



DOKTOR HASTA İLETİŞİMİNDE SOSYAL GRADYAN

Fikriye Yılmaz*

ÖZ

Hasta ve doktor arasındaki iletişim, sağlık hizmetlerinin sunulmasında vazgeçilmez bir unsurdur. Doktor hasta iletişimi alanını geliştiren çok sayıda çalışmaya rağmen, sosyo-ekonomik özellikler gibi belirgin doktor ve hasta özelliklerinin sağlık hizmetleri etkileşimi üzerindeki etkisi kesin olarak ortaya konulmamıştır. Bu çalışmada sosyo-ekonomik farklılıkların doktor-hasta iletişimi içerisinde nasıl ifade edildiğini değerlendirmek için yol gösterici bir kavramsal çerçeve sunmak amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda daha önce yapılan araştırmalara dayanarak doktorun, hastanın sosyal statüsüne göre farklı iletişim kurabildiğini ve hastaların da sosyal sınıflarına göre farklı bir iletişim tarzı benimseyebildiklerini söylemek mümkündür. Bu doğrultuda doktor hasta iletişimini geliştirmeye yönelik müdahale çalışmalarının yararlı olabileceği ve bu çabaların sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin üstesinden gelmede önemli çıkarımlar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: doktor-hasta iletişimi, hasta katılımı, iletişim stilleri, sağlık eşitsizlikleri, sosyo-ekonomik durum.

SOCIAL GRADIENT IN PHYSICIAN PATIENT COMMUNICATION

ABSTRACT

The doctor and patient communication is an essential element in the provision of health services. Despite the large number of studies that improved the field of doctor-patient communication, the impact of prominent doctors and patient characteristics, such as socio-economic characteristics, on healthcare interaction has not been exactly established. In this study, it is aimed to present a guiding conceptual framework to evaluate how socio-economic differences are expressed in doctor-patient communication. Based on the results of the study, it is possible to say that the physician can communicate differently according to the social status of the patient and that the patients can adopt a different communication style according to their social class. In this respect, it is thought that intervention studies aimed at improving doctor patient communication can be useful and that these efforts can provide significant inferences in overcoming socioeconomic inequalities in health.

Keywords: doctor-patient communication, patient participation, communication styles, health care disparities, socio-economic status.

* Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, fyilmaz@baskent.edu.tr.



GİRİŞ

Doktor hasta iletişimi gün geçtikçe gelişen multidisipliner bir araştırma alanıdır. Son yıllarda sağlık alanında paternalizmden hasta merkezliliğe ve paylaşılan karar verme modeline geçiş sağlık etkileşimini ve hatta tıp eğitimini de şekillendirerek daha fazla önem kazanmıştır. Yapılan araştırmalar etkili doktor-hasta iletişiminin, bir hastanın tedaviye uyumunu önemli derecede etkilediğini göstermiş (Franks ve diğerleri, 2006; Jensen ve diğerleri, 2010; Baughn, 2012) ve sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi (Bensing, 1991; Campbell ve diğerleri, 2007; Hall ve Dornan, 1988; Dwamena ve diğerleri, 2012), sağlık durumunda iyileşme (Hall ve diğerleri, 1996; Stewart, 1995; Duberstein ve diğerleri, 2007), hastalığa psikolojik uyumun artması ve aile üyelerinin memnuniyetinin artması gibi sağlık çıktıları ile ilişkilendirilmiştir (Devoe ve diğerleri, 2009; Baughn, 2012; De Laender, 2011; Dehlendorf ve diğerleri, 2017; Kee ve diğerleri, 2017).

Doktor ve hasta arasında tıbbi görüşme ile başlayan ilişki sağlık hizmet sunumunun önemli bir parçasıdır (Street ve Millay, 2001; Monnickendam ve diğerleri, 2007; Dehlendorf ve diğerleri, 2017; Kee ve diğerleri, 2017). Tıbbi görüşme, doktorların ve hastaların bilgi alışverişi yapmak ve bakış açılarını paylaşmak için birbirleriyle konuştuğu iletişimsel bir faaliyettir. Doktor ve hasta iletişim kurarak güvene dayalı bir ilişki kurabilmekte ve karar alabilmektedir (Street ve Millay, 2001). Doktorlar hastayla ve problemiyle ilk temas kuran kişiler olarak önemli bir rol oynamaktadır ve gerekli gördükleri takdirde hastayı bir uzmana yönlendirme kararını da vermektedir (van den Brink ve diğerleri, 2003).

Şekil 1’de gösterilen kavramsal model; doktor, hasta ve ziyaret özellikleri ile görüşme esnasındaki iletişim stillerini ve olası sonuçları ilişkilendirmektedir. Görüşme sırasında bir doktor ve hastanın nasıl iletişim kurduğu, doktorun ve hastanın iletişim amaçları ve iletişim stillerini içeren etkileşim faktörlerinin yanı sıra hasta ve doktorun özelliklerine de bağlıdır (Gordon ve diğerleri, 2005). Bu faktörler, görüşme sırasındaki iletişim davranışlarını ve hastanın sürece katılım düzeyini etkilemektedir (Verlinde ve diğerleri, 2012).

Doktor hasta iletişimi alanını geliştiren çok sayıda çalışmaya rağmen, sosyo-ekonomik özellikler gibi belirgin doktor ve hasta özelliklerinin sağlık hizmetleri etkileşimi üzerindeki etkisi kesin olarak ortaya konulmamıştır. Özellikle bu faktörlerin tıbbi ortamda kişiler arası iletişim, kararın paylaşılması ve doktor ve hasta arasındaki işbirliği üzerine etkileri konusundaki bilgimiz oldukça yetersizdir. Bu çalışmada sosyo-ekonomik farklılıkların doktor-hasta iletişimi içerisinde nasıl ifade edildiği değerlendirilmektedir. Sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı bireylerin sağlık durumlarını ve sağlık hizmetlerine erişiminin geliştirilmesi için yapılacak herhangi bir çabanın yoksul hasta ve doktor arasındaki ilişkiyi dikkate alması çok önemlidir. Son yıllarda uluslararası literatürde, doktor ve sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan hastaları arasındaki ilişki dinamikleri hakkında ve özellikle de iletişim için sınıf temelli engeller hakkında çok şey yazılmıştır (van Ryn ve Burke, 2000; Baughn, 2012; Verlinde ve diğerleri, 2012; Caruso, 2017). Bu çalışmada ülkemizde konuyla ilgili gelecekte



yapılacak nitel ve nicel araştırmalar için yol gösterici bir kavramsal çerçeve sunmak amaçlanmıştır.

Şekil 1. Kavramsal Model



Kaynak: De Negr ve diğerleri, 1999:11 ve Williams, 2011:14'den uyarlanmıştır.



1. Doktor- Hasta İletişimi

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında vazgeçilmez bir unsur, hasta ve doktor arasındaki ilişkidir (Street ve Millay, 2001). Doktor ve hasta arasındaki ilişkinin yapısı ve bu ilişkinin iletişim yoluyla ifadesi Plato tarafından tanımlanmış ve yirminci yüzyılın ortalarından beri modern tıp ve sosyal bilimler literatüründe yerini almıştır (Baughn, 2012). Teutsch (2003) doktor-hasta iletişimini, doktor ile hasta arasında genellikle klinik ortamda görülen ve sözlü ve sözsüz iletişimi içeren insan etkileşimi olarak tanımlamıştır. Kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik etmenler, doktor hasta iletişiminin yapısının belirleyicileridir (Atıcı, 2007). Kronik hastalığı olan bireylerin sayısındaki artış, geri ödeme uygulamalarındaki değişim, İnternet, yeni tıbbi teknolojiler, yasal düzenlemeler, tüketici odaklı sağlık hizmetlerini gündeme getiren sosyal normlardaki değişim ve maliyetlerin artması gibi sağlık hizmetlerinde yaşanan son değişimler doktorlar ve hastalar arasındaki etkileşimi artırmıştır (Baughn, 2012). Doktorların günümüz teknolojisinden faydalandıkları pek çok teşhis ve tedavi yöntemi varken, hasta ile gerçekleştirilen görüşmenin yapısı halen büyük önem arz etmektedir (Okay, 2012).

