Sağlık Sosyolojisi, felsefi olarak Fransız devrimiyle birlikte hastalıkların ve çevrenin toplumsal olarak ele alınmasını gerektiren fikirlerle ortaya atılmıştır. Hatta Durkheim'in intihar konusunda sosyal faktörlere dikkat çektiği çalışmaları da bu yaklaşıma önyak olmuştur.

İlk kez medikal sosyoloji terimi McIntre tarafından 1894'te kullanılmıştır(Kasapoğlu, 1999:1). Daha sonra Elizabeth Blackwell'in 1902'deki halk sağlığı ve sosyal çalışma alanları ile ilgili makalesinde de medikal sosyoloji terimi kullanmış, birkaç yıl sonra ise J.P.Warbasee medikal sosyoloji başlıklı kitabını yazmıştır. 1920'lerde birkaç sosyolog ve doktor sağlıkla ilgili bir örgüt kursalar da hemen dağılmışlardır(Adak,2002:14). 1927'de Stern, tıbbi gelişmede sosyal faktörler

ile ilgili çalışmasıyla ilk sosyolojik görünümlü çalışmayı yapmıştır(Kasapoğlu, 1999:1).

“Medikal Sosyoloji” adı altında 1940’lı yıllara ABD’de ele alınmaya başlanan alt disiplin, Avrupa’da olduğu gibi II. Dünya Savaşından sonra ABD Hükümetinin desteğiyle sosyo-medikal araştırmalarla hızlanmıştır. Parsons’ın “Sosyal Sistem” adlı eseriyle teorik bir yön kazanmaya başlamıştır. Tıp içerisinde psikiyatri ile birlikte birçok çalışma yapılmış, Redlich “Sosyal Sınıflar ve Akıl Sağlığı: Bir Toplum Çalışması”ında sosyal faktörlerle akıl arasındaki ilişkileri incelenmiştir. 1957’de R. Merton ve psikiyatris Christie “Öğrenci Hekimler” adlı çalışmada , Makyevalizm adlı bir ölçek geliştirdiler. Bu ölçek Türkiye’de tıp, hukuk, veterinerlik ve sosyoloji öğrencilerinin mesleki değerlerinin karşılaştırılmasında kullanılmıştır. 1954’te de “Tıpta Sosyal Bilimler” adlı makale Simmon ve Wolff tarafından yayınlanmıştır (Kasapoğlu, 1999:1-2). Parsons ve R.Fox ilgiyi hastalığın sosyal etkisi ve hasta rolü kavramı üzerine çekmiştir. 1960’larda E.Freidson ve D.Mechanic’in çalışması doktorların ve planlamacıların ilgisini çekmeye yetmiştir. Daha sonraları A.Antononsky, R.Badgley, J.Elinson, R.Straus, C.Hill, H.Smith gibi bazı sosyologlar sağlık okullarının başına geçmişlerdir(Adak,2002:14).

1951’de Parsons’un “Sosyal Sistem” adlı eseriyle medikal sosyoloji teorik yönelime ulaşmıştır. Bu çalışmada sağlıklı olmanın toplumda bir değer oluşturması ve hasta rolü kavramsallaştırılması gözlenmektedir. Parsons’un bu çalışmasında; Weber’den sağlıklı olmanın toplumda bir değer olması; Durkheim’dan hasta rolünün meşrulaştırılmasında doktorun, doktorun denetlenmesinde tıbbın rolü, Freud’tan sağlık konusundaki değerlerin sosyalizasyon sürecinde bireyin bilinç altına atması düşüncelerinden yararlanarak işlevselci anlayış sergilemiştir. Bu fonksiyonalist yaklaşıma Freidson ağır bir eleştiri getirerek, doktor-hasta ilişkisinde uyumun sürekli olmadığını, temelde bu ilişkinin çatışmadan kaynaklandığını ifade etmektedir. Hatta Ruderman, sağlığı tüm yönleriyle ele almadığını ve yalnızca sosyolojik yönü üzerinde durduğu gerekçesiyle Parsons’un sosyolojiye çok daha fazla önem verdiğini savunur. Bu eleştirilere karşın Cockerham ise Parsons’ın medikal sosyolojiye kuramsal temel atarak, sağlık alanında uygulamalı sosyoloji yapanlara ciddi bir saygınlık kazandırdığını belirtir (Kasapoğlu, 1999:2-3).

Avrupa’da ise Sağlık Sosyolojisi, II. Dünya savaşının ülkelere değişik

etkileri nedeniyle farklı zamanlarda oluşmaya başlamış ve 1950'lerin başlarında İngiltere'de, 1955'te Almanya'da, 1960'larda Polonya'da ve 1960'ların sonlarında Fransa'da gelişmeye başlamıştır(Kızıılçelik, 1996:19).

Tıpta sosyoloji ve tıbbi sosyoloji akademik tartışmalara neden olmuştur. Bu yönelimler kuram ve uygulama bütünlüğü sağlanarak medikal sosyoloji çatısı altında sağlıklı bir duruma gelmiştir. Avrupa ve ABD'de diğer alt sosyoloji disiplinleriyle karşılaştırıldığında medikal sosyoloji yaygın bir kabul görmektedir. ABD, İngiltere ve Almanya'da sosyoloji içerisindeki medikal sosyologlar sosyoloji derneklerinden en büyük bölümü oluşturmaktadırlar. 1983'te Avrupa Medikal Sosyoloji Derneği kurulmuştur (Kasapoğlu, 1999:3).

Disiplindeki gelişme uygulamalı sosyoloji yönündedir ve pratik sorunlarla ilgilenmektedir. Bu uygulama alanlarında 20 yıl öncesinde sağlık veya hastalık kavramları hastaneleri, ilaçları, sağlık çalışanlarını ve ilk yardım çantalarını akla gelirken, artık sağlıklı (hormonsuz-temiz) yiyecekleri, alternatif tıbbi, koşmayı, yürüyüşü, kulüpleri, sağlık-kültür merkezlerini, check-up'ları, düzenli ve uygun beslenmeyi, temiz çevreyi akla getirir (Kasapoğlu, 1999:4). Dolayısıyla sağlık ve hastalık kavramlarının içeriği genişlemiş ve yaşamın birçok alanını kapsar hale gelmiştir. Bunun bir sonucu olarak günlük gazetelerde ve görsel basında sağlık, sürekli dile getirilen bir konu olmuştur. Hatta gelişmekte olan ülkelerde medya aracılığıyla sağlık eğitimi dahi yapılır hale gelmiştir.

1.1.2. Türkiye'de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları

Türkiye'de Sağlık Sosyolojisi çalışmaları Avrupa ile aynı zamanlarda ilgi çekmeye başlamıştır. Ancak diğer alt disiplinlerle kıyaslandığında bu oran yok denecek kadar azdır. Bu alanda ilk çalışma 1965 yılında O.Türkdoğan tarafından yapılmıştır. Türkdoğan, Erzurum'a bağlı köylerde ilk uygulamalı Sağlık Sosyolojisi çalışmasını yapmıştır. Bölgenin sağlık görüngülerini ele alarak, kültür ve sağlık ilişkilerini incelemiş ve doktor, hasta, hastane ve hastalıkla ilgili anlamları ortaya koymaya çalışmıştır. Daha sonra seksenlere kadar bir çalışma bulunmamaktadır. 1982'de A.Kasapoğlu "Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri" adlı teziyle başladığı çalışmalarına halen birçok makale ve kitabıyla devam etmektedir.

Doksanlı yıllara gelindiğinde Sağlık Sosyolojisi ilgi odağı haline gelmiş ve

birçok sosyolog bu alt disiplinde araştırmalar yapmaya başlamıştır. 1993 yılında Oskay, Akşit, Özen, Surat gibi sosyologlar bu alana yeni açılımlar ve gelişmeler sunmuşlardır(Adak,2002:17). Ayrıca 1998 yılında sağlık alanında çalışan sosyologların örgütlendiği Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği kurulmuştur(Kasapoğlu,2001:23).

1.1.3. Sağlık Sosyolojisinin Gelişimini Etkileyen Faktörler

Sağlık sosyolojisinde olgusal düzeyde sağlık/toplum ilişkisinin tarihsel nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

- Fransız ve Sanayi Devriminin sosyolojinin gelişimine ve özelde sağlık-toplum ilişkisinin kurulmasına etkisi.

- Hastalık ve sağlık kavramlarının içinde bulunan toplum ile yakın ilişkisinin anlaşılması, toplumun ekonomik, politik, kültürel özellikleri ve bireyin toplumun içindeki yeriyle yakın ilişkisi vardır. Hastalıkların dağılımı ve sosyal yapı ile farklı yaşam biçimleri arasında bir ilişki vardır.

- Doktorların hasta ve hastalığa karşı davranışlarındaki değişmeler; doktorlar artık hastalığın tedavisiyle uğraşan biri olmaktan öte sosyal faktörlere, aile ilişkilerine, cemaat tipine ve diğer ilişkilere yönelen birer teşhis ve tedavici olmuştur.

- WHO'nun(World Health Organization) sağlık tanımında bireyin ruh, beden ve akıl olarak bir bütün halinde ele alınması medikal sosyolojinin gelişimine ayrıca katkıda bulunmuştur.

- Epidemiyolojinin anlamındaki değişmelerle tedavi edici-önleyici çalışmalar yerini koruyucu çalışmalara bırakmıştır. Böylece önceleri salgın hastalıklar nasıl önlenbilir üzerinde durulurken artık salgınların başlaması ve nedenlerini ortaya koymak için koruyucu çalışmalara ağırlık verilmektedir. Tedavi edici-önleyici sağlık hizmetlerine ulaşamayan ya da bunları satın alamayan sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük toplum kesimleri de sağlıktan yararlanabilir hale gelmiştir.

- Etiyolojideki değişmeler; hastalıkların organik-biyolojik nedenleri olabileceği gibi sosyal ve ekonomik yapıdan kaynaklanan nedenlerinin

olabileceğinin anlaşılması toplum ve sağlık ilişkisini gündeme getirmiştir.

- Ölümlülük örüntüsündeki değişmeler ve bunların nedenlerinin araştırılması toplumsal değişme ile sağlık ilişkisini gündeme getirmiştir. Tarım toplumlarındaki gıda, hava, su ve vektörden(zararlı böcek/haşere) kaynaklanan hastalıklar yerine modern endüstri çağında kanser, şeker ve kardiyovasküler hastalıklar gözlenir (Özen, 1993:75-80). Görüldüğü üzere toplumsal nitelikli bir çok sağlık sorununun varlığı, sosyoloji ile tıbbın işbirliği yapmaları gereğini doğurmuştur.

Medikal sosyoloji, genel sosyolojinin sanayi, eğitim vb. dallarından biridir. Apple (1960)'a göre ise sosyolojinin en gözde ve üretken yüzeylerinden biridir. Hatta tıp, sosyal kurum bir olduğundan kurumlar sosyolojisi olarak ele alınabilir. (Kasapoğlu, 1999:361). Gelişen süreçte sağlık alanında toplumsal bir eğilim gözlenmektedir. Toplum Sağlık Memurları, Toplum Hekimliği bölümleri bu durumu göstermekte hatta tıp fakültelerinde Aile Sağlığı bölümleri açılmaktadır. Günümüzde birçok üniversitede sağlık sosyoloji ile ilgili lisans ve yüksek lisans dersleri açılmakta ve bu konuyla ilgili tezler yayınlanmaktadır. Uzmanlaşmaya doğru giden sosyolojinin alt disiplini Wolinsky, medikal sosyolojinin bir uzmanlık dalı olarak kurulmasına yardım eden faktörleri şöyle sıralamaktadır:

-1920 ve 1930'ların sosyal tıp hareketi;

-1940 ve 1950'lerdeki sosyolojinin sosyal problemlere yönelmesi sonucu ortaya çıkan sosyal epidemiyoloji çalışmaları;

-1949'da tıp ve hemşirelik okullarında tam zamanlı sosyologların çalışması

-1955 ve 1960'larda birkaç özel kuruluşun moral ve finansal desteği;

-1959'da Amerikan Sosyoloji Birliğinin medikal sosyoloji bölümünü tanıması;

-1965'de Sağlık ve Sosyal davranış dergisinin Amerikan Sosyoloji Birliği tarafından resmi dergi olarak kabul edilmesi(Adak,2002:16).

1.1.4. Sağlık Sosyolojisinin Konuları

Turner'a göre Sağlık Sosyolojisi temelde iki bölüme ayrılır. Bunlar tıbbi

sosyoloji (*medical sosyology*) ve tıpta sosyoloji (*sosyology in medicine*)’dir. Bu ikilikte tıpta sosyoloji tıbbın dalları ve mesleki gereklerin baskın şekilde tanımlanmasıdır. Tıp sosyolojisi ise bir sanat olarak tıbbın doğasıyla ilgilenir ve hastaya bakış açısı, doktor perspektifinden değildir. Konusu hastalar ve tıp, medikal uzmanlaşma ve paramedikal uğraş, doktor rollerinin gelişimi, tıbbi eğitimi içerir. Hatta bürokrasinin sosyolojik bir çalışmasının çerçevesi olarak genel ve akıl hastaneleri, klinikler gibi kurumların özel referanslarıyla tıp örgütlerinin çalışmasını da inceler. Hukuk veya din sosyolojisi gibi “sosyolojide temel bir çalışmadır” yoksa bir “tıp incelemesi” değildir (Turner, 1987:1). Başka bir açıdan tıpta sosyoloji bir toplumdaki sosyo-kültürel ve ekonomik yapıya bağlı olarak kişilerin hastalık ve sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarındaki farklılıkları ortaya koymakta ve bunun nedenlerini sorgulamaktadır. Dolayısıyla sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışların ortaya koyulmasıyla kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, sosyal sınıf ve alt-kültür gibi pozisyonlara ilişkin değişkenlerle birlikte sağlık ve hastalığa ilişkin farklı tepkilerle ve hastalık etiolojisini de içine almaktadır (Adak,2002:19). Diğer taraftan günümüzde sosyal tıp (social medicine) çok gelişmiştir. Bunun çerçevesinde sağaltıcı(tedavi edici) hekimliğin yerini koruyucu hekimlik almıştır. Çünkü bireyin hastalığa yakalandıktan sonraki tedavisi hastalanmalarını sağlayıcı önlemlerden çok daha pahalıya mal olmaktadır. Yine tıbbi sosyoloji üzerinde durmak gerekirse, o tıp faktörünün katıldığı toplumsal olayları inceleyen ve bu alanda neden-sonuç ilişkilerini saptamaya çalışan bir disiplindir (Kasapoğlu, 1999:361).

Bu tartışmalar medikal sosyolojinin konuları üzerinde gözlenebilir. Medikal sosyoloji her şeyden önce topluluk yaşamı sürdüren zümrelerin yani köylülerin hastalık ve sağlık kurumlarına olan tutum ve davranışları inceler (Türkdoğan, 1972:23). Kerdall ve Merton’a göre ise yapılan sınıflama tartışmaların temelini oluşturmaktadır. Onlara göre; etyoloji ve ekoloji, sağlığın korunması ve hastalığa tepkiler, sağlık olanakların örgütlenmesi ve mesleki eğitimidir (Kasapoğlu, 1999:362).

Kızılcılık’e göre Sağlık Sosyolojisi, hastalıkların toplumun yapısıyla olan ilişkisini, hastalıkların dağılımını, hastalıklara karşı insanların tutumlarını, hastalıkların sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerini, sağlık-hastalık ile sosyal sınıf ilişkilerini, yoksulluk, işsizlik, boşanma ve ölüm gibi sosyal olguların sağlık ve

hastalığa etkilerini, çevre, yaşanan konut, aile ve meslek faktörlerinin sağlık ve hastalıktaki rolünü inceler(Kızılcelik,1996:16).

David Mechanic (1978) medikal sosyolojinin alanlarını en açık ve geniş şekilde açıklar. Bunlar:

1- Hastalıkların Dağılımı ve Etiyolojisi

Sosyologlar, hastalıkların baş göstermesindeki nedenler ve nüfus açısından hastalıkların dağılımı ile ilgilenmektedir. Yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf(meslek ve gelir) gibi değişkenlere göre hastalıkların dağılımı incelenmektedir. Ayrıca demografik olmayan değişkenler üzerindeki çalışmalara da çok sık rastlanmaktadır.

2- Sağlık ve Hastalığa Kültürel ve Sosyal Tepkiler

Bu alanın büyük bir bölümü doktor-hasta ilişkisi ve bu ilişkinin doktor ve hastanın özellikleri tarafından nasıl etkilendiği ile ilgilidir. Bu konuda en önemli katkılar Parsons (1964) tarafından yapılmıştır. Parsons ve Bloom'un ayrı ayrı geliştirdikleri "hasta rolü" ve 'doktor-hasta' ilişkisi kavramları sonraki çözümlere yön vermektedir. Bu konuda ülkemizde de Aytül Kasapoğlu tarafından 1982'de *Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri* adlı bir çalışma yapılmıştır.

3- Ölümler

Temel olarak hastalıkların değişen kalıpları ve ölüm olayı üzerindeki toplumsal etkilerle ilgilenilmiştir. Hastalık ve ölümlerdeki değişmeye sağlık kuruluşlarının nasıl adapte oldukları ise ele alınan diğer konulardır. Üzerinde en çok çalışılan değişkenlerse yaş, cinsiyet, ırk ve sosyo-ekonomik statüdür. DİE bu konuda istatistiki verileri araştırmacılara sunmaktadır.

4- Toplumsal Epidemiyoloji

Epidemiyoloji, nüfus içinde hastalıkların görülme sıklığını araştırma olup, geniş anlamda ise sosyolojinin en önemli ussal bakış açısı ve metodolojisidir. Alanı birey değil gruplardır ve grup-içi ve gruplar arası karşılaştırmalar yapılır. Konusu hastalıkların dağılımı, sağlık hizmetleri, değişik hastalıkların nedenleri olarak

toplumsal koşulları araştıran ve çözümlerini öneren bir bilimdir.

5- Medikal Uygulama Örgütlenmesi

Tıbbi bakımın değişik örgütsel koşullardaki karşılaştırmasını içerir. Tek çalışan muayenehane doktoruyla, sağlık ocağı veya hastanedeki ekip çalışmasını karşılaştırır.

6- Mesleki Uğraşı sosyolojisi

Geniş bir alan olan uğraş (occupation) ve meslek (profession) bu konuyu kapsar. Hemşireler, hasta bakıcılar, doktorlar, hastane yöneticileri, kırık-çıkıkçılar, lokman hekimler üzerinde yapılan çalışmalar yaygındır. Bunlar genelde tabakalaşma, rekabet, otorite, saygınlık ve uzmanlık açısından incelenmektedir.

7- Hastane Sosyolojisi

Temelde örgüt sosyolojisi olup, büyüyen ve gelişen teknoloji, artan kırtasiyecilik eğilimi, meslekler arası rekabet, güç ilişkileri, karar verme, işbölümü ve merkezileşme, biçimsel ve doğal örgüt ile grup yapıları ile ilgili çalışmalardır.

8- Toplum Sağlığı Örgütlenmesi

Kamu hizmeti sunan ve özel olarak çalışan farklı sağlık kuruluşları arasında gelişmekte olan ilişkiler üzerinde yoğunlaşan çalışmalardır. Değişik tıp örgütlerinin; nasıl birbiri içine girdiğini; uyum ve yarışma durumlarını; gelişme, genişleme, değişme yollarını anlamak gibi konularla ilgilenir.

9- Sosyal Değişme ve Sağlık Bakımı

Tarihsel bir alan olup diğer alanlarla çakışabilir. Sağlık mesleklerinin gelişmesi, sağlık örgütlerinin değişen karakteri, sağlık dağılımı olanakları, sağlık konusundaki değer ve yönelimlerle ilgili çalışmalardır.

10- Tıp Eğitimi

Sosyologlar sosyoloji eğitiminden çok tıp eğitimine önem vermekteler. Merton ve arkadaşları bu konuda köklü bir araştırma yapmışlardır. Uzmanlık alanının seçimini etkileyen faktörler, tıp öğrencilerinde toplumsal değerler, tıpta

zorunlu ortamlara uyabilme, eğitimin etkileri incelenmiştir.

11- *Halk Sağlığı*

19. yy.'da reform hareketlerinden bu yana gelişmiş eski ve geleneksel bir alandır. Önce aşılama, çevre sağlığı koşullarının iyileştirilmesi ve bulaşıcı hastalıklardan korunmaya daha fazla ağırlık verilmişti; daha sonra çevre kirlenmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarıyla ilgilenmeye başlamıştır. Halk sağlığı alanında sosyolojinin rolünü belirleyen Suchman (1963)'dır. Halk sağlığı, araştırma metodoloji olarak epidemiyolojiden yararlanır. Sosyoloji ve epidemiyoloji nüfus çalışmalarına niceliksel tekniklere ağırlık veren bir yaklaşıma sahiptirler. Toplumsal olayları önceden yorumlayabilmek için yapılan çalışmalar, her iki alanın da ortak amacıdır. Halk sağlığının temel çalışma alanları; personel olanakları ve hizmetler, halk sağlığı sorunları, toplum sağlığı sorunları, toplum sağlığı eğitimi ve personel eğitimi, bulaşıcı ve zührevi hastalıkların kontrolü, tüberküloz kontrolü, ana sağlığı, bebek ve okul öncesi çocuk sağlığı, okul sağlığı, kazaların önlenmesi, aile sağlığı, su temini ve atıkların yok edilmesi, yiyecek ve süt kontrolü, konut sorunu, yerel sağlık çalışmaları parasal destektir. Bu dağılım öğretim, araştırma ve hizmet şeklinde toplanabilir.

12- *Stress, Hastalık ve üstesinden gelme(coping)*

Toplumsal örgüt içerisinde, toplumsal gerilimin kaynağı, toplumsal yaşam ve gerilim ile hastalıklar arasındaki ilişkiler incelenir. Bugün değişik hastalık koşulları üzerine toplumsal gerilimin etkisini inceleyen sağlık personeli ile sosyologlar işbirliği yapmaktalar.

13- *Toplum ve Topluluk Psikiyatrisi*

Belirli hastalık koşullarının yönünü ve gelişmesini etkileyen toplumsal öğelerin olduğu kavranıp, düşkünlük derecesi düşürülmeye çalışılmaktadır.

14- *Toplum Siyaseti ve Siyasalar*

Sağlığa ilişkin alanları diğer siyasalardan ayırmak yararsız girişimdir. Sağlığa ilişkin siyasalar diğer toplumsal ve ideolojik siyasalar çerçevesinde, onlara karışmış ve bir anlamda da yozlaşmıştır (Kasapoğlu,1999;362-366 ve

Mechanic,1978:21-41).

Ayrıca Mechanic aşağıdaki alanları da medikal sosyolojiye eklemiştir.

1- *Değişen Toplumsal Davranışları Etkileyen Yeni Teknolojiler*

2- *Kanuni ve Ahlaki Sorunlar*

3- *Sağlık Ekonomisinin Sosyal Yönleri*

4- *Tıbbi Bakım ve Davranış Problemleri*

5- *Tıp Çerçevesindeki Yarı Meslek Grupları* (Mechanic, 1978:41-45).

Uygulamalı bir alan olan medikal sosyoloji, özellikle ABD’de gelişmiş ve toplumsal değişme, toplumsal sistemler, gruplar örgütler, tabakalaşma, işbölümü, rol-statü, davranış modelleri, güç, yetke, iletişim vb. sosyolojik kavramları sağlık alanına uygulama olanağı bulmuştur(Kasapoğlu, 1999:366-367). Ülkemizde sağlık-hastalık kavramları tıbbin inceleme alanı görüldüğünden sağlık sosyolojisi yeterince hızlı gelişmemektedir.bununla birlikte son birkaç yıldır sağlık sosyoloji hemşirelik ve sosyoloji bölümlerinde ders programlarına girmiş ve özellikle yüksek lisans aşamasında tezlere konu olmaya başlamıştır. Bu noktada en yoğun gözlenen konu doktor-hasta ilişkisidir.

1.2 SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

1.2.1 Sağlık Kavramı

Sağlık tanımlamaları çok farklı olmakta ve değişik bakış açılarını içermektedir. Bu açıklamalarda araştırmacının mesleki formasyonu önemlidir. Sağlık tanımlamalarında üç etmen biyolojik, mental ve sosyal noktadır.

Sağlık, “Canlı metabolizmasının maddesel bütünlüğünü sürdürmesi ve üst düzeyde bütünlüklerin oluşturulması sürecidir (Oskay, 1993:94)”. Okyayuz sağlığı “Hücrelerin bir araya gelerek organları, organların bir araya gelerek canlı vücudunu oluşturması gelişigüzel bir şekilde değil, hücre iç yapısından başlayarak, veya mikrodan makroya yönelik süreci içinde bütünü oluşturan parçaların, gerek fizyolojik ve gerekse biyolojik düzeyde birbiriyle karşılıklı olarak işlevsel ve organik bir

bütünlük veya uyum ve denge sağlama doğrultusunda oluşan fizyolojik ve biyolojik bir sistemdir” şeklinde tanımlarken(Okyayuz, 1999:10) Yüncü ise sağlığı, “Bedenin, aklın ve ruhun iyi, dinç ve zinde oluşu şeklinde” de daha geniş bir tanımlama ile açıklar (Yüncü, 1990:94).

Okyayuz gibi sağlık alanında doktor olan Belek ise sağlığı; “*bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilme süreci*” şeklinde tanımlamaktadır (Belek,1998:25). Daha bütünlükçü yaklaşıma göre ise sağlık; “hücresinin fizyolojik, çevrenin biyolojik ve fiziksel ortamın fizik yapı, sosyal ve psikolojik değişkenlerinden oluşan, bireyden, topyekün çevrenin sağlık şartlarına kadar uzanan ve bunları kapsayan bir bütündür” şeklindedir(Işık,2001:3).

Şamanist açıdan sağlığa yaklaşan Knight’a göre ise sağlık; dünyanın yapısını oluşturan ve “zıt kutuplar olarak” kavramsallaştırılan, “pişmiş ve çiğ, yaşlık ve kuruluk, sıcak ve soğuk gibi güçler ya da durumlar arasındaki doğru dengenin sürdürülmesine” bağlıdır(Adak,2002:21). Benzer bir tanım M.Ö. I. yy’da Iulius Cesar döneminde yaşamış Galen tarafından yapılmıştır. Galenus’a göre insan vücudu evreninin oluştuğu ateş, hava, su ve toprağın birleşiminden oluşmuştur. Sağlıkta “sıcaklığın, kuruluğun, yaşlılığın ve soğukluğun dengesi”dir(Kızılcıçelik,1996:87). Bu açıklamalar insan vücudunun bir dengeden oluştuğuna, bu dengenin bir şekilde bozulduğu anda sağlığın yitirildiğine işaret etmektedir.

Halk sağlığı ile çalışmaları ile tanınan N.Fişek ise sağlığı; “*toplumun koşullarına ve sağlık sorunlarına uygun bir örgütlenme ve yönetimle, o toplumda yaşayan tüm insanları, hasta olsun ya da almasın yaşadıkları çevreyle birlikte gözönüne alan; onların sağlıklarını ana rahmine düştükleri andan ölümlerine kadar kendi sorumluluğu içinde gören, çevrede bulunan ve hastalıkların oluşumunda rol oynayan olumsuz etmenlerin giderilerek olumlu bir çevre yaratılmasına uğraşan; sağlamların hastalanmamasına hasta olanların olanakların elverdiği en erken dönemde bulunup tanı ve tedavilerinin yapılmasına ve gerekiyorsa rehabilite edilmelerine çalışan bir hizmettir*”. şeklinde tanımlar(Dirican,1990:51).

Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüebilme ve

yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık geleceği de kapsar ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir. Sağlık, herkesin kendi sorumluluğunda olan başkalarına karşı ise herkesin kısmen sorumlu olduğu bir olgudur (Illich, 1995:180-192). Uyum yaklaşımına benzer şekilde Parsons ise sağlığı “tek bir canlı sistemin teleonomic kapasitesi” olarak açıklar. Teleonomic kapasite ise sistemin hem kendi içinde hem de çevreyle ilişkilerinde çok sayıda bir dizi işlevi etkili bir biçimde yerine getirilebilmesi için bir ön koşul olarak, kendi kendini düzenleyebilme halini ve duruma uygun bir hali koruyabilme kapasitesidir. Kısaca bireylerin toplumda işlevsel olma yeteneğidir(Parsons, 2001:100-101).

J.S.Larson ise sağlıkla ilgili tanımlamaları dört grupta toplayarak açıklamaya çalışır:

- 1- Medikal modelde sağlık; fiziksel, kimyasal, mikrobik ve genetik etkenlerin canlının yapısını bozmadan normal işleyişini sürdürmesidir. Burada sağlıklı olmak hasta olmamak anlamına gelecektir. Ancak hasta olmama durumu ruhsal olarak iyilik halini de içine alır.
- 2- İkincisi, Dünya Sağlık Örgütü modeli olup burada sağlık “sadece sakatlık ve hastalığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir.” şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımlama çok geniş olup, kavramların biraraya getirilmesinde sorunlar yaşanmaktadır.
- 3- Üçüncüsü; İyilik Hali modeli ise sağlık, zihinsel ve bedensel olarak hastalıklarla başedebilme kapasitesi anlamına gelmektedir. Burada dikkat, öznel algılamaya, gayretin, dini inançların, telkinin, zihinle beden arasındaki bağa çekilmektedir.
- 4- Dördüncüsü ise, Uyumlanma teorisidir. Bu teoriye göre sağlık bireyin fiziksel ve sosyal çevreye uyumlanma kapasitesidir. Rosedale, sağlığı insan ve onun ekolojisi arasındaki harmoni olarak tanımlamıştır(Erbydar,2001:49-52).

Biyolojik ve sosyal açıklamaları bir araya getirerek Graham sağlık tanımında farklı bir bakış açısı sunar. Yaşam üzerine bakışta biyolojik özellikler; güç, kondisyon dayanma gücü, bağışıklık, tekrar üretim kapasitesi organizmanın dönüm noktalarına (ergenlik-menapoz, yapım-yıkım dönemleri) ve topluma göre değişir. Aynı şekilde rollerde satülere ve toplumlara göre farklı anlamlar içerir. Böylelikle biyolojik değişmeye gösterilen sosyolojik karşılık sürekli etkileşim halindedir. Sosyolojik faktörler ve sağlıklı biyolojik durum her yönüyle sıkı bir etkileşim halindedir. Bu faktörlerden bireyin çevresi, bireyi rahatsızlık rolüne sokabilir. Sosyolojik faktörler koruyucu hekimlikte de önemli olup, varlığı toplumun çeşitli sistemlerine bağlıdır. Tıp ve sosyoloji sağlığa farklı pencerelerden bakarak, organizmanın iki yönüyle ilgilenir. Biri doğa bilimlerinin yöntemlerini kullanarak rahatsızlığın etyolojisi, tedavisi ve bakımıyla ilgilenirken, diğeri bireysel roller ve kültürel üyelik gibi konularla ilgilenir (Graham, 1964:168-172).

Bu açıklamalardan yola çıkarak günümüzde sağlık anlayışı hasta olmama durumundan öte tamamen iyilikten söz etmektedir. Çünkü önceden birey sakat, hasta veya deli değilse sağlıklı anlamına gelmekteydi. Sağlığın anlam değişikliğiyle ilgili olarak Marks “sağlık özünde değişkenli bir yapıya sahip olup, merkezinde yaş, cinsiyet ve genetik özellikler bulunan bir çekirdektir” şeklinde geniş ve kapsamlı bir açıklamada bulunur: Bu çekirdek etrafında da bireyin yaşam biçimi, sosyal etkiler, yaşam koşulları, kültür ve çevresel faktörler gibi değişkenleri vardır. Böylece sağlığa yalnız tedavi süreci olarak değil, daha genel bir bakış açısı sağlanılmış olur (Okyayuz, 1999:8-9).

Bununla birlikte sağlığın tanımlaması genelde değişik iki perspektiften yapılmaktadır. Birincisi yukarıda da görüldüğü gibi tıbbi model de vücut patolojik anormallik göstermediği sürece sağlıklıdır. İkincisi de sağlıkla profesyonel olarak ilgili olmayanlar (*layman*) sağlığın, bireylerin depresyonda olup olmaması, kendi kendine beslenme, giyinme, banyo yapma, yürüme koşma ve merdivenden çıkma gibi günlük faaliyetleri yapıp yapmamak olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 1999:4).

1.2.2. Hastalık Kavramı

Bilimin diğer yönleri içinde tıbbın çerçevesi, biyolojik bilginin gelişimi, entelektüel yönelim ve toplum sistemlerince çizilir. Böylece az gelişmiş toplumlar

sağlığa ilgisiz kalıp, birçok durumu (parazitlerin olağan sayılması gibi) hastalık olarak nitelemezler. Hastalık kavramının toplumdan topluma değişmesine gelişmiş ülkelerde de rastlanır. Örneğin Fransa'da bakteriyel enteritlere karşı genel bir şikayet olmasına rağmen bu rahatsızlık hastalık olarak algılanmaz. Hatta karaciğer rahatsızlıkları da sık sık görülmesine rağmen, özellikle şarabın aşırı kullanımından oluştuğundan, hastalık şeklinde algılanmaz ve ciddi bir problem olarak görülmediğinden üzerinde durulmaz. Diğer bir örnekte ABD'den verilebilir; Birleşik Devletlerde mutfakta hijyene özen gösterilmemektedir (Graham, 1964:168-173).

Hastalık kavramının tanımlamasından önce sağlıksız durumun ne olduğu belirlenmiş, sonra hastalığın varlığı açıklanıp, koruyucu tedbirlerle hastalık yavaşlatılmıştır. 19.yy.'da birçok benzer hastalığa "Humma" denilmesi gibi yakın geçmişte de çoğu hastalık kanser olarak tanımlanmıştır (Graham, 1964:168-173).

Hastalık tıbbi olarak; sağlığın yerinde olmayışı, sağlık durumunun bozulması, organizmada değişikliklerin olmasıyla gözlemlenen bozulma hali olarak tanımlanır. (Okuyuz, 1999:11). Diğer bir tıbbi açıklama ise "Organizmanın görevlerini etkileyen olguya hastalık denmektedir."(Yıldırım,1990:1).

Hastalık(disease), vücudun içsel işleyişini etkileyen değişikliklere veya birtakım bozukluk durumlarına verilen tepkidir. Bu noktada hastalık ile biyolojik bir organizma olarak vücudun işlevlerini değiştiren nesnel bir durumu ortaya çıkmaktadır. Aslında belirtileri aşikar olan hastalık, organizmanın çalışma durumuna dair anatomi bilgisiyle ilgili, sadece gözlenebilen bir gizli süreçtir(Coe,1978:96). Bununla birlikte gelişen süreçte hastalıklar, yaşamda dışsal bir faktör ve belli bir yaşam şeklinin, özellikle kentsel yaşamın bir ürünüdür. Bu anlamda hastalık, mikropların yarattığı ya da bir kaza sonucunda ortaya çıkan bir durum veya kanser gibi hastalık ya da zihinsel bir rahatsızlık şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer yandan hastalığın olmaması bir denge durumu olarak algılanmaktadır (Adak,2002:28).

Tıbbi patolojide hastalık "disease", bir hastanın yaşadığı öznellik taşıyan yakınmalar ise "illness" olarak ayrılarak bedendeki organik bir bozukluk olarak tanımlanır. Hastalık, tıbbi literatürdeki tanımlarının yanı sıra sosyo-kültürel ve psikolojik öğeler de içerir. Bu nedenle de hastalığın toplumsal boyutu da vardır. Bireydeki organik ve patolojik bozukluk yalnız onu değil çevresini de etkiler.

Etkileşim, eğitime, kültür düzeyine, etnik kökene, geçmiş yaşama, sosyalizasyon sürecine, dinsel bağlılığa göre farklılık gösterir. Etki ve farklılaşma açıklamasındaki sosyal boyut hastalığa klinik olmayan bakış açısı sağlar (Oskay, 1993:110-111). Bu sosyal bakış açısını Türkdoğan'da da görmek mümkündür. Ona göre sosyal sistem, fikirlerin organizasyonudur, yani birtakım genel kavramlar veya genelleştirmelerden ibaret olan ideal tiplerdir. Bu tiplendirme veya modeller sosyal müesseselere uygulanır. Bu bakımdan din, ekonomi, siyaset, sağlık vb. birer sosyal sistemdir. Bu sosyal sistem içerisinde hastalık; biyolojik bir sistem olan canlının durumu ile şahsın sosyal intibakını temin eden normal görevin bozulma halidir. Bu tanımda hastalığın kısmen biyolojik kısmen de sosyal bir yapıya sahip olduğu aşikardır (Türkdoğan, 1972:23-24).

1.2.3. Hasta Rolü

Çin literatüründe hastalık toplumun kurallarına ve adetlerine uymamaktan kaynaklanmaktadır. Bu gelenekte hastalık, bireysel ve toplumsal düzeyde uyumsuzluk olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla hastalığın tanımı, insanlararası sosyal ilişkilerin azalması, hastanın sosyal statüsünde işgal etmiş olduğu rol görevlerin yerine getirilememesi ve hastanın irade dışı, yani kendi hatası olmadan bir sorumsuzluk ortamı içinde yaşatılması durumudur(Kızılçelik,1996:81).

Hastalık, doktor tarafından bilimsel rasyonellik ve objektif kriterlerle değerlendirilip, sonuca bağlanır. Bu süreçte hasta-birey şikayetlerini doktora açıkladığında-subjektif açıklama- hemen bir dizi kural çerçevesine muayene edilir ve istenen tahliller ışığında fiziksel bir neden aranır-objektif açıklamaya ulaşılmak istenir-. Eğer bir fiziksel neden yoksa diğer faktörler (psikolojik vb.) aranmaya başlanır. Bu durumda hastalık doktora giderken subjektif bir özellik taşıırken (illness), doktordan dönüldüğünde objektif bir özellik (disease) taşır (Oskay, 1993:97-99). Burada hekim, hastanın yaşam isteğine dönme istemine yardım edendir (Okyayuz, 1999:11-12). Değerlendirmede bireyin hastalık davranışı hekim tarafından onaylanırsa hastadır.

