

## HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM<sup>2</sup>

Bülent ÖNGÖREN\*

### Öz

Tarihsel süreçte sağlığın ve hastalığın tanımı ve anlamı değişmiştir. Bu değişim sağlık hizmetini sunanların ilişkilerine de yansımıştır. Geleneksel yaşamın toplumsal ilişkilerinden beslenen sağlık personeli ilişkileri, modernin gereksinimlerini karşılayabilmek adına değişmiştir. Sağlık dendiğinde ilk akla gelenlerden olan hekim ve hastanın da anlamsal içerikleri ve onların birbiriyle olan ilişkileri de değişimden nasibini almıştır. İlişkinin nasıl değiştiğini tanımlayabilmek için farklı modeller geliştirilmiştir. Çalışma, hastalığın değişimi, hekim hasta ilişkisinin modellerini ve bu modellerin değişimini ve sağlık personeli iletişimini sağlık sosyolojisi çerçevesinde irdelemeye çalışmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık ve hastalık sosyolojisi, Hekim, Hasta, Sağlık hizmeti, İletim

### RELATIONSHIP OF PHYSICIAN-PATIENT AND COMMUNICATION IN HEALTH SERVICES

#### Abstract

Historically, the definition and meaning of health and disease have changed. This change is reflected in the relationship of health service providers. Health personnel relationships, fed from social relations of traditional life, have changed in order to meet modern needs. When it comes to health, some of the semantic contents and changes of the physician and the patient, who are the first to come to mind, Different models have been developed to describe how the relationship has changed. The study tries to investigate the change of the disease, the models of the physician patient relationship and the change of these models and the health personnel communication within the framework of health sociology.

**Keywords:** Health and disease sociology, Physician, Patient, Health care, Communication

#### 1. Giriş

Sağlık, toplumsal yaşamın parçasıdır. İnsanlığın ortaya çıkışından itibaren değişen toplum anlayışı ile birlikte sağlığın anlamı değişmektedir (Öngören, 2015, s.1). Modern dönemde hastalığın olmaması halinin sağlıklı olmak olarak kavramsallaştırıldığı göze çarpmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; hastalığın olmaması ve ruhsal, fiziksel ve sosyal yönlerden tam bir iyilik durumu şeklinde kapsayıcı bir tanımlama yapmıştır (www.who.int). Sağlığın bu denli geniş bir şekilde tanımının yapılması, onun birçok bilim dalının ve disiplinin merkezine yerleştirmiştir. Sağlık sosyolojisi de bu alanlardan biridir. Sağlık sosyolojisi, hastalığın toplumsal nedenlerini, bir toplumsal rol olarak hastalık durumunun karakterlerini ve insanların hastalık durumu karşısında duygular, dil ve toplumsal eylemler aracılığıyla verdikleri tepkileri açıklamaya çalışır (Turner, 2011, s.49). Bununla birlikte sağlık

<sup>2</sup> Bu çalışma, "Doktor-Hasta İlişkisinde Güç ve Çıkar" adlı Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir. Muğla Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Sosyoloji Anabilim Dalı, 2004.

\* Yrd. Doç. Dr. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Seydikemer Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü,  
bulentongoren@mu.edu.tr

profesyonellerinin ilişkilerini de irdeleyen sağlık sosyolojisi, bireyin doğumundan ölümüne değin tüm sağlık ilişkilerini ele almaktadır. Hekim hasta ilişkisi de sağlık sosyolojisinde yer alan temel konulardan biridir. Çalışmanın amacı sağlık sosyolojisi bağlamında hekim hasta ilişkisi ve bu sosyal ilişkideki iletişim üzerine bir derleme yapmaktır.

## **2.Hasta ve Hekim ilişkisine tarihsel bağlamda kısa bir bakış**

Tarihte görülen eski uygarlıklarda kanalizasyon ve su şebekeleri yapılması ve çevre düzenlemeleri sağlığın sosyal yönüyle ilişkilidir. Kutsal dinlerdeki benzer uygulamalarda sosyal sağlık koşullarını iyileştirici önlemler göze çarpar. Bu dönemde hekimler belli etik kurallar çerçevesinde hareket ederek yalnızca hasta ile sağlık arasındaki ilişkiye dikkat etmektedir. Hekim-hasta ilişkisi sağlık hizmetini satın alabilen ile hekim arasında olduğundan baskın olma durumu irdelenmemektedir. Dolayısıyla hekimler, sosyal çevrenin ve hastanın çevresinin iyileştirilmesi uğraşısından uzaktır (Dirican, 1990, s.11).