Sağlık hizmetlerin yapısında gerçekleşen hızlı gelişmeler doktorun sahip olduğu iletişim becerilerinin önemini ortaya çıkarmıştır (Bensing, 1991). Doktor ve hasta arasındaki etkileşimi açıklamak üzere pek çok teorik model geliştirilmiştir. Ong ve arkadaşları (1995) doktorun karakteristik özelliklerine, Keller ve Carrol (1994) empati ve hasta eğitime, Epstein ve arkadaşları (1993) dört farklı düşünce okuluna, Frederikson (1993) enformasyonun işlenme şekline ve Cegala ve arkadaşları (1996) enformasyonun yetkinin algılanmasındaki önemine vurgu yapmıştır (Thompson, 1998). Temel düşünce olarak birdoktor, hasta ile iletişim kurarak hastanın problemini tanımaya başlar ve hastalığın yönetimi için ve mümkünse çözümü için gerekli terapötik ilişkiyi yaratır (Bensing ve diğerleri, 1995; Verlinde ve diğerleri, 2012). Doktor ile hasta arasında uygulanan ilişki modelleriyle ilgili literatürde en yaygın olarak kullanılan sınıflandırma, Emanuel ve Emanuel (1992) tarafından yapılmıştır. Yazarlar, doktorla hasta arasındaki ilişki modellerini dörde ayırarak incelemektedir. Bunlar; paternalistik (babacıl), bilgilendirici (informative), yorumlayıcı (interpretive) ve müzakereci (deliberative) modellerdir. Paternalistik modelde, hasta yeterince bilgilendirilmeden onun adına doktor karar vermektedir. Bilgilendirici modelde, doktor hastaya gerekli bilgileri aktarmakta ve kararı hastadan beklemektedir. Yorumlayıcı modelde, hastaya gerekli bilgiler verildikten sonra, hastanın isteğinin ne olduğu doktor tarafından yorumlanmaktadır. Müzakereci modelde ise, karşılıklı görüşme ve tartışma sonucunda doktor, hastaya en iyiyi önermekte ve bu doğrultuda ikna etmeye çalışmaktadır (Uludağ, 2011; Atilla ve diğerleri, 2012; Baughn, 2012). Emanuel ve Emanuel, karar verici modeli ideal doktor hasta ilişkisi olarak görse de haklı olarak, farklı doktor-hasta ilişkileri modellerinin farklı klinik koşullar altında çalışabileceğini savunmaktadır (Ahmed, 2012). Okay (2012) ise dört modele ek olarak paylaşılan karar verme modelini ele almaktadır. Burada doktor-hasta ilişkisinde karar verme konusunda hastalar, giderek artan bir biçimde, sürece daha fazla dâhil edilmektedir. Klasik



modelin tersine doktor tek karar vericilikten, kararlarda hastaların ağırlık kazandığı ve görüşlerin paylaşıldığı modele geçiş yapılmaktadır. Paylaşılan karar verme, hasta merkezli tıp ile birçok benzerliğe sahiptir. Hasta merkezli tıp, hastaların hastalık deneyimleri ve bunlarla bağlantılı sosyal ve psikolojik faktörlerin anlaşılmasının önemini vurgular. Bu modelde de, hastaların tedavi kararlarına aktif katılması beklenir (Uludağ, 2011). Kişilerarası iletişim bağlamında doktor hasta iletişimi değerlendirildiğinde bu iletişim sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemesi sebebiyle sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasıdır (Bulduklu, 2015).

2. Sağlıkta Sosyal Gradyan

1977'de Sir Douglas Black başkanlığındaki bir komisyonun, Birleşik Krallık'ta sağlıkta sosyal bir gradyanın varlığını gösteren ünlü Kara Rapor (Black Report)'u yayınlaması (DHSS, 1980) ile sosyal eşitsizlik üzerine yeni bir araştırma dalgası başlamıştır. O günden bu yana birçok çalışma, sosyal sınıflar arasındaki sağlık farklılıklarını doğrulamıştır (Field ve Briggs, 2001; Mackenbach ve Kunst, 1997; Mackenbach ve diğerleri, 2008; Bloch ve diğerleri, 2011). Sağlık konusundaki sosyal gradyan, insanların ve/veya toplulukların sosyoekonomik durumu iyileştikçe sağlıklarının da iyileştiği anlamına gelmektedir (Blane, 2009). Bu, bir kişinin sosyal olarak durumu kötüleştikçe morbidite ve mortalite oranlarının sistematik olarak artması olarak da tanımlanabilir (Mackenbach, Meerding ve Kunst, 2010). Sosyal hiyerarşideki daha düşük pozisyonlar, insanları istenmeyen yaşama ve çalışma koşulları, psikososyal faktörler, sağlık davranışları gibi çeşitli sağlık risklerine maruz bırakmaktadır (Mackenbach ve diğerleri, 2010). Bakıma erişim, sosyal dışlanma ya da yoksulluk gibi temel sosyal mekanizmalara bağlı olarak sosyal gruplar arasındaki sağlık farklılıkları, günümüz halk sağlığı araştırmalarında büyük bir endişe konusudur. Ancak tüm dünyada sağlık göstergelerinde yaşanan gözle görülür iyileşmelere ve sağlık eşitsizliklerinin üstesinden gelmeye yönelik çabalara rağmen, sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı kişiler için daha yüksek morbidite ve mortalite oranları halen bulunmaktadır (Lynch ve diğerleri, 2001; Turrell ve Mathers, 2001; Mackenbach JP, van de Mheen ve Stronks, 1994; Achat ve diğerleri, 2010; Loignon ve diğerleri, 2010; Caruso, 2017; Verlinde ve diğerleri, 2012).

Sağlıkta eşitsizliklerin neden hastanın sosyo-ekonomik durumuyla ilişkili olarak görüldüğünün materyalist ve yaşam tarzı açıklaması da dâhil olmak üzere çeşitli olası açıklamaları söz konusudur (Thrane, 2006). Materyalist bakış açısı, sosyoekonomik açıdan iyi durumda olan kişilerin daha iyi ve daha düzenli sağlık hizmeti alabildiklerini, mesleki tehlikelere daha az maruz kaldıklarını ve 'daha sağlıklı' ortamlarda yaşadığını iddia etmektedir. Sosyo-ekonomik durumu kötü olan kişilerin aksine, daha iyi olan hastalar daha iyi sosyal desteğe sahip olabilmektedir. Sosyo-ekonomik durumu daha iyi olan hastaların, çoğunlukla daha yakın aile bağları yaşadıkları ve toplumla daha entegre oldukları için sosyo-ekonomik durumu kötü olan kişilerle karşılaştırıldığında daha fazla sosyal destek aldıkları ifade edilmektedir. Bu alanda yürütülen birçok araştırma, sosyo-ekonomik durum ile sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğunu belgelemektedir, sosyo-ekonomik durum ne kadar iyi olursa sağlığın da o kadar iyi olacağı kanıtlanmıştır (Thrane, 2006; Ross ve Wu, 1995; Bobak ve diğerleri, 2000). Yaşam tarzı perspektifi sağlık eşitsizliğini sıklıkla sigara, egzersiz davranışları, beslenme alışkanlıkları gibi çeşitli davranışların sonuçları açısından tartışmaktadır. Bu perspektif



insanların sigara içme, alkol kullanma ve egzersiz gibi farklılaştığı yaşam tarzı seçimlerinin sağlık eşitsizliğinin başlıca nedenleri olduğunu iddia etmektedir (Thrane, 2006; Droomers ve diğerleri, 1998; Manderbacka ve diğerleri, 1999). Buteori ile uyumlu olarak, Van Ryn ve Burke (2000) doktorların “sosyoekonomik durumu kötü olan hastaların fiziksel olarak aktif bir yaşam tarzını daha az istediklerini” düşündüklerini bulmuştur. Bu bakış açısı; eğitim, meslek veya gelir düzeyi düşük olan insanların yaşam şartlarını iyileştirmek suretiyle sağlığın sosyo-ekonomik eşitsizliklerinin azaltılabileceğini ortaya koymaktadır. Ancak yapılan çalışmalar, yaşam tarzı faktörleri kontrol edildiğinde sosyo-ekonomik durumun etkilerinin kaybolacağı düşüncesini desteklememektedir. Bazı yazarlar, yaşam biçimi faktörleri kontrol alındıktan sonra bile, sosyo-ekonomik açıdan sağlık eşitsizliklerinin kalıcı olduğunu iddia etmektedir (Manderbacka ve diğerleri, 1999; Ross ve Wu, 1995; Thrane, 2006).