Fakat hasta veya hastalık, aynı zamanda sosyal bir olay olduğundan yalnızca doktor onaylaması değildir. Bunun yanında bireyin dengesizliği hasta olarak kabullenmesi çevrenin bireyi hasta olarak tanımlaması da gerekir. Hastalık bireyde

birtakım değişikliklere yol açar. Değişiklikler bireyin çerçevesiyle ilişkilerini, sorumluluklarını, bağımlılıklarını değiştirir. Oskay hastalığının toplumda birçok işlevine değinir. Hastalık:

- Dayanılmaz baskılardan kaçış yoludur.
- Bireysel başarısızlığı rasyonalize etme çabasıdır.
- Çevrenin dikkatini çekme çabasıdır.
- Hastanede kalma bir tatil ve sorumluluklardan kaçma olabilir.
- Bir sosyal kontrol aracı olma gibi işlevlere sahip de olabilmektedir.

Bu işlevlerin yanında hastalık uyum ve dengenin bozulmasıdır. Hem sosyal hem de klinik belirtilerde ortaya çıkan farklılıklar olarak hastalık belirli bir süreçte oluşur. Önce toplum üyelerinin ve bireyin ortaya çıkan patolojik belirtileri veya dengesizliği hastalık olarak tanımlaması gerekir. Sonra hasta-birey bakıma ihtiyacı olduğu fikrini benimser. Bu fikrin kabulüyle birlikte tıbbi bakıma başvurur. Bağımlı-hasta rolü ile doktor kontrolüne girer ve bunun sonucunda iyileşme ve rehabilitasyon aşamasına geçilir. Fakat bu süreç acil durumlarda kanamalarda ve doku bütünlüğünün fazla oranda bozulmasında değişiklik gösterir (Oskay, 1993:99-105).

Foucault ise hastalığı hem bir düzensizlik, insan vücudunun ve hayatının merkezine kadar ulaşan bir başkalık, hem de kendi içinde düzensizliklere, benzerliklere ve türlere sahip bir olgu olarak tanımlamaktadır(Işık,2001:41).

Sosyal bir durum olan hastalık algısı sosyologlar tarafından yapılan gözlemler sonucu, hastalık belirli bir statüyü, bu statüye girişi, statünün üstlenilişini ve bu statüyle bireysel otonomiden vazgeçmeyi içerir. Biraz açıklamak gerekirse hastalık, sosyal bir grup içinde belli bir durumu temsil eder. Bu durumun taşıyıcısı olan birey uygun davranış kalıplarını yerine getirmesi gerekir. Bu statüyü üstlenmede sosyal faktörlerin etkisi bulunmaktadır ve statünün kuralları sosyal olarak belirlenir. Böylece sosyal kuralların belirlediği kurallar, bireye birtakım haklarını ve rollerini bırakması gerektiğini bildirirki, bu durumda birey statü değişikliğine gitmiş olmaktadır. Daha sonra bireyin toplumsal konumu “hasta birey” şeklinde belirlenmiş olur(Adak,2002:32).

Sürecin gösterdiği gibi hastalık toplumsal bir olaydır. İçeriği sosyo-kültürel farklılık gösterir. Bu sosyal olayı sosyologlar; grup-içindeki statüyü ve rolü, statüye sosyal öğelerin etkisini, statüye geçişteki kuralları, bireysel otonominin toplumsal kontrole devri gibi önermelerle açıklarlar (Oskay, 1993:105-110). Parsons doktor ve hasta rolünü inceleyen ilk sosyologlardan sayılır. Sistem kuramcısı olması nedeniyle doktor-hasta ilişkisini, statüleri ve rollerini bir alt sistem olarak görür. Sistem içindeki bireyler rol beklentilerini yerine getirmelidir. Aksi halde hastalık durumundayken rolünü yapmaya çalışmasının toplum açısından işlevi yoktur (Oskay, 1993:111-112). Parsons hasta rolünün toplum düzeyinde kurumlaşmış geçici bir sosyal statü olarak değerlendirmiştir. Bu kurumsallaştırmanın amacı, hastalık durumundan sağlık durumuna geçişi sağlayarak bireylerin toplumsal sistem içindeki işlevsel konumlarını güvenceye almaktır(Adak,2002:34). Parsons uyum ve uzlaşmayı temel aldığından hasta rolü ile doktor rolünü birbirinin tamamlayıcısı olarak görür. Bu nedenle hastalıktan sağlık statüsüne geçiş sistemin işlevsel bütünlüğünü sağlar. Sistemdeki doktor ve hasta rolünün sorumluluk ve hakları belirlenmiştir. Sosyal sisteme dayalı bu model medikal sosyolojide çok etkili olmuştur, fakat çok eleştiri almıştır. Günümüzde hasta yardım bekleyen biri olmamakta sorumluluğunu etkin bir şekilde yerine getirendir.

1.2.4. Tarihsel süreçte Sağlık ve Hastalık Kavramı

Sağlığa ve doktorluğa ilişkin ilk bilgiler Mısır'da M.Ö 1700 yıllarından kalma Edwin Smith papirüsüyle, M.Ö 1500 yıllarından kalma Ebers papirüsleridir. Bunlarla büyücülerin hastalık tedavisinde bitkisel ilaçlarla yapılan tedavi metotlarını kullandığı ifade edilebilir. Bu dönemde tıbbın içeriği hasta muayenesi, tanı koyma ve tedavi dışında, hastalıkların çevrenin iyileştirilerek giderilebileceği aşamasına değin gelişmiştir. Sosyal çevrenin iyileştirilmesi, hela yapımı, katı-sıvı atıkların kanallarla uzaklaştırılarak yok edilmesi gibi önlemler de alınarak sağlanmıştır. Aynı şekilde Mezopotamya'da da kanalizasyonların varlığı arkeolojik kazılarda ortaya çıkmış bazı bulaşıcı hastalıkların karantinaya alınması sağlanmıştır. Tevrat'ta da beden temizliğine, karantinaya, evlerin temizliğine, su ve besinlerin temizliğine, ana sağlığına önem verilmektedir. Eski Çin'de de sağlıkla ilgili birtakım kurallar M.Ö. 3000 yıllarına kadar uzanmaktadır. Hastalıkların önlenmesi amacıyla sosyal birtakım tedbirler alınarak-beden ve cinsel kurallar koyarak- sağlanmaya çalışılmış, çiçek

hastalığı yara kabuklarının sağlıklı olanlara temas ettirilerek bir çeşit aşılama sağlanmıştır. Hindistan'da da M.Ö. 1500 yıllarından itibaren Ayurveda hekimliği gelişmiş, cerrahi birçok konuyu da içine alacak kadar gelişmiştir(Dirican, 1990:13-14). İlk toplumsal sınıflaşma köle emeği olduğundan sağlık bilgisinin kullanımı ve sağlığın korunması da yalnızca köle sahipleri için bir hizmet olarak örgütlenmiştir. MÖ. 3000 yıllarında hekimlere ait ilk bilgi Sümer köleci toplumunda, sağlık hizmeti örgütlenmesi ise MÖ. 2000 yıllarında Hammurabi kanunlarında yer almaktadır (Belek,1998:26-31).

Eski Yunan'da da özellikle Hipokrat'la (M.Ö 640) başlayan hekimlik uygulamaları gözlenir. Hipokrat'tan önce klinik teşhis ve yöntemlere nadiren rastlanırken, hatta hastalıklar bir bütün olarak tek hastalık olarak algılanmaktayken,Hipokrat'tan sonra kan ve salgı örnekleriyle tanı koyulmaya başlanmış ve ayrı ayrı hastalıkların olduğu anlaşılmıştır(Dirican,1990:16).

Roma'da ise M.Ö. 46'da Iulius Cesar tarafından yabancı doktorlara vatandaşlık hakkı tanınmıştır. Bu dönemde Ephesos'ta(Efes) doktorlar vergiden muaf tutularak rahatça çalışmaları sağlanmıştır. Hekimlere verilen önem artmıştır. Dönemin ünlü hekimleri Galenos ve Xenophon'dur(Jackson,1999:51).

Türklerde ise VIII. yüzyılla birlikte (islamiyetin kabul edilmesiyle birlikte) sağlıklı bilgilere ulaşılabilinmektedir. Bu dönemde Ebubekir Razi, İbn-i Sina, Zehravi tıp bilimine katkıda bulunmuşlardır. Bu bilginlerin kitapları yabancı dillere çevrilmiş ve XVI.-XVIII. yüzyıllarda Avrupa tıp fakültelerinde okutulmuştur. Ancak 1724 yılına kadar Avrupa'da cerrahi müdahale yasaktır. Buna karşın IX. yüzyılda Bağdat'ta ilk hastane kurulmuştur. Anadolu'daysa XIII. Ve XIV. Yüzyıllarda hastane ve tıp fakülteleri kurulmuştur. Daha sonra ise Doğuda tıp gerilerken Batıda teknolojik gelişmelere paralel olarak hızlı bir gelişim sürecine girmiştir (Dirican, 1990:15-30).

Ortaçağ döneminde kilisenin etkisiyle bütün bilimsel araştırmalar tanrıya karşı gelmek olarak nitelendirilmiş ve hekimlik uygulamaları, kişisel hijyen, sosyal çevrenin temizliğinden vazgeçilmiştir. Dolayısıyla salgın hastalıklar dünyanın birçok yerinde sosyal çevre iyileştirmeleri, karantinalar ve kişisel hijyenle aşılmaktayken Avrupa'yı baştan başa kırmıştır.

Sanayileşmeyle birlikte sağlık koşulları ilk başlarda daha da kötüye gitmiştir. Dünyanın dört bir tarafına giden kaşifler hem gittikleri yerlere hastalıklarını yaymışlar hem de o bölgelerden birçok yeni hastalık getirmişlerdir. Bu dönemde insanların sanayi merkezlerine dolmasıyla ve sağlıkla ilgilenen bilim adamlarının hastalıkların ortaya çıkış nedenlerini, gelişmelerini ve tedavilerini bulmasıyla sosyal çevrede iyileştirmelerin zorunlu olduğu fikri ortaya çıkmıştır. Şehirlerde kanalizasyon vb. birçok altyapı hizmeti yaygınlaşmış ve hastalığın sosyal bir olgu olduğu tüm dünyaca kabul edilmesinin tohumları atılmıştır.

Sağlık ve hastalık artık sağlık kurumunu aşip aile, kültür, gelişim, cerrahi müdahaleler, ilaçla, genetik, sağlık çalışanları, sağlık hizmetleri sistemi, çevre koşulları, toplumsal sınıfı, yaşam tarzlarını, alışkanlıkları, ekonomiyi, enfeksiyon öğelerini, kişiler ve gruplar arası ilişkileri de kapsar hale gelmiştir.

1.3. SİSTEM VE GÜÇ

1.3.1. Sistem Kavramı

Bertalanffy'a göre sistem, karşılıklı ilişki kuran parçalar kompleksi iken, Parsons'ta bireylerarası karşılıklı eylem bağımlılığıdır. Bir bütün olarak davranan yapılaşmış ve düzenlenmiş bir toplumsal etkileşimler bütünü olan sistemde temel noktalar: sistemi oluşturan öğelerin birbirine bağlı olmaları, bu öğelerin düzenli bir uyum içinde örgütlenmeleri, bütünün öğelerin toplamına indirgenememesi ve bu bütünün dışardan ve kendi iç öğelerinden gelen etkilere bir bütün halinde tepki göstermesidir. Buradan yola çıkarak sistemin etkileşen alt gruplardan oluştuğunu ifade edilebilir. Sosyal sistemlerde karşılıklı etkileşimin önemine işaret eden Homans, sistemi üç çerçevede ele alır: Fiziksel çevre (coğrafya ve mekan), Kültürel çevre (Toplumsal norm ve değerler), Teknolojik çevre (eylemsel bilgi ve amaç) (Ersan,1998:44-46)

Bir toplumsal sistem kendi içerisinde kendine çok farklı amaçlar edinmiş bir çok alt sistemden oluşmaktadır. Bu alt sistemler karşılıklı etkileşim halinde toplumsal sistemin bir parçasıdır ve bir değişkeni barındırır. Bu nedenle toplumsal sistem, en alttaki sistemlere kadar çözümlemeyi gerektiren bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımla değişkenler arası bağlar ortaya çıkarılabilecektir. Bu yaklaşımın en bilinen temsilci bir sistem sosyologu olan Parsons'tur.

1.3.2. Parsons Ve Sistem Yaklaşımı

Parsons aktörlerin toplumsal eylemlerini toplumsal kurumlar tarafından belirlendiğini söyler. Toplumsal kurumlar ya da kalıplar belli bir toplumda hangi toplumsal eylemlerin ya da ilişkilerin meşru veya gayri meşru olduğunu belirler. Bireyin eylemleri toplumsal kurumlar çerçevesinde ve davranış kalıplarına göre yapacakları tercihler sonunda ortaya çıkar(Kongar,1995:160). Parsons eylem kalıplarını şu şekilde ifade eder:

- 1- Duygusallık (affectivity)/duygusal tarafsızlık (affective neutrality)
- 2- Belirginlik/ yaygınlık(diffuseness)
- 3- Evrensellik (universalism)/özellik(particularism)
- 4- Kişilere atfedilen özelliklerine göre değerlendirme(ascriptio)n/kişileri başarılarına göre değerlendirme(achievement)
- 5- Bireysel yarar(self orientation)/topluluk yararı(collectivity orientation)

Bu beş kalıba göre aktörler eylemlerinde tercih yaparlar ve bu şekilde rollerini yerine getirirler (Ersan,1998:49).

Parsons'a göre sosyal sistem dört alt sistemden oluşmuştur. Her toplum varlığını devam ettirmek için bu dört önemli yapısal özelliğe sahip olmalıdır:

- Ekonomi ve önemli alt sistemleri,
- Politika,
- Akrabalık,
- Toplum ve kültürel örgütlenme.

Bunlar toplum üyelerince ihtiyaç duyulan kaynakları sağlayıp dağıtırken, toplumun amaçlarını ortaya koyma işlemini ve üyelerinin bu amaçlara ulaşması için onları motive eder. Aynı zamanda bu temel özellikler sosyal etki kalıplarının devamlılığında işlevsel olup, kişiler arası gerginliklerin kontrolünü sağlar(Cuff-Payne, 1983:35). Toplumsal ve kültürel kurumlar sosyal değerler ortaya çıkarabilir,

güçlendirebilir ve destekleyebilirler. Böylece gücün /sosyal kontrolün, resmi merkezlerden oluşması sağlanır.

1.3.3. Güç Kavramı

Günümüzde vergi, eğitim ve nüfus sayımı gibi ulus devletin gerektirdiği toplumsal kontrol araçlarının yaygınlaşmasıyla, bireyin varlık alanı sınırlandırılmıştır. Siyasi nüfus, ekonominin çokuluslu hale gelmesi, kitle eğitimi, global iletişim bireyin üzerinde görece olarak tam bir hakimiyet alanı sağlamıştır. Bunlarla birlikte mevcut törelerin varlığı bireyi kimliksiz hale gelmiştir. Sosyal kontrol mekanizmalarının bu denli güçlü olduğu ortamda güç ilişkileri görünmez bir hale gelmiştir. Blau, “İnsanlar amaçlarını seçmekte özgürdür, fakat yalnızca yapısal olarak belirlenmiş alternatifler arasından... *Blau;1964*” diyerek sosyal kontrol mekanizmasının gücünü belirtmiş ve bazen eylemlerimizin neredeyse tamamının daha önceden belirlendiğine dikkat çekmiştir (Poloma,1993,64). Güç tanımı, zorlaşsa da bazı temel noktalardan yola çıkılarak bireyleri etkileme şekilleri, davranışların yönlendirilmesi ve kontrol altına alınarak benimsetilme şekilleri gözlenebilmektedir.

Buradan yola çıkarak Foucault'ya göre, güç, her tür etkileme ve kontrol altına alma eylemini kapsayan geniş bir kavramdır. Bu anlamda bir diktatörün vatandaşlara tek tip kırmızı elbise giydirmesinden içten bir dostluk bağına kadar hemen her tür ilişki biçimi, iktidarın kapsam alanına girmektedir. Weber'e göre güç(power), kişilerin ya da grupların başkaları karşı çıktığında bile kendi istedikleri şeyleri gerçekleştirebilme olasılığıdır. Krockhart ise gücün, şartlara ve ilişkilere bağlı olarak değişip, belirginleşebileceğini belirterek, onu birtakım amaçların gerçekleştirilmesi için örgütlü bir direnmeye dayanmadan kaynakları harekete geçiren potansiyel bir kapasite olarak tanımlamaktadır (Kırel,1998:8-10). Pfeffer'e göre güç, dar anlamda “potansiyel bir kuvvet”, geniş anlamda ise “davranışı etkileme, değiştirme, direnişi kırma ve potansiyel bir yetenek” olarak ikiye ayrılmaktadır. İki bağlamda da sosyal bir ilişki ürünüdür, değiştirilebilir bir yönü bulunmaktadır ve otorite ile yalın ilişkisi vardır(Pfeffer, 2003:1-3). Foucault ise gücü, kendi çıkarlarını hayata geçirebilmek için, bir aktör ya da aktörler kümesi tarafından sahip olunan ve başkaları üzerinde bilinçli olarak uygulanan bir şey olarak

görse de onun ancak eyleme geçirildiği zaman varolduğunu ifade etmektedir (Kirel,1998:8-10).

Blau'da gücü ödül ya da ceza bağlamında açıklar. Güç, direnç göstermesine rağmen kişi ya da grupların iradelerini diğer grup ya da bireylere empoze etme yeteneğidir. Dolayısıyla basitçe zorlama ya da onun korkusunun merkezde yer aldığı ve yaptırımlar yoluyla yapılan kontroldür. Emerson'dan yola çıkarak, kişi hizmet sunana bağımsızlığını göstermediği sürece (dolayısıyla ona başeğmekte) gereksindiği hizmeti almayı devam ettirmekte ve onun isteklerine boyun eğmektedir (Poloma,1993:65). Baskıcı gücün kullanımı direnmeye bazen de aktif karşı koymaya neden olmaktadır. Bu nedenle günümüzde güç çatışmaları karşılıklı ya da grup ilişkilerinde minimumda tutulmaktadır. Güç sahipleri zorlayıcı potansiyellerini mümkün olduğunca aşağı çektiğinde ve güçlü durumları örgütlenmeler ve bürokrasi yardımıyla koruma altına alındığında, güçsüz konumunda bulunanlar sisteme ve güce gönüllü olarak uymaktadırlar.

Bununla birlikte Lenski'ye göre zor ve baskı kullanımı toplumda güç sahibi olmanın en etkili aracıdır. Ancak gücü elde tutmak için zor kullanma yerine, bunun için kurumsal ve yapısal bir temel yaratarak, güçlünün egemenliğini haklının egemenliğine dönüştürmeli ve güç daha az kişisel, daha çok kurumsal ve daha kabullenir olmalıdır (Poloma,1993:134). Benzer şekilde Weber'de toplumsal bir ilişki olarak gücü, tabakalaşmanın temel kavramı olarak görmekte ve Marksizmin iktisadi kaynakları elinde tutma olarak gördüğü güç kavramına; sınıflar, statü grupları ve partiler gibi toplumsal fenomenleri eklemektedir. Dolayısıyla güç, sadece zorlama ya da kuvvetle elinde bulundurulmuş bir şey olmayıp, meşrulaştırılarak, otorite haline dönüştürülen bir şeydir. Bu meşrulaştırma otoritenin bir inançlar sistemi olmasından kolayca sağlanabilmektedir. Sosyal yaşamda bireyin davranışlarının diğerleri tarafından kontrol edilmesi beklenir ve otorite güce dönüşürken sosyal kontrol kurumsallaşır. Bununla birlikte otorite sadece güçten ortaya çıkan kaynaklarla değil, güç dağılımının yaptırımlarıyla da oluşur. Böylece güç gruplar, kurumlar arasında paylaşılarak yasallaşır. Otoriteyi de içine alacak kadar geniş olan güç kavramı kişilerarası ilişkileri ifade eder (Kirel,1998:8-10). Bu noktada meşruiyet, otorite, kuvvet/zor kullanımı gibi kavramlar ortaya çıkmaktadır. Ancak gücün uygulanış şekli kuvveti de tanımlar.

Raven ve French gücün temellerini beşe ayırır. Bunlar;

1. Zorlayıcı güç,
2. Ödüllendirici güç,
3. Yasal güç,
4. Uzmanlık gücü,
5. Özdeşlik gücüdür.

Burada yasal güç, bireyin sorumluluk alanında isteklerini yaptırabilmelerindeki resmi gücüdür. Bu bağlamda güce sahip olanların bütün direktiflerini, diğerleri yerine getirmek zorundadır. Uzmanlık gücü ise özel bilgi ve beceri üzerine kuruludur. Özellikle etkilemede güçlü olan uzmanlık, gelişen teknolojiyle birlikte önem kazanmıştır. Bu gücün kaynağı nadir alanlarda sahip olunan bilgi ve yeteneklerden kaynaklanır(Robbins,2003:1-3). Uzmanlık gücüne sahip olanlar, diğer insanların davranışlarını değiştirebilecek bilgileri vererek ya da onların elde etmek istedikleri bilgiler karşılığında isteklerine uymalarını bekleyerek, onları etkilerler.

Sosyal kabülle birlikte güç, normal bir davranış olarak algılanır. Güce sahip olanların bilgi ve uzmanlıkları arttıkça onlara karşı direniş azalır. Güce sahip olmayanlar açısından bürokratik durum ve zayıf iletişim güçsüzlüğe ve direncin kırılmasına neden olmaktadır(Kırel,1998:19-33).

1.3.4. Güç Ve Doktor-Hasta İlişkisi

Günümüz dünyasında sistem bazı bireylerin başkalarını yönetmesini sağlayan bir tahakküm kurma yapısını gerekli kılmaktadır. Weber'e göre tahakküm, bürokratikleşme ve gücün merkezileşmesinin artmasıyla daha kolayca sağlanabilmektedir. Teknik üstünlük, güç ve tahakkümle idame ettirilen bu sistemi ayakta tutan unsurlardan biridir ve bürokratikleşmenin artmasıyla sistem içerisindeki bireylerin eylemlerinin rolü azalmaktadır. Çünkü gücün benimsetilmesi, bürokratikleşmenin sistem elemanlarına ulaşmayı engellemesi ve işbölümünün teknik uzmanlaşması, bireyi insani olarak içi boşaltılmış bir yapı haline getirmiştir.

İktidar/güç, yalnızca politik anlamda değil ekonomiyi de içine alacak şekilde bireylerin, toplumsal onurlarını da hedeflemektedir. Böylece bireyi tamamen ele geçirmiştir (Swingewood,1998:362).

Weber gücü elinde tutanlar ve zamanını, uzmanlaşmaya ve kültürel birikimini arttırmaya harcayanlar, toplumsal refahtan daha fazla pay alma ayrıcalığına sahip olduklarını düşünen elitler olduğunu ifade etmektedir. Bu grup, sürekli bir şekilde sistemin devamı için bir meşruiyet kaynağı göstermeye çalışmaktadırlar. Bu genelde eski geleneklerin otoritesini korumak şeklinde geleneksel meşruiyet, sihirli özelliklere sahip olduğu düşünülen/düşündürülen karizmatik meşruiyet ve yasaların emretme gücünün verdiği rasyonel meşruiyettir. Seçkin grup, kendilerine gönüllü bir boyun eğdiğini varsaydığı örgütsüz kitleye zorla(benimsetmeyi de içine alan) dayattığı farklı farklı otorite biçimleriyle, içsel bir destek sahibi olmaktadır. Ancak bununla birlikte birey, gizil ya da açık etkileşimin yansımasıyla tahakküme aktif rıza gösterip otoriteyi benimser. Bu açmazı Giddens “bireyler hiçbir zaman kendi seçimlerinin ürünü olmayan tarihsel bağlamlar, rutinler, kısıtlamalar ve güç ile kısıtlanmış eylemlerin asla tam anlamıyla farkında olmadan sistemin sürekliliğinde ortaya çıkmış şeyleri yeniden oynayarak, onu tekrar tekrar üretmektedir.” şeklinde ifade etmektedir (Swingewood,1998:364).

Elitson’a göre hem toplumsal sistem hem de bazı elit gruplar, kendilerinin özel oldukları konusunda kandırılmış toplumun diğer kısımlarının koruması ve yardımlarıyla konumlarını sürdürmektedirler. Bu durum mesleki sınırların oluşturulması ve devamında da geçerli olmaktadır. Mesleklerin konumu seçkinlerin siyasal ve ekonomik etkileriyle belirlenmektedir (Gökdoğan, 2000:173). Bu bağlamda hekimler, sosyal statülerini, prestijlerini, konumlarını ve ekonomik gereksinimlerini sürdürülebilir hale getirmek için teknik uzmanlıklarından yararlanmaktadır. Foucault, doktorun bilgi ayrıcalığı nedeniyle de uzman olduğunu ve bu ayrıcalığın ona hastalıkları bilme olanağı sağladığını belirtir. Vücudu tanımasına yardımcı olan kimya ve biyoloji bilgisi nedeniyle doktor, hastalığa ve hastalığa müdahale yetkisini elinde bulundurmaktadır. Hasta birey hakkında karar verebilme yetkisinin dayanağını buradan almaktadır (Foucault, 1992:76). İşbölümünde teknik uzmanlaşmaya sahip, sosyo-ekonomik konumu yüksek ve kutsal atfedilen bir mesleğe sahip hekimler gücün tüm meşruiyet kaynaklarına sahiptirler.

Toplumsal yaşam içerisinde hangi konum ve prestije sahip olursa olsun hekimler dışında kalan toplumun diğer bireyleri Foucault'a göre, "hasta" olduklarında doktorun bütün gücüne ve tahakkümüne boyun eğmek zorunda kalmaktadırlar. Doktor tek başına bireyin toplumsal kurallara uygunluğuna karar verebilecek kadar güçlüdür. Örneğin, doktor bireyin akıl sağlığının yerinde olup olmamasına karar verdiğinde, mahkeme kişiyi salıvermekte ya da onu hapsedmektedir. Doktor bu bireyin yaşamını yönlendirebilecek kadar güçlü bir konumdadır (Foucault, 1992:86).Bu nedenle hasta konumunda olan bireyler, doktora tam bir hakimiyet alanı sağlayıp onun neredeyse tüm direktiflerini gerçekleştirmektedirler. Böylece doktor, mesleğini rahatça yapmanın dışında hasta üzerinden başka birtakım kazanımlar da elde edebilecektir.

Bugünkü hekimlik felsefesi ve tıp ahlakının temellerini atan Hipokrat'tan beri hekim-hasta ilişkisi güven ve gizlilik esasına dayanmış ve belli ölçülerde "kutsallık" taşıyan bir ilişki olarak yaşanmıştır. Bugün bile hem hekim hem toplum nazarında hekimlik "kutsal" bir meslek sayılmaktadır. Tam olarak tanımlanmayan bu "kutsallığın" dayanağı ise hekimlerin tanrı tarafından yapılan insan organizması üzerinde işlemde bulunan tek meslek grubu oluşurmasıdır. Yine bu kutsallık çerçevesinde uzun yıllar boyunca hastaların her açıdan korunması hekimlerin sorumluluğu olarak kabul edilmiştir. Bu durumda hasta-hekim ilişkisinde hekim "doğal ve kutsal otorite" konumuyla tüm ilişkinin belirleyicisi olmaktadır. Geçen yüzyılın sonlarından itibaren gelişmeye başlayan modern tıp bile hekim-hasta ilişkisindeki bu özelliği değiştirmemiştir. Bütün hekimlik geleneği kendisi için "en iyi"ve "en yararlı" yı bilen hekimlere hastaların güven ve bağlılık duyması üzerine kuruludur. Bu ilişki tarzına daha sonra değinileceği üzere kısaca "paternalizm" denilmektedir. Tıp teknolojisi ve biyolojik bilimlerdeki gelişmeler hekimlere ve diğer sağlık personelinin insanlar üzerinde yaptığı işlemlerin hem sayısını artırmış ve hem de niteliğini değiştirmiş olmasına rağmen son yıllara kadar hekim hasta ilişkisindeki "paternalist" yaklaşım egemenliğini sürdürmüştür (Hatun, 2003:4).

Yüz yüze ve "büyüsel" ilişkiden , günümüzdeki sofistike teknoloji ile donanmış hastanelerin şık odalarında gerçekleşen hasta-hekim ilişkisine dönüşen bu ilişkide hastalar çoğunlukla "devasa" miktardaki tıp bilgisine hiç bir zaman nüfuz edemeyecek bir durumdadır. Bu durum günümüzde tıp bilgisindeki büyük artış ve

hekimlik mesleğindeki aşırı uzmanlaşma düşünüldüğünde hızla hastaların aleyhine bilgi eşitsizliği yaratmaktadır. Hasta ihtiyacı olduğu için tıbbi girişim talep eden kişi olarak sağlık kurumunun kapısından adımını attığından itibaren hemen hiç bilmediği bir uygulamalar dünyasına girmiş olur. Bu duyguyu hasta veya hasta yakını olarak sağlık kurumlarına giden herkes yakından tanır. Aslında hasta çekingenliğinin temelinde de bu duygu yatmaktadır. Yumuşatarak söylesek bile hasta-hekim (sağlık personeli) ilişkisi hekimin her anlamda “otorite” olduğu bir ilişkidir ve bu ilişkide hasta tamamen güçsüz durumdadır. Bu güçsüzlük sağlık bürokrasisindeki karmaşıklaşma, bilgisayarların tıpta kullanımının artması, tanı ve tedavi teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak artmaktadır (Hatun, 2003:4-5).

Doktor-hasta ilişkilerinin en yoğun olduğu kuruluşlar hastanelerdir. Hasta hastaneye girdiği anda birçok yeni uygulama ve sistemle karşılaşır. Doktor hastasına hastaneye yatış vermesi ile onu iktidarını egemenliği altına alır. Hastasının üzerinde etki edebileceklerini uygular. Böylece hastanın direncini kırıp onu yeni düşünsel ve ahlaksal alışkanlıklara alıştıırır (Foucault, 1992: 86).

1.4. SAĞLIK KURUMU VE HASTANE

1.4.1. Sağlık Kurumu Ve İşlevi

Sağlık sosyal bir kurumdur ve nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiştir (Özen,1993:73). Fichter’e göre kurum; kişilerin temel sosyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere belirli onaylanmış ve birleştirilmiş şekillerde oynadıkları oldukça sürekli sosyal örüntü,rol ve ilişki yapısıdır (Fichter,1996:11). Dolayısıyla belirli davranış kalıpları içerisinde hareket eden bireyler gereksinimlerini karşılamak üzere belli alanlarda toplanarak karşılıklı görev ve sorumlulukların bilincinde örgütlenip, kurumları oluştururlar. Kısaca, davranış şekilleri açık bir şekilde sosyal kurumu işaret ederler. Sosyal kurumlar gereksinimlerin tatminine yöneliktir ve örüntülenmiş davranışlar bütünüdür (Kızılcelik,1996:80).

Sağlık da sistem içerisindeki diğer sosyal kurumlar gibi bireylerin sağlık alanındaki gereksinimlerinin karşılanmasına yöneliktir. Kurum içerisinde yer alan statüler, sağlık kurumları içerisinde doktor, hemşire, hastabakıcı gibi kişiler tarafından doldurulur. Sağlık kurumundan yararlananlar ise hasta statüsünde yer alıp, kurumun örgütsel amaçlarının gerçekleştirilmesine zemin hazırlar. Sosyal ilişkiler

sistemi olan sağlık kurumunda tüm sağlık elemanları ve idari personel sistemi ayakta tutan statüleri doldurarak, iletişimi sağlarlar. Doktor ve hasta statüleri sistem içerisinde iki tarafın etkileşimini sağlayıp bir sosyal ilişkiyi gerekli kılar. Kurumların yapısı ve işleyişi toplumdan topluma farklılıklar gösterir. Her toplumun sağlık sistemi de dahil olduğu toplumun özellikleri taşır. Ülkemizde de sağlık sistemi, sağlık evlerinden niversite hastanelerine, özel muayenehanelerden özel hastanelere kadar kendine özgü bir işleyiş içerisindedir.

Foucault, hastaneleri, bireyin yatarak tedavi grdğu bir yer olmasının yanı sıra, aynı zamanda hastayı toplumdan tecrit eden bir mekan olarak kabul etmektedir. Tecrit edilen mekanda birey, hekime bağımlı hale gelmekte, ona hizmet etmekte ve onun bütün direktiflerine boyun eğmektedir. Foucault;

- Hastane kurumunun en ayırt edici özelliği iktidarı elinde tutan ile tutmayanlar arasındaki kesin ayrılıktır.
- Hastaneler tıp iktidarının en sağlam biçimde varlığını srdğu mekanlar olarak görürken hastane kurumunu toplumsal düzen için gerekli olduğunu kabul eder (Foucault, 1992:75-77).

Çünkü toplumsal yaşamın sürekliliğinde bozulan parça yani hasta birey burada tedavi edilir/düzeltilir(Focault,1992:78).

Ülkemizde I. Basamak olarak yani koruyucu sağlık hizmetlerini temel görev edinen ve bunun yanında ayaktan tedaviyi de sağlamaya çalışan sağlık evleri sağlık ocakları, dispanserler yer almaktadır. Bu aşamada bireye kendi ve toplum sağlığı konusunda bilinçlendirilmeye çalışılıp, bağışıklama, beslenme, aile planlaması, acil sağlık eğitimi, okul ve işyeri sağlığı, yaşlı ve ocuk bakımı, ilaç kullanımı ve erken teşhis yöntemleri konusunda bilgiler verilmeye çalışılır. II. Basamak ise küçük az sayıda yataklı ilçe hastanelerinden metropol ve araştırma hastanelerini içine alan tedavi ve rehabilitasyon amacıyla kullanılır. Bu aşamada hem ayaktan-poliklinik-, hem de yatakta-klinik- tedavi edici sağlık hizmetleri sunulur.

1.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Hastanelerin Yeri İşlevi

Sağlık hizmetleri içersine sosyal hizmetleri de alarak bireyin sağlığını tehdit eden bütün fiziki, psikolojik ve sosyal unsurların etkisini azaltarak, bunlardan

etkilenmiş bireyi eski haline getirmek ve toplumsal refahı geliştirme çabası içerindedir. WHO, sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını; bulunduğu toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, bireylerinin sağlıklarını korumak, hastalananları iyileştirmek, gerekli tedbir ve önlemleri almak ve bireylerin ömrünü uzatmak şeklinde belirlemiştir (Ersan,1998:31). Sağlık hizmetleri içerisindeki tedavi edici hizmetleri yerine getiren yataklı kurumları hastanelerdir. Hastaneleri hizmetlerine göre (genel,eğitim ya da özel dal hastaneleri-kemik, çocuk, doğum), mülkiyetlerine göre(kamu, özel, dernek-vakıf hastaneleri), ortalama kalış sürelerine göre farklı farklı kategorilere ayırabiliriz. Türkiye’de birleştirme ya da ortak kullanım çalışmaları devam etse farklı sosyal güvence mensuplarının, farklı bakanlıkların yataklı tedavi kurumları mevcuttur.

Tablo 1. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Göstergelerinin Gelişimi

YILLAR	Kurum Sayısı	Mevcut Hasta Yatağı Sayısı	Bir Yatağa Düşen Kişi Sayısı
1930	182	11.398	1.260
1940	198	14.383	1.240
1950	301	18.837	1.100
1960	566	45.807	600
1970	746	71.876	490
1980	827	99.117	451
1985	722	103.918	477
1990	857	120.738	416
1995	1.051	151.972	405
2000	1.184	156.549	381
2002	1.156	178.135	392
2003	1172	180 797	392

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları,

Not: Özel hastaneler ve Milli Savunma Bakanlığını da kapsamaktadır

Sağlık kurumları günümüze değin hızla gelişmiştir. Cumhuriyetin kurulduğu ilk yıllardan günümüze kadar yataklı tedavi kurum sayısı %635 artarak

182'den 1172'ye ulaşmıştır. On yıllık süreçlerde sağlık kurumlarının artış oranlarına bakıldığında en fazla yataklı tedavi kurumu 1950 ile 1960 arasında açılmıştır. 1960 yılında 1950'ye göre %88 artışla 255 yataklı tedavi kuruluşu açılmıştır. Diğer taraftan 1980 ile 1990 arasında yalnızca %3 artış sağlanmış ve 30 yataklı tedavi kurumu açılabilmiştir. Bu durum 1980 ihtilalinin tüm sosyal yaşama sekte vurduğu gibi sağlık sektörünü de derinden etkilediği görülmektedir. Yatak sayısı ise kurumsal artışın iki kat üzerinde bir artışla %1562 artarak 11.398'den 180 797'e ulaşmıştır. Kurum sayısında olduğu gibi en hızlı sağlık hamlelerin atıldığı yıllar 1950-1960 arasında gerçekleşmiş ve yatak sayısı %235 artmıştır. Yatak sayısındaki artış dolayısıyla kişi başına düşen yatak sayısında ciddi bir artışa neden olmuştur. 1930 yıllarında bir yatağa düşen kişi sayısı 1260 iken 2003'e gelindiğinde bu 392'ye düşmüştür.