Sanayileşme döneminde hekim hasta ilişkisi ise hastalıkların oluşumu önlenmeye çalışmakta (aşılama, altyapı ve barınma olanaklarının iyileştirilmesi) ve bireyin sağlığını koruma çalışmalarının sürdürüldüğü gözlenmektedir. Sanayileşme sonrası bu iki farklı anlayış birbirini tamamlayan öğeler olarak görülmeye başlanmıştır (Dirican, 1990, s.11). Fakat bu anlayışlardan uzlaşmaz bir pozitif bilimin hakim olduğu tıp, ağır basmıştır. Illich de bu noktaya işaret etmektedir. Hekimlik kavramının giderek işbölümünün sonsuz gelişiminden etkilendiğini, aşırı uzmanlaşmayla mühendisleştiğini ve hekimin hastayı gelir getiren bir rant olarak görmeye başladığına dikkat çekmektedir. Ayrıca hızla gelişen teknoloji ile birlikte modern tıp ve hekimler, hastalığın tanımlanmasında tek otorite olmayı elinde tutmaktadırlar (Illich,1995, s.100-134).

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

Sanayileşme sonrası (Fransız Devrimiyle birlikte) ortaçağda görülen “doğal yıkımlar” artık önlenabilir hastalıklar olarak görülmeye başlanmıştır. Bu dönemde yaşamında her ne olursa olsun (tüm yaşanabilecek yaşamsal olumsuzluklara rağmen) ayakta kalarak üretmek zorunda olan endüstriyel insan, modern toplumun temelini oluşturmaktadır (Meriç, 2000, s.60). Devlet ise toplumun temel ihtiyacı olan bu insan tipinin çalışma koşullarını, üretim ve tüketim olanaklarını sağlamaya çalışmaktadır. Üretimde ve güvenlikte sorunlar yaşanmaması için, asgari eğitim ve sağlık koşullarının oluşturulması gereklidir. Üreten bireylerin (Marx), asgari yaşam koşulları oluşturulsa da (Hançerlioğlu, 2007, s.312), ekonomik gücü elinde tutan egemen sınıf, kendi çıkarlarını önceleyen bir sistem oluşturmaktadır (Durdu, 2009, s.43). Devlet, sağlık

hizmetini bu ekseninde topluma yaymış ve işçi ve asker kaybını asgariye indirmek ve sağlık şartlarını iyileştirmek için bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye girişmiştir.

Bununla birlikte 19. 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 daha geniş bir perspektiften algılanmaya başlanmış ve hekim-hasta ilişkisine doğrudan müdahale edilmiştir. Hekim hizmeti topluma yayılmış olduğundan hastalık, tüm topluma mal edilmiştir. Sağlık hizmeti toplumun tamamına yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır (Eren;1996,s.446-447). Ancak işbölümünün aşırı uzmanlaşmasıyla hekim, baskın ve ilişkiyi belirleyen kutsal güç olmaya devam etmektedir (Illich, 1995, s.100-134). Gelişen süreç içerisinde artık “*layman*” sağlıkla ilgisi olmayanlar da bu konuda araştırmalar yapıp söz sahibi olmaya başlamışlar ve hekim-hasta ilişkisine yeni boyutlar eklemişlerdir.

Parsons’la birlikte hasta rolü kavramsallaştırılması hekim-hasta ilişkisinin sağlık sosyolojisi içerisinde değerlendirilmesini sağlamıştır (Turner, 1990, s.11). Parsons’ta hastalık, toplumsal bir durumdur ve hastalık algılayışıyla hasta rolü sosyalizasyon süreci içerisinde öğrenilir. Hekim-hasta statüleri toplumsal olarak belirlenmiş hak ve sorumluluklar doğrultusunda biçimlenen davranış kalıplarıdır. Bu davranış kalıpları rol beklentilerini yerine getirmemesi nedeniyle hastalık, sistemin uyum ve dengesini bozucu bir öze sahiptir. 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. Hekim de bu rolün tamamlayıcısı olarak görülür. Rollerin işlevsel bütünlük göstermesi gerekir ve sapan davranış yani hastalık, hekim tarafından sisteme uyumlaştırılır. Hekim uzman bilgi ve becerisiyle donanmış olduğundan hekim-hasta ilişkisinde otoriterdir. Fakat aynı zamanda toplumsal yaşam içinde birden fazla rolü vardır ve bu çerçevede karar verir (Oskay, 1993, s.83-104). Bireyin sistemdeki işlevine dönebilmesi için Parsons, hekim-hasta ilişkisinin tam bir uyum içerisinde olduğunu ifade etmektedir. Çünkü hekim ideal bir baba rolünü (Paternalistik yaklaşım) yerine getirmekte ve o şekilde eylemde bulunmaktadır.

Parsons’ın, hekim-hasta ilişkisi 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 hekimin de yardımıyla kısa sürede bu sağlanmalıdır.

### **3. Hekim hasta ilişkisi modelleri**

Parsons’ın hekim-hasta ilişkisini temel alarak; Szasz-Hollender, Hayes-Bautista, Byrne-Long, Waitzkin ve Stoecke, Freidson ve E.Emanuel farklı modeller geliştirmişlerdir. Bu modeller antik Roma’dan günümüze hekim ile hasta arasındaki ilişkileri özetleyen kısa bir özet sunmaktadır. Burada hekimin kutsallığının vermiş olduğu otoriter gücü, baba rolüne benzer bir güç gösterisi ve daha sonra tüketim toplumuna kadar uzanan

modeller, hasta haklarını da içeren bir perspektif sunmaktadır. Aşağıdaki tabloda bu modeller çerçevesinde oluşturulmuş, hekimin ve hastanın rolleri klinik uygulama şekilleri ile hekim-hasta ilişkisinin örnekleri verilmeye çalışılmıştır.