Sağlıkta eşitsizlik birbiri ile ilişkili ekonomik, sosyal, sınıfsal ve kültürel birçok faktörden kaynaklanmaktadır. Dahlgren ve Whitehead (2006), Diderichsen'in yaklaşımını geliştirerek, bir ülkedeki sağlıkta sosyal eşitsizliklere yol açan nedenleri ve mekanizmaları şu şekilde tanımlamışlardır: Farklı düzeylerde güç ve kaynaklar, farklı düzeylerde sağlık risklerine maruz kalma, aynı maruz kalma düzeyi için farklı etkiler, yaşam boyu etkileri ve hasta olmanın farklı sosyal ve ekonomik etkileri. Sağlıkta eşitlik için ön koşul “eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım” olarak tanımlanan sağlık bakımında eşitliklerdir. Dahlgren ve Whitehead (2006) sağlıkta eşitlik kavramını şu şekilde tanımlamışlardır: “Sağlıkta eşitlik, herkesin ihtiyaç duyduğu hizmetlere coğrafik, ekonomik ve kültürel yönden eşit olarak ulaşabilmesi için yapılan düzenlemeleri içermektedir”

3. Sosyo-Ekonomik Eşitsizlikler ve Doktor Hasta İletişimi

İlk kez 1820'lerde Fransa'da Villerme'nin ve 1845'te İngiltere'de Engels'in çalışmaları ile kaleme alınan “yoksulluğun sağlık üzerinde çok ciddi etkileri olduğu” düşüncesi (Institute of Medicine, 1988) geçen yüzyılda yoksulluk - sağlık etkileşimini irdeleyen çok sayıda bilimsel araştırma (CSDH, OECD, WHO and World Bank Reports) ile de kanıtlanmış durumdadır. Yapılan çalışmalar eğitim, meslek ve gelir düzeyi ile belirlenen düşük sosyo ekonomik durumun; yüksek morbidite ve mortalite oranları, düşük yaşam kalitesi değerlendirmesi ve yüksek hastalık prevalansı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Park et al. 2002; OECD and WHO 2003; Philips 2006; Marmot et al. 2008; Pappa et al. 2009; Caron 2012; Diener and Tov 2012; Huebner et al. 2012; Tiliounie and Meziane 2012; Vaucher et al. 2012; Heidernia et al. 2013; Zhang et al. 2013; Saito et al. 2014; Rambotti 2015). Yapılan çalışmalar yoksulluğun insanları sağlık hizmetlerine ulaşımdan ve ilaçları satın alabilmelerinden yoksun bıraktığını ve çocukların rutin aşılarını yaptıramamalarına neden olduğunu göstermektedir (Park et al. 2002; WHO and World Bank 2002; OECD and WHO 2003; Boyer et al. 2014). Ayrıca yoksul insanların hastalıkları acil duruma gelene kadar tedavi aramadıklarını (Whitehead, Dahlgren and Evans 2001; World Bank 2003; Xu et al. 2007), sonrasında da tedavi uyumlarının ve sürekliliğinin daha zayıf olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Boyer et al. 2014). Bir yandan gıda güvensizliği ve yetersizliği, diğer taraftan da yeterli



barınmanın, temiz suyun ve yeterli sanitasyonun olmadığı ortamlarda yaşama zorunluluğu yoksul insanların hastalanmalarına neden olmaktadır (Park et al. 2002; WHO and World Bank 2002; CSDH 2008; Marmot et al. 2008; Bloch ve diğerleri, 2011). Yoksulluk, insanların sağlık riskleri ile ilgili yeterince bilgilendirilmesini engelleyen ve sağlıklarına zarar verecek tehlikeli işlerde çalışmaya zorlayan eğitimsizliğe neden olur (WHO and World Bank 2002; Philips 2006; CSDH 2008; Marmot et al. 2008; Ou et al. 2012). Yazılı kaynaklarda sigara içme ve sedanter yaşam tarzı gibi sağlığa zarar veren davranışlar genellikle sosyoekonomik çevrenin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (Wardle and Stoptoe 2003). Tüm bu nedenlerle sağlık durumu açısından daha savunmasız olan yoksul insanların, sağlık hizmetleri açısından da en az hizmet alan grup olduğu ifade edilmektedir (Loignon ve diğerleri, 2010). Hastanın sosyo-demografik özelliklerinin, görüşme sırasında doktorların davranışlarını etkilediğine dair önemli kanıtlar vardır (van Ryn ve Burke, 2000; Dehlendorf ve diğerleri, 2017). Hastanın sosyodemografik özellikleri, aldığı teşhis ve tedavileri de etkilemektedir (van Ryn ve Burke, 2000). Düşük sosyal sınıflardan insanların genellikle, sağlık hizmeti ve sağlık hizmeti sunucuları hakkında daha az olumlu düşündükleri bildirilmektedir (Malat ve diğerleri, 2005; Jensen ve diğerleri, 2010). Diğer taraftan, yoksulluk içinde yaşayan insanlar, doktorların kullandıkları dili ve genellikle tıbbi terminoloji ile açıklanan tavsiyelerini anlamakta zorlanmaktadır. Doktorların da yoksul insanları anlamakta zorlandıkları ve tavsiyelerini yerine getirmediklerinde sınırlandıkları, bu durumun da olumsuz bir tutuma neden olduğu ifade edilmektedir (Loignon ve diğerleri, 2010). Yoksul bireylerin sağlık problemleri daha fazla olduğu için doktorlar onlarla yaptıkları tıbbi görüşmelerde aşırı yüklenilmiş hissederler (Ventres ve Gordon, 1990; Willems ve diğerleri, 2005; Loignon ve diğerleri, 2015). Ayrıca yoksul insanların daha olumsuz sağlık bakım deneyimlerine sahip olma eğiliminde olduklarını ve bazen onları tedavi eden doktorlar tarafından yargılandıklarını hissettikleri de ifade edilmektedir (Loignon ve diğerleri, 2010). Bu son nokta çok önemlidir, çünkü doktor-hasta ilişkisinin kalitesi hizmetin etkinliğinde önemli bir faktördür. Bu nedenle, yoksullaraya yönelik sağlık hizmetlerini iyileştirmek için yapılacak herhangi bir çabanın yoksul hasta ve doktor arasındaki ilişkiyi dikkate alması çok önemlidir (Monnickendam ve diğerleri, 2007).

Şekil 1’de sunulan kavramsal model çerçevesinde doktor hasta iletişiminin sosyo-ekonomik eşitsizliklerden etkilenme yolları aşağıda açıklanmaktadır.



3.1. Hasta Katılımı Ve Doktorun İletişimi

Sağlık hizmetleri iletişiminde, doktor ve hasta olmak üzere iki ana aktör bulunmaktadır (De Laender, 2011). Doktor-hasta ilişkisi, her iki tarafın da birbirinden karşılıklı olarak etkilendiği bir süreçtir (Atilla ve diğerleri, 2012). Sadece hastanın özellikleri değil aynı zamanda doktorun özellikleri de hasta-doktor iletişiminin kalitesini etkileyebilmektedir (Piette, Schillinger, Potter ve Heisler, 2003).

Tablo 1’de, hasta ve doktor bakış açısından doktor-hasta iletişiminin en önemli özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 1. Doktor-Hasta İletişiminin Farklı Yönleri

Hastanın iletişimi	Doktorun iletişimi
Katılım davranışları:	Sözel:
Soru sorma	Araçsal
Net cevaplar	Bilgi verme
Endişeleri dile getirme	Talimat verme
Diğer negatif duyguları dile getirme	Açıklama isteme
	Danışma
	Soru sorma
	Açıklama yapma
	Duygusal
	Sosyal konuşma
	Endişe etme
	Güvence
	Refleks
	Anlaşma veya anlaşmazlık işaretleri
	Başka kelimelerle açıklama
	Sözel olmayan:
	Göz teması
	Baş sallama
	Dik dik bakış
	Ses tonu
	Gülme
	Yüz ifadesi
	Fiziksel uzaklık
	Aktif dinleme
	Hasta-merkezlilik:
	İşbirliği kurma
	Destekleyici konuşma
	Karar almaya dahil etme
	Güven
	Görüşme süresi



Kaynak: De Laender (2011)

3.1.1. Hasta Katılımı

Araştırmalar, hastalar endişelerini, beklentilerini ve tercihlerini tam olarak ifade ettiklerinde, doktorların sorunlarını daha hassas bir şekilde değerlendirebildiğini ve onlara daha iyi tavsiye sunabildiklerini göstermektedir (Kim ve diğerleri, 2003). ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi, hasta katılımını “sağlık konularında hastanın karar verme sürecine katılımı” olarak tanımlamaktadır (Longtin ve diğerleri, 2010; Wong ve diğerleri, 2017). Hasta katılımı, kullanıcılar ile karar vericiler arasında işbirliği ve iletişime dayalı güçlü ilişkiler kurulması anlamına gelen çok yönlü bir kavramdır (Bayın, 2016). Aktif hasta katılımı, soru sorma, net yanıtlar verme (örneğin, görüş sunma, istekte bulunma, yeni bir konu açma) ve endişe veya diğer olumsuz duyguların açıklanması gibi çeşitli iletişimsel davranışlarla gösterilebilir (Street ve diğerleri, 2005; Wong ve diğerleri, 2017).

Hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini aynı zamanda doktorların önerilerine uyma isteklerini ve uyabilmelerini etkileyen bir takım faktörler vardır. Bu faktörler arasında hastanın yaşı, geçmişi, sosyal, eğitim ve mali durumu sayılabilir (Aita, ve diğerleri, 2004). Bu ifade, görüşme sırasında hastaların aktif olarak katılım düzeyinin hasta, doktor ve bağlamsal faktörlerin bir fonksiyonu olduğunu gösteren Street ve arkadaşları (2005) tarafından da desteklenmektedir. Street ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışma; hastaların, işbirliği kurma ve destekleme konusuna daha fazla önem veren doktorlarla etkileşim halindeyken daha aktif katılımcı olduklarını göstermektedir (Kaplan ve diğerleri, 1995). Doktorların destek verici olduğunda ve hasta katılımını teşvik ettiklerinde hastaların çoğu kez daha aktif olduğu görülmektedir (Gordon ve diğerleri, 2005). Kaplan ve arkadaşları (1995), eğitim düzeyi yüksek hastaların daha az eğitilmiş hastalara göre daha aktif katılımcı olduğunu ortaya koymaktadır. Mercer ve arkadaşları (2016) da paralel olarak sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastaların katılım isteklerinin daha az olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastaların daha az aktif katılımcı olabilmelerinin olası bir açıklaması doktorlarının onların katılımlarını daha az desteklediği yönündedir (Caruso, 2017; De Laender, 2011; Loignon ve diğerleri, 2015).

Tıbbi görüşme sırasında aktif hasta katılımının hastanın yararına olması beklenmektedir. Aktif katılım, hastaların hastalıklarını yönetebilme yeteneklerine olan güvenlerini güçlendirebilir, böylece tedavi planlarına daha uyumlu olmalarını sağlayabilir. Bu da sağlık durumunun iyileşmesine neden olur (Zandbelt ve diğerleri, 2006; Alexander ve diğerleri, 2014; Caruso, 2017; Wong ve diğerleri, 2017). Aktif katılım sağlayan hastaların, pasif hastalara göre önerilen tedaviye uyumda daha fazla kararlı oldukları, sağlık konusunda daha güçlü bir kontrol hissettikleri ve hatta görüşme sonrasında sağlıklarını daha iyi algıladıkları görülmektedir (Street ve Millay, 2001; Coulter ve diğerleri, 2008). Tıbbi görüşmeye aktif olarak katılan hastalar görüşmenin odağını değiştirebilir ve verilen bilgi düzeyini kontrol edebilir (Zandbelt ve diğerleri, 2006). Hastaların doktorlarla uyumlu bir ilişki



kurabildiklerinde, semptomları ve verilen tedavi ile ilgili bilgi aldıklarında ve hizmet sunucusuyla fikirlerini tartışabildiklerinde, hizmetten memnun olma ihtimallerinin çok daha yüksek olduğu ve doktorların işbirliği kurmaya istekli olduklarını algıladıkları ifade edilmektedir (Baumann ve diğerleri, 2008; Caruso, 2017; Coulter ve diğerleri, 2008; Wong ve diğerleri, 2017). Street ve arkadaşları'nın (2005) yaptığı bir çalışma, daha eğitilmiş hastaların daha fazla soru sorarak ve daha olumlu bir yaklaşımla daha aktif iletişim kurma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Siminoff, Graham ve Gordon (2006) tarafından yapılan çalışmada da daha eğitilmiş hastaların ve geliri daha yüksek olan hastaların doktorlarına daha fazla soru sordukları belirlenmiştir.

3.1.2. Doktorların İletişimi

Hastaların sosyal ya da demografik özellikleri söz konusu olduğunda doktorların tarafsız olmaları beklenir (van Ryn ve Burke, 2000). Doktorlar her bir hastayı objektif olarak görebilmelidirler, çünkü hastalar hakkındaki algıları ve inançlarının tıbbi görüşmenin özellikleri ve tedavi önerileri üzerinde önemli etkileri olabilir (van Ryn ve Burke, 2000). Ancak, doktorların sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastalarıyla çok rahat olamadıkları belirlenmiştir (Blacksher, 2008). Bazı yazarlara göre, doktorların görüşmeye, sosyo-demografik özelliklerine ve epidemiyolojik verilerine dayanarak hastalar hakkında belirli beklentileri taşıma olasılığı vardır (Piette ve diğerleri, 2006). Burgess, Fu ve van Ryn (2004) doktorların bazı hastaları tanımlarken stereotip uygulayabileceklerinin olası olduğunu ortaya koymaktadır. Bu beklentiler ve stereotipler, tedavi seçeneklerini ve doktorun iletişim tarzını etkileyebilir (Piette ve diğerleri, 2006). Bu durumun sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastalarla tıbbi ilişki içerisinde olma ihtimali daha yüksektir, çünkü iletişim engelleri doktor ve hastanın sosyo-demografik farklılıkları ile artmaktadır. Bu hastalıkla ilgili inançların farklılığından, sosyal ve kültürel geçmişteki farklılıklara bağlı genel algıdaki farklılıklardan ve/veya iletişim tarzı ve modellerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir (van Ryn ve Burke, 2000; Loignon ve diğerleri, 2015).

Bazı yazarlar doktorların davranışlarını kolaylaştırıcı/ teşvik edici iletişim tarzı ve engelleyici iletişim tarzı olarak ikiye ayırmaktadır (Şekil 1). Kolaylaştırıcı davranış, sözlü ve sözsüz teşvikleri kullanarak hasta ile özenli etkileşim tarzını ifade eder. Doktor, hastanın söylediklerini özetler, açık ve kapalı sorular sorar ve saygılı ifadeler kullanır. Engelleyici iletişim tarzı, doktor ve hasta arasında mesafe yaratan bir etkileşim tarzını ifade eder. Bu iletişim tarzı; konuyu görmezden gelme ya da değiştirme, odak noktayı değiştirme, eleştiri, alaycı ifadeler ve uygun olmayan söz kesme gibi davranışlarla açıklanabilir (Schouten ve diğerleri, 2008). Yapılan araştırmalar doktorun daha kolaylaştırıcı davranış sergilediğinde hastaların daha fazla tatmin olduğunu göstermiştir (Zandbelt ve diğerleri, 2007).

3.1.3. İletişim Hedefleri

Bir hasta ile iletişim kurarak doktor, hastanın probleminin kaygılarını tanımaya başlar. Öykü alımı, tanı koyma ve tedaviyi belirleme sözlü ve sözsüz bilgileri paylaşarak gerçekleştirilir



(Bensing, Kerssens ve van der Pasch, 1995). Doktor-hasta iletişiminin ana hedefi hizmet kalitesini arttırmaktır. Ong ve arkadaşları'na göre (1995), doktorlar ve hastalar arasındaki iletişimin ayırt edilebilecek üç temel ana amacı vardır: iyi bir kişilerarası ilişki kurma, bilgi alışverişinde bulunma ve tedaviyle ilgili kararlar alma. Bu üç hedef aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

a) Kişilerarası bir ilişki oluşturma

İyi bir kişilerarası ilişkinin tanımlanmasıyla ilgili farklı görüşler vardır. Bazı yazarlar gülerken veya şakalar yaparak, kişisel konuşmalar yaparak, övgü göstererek, samimiyeti ve dürüstlüğü sunmanın, hastayla iyi bir kişilerarası ilişkiyi şekillendirmenin gerekli unsurları olduğunu söyler (Ong ve diğerleri, 1995). Diğer taraftan, empatinin, hastaların gerçekten endişe duydukları şeylerden söz edecek kadar güvende hissetmelerini sağlamak için gerekli olduğunu ifade eden yazarlar da vardır (Bensing ve diğerleri, 1995). Empati, kişilerarası bir ilişki yaratmanın önemli bir bileşenidir (Ong ve diğerleri, 1995) ve doktorun hastayı ve hastanın problemini anladığını göstermesi anlamına gelmektedir (Bensing ve diğerleri, 1995). Empatik doktor-hasta ilişkileri, çoğunlukla hastanın söylediklerini dinlemek, duygular uyandırmak, teşvik etmek ve sözlü olmayan davranışları yansıtmaktan oluşur (Ong ve diğerleri, 1995). Mercer ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan hastaların doktorlarının daha az empati yaptıklarını düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır.

b) Bilgi alışverişinde bulunma

Bir doktor ile hastası arasındaki bilgi alışverişi, bilgi verme ve bilgi aramaktan oluşur. Bir yandan, doktor doğru teşhis ve tedavi planını yapmak için bilgiye ihtiyaç duyar. Diğer yandan, hasta neler olup bittiğini öğrenmeyi, anlamayı ve aynı zamanda doktor tarafından anlaşılmayı istemektedir (Ong ve diğerleri, 1995). Yapılan çalışmalar, hastanın sosyo-ekonomik düzeyinin bilgi sahibi olma ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Doktorlar daha eğitimli hastalara ve yüksek gelirli hastalara daha fazla bilgi verme eğilimindedirler (van den Brink-Muinen ve diğerleri, 2003; Murray ve diğerleri, 2007; Siminoff ve diğerleri, 2006; Loignon ve diğerleri, 2015; Dehlendorf ve diğerleri, 2017; Mercer ve diğerleri, 2016).

c) Karar verme

Tıbbi görüşmede iletişimin diğer bir amacı, doktorun ve hastanın tedaviyle ilgili kararlar almasını sağlamaktır. Bu tür kararları vermek için doktor ve hastanın her ikisi de bilgiye ihtiyaç duymaktadır.