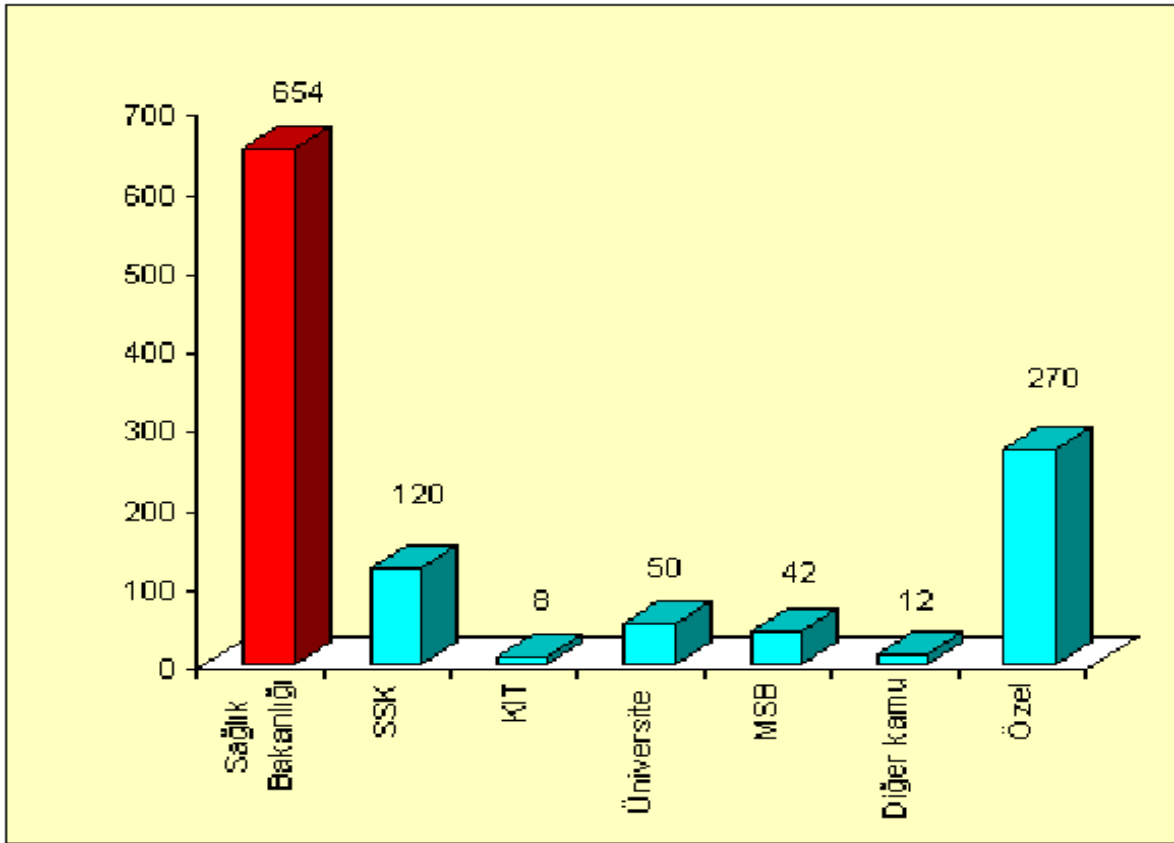
Tablo 2. Bazı İllere Göre Hastane, Yatak Sayısı Ve Nüfus Karşılaştırması

	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Bir Yatak Başına Düşen Kişi Sayısı	Toplam Nüfus
Hakkari-Tunceli-Şırnak	13	580	1915	1.110.965
Muğla-Aydın-Denizli	40	4.815	534	2.573.755
Ankara-İzmir-İstanbul	298	59.989	303	18.202.130

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2003 yılı istatistiklerinden derlenmiştir.

Yıllar itibariyle sağlık göstergelerinde gelişme olsa da bölgeler arası eşitsiz bir durumda bir gelişim sözkonusu olmuştur. Yataklı tedavi kurumları sayısı, yatak sayısı Hakkari-Batman-Şırnak illerine göre üç büyük metropolde binlerce kat fazla oranında bulunmaktadır. Bununla birlikte üç büyük ilde bir yatak başına 303 kişi düşmekteyken Hakkari-Batman-Şırnak'ta yatak başına 1915 kişi düşmektedir. Dolayısıyla kişilerin sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği tartışma konusu olmaktadır. Ayrıca Hakkari-Batman-Şırnak illerinde hiçbir özel hastane bulunmamaktadır.

Grafik 1 Yataklı Tedavi Kuruluşlarının Kurumlara Göre Dağılımı



Kaynak: /Yataklı Tedavi Kurumları 2002 Yılığ

Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının %23'ü özel sektöre ait olup, % 56'sı ise Sağlık Bakanlığına aittir. KİT'lere, Üniversitelere, MSB'ye Diğer Kamu kurumlarına ve Özel sektöre bağlı çoğu hastane üç büyük ilde toplanmıştır.

Tablo 3. Yıllar İtibariyle Türkiye'de Doktor ve Diğer Sağlık Personeli Sayıları

Yıllar	Doktor Sayısı	Hekim Dışı Sağ. Per.Sayısı	Bir Doktora Düşen Kişi Sayısı	Bir Sağlık Per.Düşen Kişi Sayısı	Nüfus
1975	21.714	38.802	1.845	1.032	40.078
1980	27.241	48.326	1.565	882	42.640
1985	36.427	96.946	1.250	469	45.540
1990	50.639	143.136	1.088	384	55.098
1995	69.662	159.718	884	385	61.644
2000	88.666	159.908	742	411	65.819
2002	*90.757	162.597	756	421	68.610

*Milli Savunma Bakanlığı dahildir. -Kaynak:Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Yıllıklarından derlenmiştir.

Doktor ve içerisinde hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerin bulunduğu doktor dışı sağlık personeli sayıları 1975 yılından 2002 yılına gelindiğinde 4 kat artmıştır. Doktor ve diğer sağlık personelinin artışıyla birlikte kişi başına düşen sağlık personeli sayısı da azalmıştır.

Hastanelerin sağlık hizmetleri içerisinde etkisini ve önemini göstermekte en önemli ölçütlerden diğerleri de, yatak işgal oranları ve ortalama kalış süreleridir. Hastanelerin hizmetleri değerlendirilirken personel sayısı, yatak sayısı, hizmet verilen nüfus, kurum harcamaları dikkate alınıp bunlar verilen hizmetlerle karşılaştırılmaktadır.

Tablo 4. Türkiye Yataklı Tedavi Kurumları İstatistikleri

Yıllar	Yatak Sayısı	Poliklinik	Yatan Hasta	Yatılan Gün Sayısı	Ameliyat Sayısı	Doğum Sayısı	Bir Hastanın Ort.Kalış Gün Sayısı	Yatak İşgal Oranı
1975	77209	18163978	1050762	15221200	293554	210838	9	54
1980	99117	26161521	961606	15159751	302051	290033	8,7	48,1
1985	103918	34163143	1450797	17802113	405668	374038	7,6	55,6
1990	136638	55540245	1895404	21944970	552579	471259	6,9	57,5
1995	151972	75870768	2210726	24843400	586612	520671	6,4	57,4
2000	172449	105794119	5075170	29720183	712206	547172	5.5	49,9
2003	180797	129733118	5736517	32627484	2204500	788206	5.7	61,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedaviler Kurumları 1975-2002 İstatistiklerinden derlenmiştir.

1975'ten sonra yataklı tedavi kurumlarının poliklinik sayılarında çok ciddi bir artış olmuştur. 1975 yılında her iki kişiden biri hastane polikliniklerine başvurmuşken, 2003 yılında bir yılda en az iki kez hastane polikliniklerine başvurmuştur. Bu durumda hastanelerde yığılmalar artmış, bireylerin sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirliği artarken yeterli şekilde yararlanamadığı söylenebilir. Bu durum doktor ve diğer sağlık personeline düşen iş yükünü arttırmıştır. Dolayısıyla doktor-hasta ilişkisinde hastanın şikayetlerini anlatabileceği süre kısalmış ve hastaların memnuniyetsizliği artacağı düşünülmektedir. Ameliyat sayılarında olduğu gibi doğum sayılarında da düzenli bir artış sağlandığı gözlenmektedir.

I. basamaklardan yataklı tedavi kurumlarına doğru bir sevk zincirinin varlığı sağlık sisteminin daha rahat ve en verimli kullanılmasına olanak sağlayacak bir yapıdır. Türkiye’de sevk sistemi buna paralel olarak geliştirilmiştir. Ancak sevk zincirinin işletilememesi hastanelerin bütün sağlık sisteminin görevlerini üstlenmesine ve poliklinik hizmetlerin çok yoğun şekilde tüketilmesine neden olmaktadır. Bu durum hastanelerin birincil görevi olan tedavi hizmetlerini sunmasını güçleştirmekte, verimsiz, yığınların-kalabalıkların mekanı haline gelmesine neden olmuştur.

Hastanelerin verimli şekilde faaliyetlerine devam edebilmesi için teknolojik yenilikleri barındıran tıp, mali, idari ve destek personele sahip, yeterli ve günün ihtiyaçlarına cevap verebilen araç ve gereçler ile nitelikli insan gücüne gerek duymaktadır. Ancak bütün bunlar vasıflı, birbiriyle koordineli şekilde çalışabilen çağdaş yönetim anlayışı ile olasıdır. Türkiye’de hastanelerde karşılaşılan sorunlardan bir diğeri de mesleklerin tam anlamıyla tanımlanmaması nedeniyle oluşan görev ve sorumluluk karmaşasıdır. Üstelik bu duruma yönetimlerin niteliksiz oluşu(konuyla ilgili Sağlık Bakanlığının sağlık kalitesi ve planlamaları çalışmalarında sıkça değinilmektedir.) ve örgütsel hedef ve amaçların net bir biçimde tanımlanmaması da eklendiğinde hastaneler karmaşık ve işlevlerini yerine getiremeyen kurumlar olarak göz önüne çıkmaktadır.

Hastaneler işleyişleri bakımından farklılıklar göstermekte, çok benzer yapılara sahip olmasına karşın değişik ülkelerdeki kurumlar tamamen kendine özgü bir işleyişe sahip olduğu görülmektedir. Hastaneler gibi sağlık sistemleri de her ülkenin sosyo-kültürel yapısına uygun olarak yapılanmakta ve ona göre faaliyet göstermektedir. Dünyada sağlık sistemleri dört temel başlık altında toplanmıştır:

- 1- Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri (ABD)
- 2- Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri (Kanada, Almanya vb.)
- 3- Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri İngiltere, Yunanistan vb.)
- 4- Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri (Bütün Sosyalist Ülkeler). (Belek,2001:136-140).

1.4.3. Hastanede Yatarak Tedavi Görme Süreci Ve Hasta

Hasta kendisinin anlamadığı ve sonuçlarını, kendisine açıklanmadığı pek çok test ve uygulamalara maruz bırakılmamalıdır. Herkes meşgul görüldüğü için hasta soru sormaya cesaret edemez (Ersan,1998:65). Hastanın hastane içerisinde çevresinde olup bitenler anlamada yaşadığı güçlük ve tedirginliği betimlenmektedir.

Doktor hastanede otorite ve prestiji temsil eder. Onun buyrukları diğerleri üzerinde hastanın isteklerini yasal kılar. Bu nedenle de hastanın özellikle doktoruyla kuracağı iyi ilişkilerin, hastanenin yabancı ortamına uyum sağlamasında yararlı olacağı söylenebilir.

Toplumsal normlar, hasta bireye koşullarına göre pasif olarak geri çekilme ve bağımlılığa izin verirken, aynı zamanda hastanın sorumlulukla yeniden sağlığına kavuşmasında çaba harcamasını da vurgular. Hastanede bu imajın yaygınlığı, hastanın rahatsızlığı hakkındaki görece ciddiyeti bilmesini sağlayarak, mümkün oldukça çabuk iyileşmesi baskısını da arttırmaktadır. İyileşmek için bu baskıya doktor ve hemşirelerin çok çalıştıkları ve meşgul oldukları gözlemleri eklenmektedir (Joco,1972:172).

King'e göre 'Bir hekim aynı zamanda kurnaz bir sosyal bilimcidir. Hastayı doktorun etkilediği pasif bir nesne, mikroorganizmaların geliştiği cansız bir ev sahibi veya parçalarının işlevi bitmiş bir makine olarak görmektedir.'(aktaran Ersan,1998:70).

Tıp mesleğinin özellikleri, hekimlik alt kültürü, iş doyumu, mesleki statünün artışı, geliri, hizmet süresi, cinsiyeti, yaşı, çalıştığı sağlık kurumunun özellikleri, hastalara ait önyargıları genel olarak doktor tarafından hastalarla olan ilişkileri etkileyen etmenlerdir. Tıp mesleği normatif alt kültürüne sahiptir. Meslek alt kültürü normları mesleki değerleri düzenler, sistemleştirir ve kültür dil konusunda, hasta, meslektaş ve toplumla olan ilişkilere kadar geniş bir alanı kapsar (Kasapoğlu,1999:167).

1.5. DOKTOR HASTA İLİŞKİSİ VE GELİŞİMİ

Bireyler arasındaki ilişkinin şekli ve gücü, bağlılığı, yaşam kalitesini, tarzını etkileyip değiştirebilir. Her insanın yaşamında maddesel, fiziksel, sosyal, duygusal,

ruhsal sağlığını içeren, yani insanın yaşam gerçekliğinin etrafında dönen bir konsept bulunmaktadır. Bu konsept bireyin sağlıkla ilgili davranış ve psikolojik durumlarıyla ilgili tedaviler üzerine kurgulanarak araştırılır. Yapılan çalışmalarda, zihinsel ve ruhsal sağlığın yanı sıra, fiziksel sağlığın ve sağlık kurumlarında sunulan hizmetin değerlendirildiği görülmektedir (Oktik,2004:80-81). Hatta kişiler arasındaki ilişkinin bu konsepti birtakım zor durumlarla başedebilmeyi de sağlayabilir. Morgan'ın belirttiği gibi doktor-hasta arasındaki ilişkinin şekline göre bazı hastalıklar herhangi bir aktif bileşeni olmayan haplarla iyileştirilebilir veya tedavi şansını çok fazla arttırılabilir. Aynı zamanda bu ilişki teşhis ve tedavi kararlarında çok etkili olduğundan bu durum tıbbi bakım sürecinin etkililiğini de belirlemektedir. Çeşitli araştırmalarda (Falvo ve Tippy, Vouri, Freemon) doktorların hastalarına yakından ilgi göstermesi, onlara zaman ayırmaları, onları dinlemeleri ve tedaviye karar verme sürecinde katkıda bulunmalarını sağlamaları hastaları memnun etmekte ve aynı doktora daha sıklıkla gitmelerine neden olmaktadır (İşnas, 1998:5-7). Doktor hasta ilişkisinde doktorun birtakım sorumlulukları olması gerektiği ifade edilmektedir. Bu ilişkideki kritik soru hasta-hekim, hasta-sağlık kurumu ilişkisinin hastaların korunmasını gerektiren eşitsiz ve riskli bir ilişki olup olmadığıdır. Daha nceki yüzyıllarda yüz yüze ve "büyüsel" ilişkiden , günümüzdeki sofistike teknoloji ile donanmış hastanelerin şık odalarında gerçekleşen hasta-hekim ilişkisine dönüşen bu ilişkide hastalar çoğunlukla "devasa" miktardaki tıp bilgisine hiç bir zaman nüfuz edemeyecek bir durumdadır. Bu durum günümüzde tıp bilgisindeki büyük artış ve hekimlik mesleğindeki aşırı uzmanlaşma dşnldğnde hızla hastaların aleyhine bilgi eşitsizliği yaratmaktadır. Hasta ihtiyacı olduğu için tıbbi girişim talep eden kişi olarak sağlık kurumunun kapısından adımıını attığından itibaren hemen hiç bilmediği bir uygulamalar dünyasına girmiş olur. Bu duyguyu hasta veya hasta yakını olarak sağlık kurumlarına giden herkes yakından tanır. Aslında hasta çekingenliğinin temelinde de bu duygu yatmaktadır. Yumuşatarak söylesek bile hasta-hekim (sağlık personeli) ilişkisi hekimin her anlamda "otorite" olduğu bir ilişkidir ve bu ilişkide hasta tamamen güçsüz durumdadır. Bu güçsüzlük sağlık bürokrasisindeki karmaşıklaşma, bilgisayarların tıpta kullanımının artması, tanı ve tedavi teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak artmaktadır.

1.5.1 Tarihsel Süreçte Doktor ve Hasta ilişkisi

Hastalık, sosyal bir olay olduğu gibi genelde iki kişinin yani doktor ve hastanın etkileşimini de içerir. Doktor hasta ilişkisinin tarihsel süreçte incelenmesi bugünü anlaşılmasına yardımcı olur.

Tarihte görülen eski uygarlıklarda kanalizasyon ve su şebekeleri, ve çevre düzenlemeleri sağlığın sosyal yönüyle ilişkilidir. Özellikle kutsal dinlerde sosyal sağlık koşullarını iyileştirici önlemler göze çarpar. Bu dönemde hekimler belli etik kurallar çerçevesinde hareket ederek yalnızca hasta ile sağlık arasındaki ilişkiye dikkat etmektedir. Doktor-hasta ilişkisi sağlık hizmetini satın alabilen ile doktor arasında olduğundan baskın olma durumu irdelenmez. Zaten aynı dönemde epidemiler doğal kısımlar olarak kabul edilmekteydi. Dolayısıyla hekimler sosyal çevrenin ve hasta-bireyin çevresinin iyileştirilmesi uğraşısından uzaktı (Dirican, 1990:11).

Bu ilişkide önce geleneksel hekimlik uygulamaları, sonra (sanayileşme döneminde) hastalıkların oluşumu önlenmeye çalışılmakta (aşılama, altyapı ve barınma olanaklarının iyileştirilmesi) ve bireyin sağlığını koruma çalışmaları sürdürüldüğü gözlenir. Sanayileşme sonrası bu iki farklı konseptin birbirini tamamlayan öğeler olarak görülmeye başlanmıştır (Dirican, 1990:11). Fakat bu konseptlerden uzlaşmaz bir pozitif bilimin hakim olduğu tıp ağır basmıştır. Illich'te bu noktaya işaret eder. Doktorluk kavramının giderek işbölümünün sonsuz gelişiminden etkilendiğini, aşırı uzmanlaşmayla mühendisleştiğini ve doktorun hastayı gelir getiren bir rant olarak gördüğünü belirtir. Ayrıca hızla gelişen teknoloji ile birlikte tıp ve doktorlar yeni hastalıklara neden olmakta ve hastalığın tanımlanmasında tek otorite olmayı elinde tutmaktadırlar (İllich,1995:100-134).

Sanayileşme sağlıkta yeni uygulamalara hız katmıştır. Sanayileşme öncesi doktor-hasta ilişkisi doktor hizmetinin devlet tarafından karşılanmadığı ekonomik güce sahip olanın sağlık hizmetini satın aldığı ve hastalığın doktor-hasta arasında kaldığı bir durum söz konusudur. Bu dönemde epidemiler doğal felaketler olarak kabul edilmekteydi. Yönetici güç bu ilişkiden oldukça uzak durmaktadır. Bu "ilişki"deki baskınlık ve belirleme gücü üzerinde durulamaz, çünkü hekim hizmetinden sadece onu satın alabil en küçük azınlık yararlanmaktadır (Eren, 1996:446).

Sanayileşme sonrası (Fransız Devrimiyle birlikte) ortaçağda görülen “doğal yıkımlar” artık önlenebilir hastalıklar olarak görülmeye başlanmış ve devlet sağlık hizmetini topluma yaymıştır. Devlet bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye girişmiştir. Bununla birlikte ondokuzuncu yüzyılda halen hastalık “kişisel bir hak ve başkasına bulaştırma hakkı olmama” şeklinde değerlendirilmesi aşılama kampanyalarını doğurmuştur. Sağlık sigortaları yapılmaya başlanıp yoksulların da sağlıklarını korumaya ve tıbbi bakım sağlamaya yönelik çalışmalar yaygınlaşmıştır Sağlık geniş algılanmaya başlanmış ve doktor-hasta ilişkisine doğrudan müdahale edilmiştir. Hekim hizmeti topluma yayılmış olduğundan hastalık tüm topluma mal edilmiştir. Sağlık hizmeti toplumun tamamı tarafından yararlanılabilir hale gelmiştir (Eren;1996:446-447). Ancak işbölümünün aşırı uzmanlaşmasıyla doktorun baskın ve ilişkiyi belirleyen güç haline gelmesi, hastanın tüketici ve rant kaynağı olarak görülmesine neden olmuştur (Illich;1995:100-134).

Gelişen süreç içerisinde artık “*layman*” sağlıkla ilgisi olmayanlar da bu konuda araştırmalar yapıp söz sahibi olmaya başlamışlar ve doktor-hasta ilişkisine yeni boyutlar eklemişlerdir. Parsons’ta hastalık toplumsal bir durumdur ve hastalık algılayışıyla hasta rolü sosyalizasyon süreci içerisinde öğrenilir. Doktor-hasta statüleri toplumsal olarak belirlenmiş hak ve sorumluluklar doğrultusunda biçimlenen davranış kalıplarıdır. Bu davranış kalıplarından rol beklentilerini yerine getirilmemesi nedeniyle, hastalığın sistemin uyum ve dengesini bozucu bir öze sahip olduğunu belirtir. Hasta-bireyin sistem açısından bir işlevselliği yoktur. Hasta-birey sosyal olarak korunup kontrol altına alınmalıdır. Parsons’ta hasta rolü toplum düzeyinde kurumsallaştırılmış geçici bir sosyal roldür. Doktor da bu rolün tamamlayıcısı olarak görülür. Bu rollerin işlevsel bütünlük göstermesi gerekir ve sapan davranış yani hastalık doktor tarafından sisteme uyumlaştırılır. Doktor uzman bilgi ve becerisiyle donanmış olduğundan doktor-hasta ilişkisinde otoriterdir. Fakat aynı zamanda toplumsal yaşam içinde birden fazla rolü vardır ve bu çerçevede karar verir (Oskay;1993: 83-104).

Günümüzde doktor hasta ilişkisi doktorun temel belirleyici olduğu ve hasta üzerinde hegemonya kurduğu bir konsept içerisinde yer almaktadır. Hasta yapılan uygulamalar ve istekler uymak zorunda kalmaktadır. Hasta kendine verilen rol içerisinde doktorun gelen beklentisini de karşılamak durumunda kalmıştır (Soyer;1998:243).

Türkdoğan Erzurum’da yaptığı çalışmasında, Weber’in karizmatik kişiliğini doktor-hasta ilişkisine uyarlayarak, toplum içinde hekime karizmatik bir kişilik atfetmektedir. Bu karizmatik kişilik sayesinde doktor-hasta ilişkisi sevgi, korku, hayranlık duygularıyla birleşmiştir. Hatta bu ilişkiyi baba-oğul ilişkisine benzetmiştir (Türkdoğan;1972:59). Dolayısıyla bu durum baba-oğul ilişkisine benzediği anda otoriteyi ve gücü neredeyse tamamen doktorun eline bırakan bir durum ortaya çıkmaktadır. Eski Türk geleneklerinden kaynaklanan babaya asla karşı gelinmez, o ne dediye doğrudur ve onun dediği yapılır, düşüncelerini burada aynen görülmektedir. Öyleki baba kavramı devlet içinde aynı şekilde kullanıldığından, özellikle yetmişli yılların öncelerine kadar bir itiraz ya da tartışma sözkonusu değildir. Böylece babanın-hekimin otoritesi, gücü perçinlenmiş olmakta ve hasta onun her dediği yapmakta, bütün isteklerini yerine getirebilmektedir.

1.5.2. Hasta Hakları

Hasta-hekim hasta-sağlık kurumu ilişkisine bu açıdan bakıldığında “Hasta Hakları” kavramı, hastaların korunması ve desteklenmesi açısından kritik bir önem kazanmaktadır. Bu çerçevede hasta hakları esas olarak temel insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmektedir. Hasta haklarına temel olan ve sağlık hizmetlerinde insan hakları olarak tanımlanan altı ilke bulunmaktadır.

1-Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.

2-Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.

3-Herkes fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.

4-Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.

5-Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir.

6-Herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çabalar ile sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma hakkına sahiptir (Hatun,2003:2).

Hastanın bu haklarıyla birlikte doktorun da uyması gereken ya da dikkat ettiğinde hem kendi hem de hastaları açısından önemli bazı kurallar mevcuttur. Bunları Tabipler birliği aşağıdaki şekilde özetlemektedir.

- Hekim mesleğini uygularken tanı, tedavi ve koruyucu hekimlik yöntemlerini tam bir özenle uygular ve bunlara yeterli zaman ayırmak için çaba gösterir.

- Hastanın sağlığı ile ilgili kararların alınmasında hekim, hasta haklarına saygı göstermek zorundadır. Bu yükümlülük, hem hastanın insan olarak haklarından, hem de hekimin hastanın sağlığı ile ilgili taşıdığı sorumluluktan kaynaklanmaktadır.

- Her hastanın hiç bir ayrımcılığa uğramadan, içinde bulunduğu koşula bakılmaksızın, saygınlığı zedelenmeden hastalığının gerektirdiği tedavi ve bakıma kavuşma hakkı vardır. Hekim bunu sağlamak için elden gelen çabayı gösterir.

- Hasta, yasaların belirlediği kurallar çerçevesinde hekimini seçmekte özgürdür.

- Hekim ancak, özel nedenlerle tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağını düşündüğü ve yönlendirebileceği başka bir hekim bulunduğu takdirde, hastanın bakım ve tedavisini üstlenmeyebilir. Ayrıca başka tıbbi olanaklar sunmak koşuluyla tedaviyi yarım bırakabilir. Bu durumda hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceği hekim tarafından hastasına anlatılmalı ve hekim bunu belgelemelidir.

- Hekim hastasını tedavi ederken, acil durumlar hariç, hastanın veya yasal çevresinin onayını alarak, bilimsel ve çağdaş tüm metotları özgür bir biçimde kullanabilir. Gerek tedavinin başlangıcında, gerekse sürerken hastanın onaydan vazgeçmesi üzerine hekim hastasının tedavisini bırakabilir.

- Hastanın, hastalığı, hastalığının olası seyri, tedavi ile ilgili beklenen yan etkiler vb. konularda hekim tarafından anlaşılır biçimde aydınlatılması gerekir. Sağlıkla ilgili herhangi bir girişim, sadece kişinin özgür ve aydınlatılmış onayıyla yapılabilir. Acil durumlarda hasta 14 yaşın altındaysa, hastanın bilinci kapalıysa ya da karar veremeyecek durumdaysa, yasal temsilcisi ya da vasisinin izni alınmalıdır.

Bu da mümkün olmadığında, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışmalı ya da girişimleri yaşamı kurtarmaya yönelik olmalıdır. Hasta yapılacak işleme onay vermiş olsa bile, sonradan onaydan vazgeçebilir.

- Her bireyin, sağlıkla ilgili konularda kendisi hakkında toplanan bilgileri bilme hakkı vardır. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, hastanın onayına bağlıdır. Ancak hastanın bilgilendirilemeyeceği durumlarda yakınlarının bilgilendirilmesine hekim karar verir.

- Toplum sağlığını tehdit etmesi nedeniyle yasalarla tedavisi zorunlu tutulmuş hastalıklarda hasta veya yasal çevresinin onayı alınamasa da, hastalığın tedavisi yapılır.

- Hasta, geleceği kötü hastalıklarda özenli bir biçimde bilgilendirilir. Ancak hastanın içinde bulunduğu durumun buna elvermediğine inanan hekim, bu bilgilendirmeyi erteleyebilir. Hasta ailesinin bilgilendirilmesi hastanın rızasıyla olur. Ancak yasal bazı nedenlerle veya hastanın bilgilendirilememesi durumunda ailenin bilgilendirilmesine hekim karar verir.

- Hekim, terminal dönem hastalarına insanca yardım ve insan onuruna uyan koşulları sağlamak için çalışmalıdır. Hekim sonuna kadar hastanın acısını azaltmalı ve hastanın yaşamının son dönemini rahat geçirmesi için elinden geleni yapmalıdır.

- Hastanın tedavisini üstlenen hekim, bu tedavinin sürekliliğini sağlamakla yükümlüdür. Bu süreklilik diğer hekimlerin de yardımını gerektiriyorsa bunu sağlamalıdır. Özellikle nöbet değişimlerinde hekimler nöbeti teslim alacak meslektaşları görev yerine gelip hastaları devralmadan nöbeti terk edemezler. Hastayı devrederken meslektaşına hasta hakkında tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.

- Hekim, tıbbi nedenler dışında, hastanın isteği ile veya diğer nedenlerle hastanın ruhsal ya da bedensel direncini azaltacak herhangi bir tıbbi girişimde bulunamaz, hastalığın tedavisi için gerekli olanların dışında ilaç ve tedavi yöntemi kullanamaz.

- Hasta ve yasal çevresi veyahut tedaviyi yürüten hekimin isteği üzerine bir diğer hekimin görüşünün alınmasını taraflar kabul ederler. Ancak yeni başvurulacak hekimi ilk hekimin belirleme hakkı vardır.

- Konsültasyonlarda hekimler hasta başında görüş alışverişinde bulunabilir, ancak hastalık ya da uygulamalar hakkında hasta ve yakınlarının önünde tartışma yapılamaz. Konsültan hekim görüş ve önerilerini hastanın hekimine bildirir, gerekirse bunu rapor ile belgeler.

- Konsültan hekim, hastaya kendi önerdiği tedaviyi uygulayamaz, ancak bunu hastanın hekiminden isteyebilir. Yeni tedaviyi uygulayıp uygulamama kararı hastanın hekimine aittir. Hasta ya da hasta bilinçli değilse, yasal çevresi konsültan hekimin tedavisinin uygulanmasını isterlerse ilk hekim tedaviyi bırakabilir.

- Serbest çalışan hekimin ücret konusunda hastasına önceden bilgi vermesi uygundur. Hekim, tüm muayene, tıbbi ve cerrahi tedavi girişimlerinde meslek kuruluşunun belirlediği taban ücretin altında bir ücret alamaz. Bir hastalığın tedavisi için toptan bir ücret isteyemez.

- Hekim, ücret ödeyecek durumda olmayan hastasından bunu almaz.

- Hekim, hastalarının, hastalıklarıyla ilgili tüm sırlarını gizli tutmak zorundadır. Hekim, hastasının hastalığını artıracak, yaşamını tehlikeye atacak bir durum sözkonusu ise hastanın yakın çevresi ile ilgili sırları da gizli tutar. Hastanın ölmesi ya da hekimle olan ilişkilerin sona ermesi sırların açıklanmasını gerektirmez.

- Hasta sırları, ancak yargıç kararı ile ve hekimin yasal red haklarını kullanmasına karşın yargının ısrarı ile açıklanabilir. Bununla ilgili yasal düzenlemeler saklıdır.

- Hastanelerdeki hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti hastaya verilmelidir. Bunun dışındaki dosya içeriği hastanenin malıdır. Hastane idaresi hastanın kişisel bilgileri gizli tutulmak koşuluyla ve araştırma amacıyla bu dosyaları araştırmacılara verebilir.

- Hekim muayene ve tedavi ettiği hastasına, hastanın istediği üzerine hastalıkla ilgili rapor verir. Bu raporda tıbbi gerekçelere bağlı olarak istirahat, tedavi

şekli, diyet, çalışma koşulları gibi hasta için gerekli geçici ya da kalıcı bilgiler bulunur.

- Hekim, ihmal, bilgi ve beceri eksikliği nedeniyle hastasına zarar vermişse kötü hekimlik yapmış demektir. Bu durumun kanıtlanması halinde hekim cezalandırılır (<http://www.istabip.org.tr/hf/hf398.asp> 11.02.2004). Bu kurallar 6023 sayılı yasanın 59/h maddesine dayanılarak tüzük haline getirilmiştir. Bunların dışında birtakım özel durumlarda tutuklu ve hükümlü hastalara diğer hastalar gibi muamele etmeli, onun yaşam standartlarını iyileştirici önlemleri almalı ya da tavsiye etmeli ve işkence, baskı kullanılan hastaları gerekli tüm yerlere haber vermelidir.

1.5.3. Doktor-Hasta İlişisine İlişkin Modeller

Bu bölümde T.Parsons'ın modeli üzerinde durularak daha sonra Parsons'tan yola çıkılarak oluşturulan

- 1- Szasz ve Hollender'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli
- 2- Hayes ve Bautista'nın Doktor-Hasta İlişkisi Modeli
- 3- Byrne ve Long'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli
- 4- Freidson'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli
- 5- Emanuel'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

kısaca gözden geçirilecektir.

1.5.4 Parsons'un Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Parsons'a göre toplum birbirine bağlı parçaların oluşturduğu bir bütündür. Bu bütün bu parçaların toplam içerisinde olduğunda anlamlı ve işlevseldir. Parçalar işlevleri ile bütünün devamını sağlarlar. İşlevsiz bir durum sözkonusu değildir. İşlevlerin birleşiminden oluşan Sosyal sistem dengesini sağlayabilmesi için, herkesin kendi görevlerini eksiksiz yerine getirmesi ve rollerini iyi bir şekilde oynaması gerekir. Dolayısıyla sistemi oluşturan bütün insanlardan beklenen, rollerini ve işgal ettiklerini bütün alanların gereklerini iyi bir yerine getirmeleridir. Parsons'a göre hastalık, en uç anlamıyla işleyen bir dışının bir dışın kırılması şeklinde tarif

edilebilir. Dolayısıyla dişlinin değiştirilmesi ya da bakıma alınması gerekmektedir. Hastalık, toplumda insanlararası ilişkileri ve sorumluluğu tehdit eden bir olgu olup, bireylerin yükümlülüklerini yerine getirmelerini engellemektedir. Sistem sosyologu olan Parsons, hastalığın iyileştirilmesi ve sağlığın düzenlenmesi için sistematik bir düzenleme önermektedir.

Bu düzenleme doktorların süreç içerisinde bir sosyal kontrol kurumu gibi hareket etmesine ve hastanın rolüne baskı yapmasına olanak sağlayan bir ortam yaratmıştır. Hasta rolünde olan birey doktora giderek sosyal rolünü yapmasını engelleyen Őikayetlerden kurtulmak isterken, toplum insanı yalnız bırakarak, onu hasta rolünden kaçınması yönünde etkiler. Bu yüzden hasta rolü motive edilmiş insan rolü olarak görülür ve hasta geçici olarak yükümlülüklerini yerine getiremez. Böylece Parsons doktor rolünü, hastaların sosyal sorumluluklarını yerine getirmelerini sağlayan önemli bir işlev olarak görür. Toplumun sürekliliği, bireyin sosyal rol ve yükümlülüklerini yerine getirmesine bağlı olduğu için doktor hastanın bir an önce iyileşip toplumsal beklentileri karşılar duruma gelmesinden sorumludur(Cockerham, 1992:159).

Parsons'un doktor ve hasta rolü tanımlamaları "ideal tip" olarak görülür ve bu belirli bir sosyal organizasyonun temel özelliklerinin analizinde bir yöntemdir. Hasta rolünde dört temel özelliğe işaret etmektedir;

- Hasta birey sistem içerisinden izne çıkarılmış, hatta emekliye ayrılmış olarak görülür ve işe gitmek futbol oynamak gibi günlük aktivitelerini bırakır.
- İkincisi, bu bireyler bakıma muhtaç olarak görülür.
- nc olarak, bu iki imtiyaz ya da beklentiden sonra bu bireylerden olabildiğince hızlı bir Şekilde iyileşmesi beklenir.
- Son olarak da tıbbi tavsiyelere uyması beklenir.

Çoğu hastalıkta birey günlük aktivitelerini kısıtlamak durumda kalmasına karşılık bazen bu gerekemeyebilir ve sosyal rollerini bırakmadan da rahatsızlığıyla başedebilir. Hatta kronik hastalığı olanlar-özellikle diabet, hipertansiyon gibi-sürekli hasta rolünde bulunmalarına rağmen maksimum seviyede sosyal rollerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Parsons burada sürekli bir hasta rolüne işaret etmektedir.

Hasta rolünü, doktorun belirlediği süre sonunda bırakan bireyin sağlıklı duruma geçeceğine iddia ederek kurumsallaştırır ve toplumun dolayısıyla tüm hastaların işlevleri düzenler. Evrensel bir rol olarak gösterilen hasta rolü, yaş, cinsiyet, ırk, iş ya da statü farketmeksizin bütün hasta kişilerin zorunluluklarını ve beklentilerini belirler(Morgan,2003:49).

Tablo 5 Parsons'un Doktor Hasta İlişkisi Şeması

Hasta	Doktor
Zorunluluklar ve Ayrıcalıklar	Beklentiler
1.Olabildiğince hızlı iyileşme isteği 2.Doktor kontrolünden geçmek ve doktorla beraber çalışmak 3.Bazı normal aktivitelerine ve sorumluluklarına izin verilme beklentisi 4.Tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğu düşüncesi ve kendi kendine iyileşemeyeceğine karar vermesi	1.Hastalıkla ilgili problemlerde bilgi birikimine ve uygulama becerisine sahip olmalıdır 2.Doktor, kendi çıkarından çok hastanın ve toplumun refahını düşünmeli, para ve çıkara önem vermemelidir. 3.Objektif olmalı ve duygularından sıyrılmalıdır. Hastanın kişisel özellikleri işine yansımamalıdır. 4.Kurallara ve mesleki çalışmalara uygun iş yapmalıdır. HAKLAR 1.Hastanın fiziksel incelemesinde doktorun muayene hakkının kabul edilmesi beklenir. 2. Mesleki özerkliğe sahip olduğu kabul edilmelidir. 3.Mesleki pozisyonun otoritesini hastayla ilişkide korumalıdır.

Kaynak: İşnas,1998, 15

Parsons doktor rolünü hasta rolünün tamamlayıcısı olarak görür. Ona göre hasta doktorla işbirliği yaptığında, doktorlar hasta yararına tüm bilgi ve yeteneklerini toplum hasta refahı yönünde kullanır. Doktorlar, profesyonel pratikleriyle hastaya, rehberlik ederler, objektif kriterlerle ve hassasiyetle çözümler sunarlar. Doktorlar hastalarının, hastalığıyla ilgili gizli bilgileri saklarlar. Parsons'a doktor-hasta ilişkisindeki otorite pozisyonunu profesyonel bilgi yeteneğinden ötürü doktordan yana olduğunu ifade etmektedir. Parsons'un kurumsallaştırdığı doktor ve hasta rolü, toplumda hastalığın yıkıcı etkilerini azaltma işlevi görür. Hastalığın meşru kılınması

doktor tarafından sağlandığı için hasta rolünün koruyucusu olarak doktor rolünü görür. Hastanın olabildiğince hızlı bir şekilde sistemdeki işlevine dönebilmesini hem doktordan hem de hastadan beklenen işbirliğiyle sağlar (Morgan,2003:50).