**Tablo 1. Hasta –Hekim İlişkisi Modelleri**

	Model	Hekim Rolü	Hasta Rolü	Klinik Uygulama	İlişki Türü
Szasz-Hollender	Aktif-Pasif	Hastaya Müdahale	Alıcı (cevap vermede çekingenlik)	Acil Müdahale, akut travma, anestezi	Ebeveyn-bebek
	Rehberlik-İşbirliği	Hastaya yapılacak müdahaleyi açıklama	İşbirlikçi (kurallara uyan)	Cerrahi hastalıklar	Ebeveyn/Yetişkin-çocuk
	Çift Taraflı Katılım	Hastaya rehberlik etme	Taraflardan biri olarak katılım	Kronik hastalıklar ve psikiyatri	Yetişkin-yetişkin
Hayes ve Bautista		Uzmanlığı ile hastaya rehberlik etme	Yeterli olduğunca katılım	Acil dışındaki tüm klinikler	Uzman-destek alan
Byrne ve Long	Hekim merkezli	Bilgi ve deneyim kullanma	Sessiz kalarak dinleme	Tüm kliniklerde	Aktif-Pasif
	Hasta merkezli	Hastayı dinleme ve iletişimi netleştirme	Aktif katılım	Acil dışında tüm kliniklerde	Karşılıklı iletişim
Waitzkin ve Stoeckle	Mikropolitik durum	Kesin egemen	Bilgi alınan birey (bireysel ve kolektif yük)	Tüm klinikler	Aktif-pasif
Freidson	Çatışmacı model	Uzman bilgisini aktaran	İlişkide pay sahibi olmaya çalışan	Tüm klinikler	Karşılıklı etkileşim ve çatışma
E.Ezekiel	Paternalistik model	Gardiyan/baba, kutsal bilgiyi bahşeden	Alınan kurallara uyan	Tüm klinikler	Baba-oğul Usta-çırak
	Öğretici (tüketici) model	Yetkili Teknik uzman	Teknik uzman bilgileri alarak karar veren	Tüm klinikler	Teknik danışman-yönetici
	Yorumlayıcı model	Hasta değerlerini derleyen ve danışman	Bilgi aktaran, karara destek olan	Tüm klinikler	Yorumlayıcı-destekleyici
	Uzlaşmacı model	Uzman bilgiyle destekleyici, öğretmen	Tıbbi bilgileri alarak tedaviye katılımcı	Tüm klinikler	Karşılıklı ahlaki uzlaşma

*Kaynak: M.Morgan, 2003, Social Roles Of Doctors and Patiens adlı makalesinden alınarak geliştirilmiştir.*

### 3.1. Parsons'ta Hekim-Hasta İlişkisi

Hekim-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, hekimle ilişkiye girme düşüncesiyle birlikte çevresinden/referans gruplarından ve alt sistemlerden etkilenecek ilişkiye yön verir. Birçok normdan, değerden ve yaklaşımdan etkilenen ilişki, hekimin çalıştığı ve birçok sağlık elemanın bulunduğu bir ortamda gerçekleşmektedir. Hasta belli kurallar dizinine uyarak ve birtakım aşamalardan

geçerek hekimle ilişkiye girebilmektedir. Hekim sistemin ve gündelik yaşamın kendine sağladığı birçok avantajla birlikte girdiği ilişkide güçlü bir pozisyonudur.

Parsons'un (1978) hekim 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 içerisinde izne çıkarılmış, hatta emekliye ayrılmış olarak görülür ve işe gitmek futbol oynamak gibi günlük aktivitelerini bırakır.

- İkincisi, bu bireyler bakıma muhtaç olarak görülür.

- Üçüncü 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 durumunda kalmasına karşılık bazen bu gerekemeyebilir ve sosyal rollerini bırakmadan da rahatsızlığıyla başedebilir. Hatta kronik hastalığı olanlar-özellikle diyabet, hipertansiyon gibi sürekli hasta rolünde bulunmalarına rağmen maksimum seviyede sosyal rollerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Parsons burada sürekli bir hasta rolüne işaret etmektedir. Hasta rolünü, hekimin 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 fark etmeksizin bütün hasta kişilerin zorunluluklarını ve beklentilerini belirler (Morgan,2003, s.49).

### 3.2. Szasz ve Hollender'in Hekim-Hasta İlişkisi Modeli

Szasz ve Hollender, hasta ile hekim arasındaki ilişkinin yerine ve tıbbi problemin içeriğine göre değiştiğini belirterek, hekim-hasta ilişkisini üç modelle incelemişlerdir (Cockerham,1992, s.159; İşnas,1998, s.16).