3.1.4. İletişim Davranışları

Tıbbi görüşme sırasında iletişim davranışları sözel davranış (araçsal ve duyuşsal), sözsüz davranış ve hasta merkezlik alt başlıklarında değerlendirilebilir.



a) Sözel Davranış

Genel olarak, sözel davranış, tıbbî görüşme sırasında “sözlü iletişim” olarak tanımlanabilir. Tıbbi karşılaşmadaki sözlü davranış, araçsal/görev odaklı sözel davranış ve duygusal/sosyo-duygusal sözel davranış olarak ikiye ayrılmaktadır (van den Brink-Muinen ve diğerleri, 2003; Schouten, Meeuwesen, Tromp ve Harmsen, 2007).

Araçsal davranış: Araçsal veya görev odaklı sözel davranış, bilişsel alana aittir (Bensing, 1991; Ong ve diğerleri, 1995) ve yön vermeyi, açıklama yapmayı, soru sormayı, bilgi vermeyi ve danışmanlık yapmayı içerir (van den Brink-Muinen ve diğerleri, 2003; Schouten ve diğerleri, 2007). Araçsal davranışlar, problem çözmede kullanılan teknik temelli beceriler olarak tanımlanabilir (Ong ve diğerleri, 1995). Daha önce de belirtildiği gibi, doktorların daha eğitilmiş hastalara ve yüksek gelirli hastalara daha fazla bilgi verme eğiliminde olduklarını ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (van den Brink-Muinen ve diğerleri, 2003; Murray ve diğerleri, 2007; Siminoff ve diğerleri, 2006; Mercer ve diğerleri, 2016). Schouten ve ark.(2007)'nin yaptığı bir araştırmaya göre, genel pratisyenler, duygusal davranıştan çok araçsal davranış gösterirler. Bununla birlikte, hastanın memnuniyetini, doktorunduyuşsal sözlü davranışının, araçsal davranışından çok daha fazla etkilediği ifade edilmektedir (Schouten ve diğerleri, 2007; Kee ve diğerleri, 2017).

Duygusal davranış: Hasta-doktor iletişimde duygusal davranış, duygusal alanın bir parçasıdır (Bensing, 1991; Ong ve diğerleri, 1995) ve bu alan içerisinde sosyal davranış ve sosyal konuşmanın her biçimi yer alabilir. Olası duygusal ifadeler şunlardır: endişe, güvence, yansıma, anlaşma işaretleri ya da uyuşmazlıklar ve açıklama (van den Brink-Muinen ve diğerleri, 2003; Schouten ve diğerleri, 2007). Duygusal davranış, doktor ile hasta arasında pozitif bir ilişki kurmak ve sürdürmek için tasarlanmış duygusal içeriğe sahip sözlü anlatımlar olarak tanımlanabilir (Ong ve diğerleri, 1995). Schouten ve arkadaşları(2007) tarafından yürütülen bir çalışmada doktorların en fazla duygusal sözel davranışlarının hasta katılım ve memnuniyetini etkilediği belirlenmiştir. Bu durum, doktorun daha duygusal davranış gösterdiğinde hastanın daha fazla soru soracağını göstermektedir. Daha eğitilmiş hastalar doktorlarından daha fazla duygusal ifade almaktadır (Siminof ve diğerleri, 2006; Mercer ve diğerleri, 2016).

b) Sözsüz davranış

Doktor, hastanın probleminin doğasını keşfetmeye ve bunu doğru tanıya çevirmeye çalışmalıdır. Bunu yapmak için doktor ile hastası arasında sözlü bilgi değişimi yapılmaktadır (Bensing, 1991; Bensing ve diğerleri, 1995). Bununla birlikte, çoğu çalışmada, sözsüz iletişimsel yönler fazla dikkat edilmeden, doktorların ve hastaların sözel davranışlarının sıklığına odaklanılmıştır (Schouten ve diğerleri, 2008). Yine de, tıbbi görüşmesinde davranışın önemine artan bir ilgi duyulmaktadır. Sözsüz davranış; göz teması, ses tonu, kahkahalar, yüz ifadeleri, fiziksel uzaklık, baş sallama gibi farklı şekillerde gerçekleştirilir (Ong ve diğerleri, 1995). Bensing ve arkadaşları (1995) “bakışın” sözsüz



iletişimde özel bir yeri olduğunu iddia etmektedir. Bakış, doktorun hastanın yüzüne doğrudan baktığı zaman olarak tanımlanabilir. Dinleyicilerin konuşmacıya bakması, iletişimde önemli bir değerdir. Aynı zamanda konuşmacı da, bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmek için dinleyiciye bakmalıdır (Bensing ve diğerleri, 1995). Doktor, hastaya bakarak, hastanın duygularını ve endişelerini daha fazla anlayabilir. Bensing ve arkadaşları (1995) tarafından yürütülen çalışmanın sonuçları bakış süresinin doktorun sözlü davranışı ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir. Doktorların hastalarına sık sık baktıkları görüşmelerde hastalar endişeleri hakkında konuşmaya daha eğilimli görünmektedir. Bu durumda hastalar daha çok konuşur, sağlık problemlerinden daha fazla bahseder ve daha fazla bilgi verir. Bensing ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmada, sözlü ve sözsüz davranışların karşılıklı güçlendirici ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doktor ve hasta psiko-sosyal konular hakkında konuştuğunda, doktorun bakışları ile sorgulama, bilgi verme ve danışma gibi araçsal iletişim davranışları arasında bir ilişki vardır. Zandbelt ve arkadaşları (2006) hastaların tıbbi görüşmeye katılımının sözel teşvikler dışında doktorların sözsüz teşvikleriyle de ilgili olduğu sonucuna varmıştır. Doktorun aktif dinleme becerileri, görüşmesinde sözsüz davranışa dâhil edilebilir. Schouten ve arkadaşları (2007) doktorların sözel olmayan davranışlarının (örneğin göz teması) görüşmesinde hastanın davranışları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu iddia etmektedir. Araştırmalar, hastaların sözsüz mesajlara ve doktorun sözlü ve sözsüz davranışları arasındaki tutarsızlıklara karşı çok hassas olduğunu ortaya koymuştur (Ong ve diğerleri, 1995; Kee ve diğerleri, 2017). Gelecekte iletişimin bu yönünü daha ayrıntılı araştırmanın yararlı olacağı düşünülmektedir.

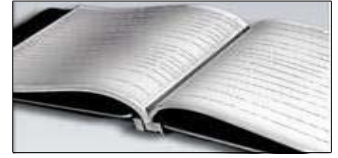
c) Hasta Merkezlilik

Son yıllarda doktor-hasta ilişkisi, paternalistik/ataerki modelinden hasta merkezli bir ilişki modeline dönüşmüştür (Lee ve Lin, 2010; Alexander ve diğerleri, 2014). Geleneksel olarak ideal doktor-hasta ilişkisi, doktorun bakımı yönlendirdiği ve tedaviyle ilgili kararları verdiği paternalistik bir ilişki modelidir. Zamanla bu yaklaşım yerine “paylaşılan karar alma” modeli getirilmiştir (Ong ve diğerleri, 1995; Alexander ve diğerleri, 2014).

Farklı tanımlara rağmen (Zandbelt ve diğerleri, 2006), çoğu yazar, hasta merkezli bakımın, hastayı kişisel geçmişi ve belirli bireysel ihtiyaçları olan bir kişi olarak kabul ettiğini ifade etmektedir (Zandbelt ve diğerleri, 2006). Hasta merkezli iletişim, kolaylaştırıcı davranış olarak işlevselleştirilebilir (Zandbelt ve diğerleri, 2007). Destekleyici konuşma, hastaların psiko-sosyal ve fiziksel ihtiyaçlarına dikkat ederek, hastaların kaygılarını açıklamalarına, ortaklık hissi vermeye ve hastanın karar vermeye aktif katılımını kolaylaştırmaya yönelik çeşitli yönlerden ayırt edilebilir (Lee ve Lin, 2010).