Bireyin sistemdeki işlevine dönebilmesi için Parsons doktor-hasta ilişkisinin tam bir uyum içerisinde olduğunu ifade etmektedir. Ancak gerçekte böyle bir durum söz konusu değildir. Çünkü otorite ile boyun eğen arasında hemen hemen hiç işbirliği olmamış sadece emirlere uyma durumu sözkonusu olmuştur. Zaten doktor değerleri ile hasta değerleri taban tabana zıttır. Bu çatışma Morgan'a göre ahlaki durumlarda-homoseksüellik, çocuk aldırma, AIDS gibi- daha da fazla ortaya çıkar. Parsons'a göre ilişkideki çatışma; doktorların, hastalarının sistemle ve kendileriyle olan ilişkilerinden kaynaklanır. Doktorlar “sağlıklı” ve “hasta” olanı belirleme otoritesiyle hasta rolünün koruyucusu rolü gibi sosyal kontrol ajanı rolüyle sisteme katkı sağlarlar. Burada hastanın hasta olma ayrıcalığını doktordan isteme aşamasında birtakım çatışmalar doğmaktadır. Doktor “sağlıklı” olandan “hasta” olanı ayırt ederken kriterleri belirlemede zorluklar yaşar. Örneğin sırt ağrısının işe gitmeme nedeni olarak kullanan bireyin “hasta” olduğunu karar verirken, bireyin şikayetlerini ve taleplerini değerlendirmede doktor sorunlar yaşar. Parsons bu aşamada bazı sorular sormaktadır. Bu örnekte doktor hasta yararına mı yoksa sistem yararına mı önceliği verecektir? Ya da sosyal işlevlerini sağlayan bireyin hasta rolünü işgal etmeleri önlenmeli midir? Ayrıca bazı bilgileri sistemin kurumlarına vererek sisteme zararı olabileceği düşünülen bireyi, gizlilik ilkesine rağmen şikayet edecek midir? Bazen de hasta sayısının artması ve özel durumlar doktorları gergin bir duruma itebilir. Örneğin kesin net kriterlerin olmadığıda neler yapılabilir. Koroner by-pass sırası bekleyen hastalar içerisinde; sigara kullanıcısına mı yoksa hiç kullanmayana mı öncelik vermelidir? Sigara kullanıcısına öncelik verildiğinde hiç kullanmayanlar tedaviden mahrum kalabilirler. Örnekler çoğaltılabilir; aynı kazada yaralanmış çok sayıdaki kişiden alkollü olanların tedavisine ya da sigara kullananların da içinde bulunduğu astımlı hastaların nebülizatör kullanımında kime öncelik verilecektir (Morgan,2003:50-51). Bireylere kıt kaynakların nasıl aktarılacağı konusunda doktorlar ciddi problemler yaşamaktadır. Ancak ilişkide Parsons yalnızca doktorların hastalar nedeniyle doğan sorunlardan dolayı olan çatışmayı belirtmektedir. Doktorların neden olabileceği sorunlar onun çalışmalarında bulunmamaktadır. O,

doktorları ideal bir baba gibi ifade etmekte ve o şekilde eylemde bulunduğu göstermektedir.

Doktor hasta ilişkisinde doktor hastasına yeterince rahat bir ortam yaratamaz ise hasta gerçek sorunlarını anlatmaz. Hatta bazı hastalar hastalığının gerçek bir problem olarak bile görmemektedir. Muayenedeki hasta memnuniyeti doktorun kişilerarası ilişkilerdeki başarısına bağlıdır. Hastanın ilk muayenedeki memnuniyeti tedavinin başarısını önemli ölçüde etkilemektedir (Fitzpatrick, 1983:18).

Parsons simetrik olmayan bir çerçevede doktor hasta ilişkisini ele alır. Doktor sadece hasta işbirliğiyle ve uzman bilgisiyle baskın bir pozisyona sahiptir. Doktorun baskın olduğu bu tip ilişki paternalistik bir ilişkidir. Temelde yalnızca bu tip ilişki yaygın olarak görüldüğünü ifade eder ve diğer ilişki şekillerinin otorite güç paylaşımının farklı tarzları olarak yorumlar.

Paternalistik (rehber-işbirliği yapan) bir ilişki düşük hasta kontrolünü yüksek doktor kontrolünü içerir. Doktor hasta için en iyinin ne olduğuna karar veren bir “baba” figürü gibi davranan baskın bir tiptir. Hastaların görevi ise kararı doktora bırakma, endişe yükünü azaltma ve doktora güvenmektir. Karşılıklı ilişkide ise daha fazla eşit partnerler olarak hastaları da içine alan ve “uzmanlararası görüşme” olarak betimlenen bir tip tarif edilir. Her iki katılımcı değerlerini ve düşüncelerini birbirine aktırır. Doktorlar, hastalığın nedenine ilişkin bilgi ve tahminlerini tedavinin şekli ile ilgili düşüncelerini, hastalıktan korunma stratejilerini, klinik bilgi ve yeteneklerini getirir, hastalarsa önceliklerini ve değerlerini, hastalığının riskleriyle ilgili tutumlarını, sosyal çevresindeki bilgilerini, rahatsızlığına ilişkin tüm açıklama ve deneyimlerini getirerek karşılıklı karar verirler. Bu ilişkide hasta daha aktif bir rol alır (Morgan,2003:52-54).

Parsons, doktor hasta modelinde hastanın olabildiğince hızlı bir şekilde iyileşmesi amaç edinilmektedir. Çünkü birey hasta rolünde olduğu sürece sistem açısından beklemeye alınmış bir durumdadır. Sistemin sürekliliği ve bütünlüğünün korunması için bireyin işlevini yerine getirebilecek duruma getirilebilmesi hedeftir ve doktorun da yardımıyla kısa sürede bu sağlanmalıdır. Parsons’ı takip eden ve onun doktor-hasta ilişkisi modeli ışığında geliştirilen modellerde bulunmaktadır.

1.5.5 Parsons'ın Doktor-Hasta İlişkisi Işığında Geliştirilen Modeller

Parsons'ın doktor-hasta ilişkisini temel alarak geliştirilen modeller; Szasz-Hollender, Hayes-Bautista ve Byrne-Long'un doktor-hasta ilişkisi modelleridir. Bunlara Ezekiel'in modellerini de eklenebilir. Bunlar Parsons'ın hasta ve doktor rolleri üzerinde yükselerek, bunlara yeni açılımlar sağlamışlardır.

1.5.5.1 Szasz ve Hollender'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Szasz ve Hollender, hasta ile doktor arasındaki ilişkinin yere ve tıbbi problemin içeriğine göre değiştiğini belirterek, doktor-hasta ilişkisini üç modelle incelemiştir (Cockerham,1992:159;İşnas,1998:16).

1. Aktif-Pasif Model
2. Rehberlik-İşbirliği Modeli
3. Çift Taraflı Katılım Modeli

1. Aktif-Pasif Model:

Bu model birey ciddi şekilde hasta olduğunda, acil tedaviye ihtiyaç duyduğunda veya hayati tehlikesi ortaya çıktığında ortaya çıkar. Bu modelde hasta pasif/edilgen durumdadır. Doktor hasta hakkındaki tüm kararlarda maksimum kontrole sahiptir. Kara verme ve ilişkideki güç doktor elindeyken hasta edilgen durumdadır. Hasta tedavinin şekline katılımı asgari düzeyde ya da hiç yoktur (İşnas,1998:17). Bu ilişkiyi baba-çocuk arasındaki ilişkiye benzetebiliriz. Parsons'ın paternalistik modeli incelendiğinde onun tavsiye ve hedefi bu yönde olduğu gözlemlenecektir. Biraz daha açmak gerekirse Parsons'ta doktorun (baba rolünde) dediğini yaptıran, hastanın da çocuk rolünde babasını dinleyip onun sözünden çıkmayan bir anlayışı bu modelde hakimdir.

2. Rehberlik-İşbirliği Modeli:

Bu modelde hasta tedavinin ne şekilde yapılacağını bilir ve doktorun rehberliği doğrultusunda işbirliği yaparak tedaviyi uygular. Doktor hastaya uygulaması gerekenleri öğreten ve yol gösteren, hasta ise doktor önerilerini kabul eden ve uygulayan birey rolünü oynar. Bu model günümüzde bir çok uzmanlık

dalında varlığını sürdürmektedir. Doktorun karar verici olma özelliği bu modelde de başatır(İşnas,1998:17). Bu doktor-hasta ilişkisi şekli aktif-pasif modelin kısmen ilerisinde baba-yetişkin çocuk rolündedir. Ancak yine de karar veren baba/doktordur.

3. Çift Taraflı Katılım Modeli:

Doktor-hasta arasında eşitlik olan bu modelde doktorun görevi hastanın kendisine yardım etmesine olanak sağlamaktır. Bu tip ilişkide taraflar, eşit güçte olmalı, biri diğerine bağımlı olmamalı ve her ikisi içinde tatmin edici bir ilişki düzeyi olmalıdır. Bu şekildeki ilişki tipi diyabet, hipertansiyon, psikiyatrik rahatsızlıklar, astım gibi kronik hastalıklarda görülür. Hasta düzenli olarak kontrolden geçer. Örneğin diyabet hastaları, doktorun uzmanlığına güvenmekle birlikte, beslenmesi, kan şekeri seviyesinin tespiti ve insülin iğne ve haplarının kullanımından kendisi sorumludur(İşnas,1998:17). Bu modeldeki ilişkinin şekli yetişkin-yetişkin ilişkisine benzemektedir. Szasz ve Hollender doktor-hasta ilişkisinin çift taraflı katılım modeline doğru gittiğini ifade etmişlerdir. Bu model sadece iletişimi teşvik etme ve sağlık eğitimini yapılandırma şeklinde değil, ayrıca hastaya gerçekler ve beklentileri konusunda yardımcı olmayı da amaçlamaktadır. Hastayı gerçekleri göstermek, onun kronik hastalıklarla nasıl mücadele edeceğini de öğretmek anlamına gelmektedir. Bu modelde doktorun amacı bireylerin hastalıklarla başa çıkabilme olanağını arttırmaktır.

Tablo 6. Szasz ve Hollender'in Doktor-Hasta İlişkisinde Üç Modeli

Modeller	Doktorun Rolü	Hastanın Rolü	Klinik Uygulama	İlişki Türü
Aktif-Pasif	Hastaya birşeyler yapmak	Alıcı (cevap vermede çekingenlik)	Anestezi, koma, akut travma	Ebeveyn-bebek
Rehberlik-İşbirliği	Hastaya ne yapılacağını anlatmak	İşbirlikçi (Kurallara uyan)	Çoğu cerrahi hastalıklar	Ebeveyn-Yetişkin çocuk
Çift Taraflı Katılım	Hastaya kendisine yardım edilebilmesi için rehberlik etmek	Taraflardan biri olarak katılım	Birçok kronik hastalıklar, psiko-analiz	Yetişkin-Yetişkin

Kaynak:Morgan,2003,51

Szasz ve Hollender bu modellerdeki ilişkilerin tipleri doktor ve hastanın düşündüğü tedavinin oluşumuna dayandığını belirtmektedir. Hastalığın tedavisinin farklı aşamalarında farklı ilişki tiplerinin ortaya çıkacağı vurgulanmaktadır. Hastalığın tedavisinde doktora daha fazla önem vermektedirler.

1.5.5.2. Hayes ve Bautista'nın Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Hayes ve Bautista'nın doktor hasta ilişkisi modeli, hem doktorun hem de hastanın karşılıklı görüş alışverişinde bulunduğu bir süreçtir. Doktorun hastaya direktifler vererek tedavinin şeklinin belirlenmesinden ziyade hastanın tedaviyi beğenmediği zaman değiştirmek için doktoru ikna etme çabası da olabilir. Onlar doktorun tedavisinin iyi işlememesi durumunda hastanın, doktoru ikaz edebilmesi, tedaviyi değiştirebilmesi veya kaldırabilmesi sürecini incelemiştir. Doktor uzmanlığı konusunda karar vermesine rağmen tedavi yavaş ya da hastaya uygun değilse uygulama doğru da olsa hastaya zarar verebilir. Acil durumlar dışında, bu modelde hasta pasif değildir. Hasta doktorla rahat bir şekilde iletişim kurar, sorular sorar ve doktorun tedavinin uygunluğu açısından kendisini ikna etmesini bekler ve kararlarının hepsini bilmek ister. Ancak bu iletişim şekli sosyal konuma göre değişebilir. Sosyo ekonomik seviyesi düşük gruptakiler daha pasif görünümde ve kontrolü tamamen doktora bırakırlar. Dolayısıyla şikayetlerini tam bir şekilde doktora aktaramayabilirler. Doktor bu süreçte otoriter bir konumdadır ve hastaların tedavilerini kendilerine uygun şekilde belirleme olasılıkları çok düşük ya da hiç yoktur. Sosyo-ekonomik düzeyi daha iyi olanlar doktorlarla daha rahat iletişim kurabilirler. Dolayısıyla tedaviye katılma oranları artar ve tıbbi problemleri hakkında görüşlerini açık bir şekilde doktora aktararak, tedavilerini kendilerine uygun bir şekilde belirleyebilirler (Cockerham,1992:160-162).

Herşeye rağmen doktora gelen hastalar tıp bilimi ile bilgileri yeterli olmadığından kararlarda neredeyse tamamen doktora bağlı kalınmaktadır. Bazen doktor herhangi bir neden olmadan hastaya uygun ve onun beklentileri doğrultusunda bir tedavi önerebilir. Bununla birlikte doktorun testlerden ve işlemlerden sonra gereksiz tedavi uygulama olasılığı bulunmaktadır. Bu olumsuzluklar karşılıklı ilişkide doktorun tek hakim olmasından kaynaklanmaktadır (Krupat, 2000:708).

1.5.5.3 Byrne ve Long'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Doktor-hasta ilişkisini Byrne ve Long, “hasta merkezli” ve “doktor merkezli” olmak üzere iki şekilde incelemişlerdir. Doktor-hasta ilişkisinin hasta merkezli yaklaşımında, doktor hastanın durumuna göre bilgi ve deneyimlerini hastalığın teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilir ve hastanın ilişki sürecine aktif bir katılımı sözkonusudur. Doktor merkezli yaklaşımda doktorun görevi zamanı iyi kullanmaktır. Bu nedenle doktor hastalarına hastalığı hakkında detaylı açıklamalar yaparsa ve onların tüm şikayetlerini dinlemeye çalışırsa çok fazla zaman kaybedecektir. Bunları dikkate alarak hastanın tedavi aşamalarına katılımını engelleyerek kendi bilgi ve deneyimlerini ele alır.

Tablo 7 Byrne ve Long'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Hasta-Merkezli Yaklaşım		Doktor-Merkezli Yaklaşım	
Hastanın bilgi ve tecrübesini kullanmak		Doktorun bilgi ve deneyimini kullanmak	
Sessiz durma, dinleme ve düşüncesini açıklama	İletişimi netleştirme	Analiz etme	Bilgi toplamak

Kaynak: Morgan, 2003,52

21. yüzyıla yaklaşıldığında Szasz ve Hollender'in çift taraflı katımlı doktor-hasta ilişkisi tipine yaklaşılmıştır. Tedavi kararlarında hastaya daha fazla söz hakkın tanıyan bu yaklaşımda tedavi kararı sorumluluğunun bir kısmını doktor hastaya devrederek kısmen rahatlamıştır. Bu dönemde yükselen kronik hastalıklar önlenmesi için hastanın da tedavi kararlarına katılma zorunluluğu doğmuştur. Özellikle hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıklarında doktor ve hasta işbirliği yapmazsa tedavi de birçok sorunlarla karşılaşmaktadır.

1.5.5.4 Waitzkin ve Stoecke'in Doktor-Hasta İlişkisinde Modeli

Waitzkin ve Stoecke hasta bakımındaki ideal yaklaşımlardan çok gerçek mevcut duruma yönelik olarak “mikropolitik durum” kavramını ortaya atmışlardır. Bu modele göre doktorun kesin bir egemenliği vardır. Hasta sadece kendisinden bilgi alınan birey konumundadır. Waitzkin ve Stoecke'nin doktor-hasta ilişkisi modelinde

temel amaç hastayı” iyileştirmektir. Bu model açısından hastalar, doktorlar üzerinde bireysel ve kolektif yük olarak görülür (Krupat,2000:708).

1.5.5.5 Freidson’un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Freidson’un doktor-hasta ilişkisi modelinde kesin ve tam davranışlar yerine ideal beklentiler olmalıdır. Doktor hasta arasındaki amaç farklılığı potansiyel bir çatışma ortamının oluşumuna neden olur. Hastalar hem ilişkinin içeriğine girmek isterler, hem de ilişki de pay sahibi olmak ister (Krupat, 2000:708). Doktorlar da uzmanlık gücünden gelen gücü ile ilişkideki payının azaltılmasını istemezler. Hatta hastalar kısmen işten/toplumdaki birtakım rol ve görevlerinden kaçmak ve tedavi aşamasındaki gerekli bütün bilgileri edinmek isterlerken doktor hastayı çok çabuk iyileştirmek ve bunu yaparken de mümkün olduğunca az bilgi vererek zamandan tasarruf etmek ister. Freidson modelinden ortaya Parsons’ın modelinde olduğu gibi iki tarafından kabul edebileceği ortak bir yaklaşım ortaya çıkmaktadır.

Doktor hasta arasındaki çatışma, bakış açısı farklılığından oluşmaktadır. Bunun nedeni de değişik ilgi ve önceliklerdir. Hasta sadece kendi hastalığı ile ilgiliyken doktor çok sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu ile karşı karşıyadır. Hasta problemlerini doktoruyla daha ayrıntılı görüşerek muayeneyi uzatma isteğindedir. Doktor da bekleyen hastaların gereksinimlerini gözönüne almaktadır. Bu durum da doktor ile hasta arasında ciddi bir çatışma olarak ortaya çıkarmaktadır. Freidson doktor hasta arasındaki başka bir çatışma kaynağını hastalığın ciddiyetine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklandığını ifade etmektedir. Hasta çektiği ızdırap nedeniyle hastalığını çok ciddiye alırken, doktor uzman bilgisi nedeniyle hastalığa aynı ciddiyetle yaklaşmayabilir. Bu da çatışmaya neden olmaktadır (Krupat, 2000: 709-711).

Muayene sırasındaki olaylar da çatışmaya neden olabilir. Tipik bir muayene hastanın sorunları ve şikayetleri ile ilgilidir. Ancak hasta stres veya acıları nedeniyle şikayetlerini açıklayamayabilir. Bu noktada doktorun işinin rutinleşmiş durumunu hastaya yansıtması yani hastayı bir meta olarak görmesi de ciddi bir problemdir. Buna bağlı olarak yeterli nezaketi hastaya göstermemesi veya saygısız davranması çatışma olasılığı artmaktadır. Hastanın aşırı talepkar olması da çatışmaya neden olabilir. Freidson’a göre tedavinin başarılı olabilmesi için ekip çalışmasına

gereksinim vardır. Hasta hastalığıyla ilgili tedaviye gereksinim duyduğunda arkadaşlarına, akrabalarına ve çevresine danışabilir ve onların yönlendirmeleri onun için önemlidir. Bu konuda yapılan çalışma bunu göstermektedir. Hastanın doktorunu seçmede, akrabalarının ve arkadaşlarının tavsiyesinin hasta davranışına etkisi %34 iken, bir başka doktorun etkisi %20’de kalmıştır(İşnas,1998:23).

Doktorlar insani yönlerden çok teknik değerlere önem vermektedirler. Freidson bu durumu şu şekilde özetlemektedir. Doktorlar; hastalarını her yönüyle bir insan olarak görmemektedir, genellikle hastayı teşhis, test ve tedavi için bir ya da iki kereden fazla görmemektedir. Doktorun saygınlığı işlerindeki başarısına ve hizmetin kalitesine dayanmaktadır. Hizmetin kalitesinin ölçülmesi ise hastaların fikirleriyle değil, diğer doktorların kararlarıyla yapılmaktadır(İşnas,1998:24).

Freidson’nun doktor-hasta ilişkisi modeli “çatışmacı” yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Doktor-hasta ilişkisi karmaşık olmayan tedavilerde azalmaktadır. Fakat ilişki hiçbir zaman en üst seviyede olamaz. Çünkü çatışma güç karşılaşmalarında asla bitmeyen bir süreçtir(Krupat,2000:711).

1.5.5.6 Emanuel’in Doktor Hasta İlişkisi Modeli

E. Emanuel’in Nisan 1992 yılında JAMA’da yayınlanan *Four Models Of The Physician-Patient Relationship* adlı makalesinden bu bölüm özetlenerek alınmıştır. Hasta rolünün tıbbi kararlar verme üzerindeki etkisi son dönemlerde sık tartışılan bir problem olarak görülmektedir. Özellikle özerklik/sağlık ile hasta/doktor bakış açısı farklılıkları çok sık doktor-hasta ilişkisinde çatışmaya neden olmaktadır. Emanuel çatışmanın tıbbi uygulamaları, bilgi alışverişini doktor kararlarının sınırlarını belirleyebileceğini hatta beklentileri şekillendireceğini ifade etmektedir. Farklı anlayışları içeren doktor-hasta ilişki tiplerini oluşturarak, ideal bir doktor hasta ilişkisi oluşturmaya çalışmaktadır.

- Doktor-hasta ilişkisinin hedefleri
- Doktorların sorumlulukları
- Hasta değerlerinin rolü

- Hasta özerkliği konsepti çerçevesinde doktor-hasta ilişkisi modellerini oluşturmaktadır.

Bu modeller Weberyian tipler olup doktor-hasta ilişkisini tamamen tanımlamayabilir. İlişkinin temel karakteristiklerini oluşturarak, ideal düzenlemeler yapmaktadır. Bu bağlamda, doktor-hasta ilişkisinin hedefleri; hasta ve doktor arasında tedaviyle ilgili ortak bir kanıya varma, doktorun sorumlulukları; yasal prosedürler çerçevesinde, hastayı bir meta olarak değil sosyal bir varlık olduğunu kabul ederek tedavi sürecine onu katmak, hasta değerlerinin rolü; hastanın yetişmiş olduğu kültürel ortam onun değerlerini şekillendirerek tedavi sürecine katılımını olumlu veya olumsuz şekilde etkilemektedir, hasta özerkliği konsepti ise doktorun hastaya tedavi öncesinde ve sonrasında ya da hastanın, tedaviyi reddetmesi durumunda, oluşabilecek alternatif bir durumda doktorun uzman görüşlerini kabul edip etmeme durumudur.

1.5.5.6.1 Paternalistik Model

Emanuel isimden yola çıkarak modeli açıklamaktadır. Paternal, ailede, özellikle eskiden baba egemenliğin çok yoğun olduğu şekli ile, varolan baba-oğul arasındaki ilişkiyi bu tip doktor-hasta ilişkisine benzetmektedir. Aynı zamanda usta-çırak arasındaki bütün egemenliğin ustada olan ilişkide bu modele örnek gösterilebilir. Bu modelde doktor mutlak egemendir. Hasta yalnızca doktorun aldığı kararlara uymak zorunda kalmaktadır. Doktor hastanın sağlığını koruyacak önlemleri alır ve uzman tıbbi bilgisini kullanarak hastalığı hakkında bireye en iyi müdahaleyi yapacağı konusunda ikna eder. Paternalistik ilişki doktorun mutlak egemen olduğu bir doktor-hasta ilişkisidir. İlkel çağlardaki büyücülükle başlayan ve eski Mısır, Yunan, Roma ve Ortaçağ Avrupa'sındaki doktor-hasta ilişkileri bu modele örnek olarak gösterilebilir. Bununla birlikte bu model halen geçerli olduğu hatta baskın bir konumda olduğu toplumlarda mevcuttur. Özellikle gelişmemiş ülkelerde, uzman bilgisine ilahi kutsallıklar atfedilen toplumlarda bu ilişki tipi yaygın olarak görülmektedir.

Paternalistik model en iyi olduğu varsayarak objektif kriterleri taşıdığını ifade eder. Bu nedenle doktor hastanın ilişkiye katılımını kısıtlayarak, onun için en iyi olacak tedaviyi kendisinin belirleyeceğini düşünmektedir. Ayrıca doktor, bu

şekildeki ilişki ile hastanın kendisine ileride minnettar kalacağını çünkü objektif olarak herşeyi düşündüğüne inanmaktadır. Böylece model, hasta özerkliği ve sağlık-seçim arasındaki çatışmalara son noktayı koymaktadır. Çünkü doktor tek egemen olarak çatışma olmasına fırsat bırakmadan her kararı almakta, hastaya herhangi bir söz hakkı bırakmamaktadır. Doktorun bu tutumu hasta gardiyanı olarak adlandırılabilir. Doktor talimatları verir, bilgisiz olduğunu düşündüğü hasta da isteklerini bir kenara koyarak emirleri yerine getirir. Hasta, kendi özerkliği düşüncesini ancak doktorun belirlediği zaman çerçevesinde kabul eder.

1.5.5.6.2 Bilgi Verici/Öğretici Model (*Informative Model*)

İkinci olarak bilgi verici model, bilimsel, mühendislik ya da tüketici model olarak da adlandırılır. Bu modelde doktor hasta etkileşiminin amacı doktorun hastalıkla ilgili bütün bilgileri hastaya temin etmesidir, bu bilgiler içerisinden hasta kendine en uygun olanı seçer ve doktor seçilen tedaviyi uygular. Doktor hastalığın durumunu, ilgili tüm belirsizlikleri, olası teşhis ve tedavi yöntemlerini, bunların ayrı ayrı yararlarını ve risklerini ve tedavinin yararlarıyla sürecin nasıl gelişeceği hakkında bilgi verir. Sonuçta hastalar hastalığına ilişkin tüm bilgileri alır ve kendi değerlerine en uygun tedaviyi seçer. Bilgi verici modelde doktor ve hasta değerleri arasında kesin bir ayırım bulunmaktadır. Önemli olan hastanın gerçekleridir ve hastanın istediği tedaviyi alabilmesi doktorun zorunluluğudur. Bu noktada doktorun düşüncelerinin hastanınkiler ile uzlaşmasının bir önemi yoktur. Çünkü baskın olan hastadır. Doktorun buradaki rolü teknik uzmanlıktır. Teknik bir uzman olarak doktor, bilgi ya da yeteneklerinin eksikliğinde diğerlerine başvurma, uzmanlık alanındaki yeterliliğini sürdürme ve doğru bilgi sağlama zorunluluğundadır. Hasta özerkliği konseptindeki tıbbi karar verme bakımından hasta kontrolündedir.

1.5.5.6.3 Yorumlayıcı Model (*Interpretive Model*)

Yorumlayıcı modelde doktor-hasta etkileşiminin iddiası hastanın değerlerini gerçekleştirilecek tedaviyi seçmede doktorun hastasına yardım etmesidir. Hastanın seçeceği ya da doktoruna bırakacağı tedavi hakkında olası tüm bilgiyi, yarar ve riskler bağlamında, doktor hastasına açıklamalıdır. Bu noktada bilgi verici modele benzemektedir. Ancak bunun ötesinde yorumlayıcı model doktoru hastanın düşüncelerini ifade etme ve açıklamada ona yardım eder, en iyi tıbbi önlemleri

belirlemede bazı değerleri gerçekleştirir, boylce hasta için onun değerlerini yorumlamada yardımcı olur.

Yorumlayıcı modele göre hastanın değerlerinin hasta tarafından bilinmesine ve karıştırılmasına gerek yoktur. Onlar zel bir niteliğe kavuştuğundan hasta tarafından taraflı bir şekilde anlaşılabilir, buna özel durumlar da eklendiğinde çatışmaya yol açabilir. Sonuç olarak hastayla çalışan doktor hasta değerlerinin uyumunu sağlayıp onları aydınlığa kavuşturmalıdır. Bunu da hekim, hastanın hedeflerini ve hedeflerin, taahhütlerini ve karakterlerini tekrar oluşturmada hastayla çalışarak sağlar. En uçta doktor, hastanın önceliklerini ve belli hasta değerlerini, bir bütünün doğası gibi hastanın yaşamını düşünmelidir. Sonra doktor, bu değerleri en iyi şekilde gerçekleştirecek tedavi ve testleri belirler. Daha önemlisi doktor, bunları hastaya dikte edemez, en uygun eylemin yönüne ve değerlere karar verecek eninde sonunda hastadır. Ancak hasta değerlerine karar veren doktor tıbbi durumda onları kullanma ve anlamada hastaya yardım eder.

1.5.5.6.4 Uzlaşmacı Model

Dördüncü olarak uzlaşmacı model, doktor-hasta etkileşiminde, doktorun görevi olarak klinik durumlarda hastanın sağlığa ilişkin değerlerini gerçekleştirebilme ve bu değerleri seçme ve belirlemede hastaya yardımcı olmaktır. Burada doktor, klinik durumdaki hastaya bilgi sağlamada ve tedaviye en uygun yaklaşımları açıklayarak hastaya yardımcı olmaktadır. Doktorun amacı önerilen belirli sağlık ilişkisi değerlerini içerir. En uçta doktor ve hasta sağlığa ilişkin değerler hakkında sonuna kadar devam edecek bir uzlaşmaya hizmet etmelidir. Doktor yalnızca sağlığa ilişkin değerleri tartışır; çünkü ele alınan tüm ilişkiler ve değerler hastalığın tedavisini etkiler. Doktor profesyonel ilişki alanının ötesinde hastalığın tedavisiyle ilişkisi olmayan bütün diğer unsurları da belirtmesi gerekir. Ayrıca doktor hastasını ikna etmenin yanında daha fazlası için, zorlamaz, aşır baskıdan kaçınır ve hasta, yaşamında varolan değerleri seçer. Ahlaki bir uzlaşmaya hizmet eden doktor ve hasta, sağlığa ilişkin değerlerin önemini ve değerliliği hakkında birlikte karar verirler.

Uzlaşmacı modelde doktor bir arkadaş bir ğretmen gibi davranır ve hasta için en iyi davranışın ne olacağı konusunda ona yardım eder. Doktor sadece hastanın

yapabileceklerini göstermez ayrıca hastanın bildiklerini ve isteklerini en iyi hale getirir ve en uygun tıbbî tedaviyi tercih etmede verilecek karar için hastayı yönlendirir. Hasta özerkliği konsepti kendiliğinden olan ahlaki bir gelişmedir; hastaya sınıdığı değerleri ya da gözden geçirmedeği tercihleri izlemesine yardımcı olunmaz fakat, diyalog, alternatif sağlığa ilişkin değerler, bunların geçerliliği ve tedaviye katılmasını da sağlayabilir.

Tablo 8. Dört modelin karşılaştırılması

	Bilgi Verici	Yorumlayıcı	Uzlaşmacı	Paternalistik
Hasta Değerleri	Hasta Bilen, Karışan ve Tanımlayandır	Açıklanması İstenir ve Tartışılır	Tartışmayla Tekrar Düzenlenir ve Değişmeye Açıktır	Doktor ve Hasta Tarafından Paylaşılır ve Objektiftir
Doktorun Zorunluluğu	Gerçek Bilgiyi Sağlama ve Hastanın Seçtiği Tedaviyi Yerine Getirme	Hastanın Seçtiği Tedaviyi Yerine Getirmek ve Hastanın Bildiği Kadar Değerlerini Yorumlamak ve Açıklığa Kavuşturmak	Hastanın Seçtiği Tedaviyi Yerine Getirmek, Hastanın Bildiği Kadarıyla En Uygun Olan Değerleri Konusunda Onu İkna Etmek ve Açıklamak	Hastanın Belli Değerlerini Bağımsız Hale Getirmek
Hasta Özerkliği Konsepti	Tıbbi Bakım, Kontrol ve Seçim	Tıbbi Bakımla İlgili Kendi Kendinle Uzlaşma	Tıbbi Bakımla İlgili Ahlaki Uzlaşma	Objektif Değerlere Razi Olma
Doktor Rolü Konsepti	Yetkili Teknik Uzman	Danışman Ya da Teknik Yardımcı	Arkadaş Ya da Öğretmen	Gardiyan

Kaynak: Ezekiel, 1992:4

1.5.5.6.5 Dört Modelin Karşılaştırılması

Bütün modellerin ayrışmasında temel faktör hasta özerkliğin görüşüdür. Her bir model tek başına hastayı iyileştireceğini iddia etmektedir. Dört modelin yanı sıra beşincisi eklenebilir, enstrümantal araçsal/yardımcı model. Bu modelde, hasta

değerleri konu dışıdır; hekim, bilimsel bilgi çerçevesinde toplum sağlığına uygun hastaya bazı bağımsız hedefler işaret eder. Tuskegee'nin sifiliz deneyi ve Willowbrook'un hepatit çalışması bu modele örnektir. Bu durumların açıklanmasının ahlaki kısıtlanması olarak bu model ideal değil ama bir kısaltmadır. Böylece burada dikkatlice incelenmemiştir.

1.5.5.6.6. Dört Model Ve Tartışılan Akımlar

Son zamanlarda “hasta özerkliği” olarak adlandırılan hasta egemenliği, medikal kararlar üzerinde hastanın kontrol ve seçimini içerir. Tartışmacı modele doğru giden bir değişim çizgisinde hekimler hastalarını tüketici/müşteri olarak görmektedir. Bu modelde bireyin deneyimlerine saygı gösteren, birtakım yaşam kurallarını dikkate alan ve hasta haklarını geniş çapta savunan bir anlayış hakimdir. Örneğin yaşam destek tedavisinde kararın kontrolü tamamen bireye bırakılmıştır. Doktor yasal prosedürler dışında bireyi herhangi bir şekilde cesaretlendirmez ya da ona önerilerde bulunmaz. Medikal tedavinin reddettiği haklar temel ve önemli olup, diğer uygulamalar hiç kimse tarafından önerilmez. Kontrol edilen karar bir yetkili tarafından bilgilendirilen hastaya aittir, hekimin yaptığı medikal bir karar değildir, ahlaki ve felsefi bir karardır, yetişkin yalnızdır.

Öğretici modelin güçlü bir şekilde onaylanması, bilgi vermenin bir ideal hedef gibi algılanmasına neden olmuştur. 1970'lerden önce bilgi sağlanmasına izin veren standartlar hekim temellidir. 1972'den beri ve Canterbury olayından bu yana, vurgu hastaya bilgi verilmesini olanak sağlayan “hasta yönelimli” bir anlayıştır, hekim korunmayı sağlayan hasta değerlerini ve hastanın kullanımına yetki veren uygun tıbbi eylemleri sağlamada görevlidir.

Kendine ne olduğu gerçeği kavramada belli bir risk barındıran bilgi, kendine en uygun bilgiyi eleme fırsatı içeren bir seçim uygulaması bilgisidir. Hastaya yetki veren bu kuralların anlaşılmasında alternatif tedaviler ve risklerin de açıklanması zorunludur.

1.5.5.6.7. Karar Verme Sürecine Katılım

Daha yaygın olmasına rağmen bir çok kişi öğretici modeli zayıf bulur. Mevcut tıp otoriteleri hastaya özgü karar verme gücü ve ideal ilişkiler ile anlaşmazlık içerisindedir, fakat karar verme sürecine katılım “karşılıklı paylaşma ve saygı” çerçevesinde kurulmaktadır. Medikal tıp, doktorun rolünü “hastanın tıbbi durumunu

anlamada, yapılacakların olası yönlerini ve hastanın onun beklentilerini ve düşünceleri taşımak” olarak iddia etmektedir. Brock ve Wartman, hekim kararını verirken hastaya bilgi sağlayarak, “karar vermeye katılım”ı sağlamış olur ve “işbölümü” nün gerçek değerini gösterdiğini ifade etmektedirler. Doktor ve hastanın her ikisinin de yardımlaşması esaslı ve gereklidir. Doktor, hastanın durumunu anlamaya ve tedaviye-olası alternatif tedavileri anlamayı da içeren-uzmanlığını, bilgisini ve tıbbi eğitimini taşır. Hasta ise çeşitli tedavilerin risk ve faydaları hakkında düşüncelerini, değerlerini ve kendi subjektif iddialarını taşır. Bu yaklaşımla belirli bir hasta için en iyi tedaviyi seçmede her iki kesimin yardımı istenir. Benzer şekilde ideal tıbbi kararı vermeyi tartışan Eddy, ideal olarak hasta ve doktor arasında gerçek değerde işbölümü olduğunu iddia eder: Karar verme sürecinde iki basamak önemlidir. Birinci basamak deneysel kanıtlardır. İkinci basamak ise kişisel değerler ya da tercihler olabilir. Süreç analitik değil kişisel ya da öznelidir. Kararı belirleyen hastanın üstünlüğüdür. Katılımın çerçevesi hastayla tıbbi karar vermeye katılma gibi görünür, hekimler teknisyen seviyesine indirildiğinde, “hasta doğrultusunda kendi teknik yeteneklerini kullanan ve tıbbi bilgiyi nakleden” kişidir. Böylece, “karar vermeye katılım” savunulduğunda hasta ve hekim arasındaki ortak bir diyaloga doğru istek artabilirken, onların ideal bilgilendirici çerçevesinin ismi farklı bir etiket altında bilgi verici model yeniden anlamlandırılır.

II. ARAŞTIRMANIN METODU VE KULLANILAN TEKNİKLER

2.1 Evren ve Örneklem

Çalışma, mevcut doktor-hasta ilişkileri incelemek üzere anket, derinlemesine mülakat ve gözlem teknikleri kullanılarak, Muğla Devlet Hastanesinin ortopedi, üroloji, genel cerrahi, plastik cerrahi, göğüs cerrahi ve kalp damar cerrahi klinik ve polikliniklerine başvuran hastalar araştırmanın evreni çerçevesini oluşturulmuştur.

Hastanenin evren olarak alınma nedeni diğer sağlık kuruluşlarında (sağlık ocağı, dispanser vb.) doktor-hasta ilişkisinde çıkar sorununun kısmen daha az görülmesidir. Bu sağlık kuruluşlarının tamamına yakını ayaktan tedavi hizmeti sunmaktadır. Dolayısıyla yalnız poliklinik gözleme olanak sağlayacaktır. Bir sağlık kuruluşunun yataklı tedavi hizmeti vermemesi hem doktorun güç kullanımını daha az

gözlemlenmesine hem de maddi çıkar beklentisinin kısıtlanmasına neden olmaktadır. Doktor-hasta ilişkisinde maddi çıkar beklentisini taşıyan doktor grubu genelde uzmanlardan oluşmaktadır. Uzmanlar da çoğunlukla yataklı tedavi kurumlarında görev almaktadır. Hemen hemen her uzman doktorun hastane yakınlarında özel muayenehanesi olup doktor-hasta arasındaki maddi çıkar genelde bu kuruluşlarda gerçekleşmektedir.