- Aktif-Pasif Model
- Rehberlik-İşbirliği Modeli
- Çift Taraflı Katılım Modeli

**Aktif-Pasif modelde;** birey ciddi şekilde hasta olduğunda, acil tedaviye ihtiyaç duyduğunda veya hayati tehlikesi ortaya çıktığında ortaya çıkar. Bu modelde hasta pasif/edilgen durumdadır. Hekim hasta hakkındaki tüm kararlarda maksimum kontrole sahiptir. Karar verme ve ilişkideki güç hekimin elindeyken hasta edilgen durumdadır. Hasta tedavinin şekline katılımı asgari düzeyde ya da hiç yoktur.

**Rehberlik-İşbirliği modelinde,** hasta tedavinin ne şekilde yapılacağını bilir ve hekimin rehberliği doğrultusunda işbirliği yaparak tedaviyi uygular. Hekim hastaya uygulaması gerekenleri öğretir ve yol

gösteren, hasta ise hekim önerilerini kabul eden ve uygulayan birey rolünü oynar. Bu model günümüzde birçok uzmanlık dalında varlığını sürdürmektedir. Hekimin karar verici olma özelliği bu modelde de başattır.

**Çift-tarafli katılım modelinde**, hekim-hasta arasında eşitlik olan bu modelde hekimin 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 (İşnas,1998, s.17). Szasz ve Hollender bu modellerdeki ilişkilerin tiplerini hastalığın seyri ve tedavinin oluşumuna dayandırmaktadır. Hastalığın tedavisinin farklı aşamalarında farklı ilişki tiplerinin ortaya çıkacağı vurgulanmaktadır. Hastalığın tedavisinde hekime daha fazla önem vermektedirler.

### **3.3. Hayes ve Bautista'nın Hekim-Hasta İlişkisi Modeli**

Hayes ve Bautista'nın hekim hasta ilişkisi modeli, hem hekimin hem de hastanın karşılıklı görüş alışverişinde bulunduğu bir süreçtir. Hekimin hastaya direktifler vererek tedavinin şeklinin belirlenmesinden ziyade hastanın tedaviyi beğenmediği zaman onu değiştirmek için hekimi ikna etme çabası da olabilir. Hekimin tedavisinin iyi işlememesi durumunda, hastanın hekimi ikaz edebilmesi, tedaviyi değiştirebilmesi veya kaldırabilmesi sürecini incelemişlerdir. Hekim 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 hekimle rahat bir şekilde iletişim kurar, sorular sorar ve hekimin 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 görünümündedir ve kontrolü tamamen hekime bırakırlar. Dolayısıyla şikayetlerini tam bir şekilde hekime aktaramayabilirler. Hekim 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 hekimlerle daha rahat iletişim kurabilirler. Dolayısıyla tedaviye katılma oranları artar ve tıbbi problemleri hakkında görüşlerini açık bir şekilde hekime aktararak, tedavilerini kendilerine uygun bir şekilde belirleyebilirler (Cockerham,1992, s.160-162).

Her şeye rağmen hekime gelen hastalar tıp bilimi ile bilgileri yeterli olmadığından kararlarda neredeyse tamamen hekime bağlı kalınmaktadır. Çünkü hekim ve hasta arasında asimetrik bir tıbbi bilgi farklılığı vardır. Bazen hekim herhangi bir neden olmadan hastaya uygun ve onun beklentileri doğrultusunda bir tedavi önerebilir. Bununla birlikte hekimin testlerden ve işlemlerden sonra gereksiz tedavi uygulama olasılığı bulunmaktadır. Bu olumsuzluklar karşılıklı ilişkide hekimin tek hakim olmasından kaynaklanmaktadır (Krupat vd., 2000, s.708).

### 3.4. Byrne ve Long'un Hekim-Hasta İlişkisi Modeli

Hekim-hasta ilişkisini Byrne ve Long, "hasta merkezli" ve "hekim merkezli" olmak üzere iki şekilde incelemiştir. Hekim-hasta ilişkisinin **hasta merkezli yaklaşımında**, hekim hastanın durumuna göre bilgi ve deneyimlerini hastalığın teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilir ve hastanın ilişki sürecine aktif bir katılımı söz konusudur. **Hekim merkezli yaklaşımda**, hekimin görevi zamanı iyi kullanmaktır. Bu nedenle hekim 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 (Morgan, 2003, s.52).

### 3.5. Waitzkin ve Stoecke'in Hekim-Hasta İlişkisinde Modeli

Waitzkin ve Stoecke hasta bakımındaki ideal yaklaşımlardan çok gerçek mevcut duruma yönelik olarak "mikropolitik durum" kavramını ortaya atmışlardır. Bu modele göre hekimin kesin bir egemenliği vardır. Hasta sadece kendisinden bilgi alınan birey konumundadır. Waitzkin ve Stoecke'nin hekim-hasta ilişkisi modelinde temel amaç, hastayı iyileştirmektir. Bu model açısından hastalar, hekimler üzerinde bireysel ve kolektif yük olarak görülür (Krupat vd., 2000, s. 708).