3.1.5. Hasta-Merkezli İletişimin Etkileri

Yapılan araştırmalar, hasta merkezli iletişimin hastaların hastalık, tedavi ve sağlıkla ilgili davranışları hakkındaki görüşlerini ifade etmesini sağladığı sonucunu desteklemektedir (Zandbelt ve diğerleri, 2006; Şahin ve İğde, 2014). Doktorlar, hasta merkezli iletişim



kullanarak, hastaların endişeleri, fikirleri ve beklentilerinin dile getirilmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu tekniğin, hastanın kendi sorununun tam olarak araştırılmasına ve doktor tarafından anlaşılmasına olan inancını arttırdığı kabul edilmektedir (Zandbelt ve diğerleri, 2007). Buna ek olarak, bu tür iletişim, tedavi planının ortak yapıldığı hissini ve gerçekleştirilebileceğine ilişkin güveni destekleyebilir. Sonuç olarak, hasta merkezli iletişimin hastaların memnuniyetini ve tıbbi tedavi planına uyum düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir (Şekil 1) (Zandbelt ve diğerleri, 2007). Siminoff ve arkadaşları (2006) hem hasta hem de doktorun kişilerarası ilişki kurmaya çalışmak için vakit harcadığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, doktorların, daha eğitilmiş hastalar ve gelir seviyesi daha yüksek olan hastalarla daha fazla ilişki kurmaya çalıştıkları da ifade edilmektedir (Dehlendorf ve diğerleri, 2017; Caruso, 2017; Loignon ve diğerleri, 2015). Hasta merkezli iletişiminin tartışılan güven, görüşme süresi ve karar verme konuları üzerine farklı etkileri söz konusudur.

a) Güven

Son zamanlarda yapılan birçok araştırmada, hastaların sağlık kuruluşlarına olan güvenine odaklanılmıştır. Güven, tatmin edici bir doktor-hasta ilişkisi için önemli bir temel olarak görülmektedir (Kowalski, Nietzsche, Scheibler, Steffen, Albert ve Pfaff, 2009). Güven, doktorlar tarafından hastaların dikkatle dinlenmesi, sorularının cevaplanması, hastalara istedikleri veya ihtiyaç duydukları kadar çok bilgi verilmesi ve hastaları karar verme sürecine dâhiletmeleri gibi etkinliklerle etkili bir şekilde iletişim kurulması aracılığıyla sağlanabilir (Trachtenberg ve diğerleri, 2005). Bir hasta ile doktoru arasında güvene dayalı bir ilişki, hastaların tedavi olmayı istemelerinde, doktorun tavsiyelerine uyma isteklerinde, doktorun kararına duydukları güvende (Kowalski ve diğerleri, 2009) ve doktoru kontrolü daha fazla verme isteğinde (Trachtenberg ve diğerleri, 2005) artışa neden olur. Güven ayrıca hasta memnuniyetini ve sağlık sonuçlarını da geliştirir (Kowalski et al., 2009). Kowalski ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen bir araştırma, hastalar tarafından algılanan doktorun iletişim davranışlarının, bu hastaların doktorlarına duydukları güven seviyesinin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

b) Tıbbi Görüşme Süresi

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, pratisyen doktorların hastalarıyla harcadıkları zamana artan bir ilgi söz konusudur (Videau, Bérengère, Paraponaris ve Ventelou, 2010). Tıbbi görüşmenin uzunluğu birincil bakımın önemli bir belirleyicisidir, zira uzun tıbbi görüşmeler daha yüksek hasta memnuniyeti ile ilişkilendirilir (Furler, Harris, Chondros, Davies, Harris ve Young, 2002). Daha önce de belirtildiği gibi, araştırmalar sosyo-ekonomik düzeyde düşük olan kişilerin daha yüksek oranda kronik hastalıklara sahip olduğunu ve daha yüksek mortalite oranına sahip olduğunu göstermiştir (Furler ve diğerleri, 2002). Bu nedenle, büyük oranda daha uzun tıbbi görüşme süresine ihtiyaç duyabilecekleri beklenmektedir. Ancak, pratikte bunun genellikle geçerli olmadığı ifade edilmektedir. Tıbbi görüşme süresi konusunda hastaların sosyo-ekonomik düzeyinin önemi üzerine çok az araştırma yapılmıştır. Yapılan bir



araştırma hastaların sosyo-ekonomik düzeyleri ile görüşme süresi arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir (Videau ve diğerleri, 2010). Furler ve arkadaşları (2002), daha düşük sosyo-ekonomik düzeyi olan ve dezavantajlı bölgelerde yaşayan kişilerin doktorlarını her yıl daha sık ziyaret ettiklerini, ancak uzun süre tıbbi görüşmede bulunma olasılıklarının düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kısa görüşmelerin, hastanın sağlık durumu ve ihtiyaçları yerine doktorun özellikleri tarafından belirlendiği düşünülmektedir. Tıbbi görüşmenin süresini etkileyebilecek olası özellikler zaman baskısı, görülecek hasta sayısı ve genel pratisyenlerin yoğunluğudur. Tıbbi görüşme süresi de doktorun demografik özellikleri ve mesleki özellikleriyle bağlantılıdır (Videau ve diğerleri, 2010). Videau ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada bu durumun olası bir açıklaması şu şekilde yapılmıştır. Düşük sosyo-ekonomik düzeyli (eğitim düzeyi ile ölçülen) hastaların, bireysel özelliklerinden dolayı değil, daha kısa tıbbi görüşme yapmakta olan doktorları ziyaret etme eğiliminden dolayı kısa tıbbi görüşmeler yaşadıkları sonucuna varmışlardır. Buna “eşleşen hipotez” denilmektedir. Bu duruma getirilen açıklama, yoksul hastaların olduğu bölgelerde doktorların yoğunluğunun zenginlerin olduğu bölgelerden çok daha düşük olmasıdır. Bunun sonucunda yoksun bölgelerdeki pratisyen doktorların iş yükü daha yüksek olmaktadır. Eşleşme etkisi, yoksul insanların aşırı yük ile karşı karşıya kalan ve dolayısıyla görüşme süresini kısa tutmak zorunda kalan doktorlarla eşleşmesini ifade etmektedir (Videau ve diğerleri, 2010). Siminoff ve Step (2005) ise doktorların, daha eğitilmiş ve bilinçli olduğunu düşündükleri hastalara daha fazla zaman ayırdıklarını ancak daha fazla hasta eğitimine ihtiyaç duyanlara daha az zaman ayırdıklarını ifade etmiştir.

c) Karar Verme

Daha öncede ifade edildiği gibi, hastaların tedavilerine katılma konusunda tercihleri değişkenlik göstermektedir. Bazı hastalar tıbbi görüşmede daha aktif bir katılımı tercih ederken, bazıları kararlarını vermek için tamamen doktorlarına güvenmeyi istemektedir (Lee ve Lin, 2010). Bu nedenle, bazı araştırmacılar karar verme sürecinde esnekliğin önemini vurgulamaktadır. Bu şekilde, hastaların bireysel farklılıkları ve tercihlerine daha çok saygı duyulmaktadır (Lee ve Lin, 2010). Tıbbi görüşmede ayırt edilebilecek üç tür karar verme şekli vardır: paternalistik model, tüketici modeli ve ortak karar verme modeli. Paylaşılan karar alma modeli, genel olarak hasta odaklı bir yaklaşımda olduğundan sağlık çıktıları üzerinde olumlu bir etkisi vardır (Murray ve diğerleri, 2007; Şahin ve İğde, 2014). Sosyo-ekonomik düzey ve hastaların klinik karar verme deneyimleri arasındaki ilişkiye açıkça bakan çok veri bulunmamaktadır. Ancak bir hastanın sosyo-ekonomik düzeyinin tıbbi bakımın süreci ve sonuçlarındaki farklılıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir, bu nedenle düşük sosyo-ekonomik düzeyin karar verme farklılıklarıyla da ilişkili olması mümkündür (Murray ve diğerleri, 2007). Murray ve arkadaşları (2007) sosyo-ekonomik düzeyin karar alma tarzıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Düşük gelirli ve eğitim düzeyi düşük olan insanların, ortak karar alma modeline dâhil olma olasılıklarının daha düşük olduğu ve daha çok paternalizm veya tüketim modeli çerçevesinde doktorları ile karar alacakları



düşünülmektedir (Caruso, 2017; Loignon ve diğerleri, 2015; Dehlendorf ve diğerleri, 2017; Mercer ve diğerleri, 2016).

SONUÇ

Bu çalışmada doktor hasta iletişiminde sosyal gradyan ile ilgili temel kavramlar ve bu konuda yapılan araştırmalar değerlendirilmiştir. Daha önce yapılan araştırmalara dayanarak doktorun, hastanın sosyal statüsüne göre farklı iletişim kurabildiğini ve hastaların da sosyal sınıflarına göre farklı bir iletişim tarzı benimseyebildiklerini söylemek mümkündür. Bu farklılıkların sosyo-ekonomik yönden dezavantajlı bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımındaki mevcut engellerini daha da artırdığı düşünülmektedir. Doktorun iletişim davranışının hastanın iletişim tarzı ve kişisel veya sosyal özellikleriyle ilişkili olduğu bulgusu, doktorun günlük uygulamaları için önemli etkilere sahiptir.