Devlet hastanesi dışındaki sağlık kuruluşları(SSK ve Özel Yücelen Hastanesi) kaynaklara ulaşım zorluğu ve çalışma izni alınamaması nedeniyle tercih edilmemiştir.

Bu evrende örneklem grubu olarak poliklinik gözlem, klinik anket ve derinlemesine mülakat grupları seçilmiştir. Üç farklı örneklem grubunun seçilme nedeni üç ayrı tekniğin kullanılmasıdır. Poliklinik gözlem grubu, 01.02.2004-30.04.2004 tarihleri arası polikliniklere başvuran hastalardan oluşmuştur. Bu tarihler arasında polikliniklere başvuran 12.026 hastanın %10'u rasgele seçilerek 1200 gözlem yapılmıştır. Klinik anket grubuyla poliklinik gözleminden bir ay sonra 01,03,2004-31,05,2004 tarihleri arasında çalışma yapılmaya başlanmıştır. Bu tarihler arasında seçilen kliniklerde 1239 hasta tedavi görmüş olup örneklem grubuna %10 seçilerek üzerinde anket uygulanmıştır. Kliniklerdeki bu çalışmada hastalar, yatan hasta defterinden kliniklerin yoğunluğuna ve poliklinik gözleminde yer izlenmesine göre seçilmiştir.

Poliklinik gözleminin başladığı (01,02,2004) günden klinik anketlerin bittiği (31,05,2004) güne kadar 30 kişiyle derinlemesine mülakat yapılmıştır. Bu hastaların seçiminde rahatça iletişim olanağı bulunabilme ve mülakat yapmayı kabul etme kriterlerine dikkat edilmiştir. Derinlemesine mülakatlardan seçilen 4 kişi örnek olay olarak verilmiştir. Poliklinik gözlemi ve klinik anket yapılmasına karşın derinlemesine mülakat yapma gereksinimi de duyulmuştur. Çünkü poliklinik gözlemi çok kısa olup genel davranışlar üzerinde bilgi vermektedir. Anket çalışması ise (anketör kullanılmamasına rağmen) hazır sorulardan oluşması(ön inceleme yapılarak sorular oluşturulmuştur) ve bireylerin soruları cevaplamaktan bazen kaçınması gibi nedenlerden dolayı derinlemesine mülakat tercih edilmiştir. Böylece bireyin hem geçmiş sağlık yaşamı hem hastaneye yatış aşamasında oluşan olaylar hem de yatış süreci ayrıntılandırılarak irdelenmiştir.

Üç tekniğin bir arada kullanılma nedeni iki farklı alanın incelenmesidir. Bu alanlar, tedavi sürecinin ayakta uygulandığı *poliklinik* ve tedavi sürecinin hastanın müşade altında tutulduğu (hastanın hastanede kaldığı) *klini*ktir. Poliklinik tanı merkezidir ve çok fazla hastaya hizmet vermesi bakımından doğrudan inceleme olanağı sağlamamaktadır Bununla birlikte poliklinikte doktorun genel davranışları kolayca gözlemlenebileceğinden, özel muayenehaneler ve hastaneler karşılaştırmasında kullanılmak üzere tercih edilmiştir. Çalışma poliklinik gözlemiyle başlamıştır. Bu aşamada gözlem tekniğinin seçilme nedeni, gözlem dışında yapılacak bir çalışmanın zor olması ve güvenilir bilgi vermeyeceği düşüncesidir. Uzun süre bekleyen, birkaç kayıt işlemiyle ilgilenen bireylere, uğraştırıcı bir anket formu uygulandığında gerekli bilgi alınması neredeyse olanaksızdır. Hasta birey en kısa sürede muayenesini olup hastaneden ayrılmak istemektedir.

Klinik çalışmasının sebebi ve klinik seçiminin kriterleri şu şekilde açıklanabilir. Doktor-hasta ilişkisinin polikliniğe göre daha uzun süreli olması, hastanın yaşam kaygısı nedeniyle doktorun tahakkümünü daha kolay kabullenmesi bağlamında doktorun maddi çıkar beklentisinin rahat bir şekilde gözlemlenebilmesi klinik çalışmasına neden olmuştur. Klinik çalışma kriterleri ise, dahili klinikler ve kadın-doğum gibi bazı cerrahi kliniklerdeki hastaların olası bekleme süresi uzun olabileceğinden doktor seçme alternatifini bulunmaktadır. Bunun yanı sıra hastada oluşan yaşam kaygısı dahili kliniklerde ameliyat yapılmamasının da etkisiyle maddi çıkar beklentisi yaratmamaktadır. Ameliyat düşüncesi hasta bireyler üzerinde derin bir gerginliğe sebep olmaktadır. Ameliyat sonrası hastalığından kurtulmasıyla beraber sağlıklı bir şekilde yaşama devam eden hasta birey doktoruna karşı bir minnet duygusu beslemektedir. Dolayısıyla ameliyat kavramı başlı başına maddi çıkar beklentisi yaratmaktadır. Seçilen klinikler bu beklentinin en rahat şekilde gözlemlenebileceği birimlerdir. Bunun yanı sıra hastaya ait olan tüm bilgilerin kolay ulaşılabilirliği gibi nedenlerle yukarıda da sözü edilen ortopedi, üroloji, genel cerrahi, plastik cerrahi, göğüs cerrahi ve kalp damar cerrahi klinik ve poliklinikleri seçilmiştir. Tüm cerrahi kliniklerde operasyon olasılığının yüksek oluşu maddi çıkar beklentisini arttırır.

Ayrıca doktorlarla ayrı ayrı iki kez görüşülmüştür. Bu görüşmelerde, doktorların sistem, meslekleri ve doktor-hasta ilişkisi hakkındaki düşüncelerine yer

verilmiştir. Tüm bu çalışmaların dışında, incelenen ilişkinin tarafı olmayan ancak her iki kesmi de uzun yıllar gözlemlediği varsayılan klinik hemşireleri ve hasta bakıcılarla iki sohbet toplantısı yapılarak konuyla ilgili olarak fikirleri alınmıştır.

2.2 Teorik Varsayımlar Ve Hipotezler

Doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı birçok rolün etkisiyle oluşmuş bir ağ bulunmaktadır. İlişkide bulunan her iki taraf toplumsal yapının belirlediği davranış kalıpları doğrultusunda beklentileri karşılayacak şekilde eylemde bulunurlar. Toplumsal yaşamın sürekliliği ve Parsons'ın da belirttiği gibi bozuk/hasta parçaların onarımı/tedavisi için ilişkinin devamlılığı gereklidir. Toplumun üyesi olan hasta, doktorla ilişkiye girme düşüncesiyle birlikte çevresinden/referans gruplarından ve alt sistemlerden etkilenecek ilişkiye yön verir. Birçok normdan, değerden ve yaklaşımdan etkilenen ilişki, doktorun çalıştığı ve birçok sağlık elemanın bulunduğu bir ortamda gerçekleşmektedir. Hasta belli kurallar dizinine uyarak ve birtakım aşamalardan geçerek doktorla ilişkiye girebilmektedir. Doktor sistemin ve gündelik yaşamın kendine sağladığı birçok avantajla birlikte girdiği ilişkide güçlü bir pozisyonadadır. Araştırma doktor ve hastanın karşılıklı algılamalarını çözümlenmek amacıyla oluşturulmuştur.

Muğla Devlet Hastanesinde yapılan çalışmada kuramsal çerçeveden özellikle E.Ezekiel'in doktor-hasta ilişkisi modelinden hareket edilerek, yaklaşık 10 yıllık bir gözlem ışığında araştırmanın hipotezleri şu şekilde oluşturulmuştur:

- Doktor-hasta ilişkisinde doktorun ve hastanın çıkarları arasında olumlu bir ilişki sözkonusudur. (Sağlık Çıkarı/Maddi Çıkar)
- Doktor-hasta ilişkisinde güç bağlamında olumsuz bir ilişki sözkonusudur.
- Doktorun gücü elinde bulundurması ile otorite arasında olumlu bir ilişki sözkonusudur.
- Toplumsal yapıdaki doktor rolü doktor-hasta ilişkisinde otoriteyi daha güçlü kılmaktadır.

- Doktorun otoritesi ile hastanın bu otoriteyi benimsemesi arasında olumlu bir ilişki sözkonusudur.
- Doktorun otoritesinin gücü ile hastanın eğitim durumu arasında olumsuz bir ilişki sözkonusudur.
- Hastanın haklarından bihaber olması ile eğitim düzeyi arasında olumlu bir ilişki sözkonusudur.
- Hasta çıkarları ile doktorun gücü arasında ekonomik açıdan olumsuz bir ilişki sözkonusudur.
- Doktorun ekonomik çıkarları ile hastanın sağlığı arasında olumsuz bir ilişki sözkonusudur..

2.3 Muğla’da Yataklı Tedavi Kurumları Ve Muğla Devlet Hastanesi

Anadolu'da ilk önemli hastane Mardin'de Artukoğulları'ndan Eminüddin tarafından 1108-1122 tarihleri arasında yaptırılmıştır. İkinci önemli hastane Selçuk Hükümdarı Gıyasettin Keyhüsrev 1205'de Kayseri'de "Darüşşifa ve Tıp Mektebi", daha sonra da 1217' de Sivas' da I. Keykavus Hastanesi ve Tıp Mektebi ile 1308' de Amasya'da Anber Bin Abdullah Hastanesi ve Tıp Mektebi kurulmuştur (www.saglik.gov.tr/2004).

Osmanlı döneminde de yeni hastaneler ve tıp mektepleri ile bunların bünyelerinde eczane, kütüphane ve sosyal hizmet kuruluşları açılmıştır. 1827'de modern tıp eğitiminin de başlamıştır.

Kurtuluş Savaşı öncesinde Muğla’da sağlık çalışmalarında hemen hemen hiç Türk sağlık personeli yer almamıştır. Eczacı Haralombus ve Şişman doktor gibi Rumlar neredeyse merkez ilçe ve tüm köylerin sağlık hizmetini doğrudan evlere giderek sağlamışlardır. Yine hemen kurtuluş Savaşı öncesi Hacı Kadızade Pembe Hanımın katkılarıyla Muğla’da ilk hastane kurulmuştur. Hastanenin ilk kurulduğu yıllarda hastanede Dr. Muhsin, Dr. Hüseyin Avni ve Dr. Cemil Şerif görev almışlardır. Bu dönemde yani 1940 yılında Muğla’nın nüfusu 143.332’dir (Türkeş,1973:32-98).

1927 yılında il merkezinde Özel idareye bağılı olarak 20 yatak kapasite ile faaliyete başlamıştır. Adı 1940 yılında Guraba Hastanesi, daha sonra da Memleket Hastanesi olarak değiştirilmiştir. 1954 yılında Muğla Devlet Hastanesi adını alarak Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Yatak kapasitesi 1961 yılında 175'e, 1982 yılında ise 250'ye çıkarılmıştır. 1994 yılında yatak kapasitesi 400'e çıkarılmıştır.

Muğla'da Devlet Hastanesi 19 klinik dalında; Dahiliye Genel Cerrahi, Kadın Doğum, Çocuk Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları KBB, Göz, Üroloji, Ortopedi, Plastik Cerrahi, Kalp-Damar Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Çocuk Cerrahi, Kardiyoloji, Fizik Tedavi, Dermatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Nöroloji, Psikiyatri dallarında yataklı tedavi vermekte, Thalesemia kliniğinde Çocuk hastalıkları eşliğinde günlük tedavi, ve Radyoloji, Aneziyoloji dallarında hizmet vermektedir.

Hastanede röntgen, Tomografi, Mamografi, Ultrasonografi, Odio merkezi, EEG, EMG, Kan Merkezi, Hipertansiyon ve Obezite merkezi, Mikrobiyoloji, Patoloji, Biyokimya, Thalesemia, Eliza ve Hormon laboratuvarları, Diş merkezi, Koroner, Dahiliye ve Cerrahi Yoğun Bakım üniteleri bulunmaktadır.

Tablo 9 Yıllara göre Muğla'da Sağlık Göstergeleri

Özellikler/Yıllar	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003*
Nüfus	267601	299611	334975	368776	400796	438145	486066	562809	635907	639232	675123
Yataklı Ted. Kurumu	4	5	7	9	10	10	11	12	13	18	19
Yatak Sayısı	55	60	240	380	420	480	625	711	1050	1327	1529
Bir Yatağa Düşen Hasta	4865	3745	1396	970	954	913	778	792	606	500	442
10.000 Kişiye Düşen Yatak	-	-	7.2	10.3	10.5	10.9	12.8	12.6	7.6	7,6	6,5
Uzman Hekim	17	11	25	26	49	58	99	147	243	192	369
Pratisyen Hekim	33	39	21	20	33	72	114	205	313	286	413
Bir Hekime Düşen Hasta	5352	5992	7282	8016	4887	3770	2292	1598	1143	1337	863
Diş Hekimi	7	8	7	14	26	38	84	93	110	-	96
Hemşire	4	18	33	53	121	247	351	668	957	563	1276
Sağlık Memuru	58	66	67	88	146	127	168	248	365	220	390
Ebe	25	77	70	162	214	297	262	434	735	993	832
Eczacı	8	8	10	19	48	106	145	185	238	-	20
Eczane	-	10	8	19	43	75	125	161	212	300	391

*Eksen, DİE ve Sağlık Bakanlığı istatistiklerinden derlenmiştir. *2000 yılı İl Sağlık Müdürlüğü verilerinden derlenmiştir.*

Yataklı tedavi kurumu sayısı 1995'te 4'ken 2000'de 18'ye çıkmıştır. Türkiye ile oranda bir gelişme görülmektedir. Fakat bir yatağa düşen hasta sayısı bakımından kötü denilebilecek durumdadır. Çünkü Türkiye ortalaması 405 kişidir. Aynı durum hekim başına düşen hasta sayısında da geçerlidir. Türkiye ortalaması 872 kişiyken Muğla'da 1143 kişiye kadar çıkmaktadır. Hatta 1970 yılında hızlı nüfus artışı karşısında yeterli ölçüde doktor sayısının artmıyışı hekim başına hastayı 8 binlere çıkarmıştır. Eczane sayısı da önceleri düşüp yükselmiş ve diğerlerinde olduğu gibi o da seksenlerden sonra hızlı şekilde yükselmeye başlamıştır.

Tablo 10. Muğla’da Yataklı Tedavi Kurumları İstatistikleri

Yıllar	Yatak Sayısı	Poliklinik	Yatan Hasta	Yatılan Gün Sayısı	Ameliyat Sayısı	Doğum Sayısı	Bir Hastanın Ort.Kalış Gün Sayısı	Yatak İşgal Oranı
1975	455	-	13657	65489	-	-	5	36
1980	459	167321	14668	62924	3091	2987	5	30
1985*	503	270609	18660	92161	5758	3059	4,9	50,1
1990	675	389970	23987	120469	8412	4988	4,7	52,3
1995	897	844317	42855	187940	12550	6305	4,4	57,4
2003	1.529	1898313	68514	264123	21059	7754	3,8	47,3

**1984 yılı Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları ve Muğla Sağlık Md. Verilerinden derlenmiştir.*

Muğla’da yaklaşık 30 yıl içerisinde doktor sayısı 3 kattan fazla artmıştır. Buna karşın hastanelere olan talep artışı özellikle polikliniklere başvuran sayısında çok daha fazla (10 kat) artış olmuştur. Yatan hasta sayısının polikliniklere başvuran hasta sayısına oranla daha az artması, hastanelerin ayaktan tedavi kurumlarının da işlevini yüklenmek zorunda kaldığını göstermektedir. Buna rağmen yatak işgal oranları da yükselmekte olduğundan genel olarak hastanelerin yükü günümüzde gitgide artmaktadır.

Muğla ili Türkiye’de sağlık kuruluşlarının sayısı, kişi başına düşen sağlık personeli gibi karşılaştırmalar bakımından çok şanslı illerden biridir. Çünkü üç büyük il dışında tüm sağlık göstergeleri diğer illere göre daha iyidir. Ayrıca ulaşılabilirlik açısından en gelişmişlerden biridir. Muğla, Türkiye nüfusunun %0.93 oluşturmasına karşın yataklı tedavi kuruluşlarının poliklinik sayısı Türkiye poliklinik sayısının % 1.37 oluşturmaktadır. Yani muğla’da daha fazla kişi sağlık kuruluşlarını kullanabildiği ortaya çıkmaktadır. Buradan sağlık elemanlarına toplumun ulaşılabilirliğinin yüksek olduğu sonucu çıkarılabilir.

Ayrıca 2002 yılı istatistiklerine göre Muğla nüfusu 639.232 kişi, yataklı tedavi poliklinik sayısı 1.704.929’dur. Buradan şu sonucu çıkarabiliriz: Muğla’da bir kişi yılda neredeyse 3 kez yataklı tedavi polikliniğini kullanmıştır.

2.4 ARAŞTIRMA VERİLERİ

Çalışma 01,03,2004-31,05,2004 tarihleri arasında 120 kişiye uygulanmış olup sonuçlar aşağıdaki gibi tespit edilmiştir.

Tablo 11. Cinsiyet

	Sayı	Yüzde %
Kadın	58	48,3
Erkek	62	51,7
Toplam	120	100,0

Araştırmada kadın ve erkek katılımcıların oranı birbirine çok yakındır. Aynı durum klinik mülakatlarında da gözlenmiş olup kadın katılımcı %46.6 erkek katılımcı %53.4 olarak tespit edilmiştir. Poliklinik gözlemlerinde ise kadın hasta %57.2 iken erkek %42.8 olarak bulunmuştur.

Tablo 12. Yaş

	Sayı	Yüzde %
18-32 Yaş	41	34,2
33-47 Yaş	44	36,7
48-67 Yaş	18	15,0
68 ve üstü	17	14,2
Toplam	120	100,0

Yaş gruplarında en fazla katılım 33-47 yaş arasında sağlanırken, 47 yaş altı katılımcı oranı %70.9'dur.

Tablo 13. Öğrenim Durumu

	Sayı	Yüzde %
Okur-yazar değil	12	10,0
İlkokul	25	20,8
Ortaokul	21	17,5
Lise	42	35,0
Üniversite ve üstü	20	16,7
Toplam	120	100,0

Çalışma grubunun yaklaşık 1/3'ü Lise öğrenimi almıştır. Bununla birlikte okur-yazar olmayanların %10 olarak yüksek olarak belirlenmiştir. Okur-yazar olmayanların çoğunlukla yaşlı kadınlardan oluşmakta ve daha önce okuma-yazmayı öğrenmiş olmasına rağmen unuttuklarını ifade etmişlerdir. Bunların çok fazla bir kısmını sadece okuryazar grubuna dahil edebiliriz.

Tablo 14. Meslek

	Sayı	Yüzde %
Çiftçi	15	12,5
Memur	26	21,7
Emekli	15	12,5
İşçi	20	16,7
Serbest Meslek	12	10,0
Çalışmıyor	32	26,7
Toplam	120	100,0

En fazla gözlenen meslek grubu çalışmayanlardan oluşmaktadır. İkinci grup ise %21.7 ile memurlar oluşturmaktadır. Çalışmayanların neredeyse tamamı ev hanımlarından oluşmaktadır.

Tablo 15. Yaşanılan Yer

	Sayı	Yüzde %
Köy	22	18,3
İlçe	27	22,5
Şehir	69	57,5
Büyükşehir	2	1,7
Toplam	120	100,0

Çalışmaya katılanların ikamet ettikleri yer çoğunlukla (%57.5) şehir olarak gözlenmiştir. Büyükşehir'de ikamet edenler ise (%1.7) yalnızca 2 kişidir. Bunlar da misafir olarak şehir merkezinde bulduklarını ifade etmişlerdir. En fazla şehirde ikamet edenlerin gözlenmesinin nedeni hastanenin şehir merkezinde bulunması, köy

ve ilçelerden gelecek hastaların bu noktalardaki sağlık kuruluşlarına başvurmaları olarak düşünülmektedir.

Tablo 16. Gelir Seviyesi

	Sayı	Yüzde %
303 milyona kadar	19	15,8
303-600 milyon arası	48	40,0
601-900 milyon arası	22	18,3
901-1200 milyon arası	21	17,5
1200 milyon üstü	10	8,3
Toplam	120	100,0

Araştırmada asgari(303 milyon/205 dolar) ücret ile600 milyon arası gelire sahip olanlar %40 olarak tespit edilmiştir. 304 milyonun altında gelire sahip grup %15.8 iken, asgari ücretin en az dört katı ve üzeri bir gelire(1.2milyar/810 dolar) sahip olanlar ise yalnızca %8.3'tür. bir evde en az iki kişinin memur ve daha üst seviyede çalıştığında 1 milyarın üzerinde alacağı düşünüldüğünde, araştırmada üst gelir grubu olarak izlenen grubun bu kadar az çıkması iki nedenden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalar ya gelirleri hakkında doğru bilgi vermedikleri ya da bu gruptakiler şehir dışındaki diğer hastanelere veya özel hastanelere gitmedirler.

Tablo 17. Muğla Devlet Hastanesine Gelmeden Önce Başvurulan Sağlık Kuruluşu

	Sayı	Yüzde %
Hiçbir yere başvurmadım	69	57,5
Sağlık Ocağı	20	16,7
Devlet Hastanesi	14	11,7
SSK Hastanesi	7	5,8
Özel Muayenehane	6	5,0
Özel Hastane	3	2,5
Geleneksel Halk Hekimi	1	,8
Toplam	120	100,0

Sevk zincirine uyduğu düşünölen grubun yani Muğla Devlet Hastanesine(MDH) başvurmadañ önce Sağlık Ocağı, İlęe Devlet ya da SSK Hastanelerine başvuranlar yalnızca %33,2’de kalmıştır. Doğrudan MDH’ye başvuranlar ise %57.5 gözlenmiştir. Bu durum yapılan benzer ęalıřmalara yakın değerler içermektedir. Örneğin Ersan’ın ęalıřmasında doğrudan III. Basamak hastaneye müracaat %47 olarak gözlenir. Özel sağlık kuruluşlarına başvurular ise yalnızca %7.5’te kalmıştır. Yaklaşık son bir yıldır Özel Hastanelere başvuru, devlete bağlı sosyal güvenlik unsurlarının kullanılabilidiği düşünöldüğünde bu derece sınırlı kalması da, ya özel sektöre güven sorununun yaşandığı ya da özel hastaneye gidenlerin memnuniyetinin üst aşamada olması nedeniyle oradan ayrılmadıkları ve hastalıklarına řifa buldukları düşünölebilir. Muğla’da ęok az başvuru geleneksek hekimlere giden yalnızca 1 kişi olarak tespit edilmiştir.

Tablo 18. Son Hastalık İçin Daha Önce Yatarak Tedavi Görme

	Sayı	Yüzde %
Evet	22	18,3
Hayır	98	81,7
Toplam	120	100,0

Araştırmada hastaların yarıdañ fazlası sevk zincirine uymayıp MDH’ye başvurduğundan daha önce mevcut hastalıkları için küçük bir kısmı yatarak tedavi görmüşlerdir. Bir yataklı tedavi kurumunda tedavi görenlerin de yaklaşık %95’i ilęe devlet hastanelerinde ve SSK hastanelerinde tedavi gördüklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 19. Sosyal Güvence

	Sayı	Yüzde %
Emekli Sandığı	35	29,2
Bağkur	40	33,3
SSK	25	20,8
Yeşilkart	13	10,8
Ücretli	7	5,8
Toplam	120	100,0

Muğla'da sosyal güvencesi olmayan hastaların yalnızca %5.8 olması oldukça sevindirici bir durumdur. Sosyal güvencesi Bağ-kur olanlar ise en yoğun gruba(%33.3) oluşturmaktadırlar. Bağ-kur'u tercih sebebi ya da Bağ-kurlu olma zorunluluğu Muğla'da tarım Bağ-kur'unun yaygın olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Tablo 20. Hastaneye Yatmadan Önce Başvurulan Yer

	Sayı	Yüzde %
Poliklinik	94	78,3
Özel Muayenehane	26	21,7
Toplam	120	100,0

Hastaneye yatmadan önce hastaların büyük çoğunluğu(%78.3) sosyal güvenceleri nedeniyle ücretsiz sağlık hizmeti alabilecekleri polikliniğe başvurmuşlardır. Katılımcıların yalnızca yaklaşık 1/5'i doktorun özel muayenehanesine başvurduklarını ifade etmişlerdir. Bu gruba neden poliklinik yerine özel muayenehaneyi tercih ettikleri sorulduğunda; daha uzun muayene edileceklerini, daha fazla şikayetlerini anlatabilip daha çok bilgi alabileceklerini ve yattıkları dönemde doktorun daha fazla ilgi gösterebileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 21. Doktorun Hastasıyla Poliklinikte İlgilendiği Süre

	Sayı	Yüzde %
1-2 dakika	16	13,3
3-5 dakika	47	39,2
5-10 dakika	43	35,8
10 dakikadan fazla	14	11,7
Toplam	120	100,0

Hastaların çoğunluğu(%75) poliklinikte doktorun kendilerine 3-10 dakika ayırdığını ifade etmişlerdir. %13.3'ü doktorun 1-2 dakika ilgilendiğini belirtmişlerdir. Bu sürenin çoğunluğunun kayıt gibi işlemlerle geçtiğini düşünürsek hastaya kalan süre saniyelerle ifade edilebilir. Zaten poliklinikte yapılan gözlemler de bunu doğrulamaktadır. Poliklinik gözlemlerinde ortalama muayene süresi 4 dk.30 sn. olarak tespit edilmiştir. Dünyada ideal olarak gösterilen muayene süresi 10-20

dakikadır. Anket çalışmada bu hedefe yaklaşan muayene süresi yalnızca %11.7 olarak gözlemlenmiştir. Bununla birlikte gözlemlerde ise durum daha da kötüdür. Poliklinik gözlemlerinde 10 dk.'yı geçen muayene süresi yalnızca % 5 civarındadır.

Tablo 22. Hastaneye Yatmadan Önce Doktorun Hastaya Teşhisi İletmesi

	Sayı	Yüzde %
İletti	117	97,5
İletmedi	3	2,5
Toplam	120	100,0

Hastaların neredeyse tamamı(%97.5) hastaneye yatmadan önce doktorların hastalığın teşhisini kendilerine ilettiklerini belirtmişlerdir. Diğer %2.5 ise hastalıklarının teşhisinin hemşireler tarafından iletildiklerini belirtmişlerdir. Poliklinik gözlemlerinde ise aynı durum sözkonusu olsa da doktorların hastaya teşhisini iletme düzeyi daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 23. Doktorun Poliklinikte Hastasının Şikayetlerini Dinleme Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Hepsini Dinledi	17	14,2
Oldukça Dinledi	54	45,0
Çok Az Dinledi	42	35,0
Hiç Dinlemedi	7	5,8
Toplam	120	100,0

Hastaların %59.2'si doktorun poliklinikte şikayetlerinin hepsini veya çoğunu dinlediğini ifade etmişlerdir. Şikayetlerinin hiç dinlenmediğini belirten hasta ise %5.8 olarak tespit edilmiştir. Poliklinik gözlemlerinde hastaların istenilen tetkikleri yaptıktan sonra halen doktoruna birçok soru sorma girişiminde bulunması şikayetlerini tam olarak doktorun dinleyemediği veya doktorun verdiği bilgileri hastanın anlamadığı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 24. Doktorun Poliklinikte Hastasına Davranış Şekli

	Sayı	Yüzde %
Sert ve Emredici	43	35,8
Babacan ve Yönlendirici	49	40,8
Güleryüzlü ve Dinleyici	23	19,2
Katılım Sağlayan ve Sakin	5	4,2
Toplam	120	100,0

Araştırmada hastaların doktorun davranış şeklini değerlendirmeleri istendiğinde, %35.8'i doktorun kendilerine sert ve emredici davrandığını ifade etmişlerdir. Poliklinik gözlemlerinde de belli bir doktor grubu hastasına rica cümlelerini daha az kullandığı, kesin ve kısa cevaplar verdiği ve doğrudan hastasının yüzüne bakmadığı gözlenmiştir. Doktorun babacan ve yönlendirici olduğunu ifade eden grubun (%40.8), poliklinik gözlemlerinde; doktorun *-gel evladım*, gibi ifadelerle hastasına yaklaştığı ve konuşmasına fırsat bırakmadığı gözlenmiştir. Diğer gruplardaki doktorlar ise hastalarını oldukça resmi ifadelerle hastalarını karşılamakta, açık uçlu sorularla hastasını konuşturmaya çalışmakta ve hastaya yapması gerekenleri ifade ederken rica kelimelerini kullanmaya özen göstermektedirler.

Tablo 25. Hastanede Yatış Süresi

	Sayı	Yüzde %
1-2 gün	19	15,8
3-4 gün	39	32,5
5-6 gün	25	20,8
7-8 gün	20	16,7
9 gün ve üstü	17	14,2
Toplam	120	100,0

Hastaların yarısından fazlası(%53.3) 3-6 gün arasında hastanede yatarak tedavi görmektedir. Muğla'da on yıllık süreçte hastanede kalış ortalaması 4-5 gün civarındadır. Araştırmada da bu süreçte bir yoğunlaşma gözlenmiştir.

Tablo 26. Hastanın Hastaneye Yatmadan Önce Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Hiç bilgim yoktu	39	32,5
Az	51	42,5
Orta	15	12,5
Oldukça	15	12,5
Toplam	120	100,0

Hastaların hastaneye yatmadan önceki bilgi düzeyleri % 75 oranında hiç bilgisi olmadığı veya az bilgisi olduğu tespit edilmiştir. Hastaların, hastalıklarıyla ilgili bilgilerinin az olması bilgilendirilme gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle daha fazla soru sorma, zamana ihtiyaç duyduklarını düşündürmektedir. Diğer taraftan yatış sürecine kadar yeterince bilgi alamadıkları ya da yeterince verilen bilgileri anlamadıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 27. Doktorun Günlük Vizit Sayısı

	Sayı	Yüzde %
Hiç Gelmedi	7	5,8
Günde 1 kez	39	32,5
Günde 2 kez	72	60,0
Günde 3 kez	2	1,7
Toplam	120	100,0

Doktorların yatan hastalarını günde bir ve iki kez ziyaret/kontrol etme düzeyleri %92.5 oranında bulunmuştur. Dünya literatürüne uygun bir durum sergilemesi ve ziyarette yeterli süre ayrıldığında hasta açısından olumlu bir süreçtir.

Tablo 28. Hastanın Doktoruyla Vizitlerde Şikayetlerini Görüşmesi

	Sayı	Yüzde %
Evet	85	70,8
Vizitte çok az kaldığından görüşemiyoruz	19	15,8
Doktor izin vermediğinden görüşemiyoruz	6	5,0
Utandığımdan görüşemiyoruz	8	6,7
Diğer	2	1,7
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılanlar büyük çoğunlukla doktorlarının vizitlerde şikayetlerini dinlediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların yaklaşık 1/3'ü şikayetlerini dile getiremediklerini belirtmişlerdir. Bu grupta şikayetin ifade edilememesinin en önemli nedeni ise doktorun vizitte çok az kalmasından kaynaklandığı şeklinde bulunmuştur.

Tablo 29. Hastaya Göre Doktorun Genel Yaklaşımı

	Sayı	Yüzde %
Aksi	13	10,8
Sert	35	29,2
Hoşgörülü	33	27,5
Değişken	39	32,5
Toplam	120	100,0

Doktorun hastaya yönelen genel yaklaşımını hoşgörülü şeklinde ifade eden hasta oranı yalnızca %27.5 olması olumsuz bir durumdur. Aksi ve sert olarak nitelenen doktor yaklaşımı ise %40 olarak tespit edilmiştir. Doktorun yaklaşımının bazen sert bazen aksi bazen de hoşgörülü olarak niteleyen hastaların oranı ise %32.5 olarak bulunmuştur.

Tablo 30. Doktorun Vizitlerde Hastaya Bilgi Verme Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Vermiyor	12	10,0
Kısmen veriyor	51	42,5
Oldukça veriyor	44	36,7
Yeterli derecede veriyor	13	10,8
Toplam	120	100,0

Çalışmaya katılan hastaların tamamına yakını(%90) doktorların kendilerine az veya yeterli bilgi verdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların doktorun verdiği bilgilerin tüm sorularını yanıtladıklarını düşünenler yalnızca %10'da kalması ise düşündürücüdür.

Tablo 31. Hastanın Doktorunun Verdiği Bilgileri Anlama Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Yeterince Anlıyorum	73	60,8
Biraz Anlıyorum	34	28,4
Çok Az Anlıyorum	7	5,8
Hiç Anlamıyorum	6	5,0
Toplam	120	100,0

Doktorunun verdiği bilgileri hastaların %89.2'si yeterince veya biraz anladıklarını belirtmişleridir.

Tablo 32. Doktorun Tedaviyle İlgili Kararlara Hastasının Katılımını İstemesi

	Sayı	Yüzde %
Evet	19	15,8
Hayır	101	84,2
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (%84.2) doktorların tedaviye katılımını istemişlerdir. Emanuel gibi doktor-hasta ilişkileri üzerinde çalışan

sosyologlar ve sosyal tıp dünyasının hedefleri arasında yer alan tedaviye hasta katılımı ise %15.8’de katılmıştır.

Tablo 33. Doktorun Poliklinikte Hastasına İlk Sözleri

	Sayı	Yüzde %
Günaydın, Hoşgeldiniz, merhaba gibi günlük karşılaşma sözcükleri	47	39,2
Neyiniz vardı? Hastalığınız neydi? gibi doğrudan hastalıkla ilgili ifadeler	57	47,5
Hiçbir söylemedi söze ilk siz başladı	16	13,3
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan hastaların yalnızca %39.2’si günlük karşılaşma sözcüklerini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte hastasına herhangi bir ifade kullanmayan doktorların oranı ise %13.3 olarak tespit edilmiştir. Klinik gözlemlerinde bu gruba giren hastalara bu durum karşısında ne hissettikleri sorulduğunda; hiçbir şey olarak nitelemişlerdir. Dolayısıyla hastaların bu durumu daha önceden gördükleri için kabullendikleri düşünülmektedir.

Tablo 34. Hastanın Doktorun Verdiği Direktiflere Uyma Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Tamamen uyuyorum	81	67,5
Uymada zorluk çekiyorum	17	14,2
Kısmen uyuyorum	22	18,3
Toplam	120	100,0

Hastaların tamamı doktorun direktiflerine az veya çok uydukları ifade etmişlerdir. Direktiflere %32.5’i ise kısmen uydukları ya da uymada zorluk çektiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 35. Hastanın Hastaneye Yattığı Dönemde Doktoruyla Sorununun Varlığı

	Sayı	Yüzde %
Evet	12	10,0
Hayır	108	90,0
Toplam	120	100,0

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (%90) hastanede yatarak tedavi gördükleri dönemde doktorlarıyla herhangi bir sorunu olmadığını belirtmiştir. Doktoruyla bir sorunu olduğunu ifade eden hastalar; doktorun bıçak parası istediğini ya da çok soru sordukları için doktorun kızdığını belirtmişlerdir.

Tablo 36. Hastanın Hastanede Yattığı Sürede Onu En Çok Düşündüren Konu

	Sayı	Yüzde %
Ameliyat veya benzeri işlemler	35	29,2
Ailemin durumu	12	10,0
Hastalığın tanı ve tedavisi	26	21,7
İşten uzak kalmak	11	9,2
Ölüm veya sakatlık	25	20,8
Hastane masrafları	2	1,7
Doktorun bıçak parası	9	7,5
Toplam	120	100,0

Hastaların hastanede yattıkları dönemde onları en çok düşündüren konu %29.2 ile ameliyat ve benzeri işlemler olarak belirtmişlerdir. İkinci olarak %21.7 ile hastalığın tanı ve tedavisi, üçüncü olarak %20.8 ile ölüm veya sakatlık olarak tespit edilmiştir. Hastaların hastanede yattıkları dönemde sorun olarak düşündükleri diğer konular yalnızca %28.1 düzeyinde kalmıştır. Bunlar içerisinde maddi sorunlar %9.2 olarak yer almıştır.

Tablo 37. Hastanın Tedavi Aşamasında Doktorundan Olan Beklentilerin Önem Düzeyi

	1. Önemli	2. Önemli	3. Önemli	Toplam
Saygı ve Hoşgörü	13	7	4	24
Hastalığımla ilgili anlayacağım şekilde bilgi vermesi	23	24	7	54
Sağlığıma hemen kavuşturması	42	19	2	63
Tedaviye ilişkin kararlarda fikrimi alması	1	2	3	6
Moral ve güven vermesi	2	28	25	55
Vizitlerde daha fazla zaman ayırması	10	16	10	36
Düşüncelerimi ve şikayetlerimi dinlemesi	9	20	37	66
Ücret talep etmemesi	21	4	32	55

Hastaların tedavi aşamasında doktorundan olan en önemli beklentisi, kendisinin düşünce ve şikayetlerini dinlemesi olarak tespit edilmiştir. Hastaların 1. derecede önemli beklentisi doktorun hastasını sağlığına kavuşturması iken 2. derecede önemli beklentisi doktorun moral ve güven vermesi, 3. derecede doktorun önemli beklentisi düşünce ve şikayetlerini dinlemesi olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla hastanın doktorundan beklentileri; düşünce ve şikayetlerini dinlemesi, sağlığına hemen kavuşturması, moral ve güven vermesi ve ücret talep etmemesi olarak sıralanabilir.

Tablo 38. Doktorun Tutum Ve Davranışlarının Hastanın Beklentilerini Karşılama Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Tümüne cevap veriyor	40	33,3
Bazılarına Cevap veriyor	65	54,2
Hiç cevap vermiyor	15	12,5
Toplam	120	100,0

Çalışmada doktorun tutum ve davranışları, hastaların beklentilerinin tümünün karşılama düzeyi yalnızca %33.3 olarak tespit edilmiştir. Hastaların beklentilerinin kısmen karşılanması ya da hiç karşılanmaması %66.7 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 39. Hastanede Kalınan Süreçte Hastayla En Fazla İlgilenen Kişi

	Sayı	Yüzde %
Hemşire	17	14,2
Hastabakıcı	1	0,8
Refakatçiler	102	85,0
Toplam	120	100,0

Hastanede kaldığı süre içerisinde hastayla büyük çoğunlukla yine hastanın kendi yakınlarının ilgilendiği belirlenmiştir. Hastaların kendileriyle ilgilendiklerini ifade ettikleri ikinci grup ise %14.2 ile hemşireler olarak tespit edilmiştir. Anket sorularında yer alan hastabakıcıları yalnızca 1 kişi, doktorları ise hiç kimsenin belirtmemesi ise çok düşündürücüdür.