### 3.6. E.Emanuel'in Hekim Hasta İlişkisi

Emanuel ve Emanuel'in Nisan 1992 yılında JAMA'da yayınlanan *Four Models Of The Physician-Patient Relationship* adlı makalesinde hekim hasta ilişkisinin modelleri kurgulanarak kendinden sonra gelenler de onun bu çalışması çerçevesinde modeller çizmişlerdir. Ona göre hasta rolünün tıbbi karar verme üzerindeki etkisi son dönemlerde sık tartışılan bir problem olarak görülmektedir. Özellikle özerklik/sağlık ile hasta/hekim bakış açısı farklılıkları hekim-hasta ilişkisinde çok sık çatışmaya neden olmaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992, s.2221).

Emanuel (1992), çatışmanın tıbbi uygulamaları, bilgi alışverişini hekim kararlarının sınırlarını belirleyebileceğini, hatta beklentileri şekillendireceğini ifade etmektedir. Farklı anlayışları içeren hekim-hasta ilişki tiplerini oluşturarak, ideal bir hekim hasta ilişkisi oluşturmaya çalışmaktadır. Ona göre hekim-hasta ilişkisi modelleri;

- Hekim-hasta ilişkisinin hedefleri
- Hekimlerin sorumlulukları
- Hasta değerlerinin rolü
- Hasta özerkliği anlayışı çerçevesinde kurgulanmaktadır.

Bu modeller Weberian tipler olup hekim-hasta ilişkisini genel olarak tanımlamayabilir, ayrıca ilişkinin temel karakteristiklerini oluşturarak, ideal düzenlemeler yapmaktadır. Bu bağlamda, hekim-hasta ilişkisinin

hedefleri; hasta ve hekim arasında tedaviyle ilgili ortak bir kaniya varma, hekimin 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 anlayışı ise hekimin hastaya tedavi öncesinde ve sonrasında ya da hastanın, tedaviyi reddetmesi durumunda, oluşabilecek alternatif bir durumda hekimin uzman görüşlerini kabul edip etmeme durumudur (Emanuel ve Emanuel, 1992, s.2221).

### **3.6.1. Emanuel'in Hekim Hasta ilişkisi modelleri**

#### **3.6.1.1. Paternalistik (Babacı) 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 hekim-hasta ilişkisine benzetmektedir. Aynı zamanda usta çırak arasındaki bütün egemenliğin ustada olan ilişkide bu modele örnek gösterilebilir. Bu modelde hekim mutlak egemendir. Hasta yalnızca hekimin aldığı kararlara uymak zorunda kalmaktadır. Hekim hastanın sağlığını koruyacak önlemleri alır ve uzman tıbbi bilgisini kullanarak hastalığı hakkında bireye en iyi müdahaleyi yapacağı konusunda ikna eder. Paternalistik ilişki hekimin mutlak egemen olduğu bir hekim-hasta ilişkisidir. İlkel çağlardaki büyüçülükle başlayan ve eski Mısır, Yunan, Roma ve Ortaçağ Avrupa'sındaki hekim-hasta ilişkileri bu modele örnek olarak gösterilebilir. Bununla birlikte bu model halen geçerli olduğu hatta baskın bir konumda olduğu toplumlar da 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 hekim hastanın ilişkiye katılımını kısıtlayarak, onun için en iyi olacak tedaviyi kendisinin belirleyeceğini düşünmektedir. Ayrıca hekim, 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 hekim tek egemen olarak çatışma olmasına fırsat bırakmadan her kararı almakta, hastaya herhangi bir söz hakkı bırakmamaktadır. Hekim talimatları verir, bilgisiz olduğunu düşündüğü hasta da isteklerini bir kenara koyarak emirleri yerine getirir. Hasta, kendi özerkliği düşüncesini ancak hekimin belirlediği zaman çerçevesinde kabul eder (Emanuel ve Emanuel, 1992, s.2221).

#### **3.6.1.2. Bilgi Verici/Öğretici Model (Informative Model)**

Bilgi verici model, bilimsel, mühendislik ya da tüketici model olarak da adlandırılır. Bu modelde hekim hasta etkileşiminin amacı hekimin hastalıkla ilgili bütün bilgileri hastaya temin etmesidir. Bu bilgiler içerisinden hasta kendine en uygun olanı seçer ve hekim seçilen tedaviyi uygular. Hekim 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 hekim ve hasta değerleri arasında kesin bir ayrım bulunmaktadır. Önemli olan hastanın gerçekleridir ve hastanın istediği tedaviyi alabilmesi hekimin zorunluluğudur. Bu noktada hekimin düşüncelerinin hastanınkiler ile uzlaşmasının bir önemi yoktur. Çünkü baskın olan hastadır. Hekimin buradaki rolü teknik uzmanlıktır. Teknik bir uzman olarak hekim, bilgi ya da yeteneklerinin eksikliğinde diğerlerine başvurma, uzmanlık alanındaki yeterliliğini sürdürme ve doğru bilgi sağlama zorunluluğundadır. Hasta özerkliği anlayışındaki tıbbi karar verme durumu, hasta kontrolündedir (Emanuel and Emanuel, 1992, s.2221).

### **3.6.1.3. Yorumlayıcı Model (*Interpretive Model*)**

Yorumlayıcı modelde hekim-hasta etkileşiminin iddiası, hastanın değerlerini gerçekleştirebilecek tedaviyi seçmede hekimin hastasına yardım etmesidir. Hastanın seçeceği ya da hekimine yapacağı tedavi hakkında olası tüm bilgiyi, yarar ve riskler bağlamında, hekim hastasına açıklamalıdır. Bu noktada bilgi verici modele benzemektedir. Ancak bunun ötesinde yorumlayıcı model, hekimi hastanın düşüncelerini ifade etme ve açıklamada ona yardım eder, en iyi tıbbi önlemleri belirlemede bazı değerleri gerçekleştirir, böylece hasta için onun değerlerini yorumlamada yardımcı olur. Yorumlayıcı modele göre, hastanın değerlerinin hasta tarafından bilinmesine veya karıştırılmasına gerek yoktur. Onlar özel bir niteliğe kavuştuğundan hasta tarafından taraflı bir şekilde anlaşılabilir, buna özel durumlar da eklendiğinde çatışmaya yol açabilir. Hastayla çalışan hekim, hasta değerlerinin uyumunu sağlayıp onları aydınlığa kavuşturmalıdır. Bunu da hekim, hastanın hedeflerini tekrar oluştururken hastayla çalışarak sağlar. Ayrıca hekim, hastanın önceliklerini ve düşüncelerini değerlendirerek, bir bütün olarak hastanın yaşamını düşünmelidir. Sonra hekim, bu değerleri en iyi şekilde gerçekleştirecek tedavi ve testleri belirler. Ancak hekim, bunları hastaya dikte etmez, en uygun eylemin yönüne ve değerlere karar verecek eninde sonunda hastadır. Hasta değerlerine karar veren hekim tıbbi durumda onları kullanma ve anlamada hastaya yardım eder (Emanuel ve Emanuel, 1992, s. 2221-2).

### **3.6.1.4. Uzlaşmacı Model**

Uzlaşmacı model, hekim-hasta etkileşiminde, hekimi görevi olarak klinik durumlarda hastanın sağlığa ilişkin değerlerini gerçekleştirebilme ve bu değerleri seçme ve belirlemede hastaya yardımcı olmaktır. Burada hekim, kliniğe veya polikliniğe başvuran hastaya bilgi sağlamada ve tedaviye en uygun yaklaşımları açıklayarak hastaya yardımcı olmaktadır. Sonuçta hekim ve hasta sağlığa ilişkin değerler hakkında sonuna kadar devam edecek bir uzlaşmaya hizmet etmelidir. Hekim, yalnızca sağlığa ilişkin değerleri tartışır; çünkü ele alınan tüm ilişkiler ve değerler hastalığın tedavisini etkiler. Hekim profesyonel ilişki alanının ötesinde hastalığın tedavisiyle ilişkisi olmayan bütün diğer unsurları da belirtmesi gerekir. Ayrıca hekim, hastasını ikna etmenin yanında daha fazlası için, zorlamaz, aşırı baskıdan kaçınır ve hasta, yaşamında varolan değerleri seçer. Ahlaki bir uzlaşmaya hizmet eden hekim ve hasta, sağlığa ilişkin değerlerin önemini ve değerliliği hakkında birlikte karar verirler. Uzlaşmacı modelde hekim bir arkadaş bir öğretmen gibi davranır ve hasta

için en iyi davranışın ne olacağı konusunda ona yardım eder. Hekim 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 anlayışı kendiliğinden olan ahlaki bir gelişmedir; hastaya sınıdığı değerleri ya da gözden geçirmedığı tercihleri izlemesine yardımcı olmaz fakat, diyalog, alternatif sağlığa ilişkin değerler, bunların geçerliliği ve tedaviye katılmasını da sağlayabilir (Emanuel ve Emanuel, 1992, s.2222).

#### **4.Sağlık Hizmetlerinde İletişim**

İletişim bilgi, veri, algı, anlayış ve sezgi aktarmalarında çeşitli sistemleri, yazılı, sözlü, sözsüz her türlü mesaj şeklini içermektedir (Yıldırım, 1996; Uludağ, 2011). Kişiler arası iletişim ise rahatlama, problem çözme, stresi giderme, bilgi verme, ilişkileri biçimlendirme ve sürdürme, duyguları açıklama, ikna etme, karar verme gibi birçok amaca hizmet eder. İletişimin dayandığı temel koşullar ise karşımızdaki kişiye saygı duymak, gerçekçi ve doğal davranmak ile empati kurmak olarak özetlenebilir (Atıcı, 2007, s.92) .