Tablo 40. Doktorların Hastalarını En İyi Şekilde Tedavi Edebilmesi İçin Hastalara Düşen Görevlere Katılma Düzeyi

	Tamamen katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
Doktorun tavsiyelerine mutlak şekilde uymak	109-90,8	11-9,2	-
Tedavide alınacak kararlara karşı çıkmamak	86-71,7	32-26,7	2-1,7
Gerekli tıbbi malzeme ve ilaçları karşılamak	101-84,2	9-7,5	10-8,3
Doktora fazla soru sorarak meşgul etmemek	25-20,8	58-48,3	37-30,8
Çabucak iyileşmeyi istemek	99-82,5	19-15,8	2-1,7
Doktorun el emeğini karşılamak	20-16,7	47-39,2	53-44,2
Gerektiğinde tedavi kararlara katılmak	42-35,0	62-51,7	16-13,3
Toplam	482	238	120

Hastalara doktorun kendilerini en iyi şekilde tedavi edebilmesi için onlara düşen görevlere ne derece katıldıkları sorulduğunda, doktorun tavsiyelerine uymak ve gerekli tıbbi tavsiyelere uymak ve çabucak iyileşmeyi istemek ifadelerine neredeyse tamamı, tamamen katılıyorum yanıtı vermiştir. Kısmen katılıyorum yanıtını veren en yoğun gruplar ise doktora çok soru sormamak ve gerektiğinde tıbbi tedaviye katılmak ifadelerini belirten hasta gruplarıdır. Doktorun el emeğini karşılama fikrine hastaların %44,2'si hiç katılmıyorum ifadesini tercih etmişlerdir.

Tablo 41. Hastanın Doktor Muayenesinden ve Tedavisinden Memnuniyet Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Tamamen	60	50,0
Kısmen	55	45,8
Hiç	5	4,2
Toplam	120	100,0

Hastaların yarısı doktorun muayene ve tedavisinden tamamen memnun oldukları belirtmişlerdir. Doktor tedavisinden memnun olmayan hasta düzeyi sadece %4,2 bulunması oldukça sevindiricidir.

Tablo 42. Doktor-Hasta İlişkilerinin En İyi Olduğu Ve En Kaliteli Sağlık Hizmetinin Verildiği Sağlık Kuruluşu

	Sayı	Yüzde %
Sağlık Ocağı	3	2,5
Devlet Hastanesi	28	23,3
SSK Hastanesi	2	1,7
Üniversite Hastanesi	29	24,2
Özel hastane	58	48,3
Toplam	120	100,0

Doktor-hasta ilişkilerinin en iyi olduğu ve en kaliteli sağlık hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu %48.3 ile Özel hastane olarak bulunmuştur.Sağlık Ocağı ve SSK Hastanesi ise doktor hasta ilişkilerinin en kötü olduğu ve yetersiz sağlık hizmetinin verildiği sağlık kuruluşları olarak bulunmuştur.

Tablo 43. Doktorun Hastasına Sosyal Yaşamıyla ilgili Soru Sorması

	Sayı	Yüzde %
Evet	36	30,0
Hayır	84	70,0
Toplam	120	100,0

Çalışmaya katılan hastalara göre,doktorların %70'i onlara aile ve sosyal yaşamı ile ilgili soru sormadıkları tespit edilmiştir.Doktorların yalnızca %30'u hastalarına tedavi süresince aile ve sosyal yaşamı hakkında soru sormuştur.

Tablo 44. Hastanın Doktorunu Seçmede Bilgi Aldığı Kişiler

	Sayı	Yüzde %
Arkadaş	23	19,2
Yakın Çevre	33	27,5
Aile	14	11,7
Sağlık Personeli	22	18,3
Tesadüfen	28	23,3
Toplam	120	100,0

Hastaların %27.5'i doktorunu seçmede yakın çevrenin etkili olduğunu ifade etmişlerdir.%23.3'ü ise doktorlarını tesadüfen seçtiklerini belirtmişlerdir.Sağlık personeli tarafından doktor seçmede yönlendirilen hasta düzeyi ise %18.3'tür.

Tablo 45. Doktorla Hastanede Karşılaştıktan Sonra Özel Muayenehaneye Gitme

	Sayı	Yüzde %
Evet	69	57,5
Hayır	51	42,5
Toplam	120	100,0

Hastaların %57.5'i doktoru ile hastanede karşılaştıktan sonra özel muayenehanesine gittiklerini belirtmişlerdir. Klinik gözleminde doktoru ile hastanede karşılaştıktan sonra özel muayenehanesine gitmeyen hastaların, yarıya yakını daha önceden muayenehaneye gittiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 46. Doktora Herhangi Bir Şekilde Ücret Verme

	Sayı	Yüzde %
Evet	71	59,2
Hayır	49	40,8
Toplam	120	100,0

Araştırmada hastaların %59.2'si herhangi bir şekilde doktoruna ücret verdiğini belirtmiştir. Hastaların %40.8'i doktora hiçbir şekilde ücret vermediğini belirtmiştir.

Tablo 47. Doktorun Bütün Hastalara Eşit Şekilde Davrandığı Fikrine Katılma Düzeyi

	Sayı	Yüzde %
Kesinlikle katılmıyorum	16	13,3
Katılmıyorum	39	32,5
Kararsızım	28	23,3
Katılıyorum	22	18,3
Kesinlikle katılıyorum	15	12,5
Toplam	120	100,0

Çalışmaya katılanların %45.8' doktorun hastalarına eşit şekilde davrandığı fikrine kesinlikle katılmıyorum ya da sadece katılmıyorum ifadesinde bulunmuşlardır. doktorun hastalarına eşit şekilde davrandığına katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde düşüncesini belirten hastaların oranı ise yalnızca %30.8'de kalmıştır.

Tablo 48. Doktorun Özel Muayenehanesinde Hastasına İlk Sözleri

	Sayı	Yüzde %
Günaydın, Hoşgeldiniz, merhaba gibi günlük karşılaşma sözcükleri	62	73,8
Neyiniz vardı? Hastalığınız neydi? gibi doğrudan hastalıkla ilgili ifadeler	22	26,2
Hiçbir söylemedi söze ilk siz başladınız	-	-
Toplam	84	100,0

Doktorlar özel muayenehanelerinde hastalarına genellikle(%73.8) günlük karşılama sözcüklerini kullanmaktadır. Bununla birlikte özel muayenehanelerde doktorun herhangi bir şey söylemeden hastaların söze başlamadığı tespit edilmiştir.

2.5. POLİKLİNİK GÖZLEMLERİ

Poliklinik gözlemlerinde genel olarak; mekanla ilgili(polikliniğin durumu), doktorun hastaya karşı tutumu, hastanın tutumu ve diğer unsurlar ele alınmıştır. Polikliniklerin genel olarak temizliği iyi durumda olduğu gözlemlenmiştir. Bütün polikliniklerde bir uzman doktor ve kayıt hemşiresi bulunmaktadır. Tabipler birliği ve dünyadaki genel kamı doktorun yanında polikliniklerde başka bir sağlık personelin bulunması gerektiği önerilmektedir. Çünkü herhangi bir hukuki durumda, hastanın kendini daha güvende hissetmesi yönünden tüm polikliniklerde hemşire bulundurulmaktadır. Bazı muayenelerde doktor mevcut paravan(muayene sırasında hastanın diğer hastalar ya da sağlık personeli tarafından görülmesini engelleyen bölme) arkasında hasta mahremiyatını sağlamaktadır. Doktor masa arkasında oturmaktadır. Bu durum doğrudan hastaya karşı bir mesafe koyduğunu ve doktor-hasta ilişkisinde güçlü olanın kendisi olduğunu ilk aşamada anlatmaktadır. Muayenehanelerin hepsinde bir sedye(muayene masası) bulunurken çok azında hasta için ayrılmış bir sandalye bulunmaktadır. Hastalar doktor veya hemşire izin verdiği sürece ya da nadiren kendi çabukluğu ile oturmaz ise kendi şikayetlerini anlatıncaya ya da oturması ya da uzanması isteninceye kadar ayakta kalmaktadır. Bu durumda doktor ayakta kendini dinleyen hastaya göre bir amir, üstün konumunu sağlamış görülmektedir. Doktorun masanın arkasında kalması, otoriteyi ilk olarak ele geçirmesi, aynı zamanda daha yakın olduğunda hastasıyla karşılıklı daha sıcak olabilecek ilişkisine engel olduğu düşünülmektedir. Doktor masaları çoğunlukla birkaç hastadan sonra dağınık bir hal almakta ve dikkatin dağılmasına neden olmaktadır.

Hastalar, hastaneye sabah 07.45-08.00 civarında geldiği ve polikliniklerin 09.30'da açıldığı gözlenmiştir. 15 dakika ile yarım saat civarında sıra alma kuyruğunda bekledikleri tespit edilmiştir. Daha sonra vizitten gelecek doktoru yaklaşık bir ile bir buçuk saat muayenenin başlamasını bekledikleri gözlenmiştir. Muayeneyi bekleme süreci zaman zaman 12'ye değin sürdüğü tespit edilmiştir. Bu süre sonunda hasta beklemekten kısmen bıkmış olarak polikliniğe girmektedir.

Doktorun hastasına karşı ilk sözleri anket çalışmasında da görüldüğü üzere doğrudan hastanın hastalığına yönelik soru öbeklerinden oluşmaktadır. “–Neyiniz var?” “Hastalığınız nedir?” gibi soru sözcükleri ile “Evet”, “Buyurun” gibi

konuşmayı başlatacak ifadeler kullanmaktadır. Anket çalışmasına göre doktorlar kısmen daha az “Günaydın, Hoşgeldiniz, Merhaba” gibi günlük karşılaşma sözcükleri kullanmaktadır. Doktorun hastasına hiçbirşey söylemeden, onun söze ilk olarak başlamasını sağlayacak şekilde doktorun susması ya da başka şeylerle ilgilenmesi gözlemlerde daha fazla karşılaşılmıştır. Doktor, bu karşılama ifadelerini kullanırken çoğunlukla hastasıyla göz temasında bulunmamaktadır ve hasta evraklarına gerekli işlemleri yapmakla uğraşmaktadır. Bununla birlikte doktorun göz temasından kaçması ve daha az ilgi gösteren meşgul kişi rolünü oynaması otoritesi sağlayabilmenin ve üstün/meşgul olduğunu karşı tarafa iletmesi olarak yorumlanabilir. Diğer taraftan işlemleri hızlandırmak doğrudan konuya girerek daha hızlı muayene sağlamak olarak da yorumlanabilir.

Muayeneye gelen hastaların büyük çoğunluğunun doktoru tanıdığı ancak doktorun onların çok az bir kısmını hatırlayabildiği gözlenmiştir. Doktor çoğunlukla hastasını rahatlatma girişimini, muayene sedyesine uzanmak veya oturmak olarak algıladığı gözlenmiştir. Çünkü “şuraya otur biraz rahatla”, “şöyle otur daha rahat derdini anlatırsın” gibi ifadelerde bulunduğu gözlenmiştir. Herşeye rağmen konuşmada çok daha az rahatlatma sözcükleri ya da hastaların şikayetlerini açıklamada onu teşvik edecek kelimeler kullanmaktadır. Doktor, hasta şikayetlerini anlatmaya başladıktan en fazla 18 saniye sonra hastasının sözünü kesmektedir. Ortalama olarak doktor 12 saniye sonra hastalıkla ilgili herhangi bir soru sorarak hastasının sözünü kesmektedir. Ancak hastalar da şikayetlerini dile getirirken yeterli bilgi vermediğinden doktor sorular sorarak teşhis koymaya çalışmaktadır. Bu sorular genellikle kapalı uçlu olup hastayla bilgi alışverişini arttıracak şekilde değildir. Tek cevap almak isteyen doktor seri şekilde konuşmada bulunmaya çalışmaktadır. Doktor doğrudan hastaya teşhisin ne olduğunu belirtmekte ve çoğunlukla daha fazla bilgi vermemektedir. Hastaların yüz ifadesinden anlaşıldığı üzere verilen tetkiklerin neden istenildiği konusunda tamamen aydınlatılmadığı anlaşılmaktadır.

Hastalar doktorun ne kadar sözünü dinlerse o kadar iyi olarak nitelenmektedir. Eğer hasta hastalığıyla ilgili olan bilgilerini doktoruna aktarmaya çalışırsa, yani Emanuel ve diğer doktor-hasta ilişkisinde çalışan sosyologların belirttiği gibi hasta kendi değerlerini açığa vurmaya çalışırsa, doktorlar tarafından, hiçbir şekilde değerlendirmeye alınmadığı tespit edilmiştir. Muayene eden kendisi

olduğu için tek egemenin kendisi olmasını istemektedir. Dolayısıyla fazla soru soran, çok bilgisi olduğunu ima eden küçümsenmekte, hor görülmektedir. Kendine riayet eden, tamamıyla kendini doktoruna bırakan hasta en uyumlu olarak görülmektedir. Hatta nadiren bilgi aktarma girişiminde bulunan ya da soru soran hastaların terslendiği gözlenmiştir. Bunun yanında bazı doktorlar daha fazla katılımı sağlamaya çalıştığı da gözlenmiştir. Bu doktorların hastaların tüm şikayetlerini olabildiğince çok-çünkü dışarıda muayene olmayı bekleyen muhtemelen 30-40 hasta olmaktadır- dinlediği de gözlenmektedir. Daha genç ve göreve daha yeni başlamış doktorlar Emanuel'in uzlaşmacı modeli ile paternalistik modeli arasında bulunduğu söylenebilir. Görevde yıllarını geçirmiş, çevresindeki diğer doktorların davranışını ve sosyo-ekonomik durumunu gözlemlemiş olanlar ise paternalistik modelden daha sert, katı ve egemen bir durum sergilemektedir.

Doktor yazdığı reçete hakkında genellikle ilaçları neden verdiği bunların hangi semptomları gidereceği ve nasıl kullanacağı hakkında hastaya yeterli hatta hiç bilgi vermemektedir. Hasta bu bilgileri çoğunlukla eczaneden almaktadır. Bazen de poliklinikteki hemşireden bu bilgileri almaya çalıştıkları gözlemlenmiştir. Doktor verdiği kondisyon hareketleri, rejimleri, sakınılması gereken durumları ya da hastanın yapmaması gerekenleri iletirken doğrudan emir cümlelerine yer vermektedir. Hastanın sosyal yaşantısı, mesleği, yaşadığı mekanı genellikle ele almamaktadır. Kendi değerlerine yer verilmeyen hasta, hasta rolüne daha fazla girmekte ve olabildiğince yaşamındaki diğer görev ve sorumluluklarını bir kenara itmeye çalışmaktadır.

Tüm bunlara rağmen hastalar sevk zincirine uymadığından hastanelerde aşırı bir yoğunlaşmaya neden olmaktadır. Bu yoğunlaşma içerisinde hastaların yarıya yakını I. basamak sağlık kuruluşların çözebilecekleri problemleri için hastaneyi kullandıkları gözlemlenmiştir. Bu nedenle aşırı yığılma doktora hem psikolojik hem de fiziksel bir yorgunluğa sebep olmakta, buna bağlı olarak da doktorlar hastalarına gerekli ilgi ve özeni gösterememektedir.

Polikliniklere başvuran hastaların yaklaşık ¼'i reçete yazdırmak için hastaneyi kullanmaktadır. Bu nedenle SSK hastanesinde ilaç yazma polikliniği gibi dünyada eşi olmayan bir sistemi geliştirmişlerdir.

Poliklinik aşamasında nadiren doktor hastasını özel muayenehanesine yönlendirdiği tespit edilmiştir. Ancak yatan hastaların daha sonra polikliniğe gelerek doktorunun özel muayenehanesinin yerini sorduğu da gözlemler arasındadır.

Tablo 49. Doktorun Hastaya Ayırdığı Süre ile Hastaya Davranış Şeklinin Karşılaştırılması

		Poliklinikte Doktorun Hastaya Ayırdığı Süre				Toplam
		1-2 dk.	3-5 dk.	5-10 dk.	10 dakikadan fazla	
Doktorun Hastaya Davranış Şekli	Sert ve Emredici	10	22	11	-	43
	Babacan ve Yönlendirici	1	17	26	5	49
	Güleryüzlü ve Dinleyici	5	7	6	5	23
	Katılımı Sağlayan Sakin	-	1	-	4	5
	Toplam	16	47	43	14	120

Hastanenin polikliniğine başvurmadan önce doktorun özel muayenehanesine gitmiş olan hastaların işlemlerinin çok kısa sürdüğü tespit edilmiştir. Bu hastaların kendi davranışları ile doktorun hal ve hareketlerinden muayenehaneye gittiği bulunmuştur.

Tabloda kısmen görülen, poliklinik gözlemlerinde daha rahat incelenebilen bu karşılaştırmada, hastasına daha kısa süre ayıran doktorlar; tek hakimin kendisinin olmasını istemektedir. Bu anlayıştaki doktorlar Türk örf adet ve göreneklerine göre baba rolüne kendini iyice adapte eden, bununla birlikte mesleğin kutsallığını sonuna kadar kullanarak kısa, net ancak mesleki terimlerle dolu cevaplar veren doktorlar sert, emredici, babacan ve yönlendirici bir karaktere bürünmektedirler. Güler yüzlü, hastasını ayrıntılara varıncaya değin dinleyen ve katılımı sağlayan doktorlar, hastalarına doğal olarak daha fazla zaman ayırmaktadır. Ayrıca ilk gruba giren doktorların yaşı ve mesleki yaşantısı ikinci gruba girenlerden daha fazladır. Ancak

daha uzun gözlemlerde ve doktor dışı personelle olan sohbetlerde doktorların tıp fakültelerinden öğrenci ya da akademisyen olarak çıktuktan sonra, diğer doktor arkadaşlarını örnek aldıkları ve hastaya karşı olan tutum ve davranışların değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 50. Doktorun Poliklinikte Davranış Şekli İle Hastasını Dinleme Düzeyinin Karşılaştırılması

	Doktorun Poliklinikte Hastaya Davranış Şekli					Toplam
		Sert-Emredici	Babacan-Yönlendirici	Güleryüzlü-Dinleyici	Katılımcı-Sakin	
Doktorun Poliklinikte Hastasını Dinleme Düzeyi	Hepsini dinledi	1	5	8	3	17
	Oldukça Dinledi	11	28	13	2	54
	Çok Az Dinledi	25	16	1	-	42
	Hiç Dinlemedi	6	-	1	-	7
Toplam		43	49	23	5	120

Doktorun hastasına karşı tavrı sertleştikçe ve daha emredici-babacan ifadeler kullandıkça hastaları dinleme düzeyleri düşmektedir. Hasta şikayetlerini oldukça veya tamamen dinleyen doktorların genellikle güleryüzlü, babacan ve katılımı sağlayan grup içerisindeyken, şikayetleri hiç dinlemeyen ya da çok az dinleyen doktorların ise çoğunlukla sert-emredici olduğu bu grubu babacan ve yönlendirici grubun izlediği tespit edilmiştir. Meslekleri ve branşları gereği daha hızlı karar vermeleri gereken ve bu kararlarda hata payının minimumda olması gereken doktorlar, bu nedenlerden dolayı hastalara poliklinikte söz hakkı vermeme taraftarı oldukları izlenimi vermektedirler. Onlar, hastaların hastalıkla ilgili çok az ya da hiçbir şey bilmediklerini düşünmekte, dolayısıyla katılımı sağlamanın gereksiz olduğunu belirtmekte ve hastanın vereceği kararların yetersiz ve sağlıklı olamayacağını düşünmektedirler. Ancak bunun kısmen tersini hatta katılımı daha derin şekilde sağlayan doktorlar da bulunmaktadır. Fakat cerrahi servislerinde, branş gereği kısmen daha güç olarak düşünülmektedir.

Tablo 51. Doktorun Davranış Şekli İle Poliklinikte Hastasına Karşı Kullandığı İlk İfadelerin Karşılaştırılması

		Doktorun Davranış Şekli				Toplam
		Sert- Emredici	Babacan- Yönlendirici	Gülyüzlü- Dinleyici	Katılımcı -Sakin	
Doktorun Hastaya İlk İfadeleri	Günaydın, Hoşgeldiniz, Merhaba Gibi Günlük Karşılaşma Sözcükleri	7	17	19	4	47
	Neyiniz Vardı? Hastalığınız Neydi? Gibi Doğrudan Hastalıkla İlgili İfadeler	24	28	4	1	57
	Hiçbir Söylemedi Söze İlk Siz Başladınız	12	4	-	-	16
Toplam		43	49	23	5	120

Doktorlar poliklinikte hastalarına yönelik söze başlarken çoğunlukla doğrudan hastalığa yönelik ifadeler kullanmaktadır. Paternalist doktordan -tek egemen, hastayı kararlara katmayıp tüm gerekli kararları kendisi veren- uzlaşmacı doktor anlayışına gidildikçe, doktorların daha güler yüzlü, dinleyici ve hasta değerlerini değerlendirmeye alan bir yapıya sahip oldukları görülmektedir. Örneğin tabloda görüldüğü gibi, muayene odasına gelen hastasına hiçbir şey söylemeden onu ayakta tutarak, konuşmaya başlamaya zorlayan doktorlar, emredici-sert ve babacan-yönlendirici yani paternalistik gruba girenlerdir. Buna karşılık günlük karşılaşma sözcüklerini kullananlar ise güler yüzlü-dinleyici, katılımı sağlayan-sakin bir anlayış içerisindedir. Hasta gözlemlerinde de yaklaşık aynı bulgular elde edilmiştir. Yalnızca doğrudan hastalıkla ifadeleri kullanarak muayeneye başlayan doktorlar daha yoğun olarak gözlemlenmiştir. Gözlem sırasında doktorlar bunun nedenini hasta yoğunluğundan bu tip şeylere ya fırsat kalmadığı ya da gereksiz gördüklerini belirtmişlerdir. Hatta bir doktor -babacan güler yüzlü arası olarak nitelenebilecek bir gruba giren- hasta sayısının daha yoğun olduğu bir başka hastanede, sabahtan muayeneye gelen bütün hastalarına sadece *günaydın* diyerek muayeneye başladığını belirtmiştir. Ancak bu sözü hiçbir hastasının ilk etapta anlamadığını, bunu ancak birkaç kez tekrarladıktan sonra anlayabildiğini bildirmiştir. Bu örnekte de görüldüğü üzere hastalarda da doktorların günlük nezaket kurallarına uygun ifadeler

beklemedikleri anlaşılmaktadır. Ancak diğer taraftan bakıldığında bu durum hastalara çok iyi bir şekilde empoze edilip benimsetildiği de ortaya çıkabilmektedir.

Tablo 52. Doktorun Hastaya İlk Sözlerinin Poliklinik-Özel Muayenehane Bağlamında Karşılaştırması

		Doktorun özel muayenehanesinde hastasına ilk sözü		Toplam
		Günaydın, Hoşgeldiniz, Merhaba Gibi Günlük Karşılaşma Sözcükleri	Neyiniz Vardı? Hastalığınız Neydi? Gibi Doğrudan Hastalıkla İlgili İfadeler	
Doktorun poliklinikte hastasına ilk sözü	Günaydın, Hoşgeldiniz, Merhaba Gibi Günlük Karşılaşma Sözcükleri	25	9	34
	Neyiniz Vardı? Hastalığınız Neydi? Gibi Doğrudan Hastalıkla İlgili İfadeler	31	10	41
	Hiçbir Söylemedi Söze İlk Siz Başladınız	6	3	9
Toplam		62	22	84

Öncelikle hiçbir doktor özel muayenehanesinde hastalarının söze başlaması için zorlamadığı görülmektedir. Dolayısıyla doktorlar hastalarına görece olarak özel muayenehanelerinde daha iyi davrandıkları tespit edilmiştir. Çünkü özel bir işletmenin daha fazla talep edilmesini sağlamanın yollarından biri olduğunun farkında olduklarını belirtmektedirler. Zaten bir çoğu özel muayenehaneleri için “*dükkan*”, hastaları için “*müşteri*” sıfatını kullanmaktadır.

Tablo 53. Doktorun Hasta Karşı Kullandığı İlk İfadeler ile Hasta seçiminde etkili olan çevre karşılaştırılmanın

		Doktorun Hasta Karşı Kullandığı İlk İfadeler			Toplam
		Günaydın, Hoşgeldiniz, Merhaba Gibi Günlük Karşılaşma Sözcükleri	Neyiniz Vardı? Hastalığınız Neydi? Gibi Doğrudan Hastalıkla İlgili İfadeler	Hiçbir Söylemedi Söze İlk Siz Başladınız	
Hasta seçiminde etkili olan	Arkadaş	13	10	-	23
	Yakın Çevre	16	16	1	33
	Aile	5	8	1	14
	Sağlık Personeli	10	10	2	22
	Tesadüfen	3	13	12	28
Toplam		47	57	16	120

Doktorların hastaya karşı davranış ve tutumları sosyal çevre tarafından

kaydedilmektedir. Hasta olan birey herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadan önce mevcut bilgileri ile birlikte ailesi, arkadaşları, sosyal çevresi ve sağlık personeline danışmaktadır. Daha sonra belli bir doktor seçmeye çalışmaktadır. Burada görüldüğü üzere en küçük rahatsızlıktan çok daha büyük hastalıklara kadar hasta daha doktora başvurmadan önce yoğun bir süreçten geçmektedir. Diğer taraftan hasta rolüne girmeden önce birey çevresini bu hastalığa hazırlamakta ve görev ve sorumluluklarını devretmeye çalışmaktadır.

Hastalar doktorlarını kendi çevresinden aldığı bilgiler ışığında seçtiği sürece, doktorları daha güler yüzlü, onları dinleyen ve günlük karşılaşma kurallarına uygun bir yapıya sahip oldukları gözlemlenmiştir. Tabloda görüldüğü üzere tesadüfen seçilen ya da karşılaşılan doktorlar hastasına hoşgeldiniz, günaydın gibi ifadeler kullanmamakta, ya hastalıkla ilgili neyin var? hastalığınız neydi? gibi ifadelere yer vermekte ya da odasına giren bireye hiçbir şey söylememekte, karşısındakinin konuşmasını beklemektedir.

2.6 KLİNİK GÖZLEMLERİ

Poliklinik gözlemlerinden sonra anket çalışmasına paralel olarak bir kısmı aynı(%40), bir kısmı farklı(%60) hastalara derinlemesine mülakat yapılmıştır. Öncelikle derinlemesine mülakatlarda gözlemlenen genel ifadelere ve temel hasta özelliklerine değinilerek, daha sonra birkaç örnek olay irdelenecektir. Anket çalışmasında gözlemlendiği üzere hastanenin şehir merkezinde olması nedeniyle derinlemesine mülakat yapılan hastaların bir çoğunun ikamet yeri şehirdir. Hastaların kronik bir hastalıkları bulunmamaktadır. Fakat irdelemeye alınan cerrahi kliniklerin rahatsızlıkları genel olarak akut yani derhal müdahale gereken bir yapıya sahip olduğundan kronik rahatsızlıklara görece olarak daha az rastlanılmaktadır.

Hastalar rahatsızlıkları ilk başladığı dönemde çevrelerine danıştıklarını ve doktora ağrıları ve şikayetleri dayanılmaz bir hal aldıktan sonra başvurduklarını belirtmişlerdir. Bu dönemde hasta ulaşabildiği ve tanıdığı bir doktora başvurmaya çalışmışlardır. Hasta doktorunu seçmede daha önceki kendinin ve çevresinin deneyimlerine göre hareket etmiştir. Seçmeye çalıştıkları doktorun en temel seçim kriterleri, başarılı performansı ve hemşerisi olmasıdır. Hastaların doktor seçimindeki ikinci önemdeki kriter ise doktorun bıçak parası alıp almadığıdır. Doktorun diğer

özellikleri, hastaya karşı olan tavrı, yaşı, cinsiyeti gibi özellikler daha az önemli olduğu gözlemlenmiştir.

Poliklinikte ya da özel muayenehanesinde hastanede yatarak tedavi görmesi istenilen hasta, tüm yatış işlemlerini kendisi yaparak kliniğe ulaşmaktadır. Klinikler genel oda şeklinde olup 2, 4 ya da 6 yataklıdır. Yatış işlemleriyle uğraşmaya başlayan hasta, hastaneye ayak bastığı andan itibaren, en az dört(sosyal güvenceye bağlı olarak değişmekte) bürokratik işlemler yapmaktadır. Hasta açısından farklı bir dünya olan hastaneye alışmak ayrı bir problemdir. Bütün yaşantısını geçici bir süre değiştirmek zorunda kalmıştır. Yeni bir ortama ayak uydurmaya çalışan hasta, birçok kişiyle aynı odayı paylaşmakta ve yapacağı eylemleri başkalarına danışmadan yapamamakta, alacağı kararları tamamen bağımsız olarak alamamaktadır. Bu ortamda refakatçilerinin bulunması ona güç vermektedir. Çünkü kendisini sağlık personelinin ellerine bırakmıştır.

Hastaların büyük kısmı anket çalışmasında da görüldüğü gibi daha önceden başka bir sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi görmemiştir. Daha önce aynı hastalıkları için yatarak tedavi görenler ise ilçe devlet hastaneleri ve SSK hastanesinde bulunmuşlardır. Hepsi çeşitli nedenlerden dolayı sevk edilmişlerdir. Hemen hepsi tedaviyi beğenmediğinden ya da tam olarak iyileşemediklerine kanaat getirdikleri için bu hastaneye gelmişlerdir. Önceki deneyimlerine dayanarak bu hastanede doktorlarına ulaşp, kabul edildikten sonra yatarak tedavi gördüklerini ifade etmektedirler. Hastaneye yatmadan önce hepsi doktorun özel muayenehanesine kendilerinin ya da yakınlarının gittiklerini belirtmişlerdir. Nedenini ise bu şekilde davranmalarında doktorun daha iyi muayene ve tedavi edeceğine duydukları inanç olarak açıklamışlardır.

Hastaların yaklaşık 2/3'ü herhangi bir nedenle doktora muayene, konsültasyon ya da bıçak parası verdiklerini dile getirmektedirler. Nedenlerini ise, bu ücretleri vermedikleri zaman, doktorların daha az ilgilendiklerini, daha az vizite geldiklerini, pansumanlarını çoğunlukla hemşirelerin yaptığını, şikayetlerini dinlemediklerini şeklinde belirtmişlerdir. Doktora bir şekilde para verenlerin neredeyse yarısı doktorun kendisinden talep etmeden, kendilerinin gidip ücret verdiklerini ifade etmektedir.

Bireyler sosyal süreçte kendi konumlarını diğerlerini kontrol etmek, onlar üzerinde baskı kurmak ya da çıkarlarını en iyi şekilde gerçekleştirebilmek için kullanmaktadır. Böyle bir ortama hem kendini hem de diğerlerini hazırlayabilmek üzere farklı açılımlar, davranımlar, mimikler, jestler gibi iletişim teknikleriyle, anlatmak istediklerini karşı tarafa ulaştırmaya çalışmaktadır. Bunu yapmaya çalışan birey konumu itibarıyla diğerlerine daha baskın olduğunda ya da diğerlerinin bir şekilde riayet edeceklerini bildiklerinde, isteklerini söze dökmeden çok daha kolay belirtebilmektedir.

Hastalara “doktora neden para verdiniz?” şeklinde soru yöneltildiğinde, onlar doktorlarından bu isteğe yönelik “bildirimler-imalar” aldıklarını dile getirmişlerdir. Doktor; beklentilerini şu şekilde ortaya koymaktadır.

- Hastalığın seyri ile görüşmek üzere hasta yakınlarını kendi özel muayenehanesine çağırabilmektedir. Bu durumda açık şekilde bir bildirim söz konusudur.

- Doktor ameliyat tarihini değişik nedenlerden dolayı erteleyebilir. Bu erteleme, tıbbi malzeme ihtiyacından, ameliyat sırasının yoğunluğuna, konsültan doktorların beklenmesi gibi gerekçelerle yapılmaktadır.

- Günlük vizit sayısında ya da süresinde ciddi bir azalma sözkonusu olabilir.

- Vizitte daha önceden gösterdiği davranış, hal ve tutumları değişebilir.

- Ameliyat sonrasında kendisinin yapmaya başladığı pansumanları diğer sağlık personeline devredebilir.

- Hasta şikayetlerini anlatabileceği zamanlarda doktor onu dinlemek istemediğini ifade edebilir, doktor başından savma yoluna gidebilir.

- Diğer hastalara daha iyi davrandığını ve daha fazla süre ayırdığını gözlemleyebilir.

- Çıkış sürecini erteleyebilir ya da çıkış öncesi gerekli tedbirleri alma veya reçete yazmak, ilaçların kullanış şeklini açıklamak veya kontrol sürelerini belirlemek üzere doktor hastasını özel muayenehanesine çağırabilir. Hastaların beyan ettiği bu

nedenler ya da izlenimlerle doktorun hastasından maddi beklentiye girdiğinin görüngülerini ortaya çıkmaktadır. .

Tablo 54. Vizit Sıklığı İle Doktorun Hasta Şikayetlerini Dinleme Düzeyinin Karşılaştırılması

		Vizit Sıklığı				Toplam
		Hiç gelmedi	Günde 1 Kez	Günde 2 Kez	Günde 3 Kez	
Hastanın Vizitte Şikayetlerini Anlatılabilir Düzeyi	Evet	2	17	64	2	85
	Vizitte çok az kaldığından görüşemiyoruz	2	12	5	-	19
	Doktor izin vermediğinden görüşemiyoruz	3	3	-	-	6
	Utandığımdan görüşemiyoruz	-	6	2	-	8
	Diğer	-	1	1	-	2
Toplam		7	39	72	2	120

Doktorlar hastalarına genellikle günde iki kez vizite gelmektedir. Bu vizit süreleri doktorun poliklinik günü ya da ameliyat günü olması bakımından süreleri değişmektedir. Vizitler genellikle hemşireler eşliğinde yapılmakta, vizit sonrasında pansumanları, tedavileri yeniden düzenlenmektedir. Anket çalışmasında görüldüğü gibi vizit sıklığı arttıkça hasta şikayetleri dinleme oranı yükselmektedir. Mülakatta daha az vizit yapanlar ya da vizitte hasta şikayetlerini yeterince dinlemeyen doktorların paternalistik modele girdikleri söylenebilir. Yani hastasına sert ve emredici davranmakta, ona daha az süre ayırmaktadır.

Hastalara göre doktorlar, onlardan söz dinlemelerini verdiği direktiflerine uymalarını, ameliyat gibi işlemlerde güvenmelerini, fazla şikayette bulunmamalarını, çünkü mevcut durumun ancak bu kadar çalışmalarına olanak sağladıklarını ve tüm beklentilerini karşılamalarını hastalardan beklemektedir.

Doktorların büyük oranı paternalistik ya da buna yakın bir anlayış içerisinde olduğundan verdiği kararları hastalarıyla fazlaca tartışmamaktadır. Çünkü hasta için en iyi kararı almıştır. Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerinin yeterince önemi yoktur. Dolayısıyla çoğunlukla hastalığın gerekli tedavisinin olası risklerini, alternatif tedavi

yöntemlerini tam anlamıyla açıklamamaktadır. Hastalara alternatif sunulduğunda doktorun şu ifadelerle anlattıkları gözlemlenmiştir.

“Diz protezi olmalısın ancak bunun fizik tedavi ile kısmen iyileştirilmesi olası ya da biraz bekleyebilir ve yürüyüşler yaparak rahatlayabilirsin, fakat sonunda bu ameliyatı olmak zorunda kalacaksın. Ameliyat zorunlu olduğu için risklerine katlanman gerekir. Ameliyatı yaptıktan sonra dikkat edilmesi gereken noktaları konuşuruz.”

Hasta bu ifadelerin arkasına şunları da eklemektedir. Ameliyatının çok başarılı geçtiğini daha rahat yürümeye başladığını ancak daha önceden yapabileceğini düşündüğü birçok şeyi ameliyattan sonra yapamayacağını öğrendiğini ifade etmiştir. Dolayısıyla doktor hastaya daha önceden hastalıkla, ameliyat ile ve ameliyat sonrası ile ilgili detaylı bilgi vermediğinden, hasta memnuniyetini tam anlamıyla sağlayamamaktadır. Hastayı tedavi sürecine dahil etmemektedir.

Hastaların doktorlar dışındaki sağlık personeli ile ilişkileri genellikle olumlu olarak nitelendirilebilir. Çünkü onlardan beklentileri daha az ve onları bir otorite olarak görmemektedirler. Hastaneden beklentileri ise daha az sayıda kişilerin kaldığı odalar ve yemeklerin daha iyileştirilmesi yönünde tespitler yapılmıştır. Hastaların hiçbiri hasta danışma merkezleri, hasta hakları kurulları gibi bir istekte bulunmamıştır.

Hastalar kolayca sağlık kuruluşlarına ulaşabildiklerini belirtmişlerdir. Bir çoğunun sosyal güvencesi olduğu için tüm sağlık olanaklarından yararlanabildiklerini ancak bir kısmını bilmediklerini belirtmişlerdir. Örneğin bir hasta sağlık ocaklarında hasta muayenesi yapıldığını ve bazı testlerin hastaneye girmeden yapılabileceğini hastaneye yattıktan sonra bir başka hastadan duyduğunu belirtmiştir.

2.7. ÖRNEK OLAYLAR

Örnek olay olarak dört hasta seçilerek hasta isimleri özellikle gizli tutulmuştur. Hastalar tesadüfi olarak seçilmiştir. Hastalar A, B, C, D olarak kodlanmıştır. Hastaların kişisel özgeçmişleri, sağlık özgeçmişleri, doktorlarını seçme nedenleri, doktorların onlara davranış şekilleri, doktorların hastayı tedavi sürecine

katma süreci, doktorun hastadan beklentileri hastanın algılama süreçleri incelenmeye çalışılmıştır.

A hastası 36 yaşında, evli ve 3 çocuk sahibi, sigortalı bir işte çalışan bayandır. Eşi memur olup 37 yaşındadır. Şehir merkezinde kirada ikamet etmekte olup, çocuklarının ikisi ilköğretimde öğrenim görmekte, diğerine ise evde büyükanne tarafından bakılmaktadır. Ailenin aylık geliri birmilyarikiyüz milyon(800\$) civarındadır. Hasta lise, eşi üniversite mezunudur. 8-10 milyar değerinde bir otomobilleri mevcuttur. Her ikisi de merkeze bağlı farklı iki köyde doğdukları belirtmişlerdir.

B hastası, 69 yaşında, evli, 2 çocuk sahibi, ev hanımı bir bayandır. Eşi bağkur emeklisi olmasına rağmen halen küçük bir market işletmektedir. Şehre yakın bir ilçede ikamet etmekte, olup kendilerine ait bir evleri bulunmaktadır. Çocuklarının her ikisi de evli ve çalışmaktadır. Evlerinin dışında eski bir otomobilleri ve 20-30 dönüm bazı yıllar ekip biçtikleri tarlaları bulunmaktadır. 850 milyon(570\$) civarında aylık gelire sahiptirler. Hasta ve eşi ilkokul mezunudur.

C hastası 48 yaşında, evli, 1 çocuk sahibi, devlet memuru bir erkektir. Eşi ev hanımı olup merkeze bağlı bir köyde ikamet etmektedirler. Kendilerine ait bir evleri, 10 dönüm civarında tarlaları bulunmaktadır. Çocuğu lisede öğrenimini görmektedir. Aylık gelirleri 650 milyon civarındadır. Eşi ilkokul ve kendisi ise lise mezunudur.

D hastası, 26 yaşında, bekar, devlet memuru bir erkektir. Şehir merkezinde ailesi ile birlikte yaşamakta olup, kendisine ait bir otomobili bulunmaktadır. Ailesinin kendilerine ait iki evleri bir, arsaları ve aylık (hastanın geliri dışında) bir milyar civarında gelirleri mevcuttur.

Her biri farklı kliniklerin hastalarıdır. C hariç diğerleri hastaneye başvurmadan önce bu hastaneye göre daha alt basamakta bulunan sağlık kuruluşlarına başvurmamıştır. C, kendi köyündeki sağlık ocağına gitmiş ve hastaneye sevk edilmiştir. Ayrıca B ve C hastaları daha önce sağlık ocağı, devlet hastanesi ve üniversite hastanelerine birkaç kez gittiklerini belirtmişlerdir.

2.7.1 A'nın Hikayesi

A'nın sağlık tarihçesi bu hastaneye gelişi ve diğer bilgileri; ilk doğumuna

kadar sağlık personeli ile karşılaşmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte herhangi bir lokman hekime de gitmediğini ifade etmektedir. İlk doğumunu köyde sağlık personeli olmayan bir ebe eşliğinde yaptıktan sonra ikinci ve nc doğumlarını hastanede gerçekleştirmiştir. İlk doğumunun halk ebesine yaptırmasının nedenini, köyün merkeze olan uzak olması ve köyde bir ebenin olmaması ve doğumun gece gerçekleşmesi olarak açıklamaktadır. Her üç doğumunda da doktor kontrolünden geçmediğini ancak ikinci ve nc doğumunda şehir merkezinde evine gelen bir ebenin yönlendirmesi ile sancıları başladığında hastaneye giderek doğumu yapmıştır. Doğum sırasında doktorun olmadığını, normal doğum yaptığını, klinikteki ebelerin kendisine çok iyi davrandığını ifade etmiştir. Doğum sonrası kontrollerde doktorun fazla sıcak davranmadığını, bunun nedenini ise doğum öncesi kontrollere gelmediğinden ve muayenehanesine gitmediklerinden kaynaklandığını belirtmektedir. Bununla birlikte doktoruyla ilgili herhangi bir sorun yaşamamıştır.

Son hastalığıyla ilgili olarak şikayetleri yaklaşık olarak üç yıl önce başladığını, ilk önce bu problemleri önemsemediği ancak artık yaşamında engel olmaya başladıktan sonra polikliniğe geldiğini belirtmiştir. Doktorun bir film istedikten sonra bazı ilaçlar yazdığını ve fazla yürümemesi, ağır işler yapmaması gibi öğütler verdiğini anlatmaktadır. Verilen bu ilaçların hemen rahatlattığını ve artık daha kolay çalışabilir hale geldiğini fakat altı ay ya da bir yıl sonra şikayetlerinin daha öncesine göre çok daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bu dönemde ailesi ve hastanın kendisi benzer şikayetleri olan ve tedavi görüp iyileşen diğer hastaların durumlarını araştırarak, onların yönlendirdiği başka bir doktorunun özel muayenehanesine gitmiştir. Hasta zel muayenehanesine gitme nedenini diğer hastaların tavsiyesi olduğunu, kendisinin de daha önce şikayetlerinin geçmediği için bu yolu tercih ettiğini ifade etmektedir. Doktorun istediği gerekli tahlil ve röntgen filmlerinden sonra hastaneye yattığını belirtmektedir. Doktorun muayenehanede çok iyi davrandığını, hoş geldiniz diyerek onları ayakta karşladığını, uzun bir muayeneden sonra, filmler ve tahliller istediğini, bu sonuçlarla tekrar gittiklerinde, yatarak tedavi görmesi gerektiğini ve ameliyat önerdiği ifade etmektedir. Doktorun neden ameliyat gerektiği konusunda yeterince bilgi verdiğini, ameliyat olmazsa karşılaşılabilecek problemleri ayrıntılarıyla açıkladığını ve başka üzümlerin kısa vadede hastayı rahatlatılabileceğini ancak sonuçta ileriki tarihlerde ameliyat olma olasılığının yüksek olduğunu ifade etmiştir. Doktor daha sonra hastanın fikrini alarak

hastaneye yatış vermiş, birkaç doktorun konsültasyonundan ve gerekli tıbbi malzemelerin temin edilmesinden sonra, yani iki gün sonrasına ameliyat tarihini belirlemiştir. Hasta bu süre içerisinde hastanede yatarken doktorun kendisini günde iki kez vizite geldiğini, iki farklı doktorundan kendisini muayene ettiğini anlatmaktadır.

Doktora özel muayenehanesinde, muayene ücreti verdiklerini ve yakınlarının bu ameliyatın kaçta malolacağını sorduklarında, doktorun ameliyattan sonra görüşürüz dediğini söylemiştir. Ameliyattan sonra doktor hastanın bütün pansumanlarını kendisi yapmış hastayı günde iki kez vizite gelmiş ve hastaya göre bütün şikayetlerini dinlemiştir.

Hasta, üç kişilik odada kalmaktadır. Doktorun diğer hastasına da aynı şekilde davrandığını ifade etmiştir. Ancak odadaki öteki hasta başka bir doktorun hastası olduğunu ancak onun doktorun hergün vizite gelmediğini, gelse de hastanın şikayetlerini dinlemediğini ve hastanın pansumanlarını hemşirelerin yaptığını ifade etmektedir. A diğer hastaya doktorun özel muayenehanesine gitmesini tavsiye etmiştir.

Doktor hastasına ameliyatı takip eden günlerde uzmanlık dalı farklı bir başka doktorun da konsültasyona geleceğini belirtmiştir. Hasta ve yakınlarını ek bir tedavinin başlamasıyla birlikte taburcu olma isteklerini doktora iletmış ve doktor da iki gün sonra taburcu olabileceğini, çünkü diğer konsültan doktorun bu şekilde bir tedavi uyguladığını ifade etmiştir. Hasta yakınları ameliyat sonrası doktorun özel muayenehanesine giderek ameliyatın nasıl geçtiğini, herhangi bir problemin varlığını öğrenmek istemişlerdir. Ayrıca daha önceden araştırdıkları için bu tip ameliyatları yalnızca kendi doktorunun yapabildiğini bu nedenle ameliyat ücretinin (sosyal güvenceleri olmasına rağmen) yaklaşık 750 milyon (asgari ücretin 2.5 katı) olduğunu öğrenmişlerdir. Doktora borçlarının ne kadar olduğunu sorduklarında, doktorun ameliyatın zorluğundan ve olası komplikasyonlarından bahsettiğini ve bir rakam vermediğini, ancak hastalarına daha iyi bir bakım sağlamak ve ileride çıkabilecek sorunlara karşı hasta yakınları doktora 500 milyon verdiklerini belirtmişlerdir. Paranın geri kalan kısmının da taburcu olmadan hemen önce vereceklerini belirtmişlerdir.

Burada doktor hastasına katılımı sağlayan, güler yüzlü, hastasına yeterince bilgi veren, olası tedavi seçeneklerini açıklayan ve birlikte kararları alan bir bilgi verici-uzlaşmacı bir anlayış sergilemiştir. Doktor muayenehanesinde samimi bir ortam yaratmak için çoğunlukla masasının arkasında kalmamış, hastasını ayakta karşılamıştır. Ancak kararları alırken hastasını yönlendirmekten geri kalmamış ve ameliyat ücretini de almıştır.

2.7.2. B'nin Hikayesi

B. Hastasının çoğunlukla evde, fazla güç gerektirmeyen ve yorucu olmayan işler yapmaktadır. İkamet ettiği yer itibariyle sağlık olanaklarına ulaşabilir ve sosyal güvencesi olması nedeniyle bu olanakları kullanabilir bir durumdadır. Hastanın sağlık personeli ile ilk karşılaşması doğumlarıyla birlikte olmuştur. Her iki doğumunu da evde sağlık personeli bir ebe eşliğinde gerçekleştirmiştir. Doğum öncesi ve sonrası yine aynı ebenin kontrollerini almıştır. Hasta ilk kez doktora menapoz dönemindeki adet düzensizlikleri nedeniyle gitmiştir. Bununla birlikte daha önce çevresinden duydukları ve başka hastaların yanında refakatçi kalarak doktor-hasta ilişkilerini-hastane sürecini kısmen bildiğini ifade etmiştir. Menapoz döneminde birçok kez kadın-doğum polikliniğine gittiğini ve birçok tahlil olarak, ilaçlar aldığını belirtmiştir. Sürekli aynı doktora giderek tedavisini sağlamaya çalışmıştır. Bu doktoru çevresinin tavsiyesiyle seçtiğini ve memnun kaldığını ifade etmektedir. Aynı doktorun birkaç kez özel muayenesine gittiğini, bu muayenehaneye gittiğinden itibaren doktorun kendini hatırladığını ve daha iyi davrandığını dile getirmektedir.

Son hastalığıyla ilgili şikayetleri 4 gün önce hastaneye yattığı gün başlamış ve saat 17-18 civarında acılarına dayanamayarak acil servise doğrudan başvurduğunu belirtmiştir. Film ve tahlil sonuçlarından sonra doktorun gelmesiyle hemen yatış ve ameliyat olması gerektiği hastaya iletilmiştir. Acıları çok fazla olan hasta, o günkü nöbetçi doktoru daha önceden tanımasa da ameliyatı kabul etmiştir. Ameliyat sonrası doktor iki kez vizite geldiğini ve kısa bir süre şikayetleri dinledikten sonra ikinci gün bir kez vizite geldiğini belirtmektedir. Ayrıca ilk pansumanı doktor, ikinci pansumanı ise hemşireler yapmıştır. Doktorun nasıl biri olduğunu daha önceki ameliyatlarının sonucunu ve ne kadar ücret aldığını araştırdıktan sonra hasta, yakınlarının doktorun özel muayenehanesine gittiğini belirtmiştir. Doktorun muayenehanede hastalığın geç

kalınmadığı sürece basit olduğunu, ameliyat sonrası olası komplikasyonlar için hastayı yatırdığını, isterlerse yarın taburcu olabileceklerini belirtmiştir. Doktor herhangi bir şekilde ücret istemediğini hem hasta hem de hasta yakınları belirtse de, 200 milyon kadar bir para verdiklerini ifade etmektedirler.

Fakat genel bir anlatımdan sonra doktordan tam anlamıyla memnun kalmadıkları anlaşılmaktadır. Doktorun her hastaya farklı davrandığını, onları çok az dinlediğini, her hastanın vizitine aynı süre ve sıklıkta ilgilenmediğini, pansumanlarını çoğunlukla hemşirelerin yaptığını, çoğunlukla otoriter hatta emredici konuştuğunu belirtmişlerdir.

Hasta doktorun özel muayenesine gittiklerinden itibaren doktorun kendilerine daha iyi davrandığını belirtmiştir. Doktor çoğunlukla emredici olduğundan hasta üzerinde tam bir hakimiyet sağlamıştır. Taburcu olduğu gün (mülakat taburcu olduğu gün işlemler sürecince yapılmıştır) doktor hastasına hangi hareketleri yapacağı ya da hangilerinden kaçınacağı, neleri yiyip yiyemeyeceği ve ne zaman kontrole geleceği gibi konularda herhangi bir açıklamada bulunmamıştır. Yalnızca birkaç ilaç vermiştir.

Bu örnekteki doktor sert-emredici olarak nitelenebilir. Ancak acil durumlarda hastaya söz hakkı tanımak hayati tehlikelere neden olabileceğinden doktorun ameliyat öncesi hastayı yeterince aydınlatmaması hızlılık bakımından önemlidir. Bununla birlikte doktor, hastasına ameliyat sonrası da aynı şekilde davranmaya devam etmiş ve ona şikayetlerini anlatabilmesi için söz vermemiştir. Yeterince aydınlatmamakla birlikte hastalığın tedavi aşamasında hasta fikri alınmamıştır.

2.7.3 C'nin Hikayesi

C hastası, mesleği gereği yorucu olmayan, masa başında bir işte çalışmaktadır. Tek katlı kendilerine ait müstakil bir evde ikamet etmektedir. Yaz aylarında tarlasını ekip-biçerek ek kazanç sağlayıp birikim yapabildiğini belirtmektedir. Çocuğuyla birlikte hafta içi hergün şehir merkezine belediye otobüsleriyle gelmektedir. Sağlık teşkilatından bir görevli ile ilk kez sünnetinde ilişkide bulunmuştur. Doktor ile ilk karşılaşması ise 20'li yaşlarda geçirdiği kabakulak nedeniyle hastaneye yatması sürecinde olmuştur. Bu dönemde doktorun

kendine çok iyi davrandığını, birkaç gün hastanede yattığını ve herhangi bir ek ücret ödmeden hastaneden ayrıldığını belirtmiştir.

Daha sonra 30'lu yaşların başında hiperglisemi teşhisi konulmasıyla birlikte birkaç ayda bir hastane polikliniğine başvurduğunu belirtmiştir. Köylerinde sağlık ocağı olmaması, en yakın sağlık ocağında ise açlık kan şekeri ölçen bir cihazın bulunmaması nedeniyle hastaneye doğrudan başvurduğunu ifade etmektedir. Hasta sürekli diyet yapmakta ve son beş yıldır insülin iğne ile şekerini kontrol altında tutabilmektedir. Bu dönemde sosyal güvencesiyle başvurabileceği bütün dahiliye uzmanlarına gittiğini belirtmektedir. Ayrıca tüm bu uzmanların özel muayenehanesine de gitmiştir. Doktorların önceden hastalığı ile ilgili daha az bilgi verdiğini, diyet yapması gerektiğini bile anlatmadıklarını belirtmiştir. Bu hastalığıyla ilgili muayenehanesine gittiğini en son uzmanın kendisine bir diyet hazırladığını, ancak daha sonra hastanede yapılan tahlillerin sonucunda açlık kan şekerinin halen yüksek çıktığını ifade etmektedir. Hatta üniversite hastanesinde önerilen diyet ve tedavi programının da başarılı olmadığını belirtmiştir. Son hastalığıyla ilgili şikayetinden önce hastanenin hipertansiyon ve obezite merkezinde diyetisyenlerle birlikte hazırladığı diyetten memnun kalmıştır. Bunun nedenini ise kendinin yapabileceği ve çevresinde bulabileceği yiyeceklerden bir diyet listesi yaptıkları ayrıca kendisinin de fikrini aldıklarından olabileceğini söylemiştir.

Son hastalığıyla ilgili şikayetleri birkaç yıl öncesine kadar uzanmaktadır. Önceleri umursamamasına rağmen hem günlük işlerinde aksamamalara neden olması hem de acılarının artması nedeniyle en yakın sağlık ocağına başvurmuş ve doktor teşhis koyarak hastaneye yatması gerektiğini söyleyerek bu nedenle sevk yapmıştır.

Bu hasta poliklinik gözlemleri sırasında ve yatış-çıkış sürecinde sürekli takip edilebilmiştir. Hastanede polikliniğe geldiğinde hasta, hastalığıyla ilgili bilgili olduğu anlaşılmaktadır. Doktor, hasta odaya girdiğinde önündeki evraklarla kullanmıştır. Daha sonra “*evet, neyiniz vardı*” diyerek hastaya şikayetlerini uğraşmakta ve başını kaldırmadan “*sedyeeye geçin ve biraz bekleyin*” ifadesini anlatabilmesi için bir fırsat sunmuştur. Hasta 35 saniye kadar derdini anlatmış ve doktor fiziki muayeneden sonra, yatması gerektiğini film ve tahlillerden sonra da ameliyat olabileceğini söylemiştir. Doktor burada neden ameliyat olması gerektiğini, ameliyat olmazsa neler olabileceğini açıklamıştır. İlaçla tedavi olmak isteyen hastaya

doktor, çok geç kaldığını belirtmiştir. Hasta Hiperglisemesi olduğunu bunun ameliyata engel teşkil edip etmeyeceğini sorduğunda doktor, en az iki uzmanın daha konsültasyonundan geçeceğini, bunun sonra bir karar verileceğini ve sonucu hastaya iletileceğini belirtmiştir. Hastanın poliklinikte kalış süresi 6 dakika 27 saniye olup bunun ilk 1 dakika 15 saniyesini doktoru sedyede oturarak beklemiştir.

Hasta yatışın olduğu gün 4 yataklı bir odada başka bir hastayla odayı paylaşmaktadır. Aynı gün tahlil sonuçlarının çıkmasından sonra iki farklı doktorun muayenesinden sonra ameliyat olabileceği kendi doktoru tarafından iletilmiştir. Ameliyat sonrasında bütün pansumanları doktor bizzat kendisi yapmıştır. Günde en az iki olmak üzere (birgün üç kez) doktor hastayı düzenli olarak hergün vizite gelmiştir. Hasta doktoruna vizit sırasında ya da daha sonra bütün şikayetlerini rahatça anlatabildiğini ve doktorun hemen hemen tamamına cevap verdiği ifade etmektedir. Hasta yakınları taburcu işlemleri sonrası, hastayı hastaneden almadan doktorun özel muayenehanesine gittiklerini ve 450 milyon ücret verdiklerini belirtmişlerdir.

Bu dönemde hasta doktorun diğer hastalara da doktorun aynı şekilde davrandığını, hatta bunların bir kısmı özel muayenehaneden yattığını, bazıları ameliyat öncesi para verdiğini, diğerleri ise hiç para vermediğini ancak doktor herkese aynı şekilde davrandığını belirtmiştir. Doktor taburcu sonrasında hastaya bütün yapması gerekenleri ve kullanacağı ilaçları açıklamış ve kontrol tarihini belirlemiştir.

Bu örnek olaydaki doktor, yönlendirici-hoşgörülü bir konsept içerisinde ele alınabilir. Hastayı poliklinikte dinlemiş, alternatif tedavi modellerini açıklamış ve hastanın fikrini almıştır. Hasta tedavi kararına katılarak tedavi sürecini kısmen etkilemiştir.

2.7.4 D'nin Hikayesi

D hastası şehir merkezinde, ailesi birlikte kendi evlerinde yaşamaktadır. Hastanın babası da çalışmaktadır. Üniversite mezunu olan hasta ilk doktorla sünnet ve fitik ameliyatı döneminde yani 6 yaşında karşılaşmıştır. Son hastalığı haricinde herhangi bir başka problemi olmadığından hastaneye yalnızca heyet raporu almak amacıyla başvurmuştur.

Son hastalığıyla ilgili sorunları yaklaşık altı ay önce başlamış aynı poliklinikte başka bir uzmana başvurmuştur. Bu doktorun kendisiyle hiç ilgilenmediğini, kendini fiziki muayene etmediğini, birkaç ilaç verdiğini ve muayene süresinin çok kısa olduğunu belirtmiştir. Aynı sorunu devam ettiğinden çevresinin tavsiyesiyle başka bir doktorun özel muayenesine gitmiştir. Doktorun bu ameliyatı yapan tek kişi olduğunu, ameliyatın özel bir ekipman gerektirdiğini ve ciddi bir ücret alındığını ön araştırmasından öğrendiğini dile getirmektedir. Doktor özel muayenehanesinde yaklaşık 20 dakika muayene ettiğini, tomografi istediğini ancak bunun yeterli olmaması üzerine MR istediğini, bunun sonucunda ameliyata karar verdiğini belirtmiştir. Hasta önce ameliyat olmak istemediği ancak doktorun diğer alternatif tedavilerin başarı şansının çok az olmasını açıklaması ve ameliyatın riskinin az olduğunu belirtmesi üzerine tedaviyi kabul etmiştir.

Hasta hastanede poliklinik gözlemlerinde incelenmeye alınmıştır. Hasta polikliniğe hiç uğramadan doğrudan kliniğe gitmiş hasta yakınları ise polikliniğe yatış için gelerek 2 dakika kalmıştır. Doktor hasta yakınlarını “*hoş geldin*” diyerek karşılamış, hemen yatış işlemini başlatmıştır. Hasta yakınları bu sürede doktor tarafından temin edilen bir sandalyeye oturarak beklemiştir.

Hasta rutin konsültasyon ve kontrollerden sonra bir sonraki gün ameliyat olmuş ve aynı gün taburcu edilmiştir. Yatış döneminde doktor hastasını günde iki kez vizite gelmiş ve pansumanını kendisi yapmıştır. Hasta daha önceden yeterince bilgilendirildiğinden fazla bir şikayeti olmamıştır. Klinikte en yataklı odalar 3 kişilik olmasına rağmen , D hastası bu odada tek başına kalmıştır. Hasta doktorundan son derece memnun olduğunu ifade etmektedir. Ancak bununla birlikte doktoruna 750 milyon verdiğini de belirtmiştir. Hasta doktorun diğer hastalara davranış şeklini bilmediğini ancak kendini yeterince bilgilendirdiğini ifade etmiştir.

Bu örnekte doktor yönlendirici-bilgilendirici çerçevede ele alınabilir. Ancak hastaya özel muayenehaneden yatış önerildiğinden bu konsept tartışılabilir.

III. DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

Hipotezler doğrulanmış olup, çalışmada elde edilen verilere göre karşılaştırılması şu şekilde belirtilebilir. Doktor-hasta ilişkisinde doktorun ve hastanın çıkarları arasında olumlu bir ilişki sözkonusudur. Sağlık Çıkarı/Maddi

Çıkar, hasta bir önce tedavi olmak için gerekli ön koşul olarak gördüğü doktoruna itaati ve maddi çıkar sağlamayı kabullenmiştir. Bu durum Tablo 46'da ve klinik gözlemlerde gözlenmekte, hasta doktoruna maddi çıkarı, sağlıktan azami faydayı elde edebilmek için sağlamaktadır.

Doktor-hasta ilişkisinde güç bağlamında olumsuz bir ilişkisi sözkonusudur. Doktorun uzman/kutsal kimliğinin yanı sıra, poliklinikte masa arkasında durması, emir kipli cümleler kullanması, hastasına az bilgi verip sürekli kendine ihtiyaç duyurması, hastaya yapacağı eylemleri söyleyerek onu ezmesi gibi nedenlerden dolayı hipotez doğrulanmaktadır.

Doktorun gücü elinde bulundurması ile otorite arasında olumlu bir ilişki sözkonusudur. Çalışmada paternalistik modele giren emredici/yönlendirici doktor grubu(Tablo 24) otoriteyi elinde bulunduklarından hastaya kolayca güç uygulayabilmektedirler. Bu nedenle hipotezini doğrulanmaktadır.

Doktora toplumda atfedilen kutsal/baba rolü ve erişilmesi olanaksız teknik bilgi sahibi uzman olarak görülmesi, toplumsal yapıdaki doktor rolü doktor-hasta ilişkisinde otoriteyi daha güçlü kıldığı hipotezi doğrulamaktadır.

Poliklinik ve klinik gözleminde hasta doktorun tüm direktiflerine uymakta olduğu tespit edilmiştir(Tablo 34). Bu nedenle doktorun otoritesi ile hastanın bu otoriteyi benimsemesi arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilen hipotez doğrulanmaktadır.

Poliklinik gözleminde ve klinik mülakatlarda eğitim düzeyi düşük hastaların doktorun direktiflerine daha fazla uyduğu ve doktora saygı ile korku arasında bir duygu besledikleri gözlenmiştir. Bu nedenle doktorun otoritesinin gücü ile hastanın eğitim durumu arasında olumsuz bir ilişki olduğunu ifade eden hipotez doğrulanmaktadır. Ancak anket çalışmasında bu ilişki tespit edilemediğinden karşılaştırma tablosu verilmemiştir.

Hastanın haklarından bihaber olması ile eğitim düzeyi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten hipotez, hastaların tüm gözlemlerde açıklanmaya çalışılan davranışlarından dolayı bu hipotez doğrulanmaktadır.

Doktorlar hastanın maddi durumuna bakmadan ücret almaktadır(Tablo 45). Ayrıca doktor birtakım imalarla ya da gücünü kullanarak diğer hastalara davranış şeklini de örnek göstererek hastadan maddi çıkar elde etmektedir. Hasta çıkarları ile doktorun gücü arasında ekonomik açıdan olumsuz bir ilişki olduğunu belirten hipotez doğrulanmaktadır.

Poliklinik gözleminde, hasta mülakatlarında ve hemşire görüşmelerinde doktorun önceliği maddi çıkara verdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle doktorun ekonomik çıkarları ile hastanın sağlığı arasında olumsuz bir ilişki olan hipotez doğrulanmaktadır.

Gözlem ve mülakat yapılan tüm kliniklerin hemşireleri ve hasta bakıcıları hatta temizlik elemanlarıyla birkaç toplantı yapılmıştır. Genel kanı doktorların tıp fakültelerinden çıktıktan sonra hastaya daha fazla zaman ayırdığı, daha çok bilgi verdiği, kendini üstün bir güç olarak görmek yerine ekip çalışmasına önem verdiği ve maddi çıkar beklentisini ikinci plana attığı şeklindedir. Doktorlar bu dönemde hastasına poliklinikte olası en fazla zamanı ayırmakta, günlük karşılaşma söz öbekleri kullanmaya dikkat etmekte, hastayı bir “*bozuk bir meta*” olarak görmek yerine hasta birey olarak değerlendirmektedir. Hastasının sözünü kesmemeye çalışmakta, şikayetlerini dinlerken açık uçlu sorularla onu yönlendirmekte, istediği tahlillerin nedenini açıklamakta ve teşhisini ona iletmektedir. Klinikte pansumanlarını, hasta dosyalarını ve tedavi işlemlerinin düzenlemesini kendisi yapmaktadır. Ancak doktorun bu durumu genellikle ilk yıldan itibaren değişmekte ve diğer “*üstün-kutsal doktor*” meslektaşlarına benzediği ifade edilmektedir. Bu aşamada doktorun hastaya olan ilgisi azalmakta, hastayı meta halinde bozulmuş bir organizma olarak görmekte, poliklinikte hasta yoğunluğu nedeniyle hastaya en az zamanı ayırmaya başlamakta, onu bir rant merkezi haline getirmekte, klinikte hasta dosyasını doldurmaktan tedavi düzenlemeye kadar olan işlemleri aksatmakta ya da diğer sağlık personeline devretmektedir. Hatta ulaşabileceği bir yerde olan herhangi bir formu kendisi almak yerine bunu başkalarından beklemeye başlamıştır. Ayrıca kendi kliniğinde tüm yetkiyi kendi elinde toplayarak, diğer personele söz hakkı tanınamakta, çay kahve servisi gibi ilginç isteklerde bile bulanabilmektedir.

Bu aşamada neler olduğu ve neden bu değişimin gerçekleştiği sorunu irdelendiğinde ise doktora ödenen maaşın yetersizliği, hasta sayısındaki yığılım, eski

meslektaşların örnek olması nedeniyle toplumsal hiyerarşide en üst grupta yer aldığı düşüncesi, çok zorlu bir eğitim alınması, bu nedenle “uzman benim dolayısıyla her şeyi ben bilirim” düşünceleri ortaya çıkmaktadır.

Ancak toplumun da doktorlara çok yüksek değerler atfetmesi, bütün alınacak kararları onlara bırakması, baba rolüne girmelerini sağlamaları ve maddi çıkar beklentisine neden olabilecek tekliflerde bulunması doktor mesleğini çok özel bir konuma yerleştirmektedir. Doktorun isteklerini kabullenen veya ona bu taleplerini yineleyerek ileten hastalar da bu konumu sağlamakta /sağlamlaştırmaktadır.

3.1 Değerlendirme

Meslekler toplumun ihtiyaçlarına cevap verdiği sürece önem kazanmakta ve toplum tarafından özel bir yere konmaktadır. Buna mesleğin; tarihsel değerleri, yapısal-tekniik özellikleri eklendiğinde ise toplumun ona kazandırdığı prestij zirveye ulaşabilmektedir. Meslek mensupları da bu prestijden yararlanmakta, fikirlerine ve uzmanlık bilgisine güvenilen bireyler haline gelmektedir. Bireyler bazen mesleğin yapısı gereği “kutsal” öğeler barındıran özellikler taşıyabilmektedir. Altyapısında tüm bu özellikleri taşıyan bireyler belli bir otorite ve güce sahip olmaktadır. Bunu toplumun diğer üyeleri benimsemektedir. Toplumsal ilişkilere taşınan bu güç yansımaları doktorluk mesleğinde kolayca görülebilmektedir.

Doktor, insan anatomisiyle ilgilenmekte ve yaşamsal öneme sahip uygulamalar yapmaktadır. İlk çağlardan bu yana hayati bilgileri barındıran bu meslek “kutsal öğeler taşımaktadır. Uzun yıllar eğitimle uzmanlaşan birey sınırlı sayıda kişinin ulaşabileceği bilgilerle donatılmıştır. Bununla birlikte toplumun sürekli çok fazla gereksinim duyduğu bir mesleğe sahiptir. Bu özelliklere sahip doktor otoritesini sağlık kuruluşlarında rahatça sağlama olanağı bulmaktadır. Otoritesini toplumsal ilişkide karşıt durumda (sağlıklı/sağlıksız, hizmet veren/hizmet alan, uzman bilgili/görece bilgisiz bakımından karşıt) bulunan hasta üzerinde kullanmakta, çeşitli şekillerde ona güç uygulayabilmektedir. Tekrar sağlığını kazanmaya çalışan hasta birey, kendisi için en hızlı ve kolay yolu tercih ederek doktorun otoritesine boyun eğmekte ve neredeyse her denileni yapmaktadır. Durumdan yararlanan doktor düşündüklerini, bildiklerini ve isteklerini hastaya kabul ettirmektedir. Toplum

tarafından içsellenen konumu doktora daha fazla otorite ve güç alanı sağlamaktadır. Daha fazla güçlenmiş olması ona bazen bu durumdan yararlanarak maddi çıkar olanağı sağlayabilmektedir.

En idealist olarak yaklaşıldığında, yani Ezekeil'in uzlaşmacı anlayışında ya da Tabipler Birliğinin sürekli üzerinde durduğu, hasta haklarına saygılı Hipokrat yeminli profilinde doktor, otoritesini hastayla paylaşan, onun fikirlerine değer veren ve hastayı iyileştirmek dışında başka bir çıkar elde etmeyi düşünmeyen bir yapıda olması gerekir.

Doktor-hasta ilişkisinde doktorun gücüne ve hastaya karşı kullandığı eylemlere göre bazı modeller kurgulanmıştır. Parsons'tan başlayan bu doktor-hasta ilişkisi modelleri Ezekeil'e kadar uzanmaktadır. Ezekeil'in modelleri ışığında şekillenen çalışma 5 aşamadan oluşmaktadır. Poliklinik gözleminde doktor-hasta ilişkisini genel hatlarıyla tanımlayacak bilgiler elde edilmeye çalışılmış olup, klinik anketleriyle bu durum pekiştirilmiştir. Ayrıca derinlemesine mülakatlarla gözlenemeyen ve “*neden?*” Sorusunu sorabileceğimiz geniş bir açılım sağlayabilecek bilgiler hedeflenmiştir. Hemşire ve doktor mülakatları çalışmaya tüm tarafların katılımını sağlamıştır.

Anket çalışmasına aynı oranda kadın ve erkek hasta katılımı sağlanmıştır. Poliklinik gözlemlerinde ve mülakatlarda aynı bulgular elde edilmiştir. Yaş grupları ve eğitim seviyesinde anket, gözlem ve mülakatlarda benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Anket çalışmasına katılanların %73.3'ü bir işte çalışmaktayken %26.7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışmayanların büyük kısmı birçok benzer çalışmada gözlenebileceği gibi ev hanımlarından oluşmaktadır. Poliklinik gözlemlerinde hastaların neredeyse tamamı bir sosyal güvenceye sahip olup, klinik mülakatlarında ise tamamı sosyal güvence olan hastalardan oluşmaktadır. Araştırma süresince kliniklerde tüm hastaların %12.5'i sosyal güvenceye sahip olmamasına karşın çoğu daha sonradan yeşil kart alma, Bağ-kur prim borçları ödeme veya yardım fonların yararlanma yollarına giderek hastane masraflarından kurtulmuşlardır. Bu nedenle sosyal güvencesi olmayan hasta nadiren hastaneye yattığı için çalışmaya yansımamıştır.

Araştırmaya alınan hastaların yarısından fazlası şehir merkezinde ikamet

etmektedir. Aynı duruma poliklinik gözleminde ve klinik mülakatlarında da rastlanılmıştır.

Gelir seviyesi asgari ücretin iki katına (600 milyona kadar) kadar olan hastalar %55.8 iken yoksulluk sınırında ve üzerinde olanlar ise %25.8 olarak tespit edilmiştir. Gelir durumu daha iyi olan hastalar ise genellikle özel serviste ya da özel hastanelerde tedavi olmaktadır.

Hastaları 2/3'ü sevk zincirine uymadan doğrudan hastaneye başvurmaktadır. Benzer çalışmalarda da (Ersan,1998-Kocadağ,1995) hastaneler doğrudan başvuru merkezi olarak kullanıldığı gözlenmektedir. III. basamak sağlık kuruluşunda araştırma yapmalarına rağmen Ersan'ın çalışmasında doğrudan hastaneye başvuru %42.78 iken Kocadağ'ın çalışmasında %57.6 olarak tespit edilmiştir. Ayaktan tedavi merkezi olarak hastanelerin kullanımı hem daha yüksek bir maliyete hem de hasta yığılmalarına neden olmaktadır. Bu durum hastaların çok fazla beklemesine, sıra alamamasına, işlemlerinin uzamasına neden olmakta, aşırı talebi karşılamakta zorlanan doktor muayeneyi mümkün olduğunca kısa tutarak daha fazla hastaya bakmaya çalışmaktadır. Böylece, hasta şikayetlerini daha az dinlemesine, kısaca hasta ve doktor memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Bu durumun değişmesi ancak I. Basamak sağlık kuruluşlarının iyileştirilmesiyle mümkündür. Sağlık bakanlığının bu günlerde yapmaya başladığı Aile Hekimliğini yaygınlaştırma çabaları bu yönde atılan en önemli adımlardan biridir. Ancak tüm çabalara rağmen her geçen yıl hastane poliklinik sayıları %25 artmaktadır.

Hastaneleri çok sık kullanan hastaların yalnızca %5.8'inin bir sosyal güvencesi olmadığı tespit edilmiştir. Halbuki araştırma yapıldığı dönemde hastane kayıtlarına göre hastaların %11.8'inin sosyal güvencesi olmadığı gözlenmiştir. Aradaki fark sosyal güvencesi olmayanların bir şekilde bunu temin ettikleridir. Bireylerin bu yönelimi sosyal sistemlerin açıkların artmasına neden olmaktadır. Benzer çalışmalarda daha fazla bireyin sosyal güvencesi olmadığı tespit edilmiştir. Sosyal güvence dışı bireyler İşnas'ın(1998) çalışmasında %14.7, Kocadağ'ın(1995) çalışmasında ise %38.4 olarak tespit edilmiştir.

Sosyal güvenceleri kamu kurumlarıyla sınırlı olmasına rağmen hastaların %21.7'si doktorun özel muayenehanesine başvurmuştur. Hastalar özel

muayenehaneye giderek ücret ödemenin; kendilerine poliklinikte sıra beklememe, daha fazla ve ayrıcalıklı ilgi, daha iyi bir odada kalma ve hemşirelerin daha çok özen gösterme avantajını sağlayacaklarını düşünmektedir. Poliklinik gözlemi hastaların bu düşüncesini doğrulamakta olup; poliklinikte (numaratör sistemi olmasına rağmen) sıra beklemedikleri gözlenmiştir. Derinlemesine mülakatlarda aynı yönde bulgular elde edilmiştir. Örnek olayda olduğu gibi hastalar, nispeten daha az kişiyle odasını paylaşmakta, doktoru; şikayetlerini yeterince dinlemekte ve diğer hastalardan daha fazla zaman ayırmaktadır.

Çalışmada hastaların %97.5'i doktorun teşhisi ilettiğini ifade etmektedir. Poliklinik gözleminde ise daha düşük sonuçlar elde edilmiş olup, doktorların yanı sıra hemşireler de teşhisi iletmektedir. Yalnızca ayaktan tedavi olan hastalarda doktorun teşhis iletme oranı daha da düşmektedir. Kendisine konulan teşhisi anlayamayan hasta, bunu genellikle hemşireye sormaktadır. Çünkü doktoru meşgul etmeyi ya da doktordan çekindikleri için ona tekrar soru soramamaktadırlar. Paternalistik gruba giren doktorlar (izlenen tüm polikliniklerin çoğunluğunu oluşturmaktadır) hastanın fazla soru sormasına fırsat vermemektedir. Gerçi hastaya ayırması gereken süre de bunu gerektirecek kadar sınırlıdır. Ersan'ın çalışmasında hastanın teşhisten haberdar olma düzeyi %85.5 olup, bu çalışmada gerçekleştirilen anket çalışmasından daha düşük olduğu görülmektedir (Ersan, 1998:152).