Günümüzde iletişim çok daha önemli hale gelmiştir. Özellikle teknolojik gelişmelerle birlikte bilgiye ulaşmak kolaylaşmış, yeterli iletişim araçlarıyla bilgi ve kültürümüzü karşımızdaki kolayca aktarabilmekteyiz. Böylece karşımızdakini/ötekini daha kolay öncekinden anlayabilmekte ve karşılıklı anlaşma zeminine ulaşabilmekteyiz (Durdu, 2014, 16)

Sosyal bir varlık olan insanın iletişimi vazgeçilmezdir. Sağlık alanında çalışanlar açısından, sağlık hizmeti veren birimlerin koordinasyonu, sağlık hizmeti alan ve verenin ilişkisinin etkili ve olumlu bir biçimde gerçekleşebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkili kılınabilmesi için sağlık iletişimi çok önemlidir (Ergin, 2011: 5). Sağlıkta iletişim becerisi, semptomların giderilmesinde ya da tedaviye katılımı teşvik etmek için danışmanlığın sağlanmasında, tanı ve tedavi prosedürlerinin hasta tarafında kabulünü sağlamak için yeterli bilgini verilmesinde, hastalığın tanı ve prognozu hakkında açıklamada, tıbbi öykü de içeren iletişimdeki belirlenmiş davranışlardır (Ha vd., 2010, 40). Dolayısıyla hekim-hasta iletişimi uygun bir şekilde yapıldığında tanı ve tedavi süreci olumlu bir şekilde gerçekleşecektir. İletişimin sağlam temeller üzerine kurulması hasta memnuniyetini artıracak ve tanı, prognoz ve tedaviden olumlu sonuç alabilme olasılığını artıracaktır.

En etkili ve güvenilir iletişim olan empatik iletişim, insanın başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok daha önemli boyutlar kazanır. Bu yaklaşımla hastanın iletişime katılması desteklenir. Böylece hekimin, hastanın içinde bulunduğu durumu anlamasını sağlamak, hekimin hasta bakımındaki etkisini artırmak ve hasta ile hekim arasındaki uyumu desteklemek olanaklı olur (Atıcı, 2007, s.92).

İletişim ve iletişim becerileri, kişilerarası ilişkilerin yoğun olduğu alanlarda daha fazla önemli hale gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde de kişilerarası ilişkiler çok yoğundur. İletişimin yeterliliği, hizmetin kalitesini doğrudan etkilemekte, hastanın uygun tanı ve tedavisini almasında çok önem arz etmektedir (Karsavuran vd., 2011, 191).

Sağlık hizmetlerinde iletişime geçen tarafların, bu iletişimden doyum sağlamaları yeterli bir iletişiminin göstergesidir. Ancak bu iletişimin etkili bir duruma dönüşebilmesi için sağlık hizmet veren ve alanın ihtiyaçlarının karşılanması gereklidir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinde etkili iletişimci:

- İletişimde o zamana uygun davranış şeklini iletişimsel davranışlar seçme yeteneğine sahip,
- Karşısındakinin görüş ve düşünce farklılıklarını yakalayan,
- Bir konuyu incelemek için uygun tartışma zemini oluşturan,
- Mesleki ilişkilerine özen gösteren,
- İletişime katılan tarafların iletişim sürecine etkin katılımına özen gösteren ve
- Belli durumlarda seçtiği uygun iletişim biçimini başarıyla sergileyendir (Ergin, 2011, s.66).

Etkili hekim hasta ilişkisi klinik fonksiyonun merkezindedir ve sonuç odaklı iletişimi, sağlık hizmetinin sunumu sırasında tıbbi sanatın kalbidir. Hekim-hasta iletişiminin temel hedefleri, iyi bir kişilerarası ilişki, bilgi alışverişinin kolaylaştırılması ve karar verme sürecine hastayı dahil etme koşullarının yaratılmasıdır. İyi bir hekim-hasta ilişkisi, hastaların duygularını düzenlemeye yardımcı olma, tıbbi bilgilerin anlaşılmasını sağlama, hastaların ihtiyaçlarını, beklentilerini ve algılamalarını daha iyi tanımlamada yardımcı olma potansiyelidir. Hastalarıyla daha iyi iletişim kuran hekimlerin, sağlık hizmet sunumu daha iyidir. Özellikle doğru teşhisi koymak için bilgi paylaşımında, tıbbi uygulamalarda izin alma ve öngördüğü tedaviye tavsiyelerde sağlık hizmet sunumu ve sağlık hizmetinden yararlanım artmaktadır. Hastalığın tedavisinde, hekim ve hastanın fikir birliği arasında güçlü bir bağ vardır. Psikolojik destek, hastanın zihinsel sağlığını geliştirerek hem hastalığın mali yükünü azaltmakta hem de hasta memnuniyetini arttırmaktadır (Ha vd., 2010, 39). Hekim-hasta iletişimi sağlık hizmeti sürecinin en temel bileşenidir.

## 5. Sonuç

Hekim, 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 hekim 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 hekimin otoritesini kabullenmektedir. Bu durum hekimi düşündüklerini, bildiklerini ve isteklerini hastaya kabul ettiren bir ilişki modeline dönüşmektedir. Ancak toplumsal kalkınma ile birlikte sosyo-ekonomik düzeyin artması, yaşam kalitesini arttıran tıp teknolojileri, hasta haklarının gelişmesi, hastaların hakları konusunda bilgi düzeylerinin artması, hak arayışı anlayışının gelişmesi, insan haklarına verilen değer hekim ve hasta hastalar açısından pozitif bir etki yaratması, hukuksal boyutta hekim ve hastalara sorumluluk ve yaptırımların uygulamalarının yaygınlaşması, hukuksal zorunluluklar,

endüstriyel alandaki kalite anlayışının sağlık hizmetlerine uygulanması ve yayılması, sağlık okuryazarlığındaki artış, kamu kurumlarının iletişim merkezleri aracılığıyla şikayet mekanizmalarının varlığı hekim-hasta ilişkisini Emanuel'in paternalistik modelinden uzlaşmacı modele doğru dönüştürmektedir. Sağlık hizmetlerindeki yeterli ve etkili iletişimden de beklenen Emanuel'in uzlaşmacı modeli çerçevesindeki iletişim şeklidir. Bu da hekim hasta arasındaki memnuniyeti arttıracak bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

## Kaynakça

- Adak, N.Ö. (2002), *Sağlık sosyolojisi kadın ve kentleşme*. İstanbul, Birey Yayıncılık.
- Atıcı, E. (2007), *Hasta-Hekim ilişkisini etkileyen unsurlar*, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33 (2) 91-96.
- Cockerham, W.C. (1992). *Medica sociology*, New Jersey, Prentice Hall.
- Coe, Rodney M. (1978). *Sosyology of medicine*, New York, Mc Braw Hill Book Company.
- Dirican, Rahmi .(1990). *Toplum hekimliği (halk sağlığı) dersleri*, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Durdu, Z. (2009). Modern devletin dönüşümünde bir ara dönem: sosyal refah devleti, *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İlke)*, Bahar, Sayı 22.
- Durdu,Z., (2014). *Sosyolojide temel kavramlar ve kurucu fikirler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Emanuel, E.& Emanuel, L.(1992). Four models of the physician-patient relationship, *JAMA*, 267 (16), 2221-2229.
- Eren, N. (1996), *Çağlar boyunca toplum, sağlık ve insan*, Ankara: Feryal Matbaası.
- Ergin, A. (2011), *Sağlık hizmetlerinde iletişim*, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Ha, J.F., Anat, D.S.& Longnecker, N.(2010). Doctor-patient communication: a review, *The Ochsner Journal*, 10: 38-43.
- Hançerlioğlu, O.(2007). *Düşünce tarihi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Illich, I.(1995). *Sağlığın gaspı (Medikal Nemesis)*, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- İşnas, C.(1998). *Doktor hasta ilişkisi: ankara numune hastanesi ortopedi kliniklerinde yatan hastaların değerlendirilmeleri* (H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara.
- Karsavuran, S., Kaya, S. & Akturan, S.(2011), Hasta-hekim iletişiminde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,14 (2).
- Krupat, E., Yeager, C.M. & Putnam S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit and visit satisfaction, *Journal Of Psychology And Health*, 15 (5), 707-719.
- Meriç, C. (2000). *Sosyoloji notları ve konferansları*, İstanbul, İletişim Yayınları.
- Morgan, M. (2003). *Social roles of doctors and patients*, Scambler, G. ( Ed.). *Sociology As Applied To Medicine* içinde, s.49-54, Toronto, Saunders Elsevier, 5.Edition.
- Okyayuz, Ülgen, (1999). *Sağlık psikolojine giriş*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Oskay, Ülgen, (1993). Medikal sosyolojide bazı kavramsal açıklamalar. *Sosyoloji Dergisi*, 4.
- Öngören, B., (2011). *Doktor-hasta ilişkisinde güç ve çıkar* (Yüksek Lisans Tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Öngören, B. (2015). Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 34, 25-45.
- Turner, B.S. (2011). *Tıbbi güç ve toplumsal bilgi*. Bursa: Sentez Yayıncılık,
- Turner, B.S., (1996). *The body and society: explorations in social theory*, New York: Sage Publications.
- Uludağ, A. (2011), *Doktor-hasta iletişimi açısından hastanelerde hekim seçme uygulaması: karşılaştırmalı bir çalışma* (Doktora Tezi) Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldırım, İ. (1990). *Hastalıklar bilgisi*, İstanbul: Yeni Asya Yayınları.
- Yıldırım, S., Arıkan, S., Aşan, Ö.(1996). Örgütlerin yönetiminde iletişimin önemi, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(1): 177-187 Erişim tarihi: 8 Kasım 2017, [www.who.int/about/mission/en](http://www.who.int/about/mission/en)