Doktor hastaya yalnızca teşhisi değil istediği her tetkikin nedenlerini açıklamak durumundadır. Ancak araştırmada tam anlamıyla bunun sağlandığı gözlenmemiştir. Gözlem verilerine göre hastaların yarısından fazlası tetkikin neden istendiğini bilmemektedir. Kocadağ'ın çalışmasında da hastaların %23.3'ünün istenilen tetkiklerin nedenini bilmemektedir(Kocadağ, 1995:89). Doktorlar teşhisi veya tetkiki hastaya iletmemelerinin nedenini, çok fazla hastayı muayene ettiklerinden dolayı unutkanlıktan, daha hızlı muayene yapabilme çabası ve hastaların söylediklerini anlamaması olarak açıklamaktadırlar. Bu ifadeden anlaşıldığı gibi doktorlar gerçekten çok fazla hasta ile ilgilenmek zorunda kalmakta ve bu nedenle bir takım sorunlar çıkmaktadır. Ancak hastaların düzeyine inerek daha az tıbbi terimle bilgi veremedikleri anlaşılmaktadır. Bu nedenle hastalar şikayetlerini yineleyerek anlatmak zorunda kalmakta ve sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çalışmada doktorların hasta şikayetlerinin hepsini dinleme düzeyini sadece %39.2 olarak tespit

edilmesi bu durumu daha iyi açıklamaktadır. Ayrıca poliklinikte 12 saniye sonra sözü kesilen hasta şikayetlerini tam anlamıyla açıklayamamaktadır.

Poliklinikte hastaya doktorun davranış şekli otorite ve gücünü gösterir şekildedir. Gülyüzlü olma, dinleyici olarak görülme ayrıcalıklı bir durum olarak nitelenmektedir. Doktorlar bu duruma da hasta yoğunluğunu neden olarak göstermektedir. Fakat çalışma saatlerine dikkat edildiğinde ve sevk zincirine uyulduğunda bu sorunlar ortadan kalkabileceği düşünülmektedir.

Doktorun hastaya ilgi düzeyini gösteren kriterlerden biri de günlük vizit sayılarıdır. Vizit sayısının sıklığı; bilgilendirme, şikayetleri dinleme ve gerginliği azaltma bakımın son derece önemlidir. Doktorun hastasını günde en az iki kez vizit etmesi ideal olarak gösterilmektedir. Çalışmada günde en az iki kez vizit yapan doktor %60 olarak tespit edilmiştir. Ersan'ın çalışmasında ise en az iki vizit sayısı %96.11'e ulaşmaktadır(Ersan, 1998:112). Dolayısıyla çalışma alanındaki doktorların hastayla ilgilenme düzeyi düşüktür. Klinik mülakatlarda doktorun az vizitinin nedeni, ameliyat ücretinin ödenmemesi olarak tespit edilmiştir. Vizite az gelen doktor aynı zamanda hasta şikayetlerini de yeterince dinlememektedir. Klinik mülakatlarda bunu desteklemektedir. Buna rağmen anket çalışmasına göre, kısa süreli az vizit yapan doktor hastayı yeterince(%90) bilgilendirmektedir. Klinik mülakatlarının da desteklediği bu bilgilendirme düzeyi, Ersan'ın çalışmasında aynı şekildedir. Üstelik hastalar doktorun verdiği bilgileri de yeterince(%89.44) anlamaktadır(Ersan, 1998:152). Doktor klinik hastasına anlayacağı şekilde bilgi vermekte kullandığı dili hasta düzeyine göre ayarlamaktadır. Buna karşın poliklinik hastasını daha az bilgilendirmekte ve daha zor anlaşılır bir dil kullanmaktadırlar. Doktorlar bunun nedenini klinik hastasını sahiplenme olarak açıklamaktadır. Bununla birlikte klinik hastasının maddi çıkar getirme olasılığı bilgilendirme düzeyini arttırdığı düşünülebilir.

Doktor hasta şikayetlerini dinleyip, onu bilgilendirmesine karşın onun tedavi kararlarına katılımını istememektedir. Uzman bilgisine güvenmekte ve hastaların bilinç seviyesinin yetersiz olduğunu düşünen doktor, aynı zamanda otoritesini paylaşmaktan kaçınmaktadır. Hemşire sohbetlerinde doktorun yalnızca yüksek eğitilmiş ve üst gelir grubundaki hastaların tedavi kararlarına katılımına izin verdiği tespit edilmiştir. Ayrıca doktor tedaviye katılımını istemeyen hastanın sosyal

çevresine ilişkin herhangi bir soru sormamaktadır. Aslında basit olarak görülen bu durum bazen çok kötü deneyimlere yol açabilmektedir.

Hastalar söz hakkı tanınmamasına rağmen doktorun tıbbi direktiflerine neredeyse tamamen uymaktadır. Bu nedenle hasta, hastanede yattığı dönemde genellikle doktoruyla bir sorun yaşamamaktadır. Nadiren ameliyat ücretini sorun olduğu tespit edilmiştir.

Ameliyat korkusunu birey ciddi şekilde hissetmektedir. Hasta hastaneden yattığı dönemde onu en çok düşündüren konu ameliyat benzeri işlemlerdir. İkinci olarak ise hastalığın tanı ve tedavi süreci en çok düşünülen konudur. Yani doktorun hastayı yeterince bilgilendirmemesi ve tedavi kararlarına katmaması bir kez daha kanıtlanmıştır. Hastanın yatış sürecinde en fazla düşündüğü bu iki konuyken tedavi aşamasında doktorundan en önemli beklentisi doktorunun kendi düşünce ve şikayetlerini dinlemesidir. İkincisi sağlığına bir an önce kavuşma, üçüncü olarak ise doktorun ücret talep etmemesidir.

Hasta hakları tam anlamıyla bilinmediğinden ya da tedavisi ne olursa olsun an hızlı şekilde çözüm beklediğinden hasta, tedaviye ilişkin kararlara katılma isteğini önemsiz bulmaktadır. Hastanın doktor değerlerini kendi değerlerinin üzerinde görmesi, doktor tarafından gözlenmekte ve doktorun gücü pekişmektedir. Bu güç nedeniyle doktor hasta beklentilerini karşılama düzeyinde özensiz davranmaktadır. Doktorun hasta beklentilerini tam anlamıyla karşılama düzeyi sadece %33.3'te kalmaktadır. Bununla birlikte III. basamak sağlık kuruluşunda ve bir üniversite hastanesinde Ersan'ın yaptığı çalışmada hasta beklenti karşılama düzeyi %77.78'e yükselmektedir(Ersan, 1998:154). Kaba bir karşılaştırmayla devlet hastanelerinde çalışan doktorların üniversite hastanesine göre hasta beklentilerini karşılama düzeyi oldukça düşmektedir. Doktor mülakatlarında bu konuyla ilgili şöyle bir izlenim ortaya çıkmıştır. Devlet hastanelerinde çalışan doktorlar akademik kariyerdan uzaklaşmakta, literatürü takipte zorlanmakta olup kısmen artı bir gelir ve daha rahat bir hayat için bu hastaneleri tercih etmektedirler. Çünkü devlet güvencesinde olduklarından zaten belli bir gelire sahip olup özel bir çabaya gereksinim duymamaktadırlar. Ancak klinik mülakatlarda, hemşire ve doktor SSK hastanelerinde hasta beklentilerinin karşılanma düzeyini çok daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bunu bir uzman doktor ifadeleriyle belirlemek gerekirse;

Bir geçici süreyle SSK hastanesinde poliklinik yapmak zorunda kaldım. Hasta yoğunluğu o kadar çok ki insan dönen dolambaça bakar gibi hasta bireyleri izliyor. Bu hızlı tempoda birkaç gün sonra hasta bireylerin doktordan aslında çok fazla bir şey beklemediğini, doktorlarında bu beklentiyi karşılayamadığını anladım. Ancak ertesi gün sabah polikliniğe gelen her hastaya günaydın, hoş geldiniz gibi ifadeler kullandım. Hemen hemen hiçbir hasta ne dediğimi anlamadı ya da dediğimle çok fazla ilgilenmedi. Birkaç kez tekrarladıktan sonra yüzüme garip şekilde bakarak ne demek istediğimi algılamaya çalıştılar.

Görüldüğü üzere hasta ve doktor sistemi kabullenmiş bir şekilde; doktor gücünün sonuna kadar egemen olduğu, hastanın haklarından habersiz olduğu ve bunu aşmak için çaba göstermediği; yaşamlarına devam etmektedirler.

Doktorun hastasını en iyi şekilde tedavi edebilmesi için hastalara düşen görevler sıralandığında, hastalar genel olarak bu görevleri kabul etmektedir. Çünkü doktor otoritesine tamamen boyun eğmektedirler. Fakat kendi çıkarına gelen bu durumda hasta, hastane ortamından daha çabuk ayrılabilceğini düşünmekte ve bir an önce iyileşmek için doktorunun bütün isteklerini yerine getirmektedir. Bunlara rağmen hastaların yarısı doktorun tedavi ve muayenesinden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Mesleklerine yabancılaşan doktor hastayı bozuk bir organizma olarak görmektedir. Hastayı toplumda sosyal rolleri olan bir baba, bir öğretmen olarak değerlendirmediklerinden, ona tedavide çok önemli olabilecek sosyal yaşamına ilişkin soru sormamaktadırlar. Poliklinik ve klinik gözlemlerinde de tespit edilen bu durum doktorun hastaya meta olarak yaklaşımını net olarak göz önüne sermektedir. Doktorlar ise bu tip sorulara gereksinim duymadıklarını ifade etmektedirler. Ancak en küçük bir yara bakımı bile çevre faktörlerini etkisiyle olanaksız hale gelebilmektedir.

Dolayısıyla şimdiye kadar tespit edilen sonuçlara göre hasta, doktor egemenliğini benimseyip kabul etmektedir. Bu nedenle kendi isteklerini karşılayabilecek bir çıkış yolu aramaktadır. Bu çıkış yolu bir aile dostu olan bir doktor bulmak ya da onun özel muayenesine gitmektir. Hastaların yarısından fazlası

doktorun özel muayenehanesine gittiğini belirtmiştir. Oysa ki klinik mülakatlarda hastaların en az $\frac{3}{4}$ 'ü özel muayenehaneye gittiğini ve para verdiğini belirtmiştir. Hasta doktoruna ayrıcalık, daha iyi bakım, minnet borcu, ileride hastalanma olasılığı, doktorun istemesi üzerine para vermektedirler. Fakat son aşamada para vermenin nedeni hastanın, kendi egemenliği sağlayabilmek ve kendi isteklerinin dikkate alınabilmesi için hizmet vereni satın almaktadır.

Hasta kendine ayrıcalık sağlaması için doktoruna maddi destek sağladığından, doktorunun bütün hastalara eşit davranmadığı(%45'8) fikrine kısmen katılmaktadır. Ancak klinik mülakatlarda, hemşire sohbetlerinde doktorun hastalarına çok büyük bir düzeyde(4/5 civarında) eşit davranmadığı anlaşılmaktadır.

Doktorun özel muayenehanesi vergi tabelası olan bir ticarethanedir. Dolayısıyla burada TTB(Türkiye Tabipler Birliği)'nin ücret tarifesiyle hasta muayene edilmekte ve bunun vergisini ödemektedir. Ancak doktor devlet hastanesinde sergilediği davranış şeklini burada sergilememektedir. Poliklinik çalışmasında tespit edilen davranış modelleri neredeyse tamamen değişmektedir. Doktor burada hastasını genellikle ayakta karşılamakta, onun sözünü kesmemekte, şikayetlerini neredeyse tamamen dinlemekte, muayene saatlerini 10 dakikadan 90 dakikaya kadar uzatabilmekte ve tedavi kararlarına hasta katılımını sağlamaktadır. Anket çalışmasında doktorun özel muayenehanesinde hastasına olan ilk sözleri (%73.8) genellikle günaydın, merhaba gibi karşılaşma sözcükleri olurken, hastane polikliniğinde ise bu çok daha az(%39.2) kullanılmaktadır.

Doktor-hasta ilişkisinde doktor, insan yaşamına doğrudan yapabileceği küçük bir müdahalesiyle bireyin hayatını kurtarabileceği noktasında zaten tartışılmaz bir düzeyde güç sahibidir. Bununla birlikte uzman birikimi, toplumun sağladığı kutsal güç ile daha da güçlenmektedir. Ancak bireyi toplumsal düzeyde ele alarak tedavi sürecini geliştirebilecektir. Hasta ise toplumun baskısına karşın haklarını göz önüne alarak doktoruna gerekli tüm donanımını aktararak ve onu birlikte düşünmeye zorlayarak tedavisini daha başarılı bir hale getirebilir.

3.2 Öneriler

Araştırma sağlık sosyolojisiyle birlikte doktor-hasta ilişkisini irdelemek üzere oluşturulmuştur. Bu nedenle veriler ışığında birtakım tespitlerde

bulunulmuştur. İlişkinin çözümlenmesinde doktorlar daha fazla eleştirilmiştir. Ancak çalışma sonuçlarına göre hareket edilmiştir.

Çalışma koşulları bakımından doktorlar rahat denilebilecek bir ortamda bulunmaktadır. Çünkü sabah 08.00 ile öğleden sonra 16.00'ya kadar olan resmi mesai saatleri onlar için biraz daha yumuşatılarak uygulanmaktadır. 9.30'a kadar kendi kliniklerinde bulunarak vizitlerini yapmaktadırlar. Birkaç klinik haricinde diğerlerinin vizitleri 10 dakikayı geçmemektedir. Birden fazla doktor aynı polikliniği kullandığından birkaç günde bir poliklinik sırası gelmektedir. 9.30'da başlayan poliklinik 11.30'a kadar sürmekte ve genellikle 30 ile 50 hasta muayene edilebilmektedir. 11.30-13.30 arası yemek molası verilebilmektedir. Öğlen molasında hasta muayenesi dahil acil dışında hiçbir birimde yapılamazken kliniklerde yalnızca hemşireler bulunmaktadır. Tüm uzman doktorlar özel muayenehanelerinde bulunmaktadır. Saat 13.30'dan 15.30'a kadar tekrar hasta kontrolleri ve muayeneleri devam etmektedir. Bu süre zarfında da 30-50 hastaya bakılmaktadır. Görüldüğü üzere hastanede hastayla ilgili tamgün çalışan hasta bakıcılar ve hemşireler dışında başka görevli bulunmamaktadır. Diğer personelle birlikte doktorların öğlen arası molası bir hayli uzun sürmektedir. Fiili çalışma saatleri 30 dakikalık vizit dahil olmak üzere dört buçuk saat olarak görülmektedir. Bu süreler içinde poliklinikte her bir hastaya 3-5 dakika düşmektedir. Hasta muayenesi dünya standartlarının çok altında kalmaktadır.

Hastalar açısından bakıldığında ise çok küçük bir grup haricinde hiçbir hasta, sevk zincirine uymamaktadır. Sağlık ocaklarının ya da ilçe merkezlerinde bulunan hastaneler yeterince verimli kullanılmadığından II. basamak olan bu hastanede aşırı bir yığılma oluşmaktadır. Sağlık ocaklarının görevleri yeterince bilinmediğinden, bazı hastalar bu sağlık kuruluşlarının yalnızca aile planlaması yaptığını ifade etmişlerdir.

Sağlık Bakanlığı ise I. basamak sağlık kuruluşlarının ne amaçla çalıştığını halka yeterince anlatamamaktadır. Aynı zamanda sağlık ocağının işlevlerini bilen hastalar ise bu kuruluşlara olan güvenlerini yitirmişlerdir. Çünkü bu sağlık kuruluşlarının çoğunda hasta muayenesi yapılsa bile en basit tetkik yapılamamakta ve hastaneye yönlendirilen hasta artık sağlık ocağını tercih etmemeye başlamaktadır. Sağlık ocağı doktorlarına olan güven azalmış görülmektedir. Tüm bu nedenlerden

dolayı hastanelerde yığılmalar artmaktadır.

Hastanelerde olan bu yığılma doktor-hasta ilişkisini olumsuz olarak etkilemektedir. Hem doktor hem de hasta memnuniyeti azalmaktadır. Buna yönelik öneriler ise;

- I. basamak sağlık kuruluşlarının işlevleri konusunda halk bilinçlendirilmelidir. Ancak bu bilinçlendirme yapılırken sağlık kuruluşlarına asılan afiş veya bildiriler etkili olmamaktadır. Çünkü zaten buna yönelik uyarı ve broşürler hastaların sağlık kuruluşlarında görebileceği yerlerde bulunmaktadır. Halkın etkilenmesi için ilkokuldan başlayan eğitim süresince verilecek sağlık derslerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.
- Aynı zamanda I. basamak sağlık kuruluşları güçlendirilmelidir. Hasta bu sağlık kuruluşlarına başvurduğunda basit tahliller yapılabilirdir. Örneğin hiperglisemisi(bir tür şeker hastalığı) olan bir hasta basit bir açlık kan şekeri ölçümü için hastaneye başvurmadan sağlık ocağında bu takibi yaptırabilirdir. Böylece hem hastanelere olan yığılmalar azalacak hem de sağlık ocağı doktorlarına olan güven geri kazanılabilecektir.
- Hastalar tüm sağlık personeliyle birlikte doktorlardan sevk zincirini kırmak için yardım istememelidirler. Çünkü sevk zincirinin bir angarya değil herkesin yararına olan bir durum olduğu unutulmamalıdır.
- Hastalar hasta haklarını iyice öğrenmelidir. Böylece doktor-hasta ilişkisinde olası sorunlar daha kolay çözümlenebilecektir.
- Doktorlar hasta haklarına yeterince saygı göstermelidir. Onların bozuk bir organizma değil toplumsal yaşamda içerisinde yer alan bir birey olduğunu unutmamalıdır.
- Doktorlar uzun ve zorlu bir eğitim almanın zorluğunun acısını hastadan çıkarmamalıdır.
- Kutsal bir mesleğe sahip olduklarından doktorlar bunu hasta üzerinde otorite sahibi olarak kullanmamalıdır.

- Günümüzde değişen tıp anlayışı karşılıklı iletişimle olan tedaviyi önermektedir. Bu nedenle muayene ve tedavide hasta katılımının sağlanması hem doktor hem de hasta açısından daha sağlıklı bir sonuç verebilir.
- Tüm sağlık personelinin resmi mesai saatlerine uyması sağlanmalıdır.
- Doktorların özel muayenehaneleri kaldırılmalıdır. Çünkü ek iş yaptığında hastaneyi bu amaca uygun kullanmaktadır.
- Doktorların özel muayenehanelerinin yerine üniversite hastanelerine benzer bir sistem getirebilir. Yani doktorlar için hastanelerde özel muayene odaları kurulabilir. Böylece özel muayeneler tamamıyla vergilendirilmiş olacaktır. Ek bir ücretle hasta muayene edilecek bu polikliniklerde, doktor seçimi de sağlanabilir. Diğer poliklinikler muayeneye devam edeceğinden ücretsiz sağlık sunumu da sağlanabilecektir. Ayrıca doktorların ek geliri devam edecek hem hasta hem doktor memnuniyeti artacaktır.
- Bu sistemle doktorların mesai saatlerine uymaları kolayca sağlanabilir. Hastanenin amaç dışı kullanımı engellenebilir. Hatta ameliyat parası da engellenebilir hale gelecektir.

Bu öneriler ışığında doktor-hasta ilişkisi karşılıklı iletişimi içine alarak daha olumlu hale getirilebilir. Emanuel'in önerdiği hastanın katılımını sağlayan bir anlayış her iki kesimi de memnun edecektir.

KAYNAKLAR

1. ADAK, Nurşen Özçelik, 2002, *Sağlık Sosyolojisi Kadın Ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul
2. BELEK, İlker, 1998, *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yayınları, İstanbul
3. BELEK, İlker-KÖKSAL, Can Deniz, 1998, *Sağlığın Ekonomik Belirleyicileri: Ekonometrik Bir Analiz*, Toplum ve Bilim Dergisi 76, Birikim Yayınları, Ankara,
4. BELEK, İlker, 2001, *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, Sorun Yayınları, İstanbul
5. COCKERHAM, W.C., 1992, "Doctor-Patient Interaction" *Medica Sociology* 158-170, Prentice Hall, New Jersey
6. COE, Rodney M., 1978, *Sosyology Of Medicine*, Mc Braw Hill Book Company, New York
7. CUFF,E.C-PAYNE, G.C.F, 1983, *Perspectif in Sociology*, Harcourt Brace Jovanovich, Inc. New York
8. DİRİCAN, Rahmi,1990,*Toplum hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara
9. EMANUEL, Ezekiel, Emanuel, Linda, 1992, *Four Models Of The Physician-Patient Relationship*, JAMA, London
10. EKSEN, Sunay, 1999, *Cumhuriyetimizin 75. Yılında Muğla İlinde Sağlık Alanındaki Gelişmeler*, Muğla Üniversitesi Yayınları, Muğla
11. ERBAYDAR, Tuğrul, 2001, *Sağlık; Kim İçin*, Toplum Bilim Dergisi, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, İstanbul
12. EREN, Nevzat, 1996, *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan*, Feryal Matbaası, Ankara

13. ERSAN, Aylin, 1998, *Ege Üniversitesi Hastanesinde Doktor-Hasta İlişkileri*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
14. FITCHER, Joseph, 1996, *Sosyoloji Nedir?*, Çev: Nilgün Çelebi, Atilla Kitabevi, Ankara
15. FOUCAULT, Michel, 1992, *Ders Özetleri*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul
16. GIDDENS, Anthony, 2000, *Sosyoloji*, Ayraç Yayınları, Ankara
17. GORDON, Thomas, 1997, *Doktor-Hasta İşbirliği: Hastanın Bakımıyla İlgilenen Herkes İçin İletişim Becerileri*, Çev:Emel Aksoy, Sistem Yayıncılık, İstanbul
18. GRAHAM, Saxon, 1964, *Sociological Aspects of Health and Illness*, Handbook of Modern Sociology, Ed. Robert E.L. Faris, Rand Mçanally & Company, Chicago
19. *HASTA HAKLARI*, [Http://www.İstabip.Org.Tr/Hf/Hf398.Asp](http://www.İstabip.Org.Tr/Hf/Hf398.Asp) 11.02.2004
20. HATUN, Şükrü, 2003, *Hasta Hakları Hepimizin İhtiyacı*, www.kocaelitabip.org.tr/hatun/hastahakları.htm, 27.09.2003
21. ILLICH, Ivan, 1995, *Sağlığın Gaspı (Medikal Nemesis)*, Çev: Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
22. IŞIK, Emre, 2001, *Batı Toplumlarında Rasyonelleşme, Tımarhanenin ve 'Homo-Medicus'un Doğuşu*, Toplum Bilim Dergisi, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, İstanbul
23. İŞNAS, Cevdet, 1998, *Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirilmeleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
24. JAKSON, J.S., 1999, *Conceptualisation Of Heath*, Medical Care Research Rev., Vol.56:123-136, New York
25. JOCO, E.Gartly, 1972, *Paitens-Physicians and Illness, A Source Book İn Behavioral Science And Health*, Universty of California, Sec.ed., Riverside

26. KASAPOĞLU, Aytül, 1999, *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar*, Sosyoloji Derneği Yayınları IV, Ankara
27. KIREL, Çiğdem, 1998, *Örgütlerde Güç Kullanımı*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:1031, Eskişehir
28. KIZILÇELİK, Sezgin, 1996, *Türkiye'nin Sağlık Sistemi*, Saray Kitabevi, İzmir
29. KOCADAĞ, Zahide, 1995, *Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Hastanesinde Bazı Polikliniklere Başvuran Hastaların Hizmetten Yararlanmalarının Değerlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Yönetim Bilimleri Uzmanlık Tezi, Ankara
30. KONGAR, Emre, 1995, *Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği*, Remzi Kitabevi, İstanbul
31. KRUPAT E, Yeager CM, Putnam S., 2000, *Patient Role Orientations, Doctor-Patient Fit And Visit Satisfaction. Psych And Health*,; 15:707-19
32. MECHANİC, David, 1978, *Health Policy and Politics*, Second Edition, The Free Press, Newyork
33. MORGAN, M., 2003, *Social Roles Of Doctors and Patiens*, 49-54, 11,12,2003 http://www.mef.hr/katedre/psihijat/psihol_m/Doctor-patient%20relationship.pdf
34. OKTİK, Nurgün, 2004, *Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi; Muğla Örneği*, Muğla Üniversitesi Yayınları, Muğla
35. OKYAYUZ, Ülgen, 1999, *Sağlık Psikolojine Giriş*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No: 19, Ankara
36. OSKAY, Ülgen, 1993, *Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar*, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Yayınları, Sayı: 4, İzmir
37. ÖZEN, Sevinç, 1994, *Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri*, Sayı: 5, Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir
38. ÖZEN, Sevinç, 1993, *Sosyolojide Bir Alan*, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Yayınları, Sayı: 4, İzmir

39. PARSONS, Talcott, 2001, *Sağlık Ve Hastalık Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi*, Toplum Bilim Dergisi, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, İstanbul
40. POLOMA, M. Margaret, 1993, *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, Gündoğan Yayınları, Ankara
41. PFEFFER, Jeffrey, 2003, *The Effective Use Of Power*, Fall, 2003 - Management For Science And Engineering
http://python.rice.edu/~arb/Courses/750_03_chapt8.pdf 05.06.2003
42. ROBBINS, P.Stephen, 2003, *Organizational Behavior*, Fall, Management For Science And Engineering
<http://www.uncg.edu/bae/courses/badm/spring/m31202.pdf> 05.06.2003
43. SOYER, Ata, 1998, *Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık*, Öteki Yayınevi, Ankara
44. SWINGWOOD, Alan, 1998, *Sosyolojik Düşüncenin Kısa Tarihi, Bilim ve Sanat Yayınları*, Ankara
45. ŞAHİN, Bayram, 1999, *Sağlığın Ölçümü ve Kullanım Alanlarına Teorik Bir Bakış*, Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:9, Sayı:3, Ankara
46. TURNER, S. Bryan, 1987, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage Publications Press, London
47. TÜRKKEŞ, Ünal, 1973, *Kurtuluş Savaşında Muğla*, İstanbul, Yelken Matbaası
48. TÜRKDOĞAN, Orhan, 1972, *Doğu Anadolu'da Sağlık-Hastalık Sistemlerinin Toplumsal Araştırması*, Atatürk Üniversitesi Yayınları N0:161, Erzurum
49. YILDIRIM, İsmail, 1990, *Hastalıklar Bilgisi*, Yeni Asya Yayınları, İstanbul
50. YÜNCÜ, Fatma, 1993, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Kadioğlu Matbaası, Ankara
51. *Sağlık İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Yayın No:638, 2000, Ankara
52. *Sağlık İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Yayın No:579, 1996, Ankara

53. *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No:589, 1997 Ankara
54. *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl 1999-2002*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
55. *Türkiye İstatistik Yıllığı 1999, 2000*, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayınları, Yayın No: 2390, Ankara
56. *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1975-1978*, Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Yayın No:476, Başbakanlık Basımevi, 1980
57. *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 599, 1998, Ankara
58. *Yataklı Tedavi Kurumlarının 1984 Yılı Bülteni*, Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 510, Çağ Matbaası, 1985, Ankara
59. *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1995*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 580, 1996, Ankara

Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim dalında Sağlık Sosyolojisi Doktor-Hasta ilişkisi konulu Yüksek Lisans Tezi olarak bu çalışma yapılmaktadır. İsim vermeniz gerekmemektedir. Tüm bilgiler saklı tutulacak, herhangi bir şekilde tez dışında kullanılmayacaktır. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Bülent ÖNGÖREN

1. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
2. Yaşınız: a) 18-32 b) 33-47 c) 48-67 d) 68 ve üstü
3. Öğrenim Durumu a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve Üstü
4. Mesleğiniz Nedir? a) Çiftçi b) Memur c) Emekli d) İşçi e) Serbest Meslek f) Çalışmıyor
5. Yaşadığınız Yer a) Köy b) İlçe c) Şehir d) Büyükşehir
6. Gelir seviyeniz a) 304milyona kadar b) 304- 600 milyon c) 601-900 milyon d) 901- 1200 milyon e) 1201 ve üzeri
7. Bu hastaneye gelmeden önce hastalığınız için hangi sağlık kuruluşlarına başvurduunuz? a) Hiçbir yere b) Sağlık Ocağı c) Devlet Hastanesi d) SSK Hastanesi e) Özel muayenehane f) Özel Hastane g) Geleneksel halk hekimi ı) Diğer
8. Şimdiye kadar hastalığınız için hastanede yatarak tedavi gördünüz mü? a) Evet b) Hayır
9. Sosyal Güvenceniz varmı? Varsa belirtiniz? a) Evet(.....) b) Hayır
10. Bu hastaneye yatmadan önce hastanenin polikliniğine mi yoksa doktorun özel muayenehanesine mi başvurduunuz? a) Poliklinik b) Özel muayenehanesine
11. Doktor poliklinikte size yaklaşık ne kadar zaman ayırdı? a) 1-2 dk. b) 3-5 dk. c) 5-10 dk. d) 10 dk.'dan fazla

12. Hastaneye yatmadan önce doktor hastalığınızın teşhisini size iletmi mi? (cevap hayırsa kim iletmi)
- a) Evet b) Hayır(.....)
13. Sizce doktorunuz poliklinikte sizin şikayetlerinizi yeterince dinledi mi?
- a) Hepsini dinledi b) Oldukça Dinledi
c) Çok az dinledi d) Hiç dinlemedi
14. Doktorunuz poliklinikte size karşı nasıl davrandı?
- a) Sert ve emredici b) Babacan ve yönlendirici
c) Gülyüzlü ve dinleyici d) Katılım sağlayan ve sakin
15. Kaç gündür hastanede yatmaktasınız?
- a) 1-2 gün b) 3-4 gün c) 5-6 gün d) 7-8 gün e) 9 gün ve üzeri
16. Bu hastaneye yatmadan önce hastalığınız hakkında ne kadar bilginiz vardı?
- a) Hiç bilgim yoktu b) Az c) Orta d) Oldukça
17. Yattığınız günden itibaren doktorunuz sizi günde kaç kez kontrole geliyor?
- a) Hiç b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üzeri
18. Vizitlerde(günlük kontrol) doktorunuzla rahatça şikayetleriniz hakkında görüşebiliyor musunuz? (Cevabınız hayırsa nedenini belirtiniz)
- a) Evet b) Hayır(.....)
19. Doktorunuzun size olan yaklaşımını nasıl değerlendirirsiniz?
- a) Aksi b) Sert c) Hoşgörülü d) Değişken
20. Vizitlerde(günlük kontrol) doktorunuz hastalığınız hakkında size yeterli bilgi veriyor mu?
- a) Vermiyor b) Kısmen veriyor
c) Oldukça veriyor d) Yeterli derecede veriyor
21. Doktorunuzun verdiği bilgileri anlayabiliyor musunuz?
- a) Yeterince Anlıyorum b) Biraz Anlıyorum
c) Çok Az Anlıyorum d) Hiç Anlamıyorum
22. Tedavinizle ilgili kararlara katılmanızı doktorunuz sizden istedi mi?
- a) Evet b) Hayır
23. Doktorunuz poliklinikte size karşı ilk olarak söze nasıl başladı?
- a) Günlük karşılaşma sözcükleri(Günaydın, İyi günler, Hoşgeldiniz, Buyrun vb.)
b) Doğrudan hastalıkla ilgili sorular (Neyin var?, Neden Geldiniz?, Rahatsızlığınız neydi?, vb.)
c) Doktorunuz herhangi bir şey söylemediğinden söze ilk olarak siz başladınız.

24. Doktorunuzun verdiği direktiflere yeterince uyuyor musunuz?
a) Tamamen uyuyorum b) Uymada zorluk çekiyorum
c) Kısmen uyuyorum d) Uymuyorum
25. Doktorunuzla hastaneye yattığınız dönemde herhangi bir sorunuz oldu mu?
Olduysa belirtiniz)
a) Evet(.....) b) Hayır
26. Hastanede yattığınız dönemde sizi en çok düşündüren konu aşağıdakilerden hangisidir?
a) Ameliyat veya benzeri işlemler b) Ailemin durumu
c) Hastalığın tanısı ve tedavisi d) İşten uzak kalmak e) Ölüm veya sakatlık
f) Hastane masrafları g) Doktorun bıçak parasının miktarı
h) Diğer.....
27. Tedavi aşamasında doktorunuzdan beklentilerinizin en önemli üç tanesini sırasıyla belirtiniz?
a) Saygı ve Hoşgörü b) Hastalığımla ilgili anlayacağı şekilde bilgi vermesi
c) Sağlığıma hemen kavuşturması d) Tedaviye ilişkin kararlarda fikrimi alması
e) Moral ve güven vermesi
f) Vizitlerde(günlük kontrol) daha fazla zaman ayırması
g) Düşüncelerimi ve şikayetlerimi dinlemesi
h) Ücret talep etmemesi i) diğer.....
28. Doktorunuzun tutum ve davranışları bu beklentilerinize ne kadar cevap verebiliyor?
a) Tümüne cevap veriyor b) Bazılarına cevap veriyor c) Hiç cevap vermiyor
29. Hastanede kaldığımız süre içerisinde sizinle en çok kim ilgilendi?
a) Doktorlar b) Hemşireler c) Hasta bakıcılar
d) Refakatçiler e) Hiçbiri

30. Doktorların hastalarını en iyi şekilde tedavi edebilmesi için, hastalara düşen görevlere ne derece katılıyorsunuz?

Görevler	Tamamen katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
Doktorun tavsiyelerine mutlak şekilde uymak			
Tedavide alınacak kararlara karşı çıkmamak			
Gerekli tıbbi malzeme ve ilaçları karşılamak			
Doktora fazla soru sorarak meşgul etmemek			
Çabucak iyileşmeyi istemek			
Taburcu sonrası doktorun el emeğini karşılamak			
Gerektiğinde tedavi kararlarına katılmak			

31. Doktorun muayene ve tedavisinden memnun musunuz?
a) Tamamen b) Kısmen c) Hiç
32. Doktor-hasta ilişkilerinin en iyi olduğu ve en kaliteli sağlık hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?
a) Sağlık Ocağı b) Devlet Hastanesi c) SSK Hastanesi
d) Üniversite Hastanesi e) Özel Hastane
g) Hepsi h) Hiçbiri ı) Diğer
33. Tüm tedavi süresince doktorunuz aile, sosyal çevre yada geçmiş yaşamınızla ilgili herhangi bir soru sordu mu?
a) Evet b) Hayır
34. Doktorunuzu kimin tavsiyesiyle seçtiniz?
a) Arkadaşlarımın b) Yakın çevrenin c) Ailemin
d) Sağlık personelinin e) Tesadüfen
35. Doktorunuzun özel muayenehanesine hastanede karşılaştıktan sonra gittiniz mi? (cevap Evetse ne zaman belirtiniz)
a) Evet(.....) b) Hayır
36. Doktorunuz herhangi bir şekilde ücret verdiniz mi?
a) Evet b) Hayır
37. Doktorunuzun tüm hastalara eşit şekilde davrandığı fikrine katılıyor musunuz?
a) Kesinlikle katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım
d) Katılıyorum e) Kesinlikle katılıyorum

POLİKLİNİK AŞAMASINDAKİ GÖZLEMDE DİKKAT EDİLEN NOKTALAR

Mekanla ilgili özellikler

- 1- Doktorun bulunduğu mekan
 - a- Masa varlığı
 - b- Masanın dağınıklığı
 - c- Polikliniğin temizliği
- 2- Hastanın mahremiyetini sağlayacak gereçlerin varlığı

Doktorun hastaya karşı tutumu

- 3- Doktorun hastasına ilk sözleri ve yüz ifadesi
- 4- Doktorun hastayı rahatlatılabilme durumu
- 5- Doktorun hastasına şikayetlerini dinlemek için kullandığı ifadeler
- 6- Doktorun hastanın şikayetlerini dile getirmeye başladıktan sonra sözünü kestiği süre
- 7- Doktorun hastalığın tanısı hakkında hastaya bilgi vermesi
- 8- Doktorun istediği tetkiklerin nedeni hakkında bilgi vermesi
- 9- Doktorun yazdığı reçete yada tavsiyelerini hastaya anlatım tarzı ve bunları neden verdiğini açıklaması
- 10- Doktorun kullandığı dil
- 11- Doktorun hastayı özel muayenehanesine yönlendirmesinin varlığı

Hastayla ilgili konular

- 12- Hastanın doktora karşı kullandığı dil
- 13- Hastanın doktoru daha önce tanıyıp tanımadığı

Diğer unsurlar

- 14- Muayenenin toplam süresi

15- Doktor dışında başka sağlık görevlisinin varlığı

KLİNİK AŞAMASINDA DERİNLEMESİNE MÜLAKATTA KULLANILAN
SORU BAŞLIKLARI

Kişisel bilgiler

1. Yaş ve kardeş sayısı
2. Eğitim durumu
3. Yaşadığı yer ve özellikleri

Sağlık özgeçmişı

4. Kronik bir hastalığın varlığı ve hastalığın seyri
5. Şuanki hastalığı başladığı süreç
6. Daha önce başvurulmuş sağlık kurumları ve doktorlar
7. Doktorların hastaya davranış şekilleri

Doktorla ilgili ifadeler

8. Doktoru seçme nedeni
9. Doktorun özel muayehanesine gitme
10. Doktorun özel muayenehanesinde hastaya olan davranış şekli
11. Doktorun poliklinikte hastaya olan davranış şekli
12. Doktorun klinikte hastaya olan davranış şekli
13. Doktorun klinikte hastaya olan davranış şeklinin değişme zamanı ve şekli
14. Doktorun diğer hastalara davranış şekilleri
15. Doktorun hastayı bilgilendirme düzeyi
16. Doktorun hastayı ziyaret sıklığı

Hastane ve diğer sağlık personeli ile ilgili ifadeler

17. Hastanenin temizliği
18. Hemşirelerin hastaya davranış şekli

Sağlık sistemiyle ilgili düşünceler

19. Sağlık kurumlarına ulaşılabilirlik düzeyi
20. Sağlıktan yararlanabilme seviyesi
21. Sağlığa ücret ödeme konusunda çekilen zorluklar
22. Sağlıkla ilgili beklentiler