Doktorların, tıbbi görüşmelerde özellikle sosyo-ekonomik yönden dezavantajlı olan hastaların farklılıkları konusunda bilinçli olmaları gerekmektedir. Doktorların bu hastalara karşı tutumlarına dikkat etmeleri önemlidir ve duygularının davranışlarını nasıl etkilediğinin ve bunun sonucunda hastalar tarafından nasıl algılandıklarının farkında olmaları gerekmektedir. Bilinçli veya bilinçsiz stereotiplerin, davranışlarını etkileyebileceğini dikkate almalıdırlar. Doktorlar, hastalarının sorunlarını tartışmaya ve soru sormaya teşvik etmeli ve aktif olarak dinlemelidirler. İletişim becerileri ve tutum eğitimi, bu sorunları iyileştirmek için uzun vadede çözüm sağlayacak önemli bir araç olabilir. Diğer yandan hastaların öz yeterlik konusunda güçlendirilmesi ve endişelerini ve tercihlerini nasıl ifade edebileceklerini öğrenmeleri önemlidir. Eğitim düzeyi düşük hastaların tıbbi karar alma sürecine katılımını artıracak müdahalelerin iyi bir araç olduğu ve sağlık sonuçlarında ölçülebilir ve klinik açıdan önemli iyileşmeler sağlayacağı düşünülmektedir. Doktorların, hasta katılımını kolaylaştıran ve engelleyen süreçleri tanımlayarak, hastalarına tıbbi görüşmelerde daha etkin bir şekilde katılmalarına yardımcı olmak için kendi iletişim ve günlük uygulamalarını uyarlamaları beklenmektedir.

Gelecek araştırmalarda sosyoekonomik yönden dezavantajlı hastaların ve onlara hizmet sunan doktorların doktor-hasta iletişimini algılamalarına yönelik çalışmaların sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin üstesinden gelmede önemli çıkarımlar sağlayabileceği düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

- Achat, H.M., Thomas, P., Close, G.R., Moerkerken, L.R., Harris, M.F. (2010). General health care service utilisation: where, when and by whom in a socioeconomically disadvantaged population. *Australian Journal of Primary Health*, 16, 132-140.
- Ahmed, R. (2012). Interpersonal Health Communication An Ecological Perspective. In R. Obregon S. Waisbord (Eds.), *The Handbook Of Global Health Communication* (pp.144-176). Wiley-Blackwell.
- Aita, V., McIlvain, H., Backer, E., McVea, K., Crabtree, B. (2004). Patient-centred care and communication in primary care practice: what is involved? *Patient Education and Counseling*, 58, 296-304.
- Alexander, J., Hearld, L., Mittler, J. N. (2014). Patient–physician role relationships and patient activation: The moderating effects of race and ethnicity. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 472-495.
- Atıcı, E. (2007). Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33 (1), 45-50.
- Atilla, G., Oksay, A., Erdem, R. (2012). Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Hakemli Dergisi*, (43), 23-37.
- Baughn, D. (2012). Care for the socially disadvantaged: The role of race and gender on the physician-patient relationship and patient outcomes in a safety net primary care clinic. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy at Virginia Commonwealth University.
- Baumann, M., Baumann, C., Le Bihan, E., Chau, N. (2008). How patients perceive the therapeutic communication skills of their general practitioners, and how that perception affects adherence : use of the TCom-skill GP scale in a specific geographical area. *BMC Health Services Research*, 8 (1), 244-253.
- Bayın, G. (2016). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 458-466.
- Bensing J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32(11), 1301-1310.
- Bensing, J.M., Kerssens, J.J., van der Pasch, M. (1995). Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behaviour*, 19, 223-242.
- Blacksher, E. (2008). Healthcare disparities: The salience of the social class. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17, 143-153.
- Blane, D. (2009). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri. Marmot M. Ve Wilkinson, R.G. (Ed) içinde, *Yaşam Seyri, Sosyal Gradyan ve Sağlık* (72-97). İstanbul: İnev Yayınları.
- Bloch, G., Rozmovits, L., Giambrone, B. (2011). Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Family Practice*, 12(1), 62-68.
- Bobak, M., Pikhart, H., Rose, R., Hertzman, C., Marmot, M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, 51, 1343-1350.



- Boyer, L., Baumstarck, K., Iordanova, T., Fernandez, J., Jean, P., Auquier, P. (2014). A poverty-related quality of life questionnaire can help to detect health inequalities in emergency departments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 285-295.
- Bulduklu, Y. (2015). Hastalarla İletişim. Çizgi Kitabevi: Konya.
- Burgess, D.J., Fu, S.S., van Ryn, M. (2004). Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1154-1159.
- Campbell, T. A., Auerbach, S. M., Kiesler, D. J. (2007). Relationship of interpersonal behaviors and health-related control appraisals to patient satisfaction and compliance in a university health center. *Journal of American College Health*, 55(6), 333-340.
- Caron, J. (2012). Predictors of Quality of Life in Economically Disadvantaged Populations in Montreal. *Social Indicators Research*, 107(3), 411–427.
- Caruso, M. (2017). The Patient-Physician Relationship from the Perspective of Economically Disadvantaged Patients. Dissertation Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology in the Department of Clinical Psychology Antioch University New England.
- Coulter, A., Parsons, S., Askham, J., World Health Organization. (2008). *Where are the patients in decision-making about their own care?* (No. EUR/07/5065810). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Dahlgren G, Whitehead M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: World Health Organization.
- De Laender, N. (2011). Socio-Economic Status Of The Patient and Doctor-Patient Communication: Does It Make A Difference? *Patient Education And Counseling*, 56(2), 139-146.
- Dehlendorf, C., Anderson, N., Vittinghoff, E., Grumbach, K., Levy, K., Steinauer, J. (2017). Quality and Content of Patient–Provider Communication About Contraception: Differences by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Women's Health Issues*, 27(5), 530-538.
- DeVoe, J. E., Wallace, L. S., Fryer Jr, G. E. (2009). Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: Do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter?. *Health Expectations*, 12(1), 70-80.
- Diener, E., Tov, W. (2012). National accounts of well-being. In K. C. Land, A.C. Michalos, M.J. Sirgy (Eds.), *Handbook of social indicators and quality-of-life research*, (pp. 137-159). New York & London: Springer.
- Droomers, M., Schrijvers, C.T.M., van de Mheen, H., Mackenbach, J.P. (1998). Educational differences in leisure-time physical inactivity: a descriptive and explanatory study. *Social Science & Medicine*, 47, 1665-1676.



- Duberstein, P., Meldrum, S., Fiscella, K., Shields, C. G., Epstein, R. M. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient education and counseling*, 65(2), 270-274.
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gauden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., ... Beasley, M. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(1).
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.
- Field, K. S., Briggs, D. J. (2001). Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health & Social Care In The Community*, 9(5), 294-308.
- Franks, P., F Jerant, A., Fiscella, K., G Shields, C., J Tancredi, D., M Epstein, R. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: Physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Social Science and Medicine*, 62(2), 422-432.
- Furler, J.S., Harris, E., Chondros, P., Davies, P.G.P., Harris, M.F., Young, D.Y.L. (2002). The inverse care law revisited: impact of disadvantaged location on accessing longer GP consultation times. *The Medical Journal of Australia*, 177, 80-83.
- Gordon, H. S., Street, R. L., Jr, Sharf, B. F., Kelly, P. A., Soucek, J. (2006). Racial differences in trust and lung cancer patients' perceptions of physician communication. *Journal of Clinical Oncology*, 24(6), 904-909.
- Hall, J. A., Dornan, M. C. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, 27(9), 935-939.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Milburn, M. A., Daltroy, L. H. (1996). Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits: A synthesis of four studies. *Medical Care*, 34, 1205-1218.
- Heidarnia M.A., Ghaemian, T., Montazeri, A., Abadi, A.R. (2013). Evaluation of the relation between poverty and health-related quality of life in the people over 60 years-old in the district 4 of Tehran municipality in 2009-2010. *Novelty in Biomedicine*, 1, 23-28.
- Huebner, E. S., Gilman, R., Ma, C. (2012). Perceived quality of life of children and youth. In K. C. Land, A.C. Michalos, M.J. Sirgy (Eds.), *Handbook of social indicators and quality-of-life research*, (pp. 355-373). New York & London: Springer.
- Black, D. (1980). *Inequalities in health: report/ of a research working group*. DHSS.
- Institute of Medicine. (1988). *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jensen, J.D., King, A.J., Guntzviller, L.M., Davis, L.A. (2010). Patient-provider communication and low-income adults: Age, race, literacy and optimism predict communication satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 79, 30-35.
- Kaplan, S.H., Gandek, B., Greenfield, S., Rogers, W., Ware, J.E. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33(12), 1176-1187.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., Ware, J.E. (1989). Assessing the effects of physicianpatient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27, 110-127.



- Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97-106.
- Kim, Y.M., Putjuk, F., Basuki, E., Kols, A. (2003). Increasing patient participation in reproductive health consultations: an evaluation of 'Smart Patient' coaching in Indonesia. *Patient Education and Counseling*, 50, 113-122
- Kowalski, C., Nitzsche, A., Scheibler, F., Steffen, P., Albert, U.S., Pfaff, H. (2009). Breast cancer patients' trust in physicians: The impact of patients' perception of physicians' communication behaviours and hospital organizational climate. *Patient Education and Counseling*, 77, 344-348.
- Lee, Y.Y., Lin, J.L. (2010). Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centred care to patient-physician relationships and health outcomes. *Social Science & Medicine*, 71, 1811-1818
- Loignon, C., Fortin, M., Bedos, C., Barbeau, D., Boudreault-Fournier, A., Gottin, T., ... Haggerty, J. L. (2015). Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Family Practice*, 32(2), 232-236.
- Loignon, C., Haggerty, J.L., Fortin, M., Bedos, C.P., Allen, D., Barbeau, D. (2010). Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: research protocol. *BMC Health Services Research*, 10, 1-7.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62. Elsevier.
- Lynch, J., Smith, G. D., Hillemeier, M., Shaw, M., Raghunathan, T., Kaplan, G. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *The Lancet*, 358(9277), 194-200.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social science & medicine*, 44(6), 757-771.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Mackenbach, J. P., Van de Mheen, H., Stronks, K. (1994). A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in The Netherlands. *Social science & medicine*, 38(2), 299-308.
- Malat, J.R., van Ryn, M., Purcell, D. (2005). Race, socioeconomic status, and the perceived importance of positive self-presentation in healthcare. *Social Science & Medicine*, 62, 2479-2488.
- Manderbacka, K., Lundberg, O., Martikainen, P. (1999). Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Social Science & Medicine*, 12, 1713-1720



- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372 (9650), 1661-9.
- Mercer, S. W., Higgins, M., Bikker, A. M., Fitzpatrick, B., McConnachie, A., Lloyd, S. M., ... Watt, G. C. (2016). General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 117-124.
- Mockford, C., Staniszevska, S., Griffiths, F., Herron-Marx, S. (2011). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International journal for quality in health care*, 24(1), 28-38.
- Monnickendam, M., Monnickendam, S.M., Katz, C., Katan, J. (2007). Healthcare for the poor- An exploration of primary care physicians' perceptions of poor patients and their helping behaviours. *Social Science & Medicine*, 64, 1463-1474
- Murray, E., Pollack, L., White, M., Lo B. (2007). Clinical decision-making: patients' preferences and experiences. *Patient Education and Counseling*, 65, 189-196.
- OECD & WHO. (2003). *Poverty and Health*. DAC Guidelines and Reference Series. France
- Okay, A. (2012). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Farmaskop/MediaCat.
- Ong, L.M., de Haes, J.C., Hoos, A.M., Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903-918.
- Ou, F., Li, K., Gao, Q, Liu, D., Li, J., Hu, L. (2012). An Urban Neo-Poverty Population-Based Quality of Life and Related Social Characteristics Investigation from Northeast China. *PLoS ONE* 7(6), e38861.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A. A., & Niakas, D. (2009). Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *International journal of public health*, 54(4), 241-249.
- Park, J., Turnbull, A., Turnbull, I. I. I., Ruthorford, H. (2002). Impact of Poverty on quality of life in families with children disabilities. *Exceptional Children*, 68(2), 151–172.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: concept, policy and practice*. Routledge: Abingdon.
- Piette, J. D., Schillinger, D., Potter, M. B., Heisler, M. (2003). Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 624-633.
- Piette, J.D., Bibbins-Domingo, K., Schillinger, D. (2006). Healthcare discrimination, processes of care and diabetes patients' health status. *Patient Education and Counseling*, 60, 41-48.
- Rambotti, S. (2015). Recalibrating the spirit level: An analysis of the interaction of income inequality and poverty and its effect on health. *Social science & medicine*, 139, 123-131.
- Ross, C.E., Wu, C.L. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60, 719-745.
- Saito, M., Kondo, K., Kondo, N., Abe, A., Ojima, T., & Suzuki, K. (2014). Relative deprivation, poverty, and subjective health: JAGES cross-sectional study. *PLoS one*, 9(10), e111169.



- Schouten, B.C., Meeuwesen, L., Tromp, F., Harmsen, H.A.M. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient Education and Counseling*, 67, 214-223.
- Schouten, B.C., Meeuwesen, L., Harmsen, H.A.M. (2008). GP's interactional styles in consultation with Dutch and Ethnic minority patients. *Immigrant Minority Health*, 11, 468-475
- Siminoff, L.A., Step, M.M. (2005). A communication model of shared decision making: accounting for cancer treatment decisions. *Health Psychology*, 24, 99-105.
- Siminoff, L.A., Graham, G.C., Gordon, N.H. (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviours. *Patient Education and Counseling*, 62, 355-360.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.
- Street Jr, R. L., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Medical care*, 960-969.
- Street, R.L., Millay, B. (2001). Analyzing patient participation in medical encounters. *Health Communication*, 13 (1), 61-73
- Şahin, G. & İğde, F.A.A. (2014). Hasta Merkezli Bakım - Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(3), 38-43.
- Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115-1145.
- Thrane, C. (2006). Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Social Science & Medicine*, 62, 467-478.
- Tiliouine, H., & Meziane, M. (2012). The Quality of Life of Muslim Populations: The Case of Algeria In K. C. Land, A.C. Michalos, & M.J. Sirgy (Eds.), *Handbook of social indicators and quality-of-life research*, (pp. 499-529). Dordrecht, Netherlands: Springer Publishers.
- Trachtenberg, F., Dugan, E., & Hall, M. A. (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care: trust in the medical profession is associated with greater willingness to seek care and follow recommendations. *Journal of Family Practice*, 54(4), 344-353.
- Turrell, G., & Mathers, C. (2001). Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985–1987 and 1995–1997. *International journal of epidemiology*, 30(2), 231-239.
- Uludağ, A. (2011). *Doktor-hasta iletişimi açısından hastanelerde hekim seçme uygulaması: Karşılaştırmalı bir çalışma*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Van den Brink-Muinen, A., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., ... Oppizzi, L. (2003). Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice*, 20(4), 478-485.
- Van Ryn, M., Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social science & medicine*, 50(6), 813-828.



- Vaucher, P., Bischoff, T., Diserens, E.A., Herzig, L., Meystre-Agustoni, G., Panese, F., et al. (2012). Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. *BMJ Open*, 2, e000692.
- Ventres, W., Gordon, P. (1990). Communication strategies in caring for the underserved. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1(3), 305-314.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International journal for equity in health*, 11(1), 12.
- Videau, Y., Saliba-Serre, B., Paraponaris, A., Ventelou, B. (2010). Why patients of low socioeconomic status with mental health problems have shorter consultations with general practitioners. *Journal of health services research & policy*, 15(2), 76-81.
- Wardle, J., Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Community Health*, 57, 440-3.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., Evans T. (2001). Equity And Health Sector Reforms: Can Low Income Countries Escape The Medical Poverty Trap? *Lancet*, 358(9284), 833-836.
- WHO, World Bank (2002). *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill-Health*, WHO/World Bank: Washington DC.
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference?. *Patient education and counseling*, 56(2), 139-146.
- Wong, E. L., Lui, S., Cheung, A. W., Yam, C. H., Huang, N. F., Tam, W. W., Yeoh, E. (2017). Views and Experience on Patient Engagement in Healthcare Professionals and Patients—How Are They Different? *Open Journal of Nursing*, 7(06), 615.
- World Bank (2003). *Turkey, Poverty and Coping After Crises*. Human Development Unit Europe and Central Asia Region. Report No:24185- TR Vol.1-2.
- Xu, K., Evans, D.B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A.M., Musgrove, P., Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26 (4), 972-983.
- Zandbelt, L.C., Smets, E.M.A., Oort, F.J., Godfried, M.H., & de Haes, H.C.J.M. (2006). Patient participation in the medical specialist encounter: Does physicians' patientcentred communication matter? *Patient Education and Counseling*, 65, 396-406.
- Zandbelt, L.C., Smets, E.M.A., Oort, F.J., Godfried, M.H., & de Haes, H.C.J.M. (2007). Medical specialists' patient-centred communication and patient-reported outcomes. *Medical Care*, 45, 330-339.
- Zhang, Y., Ou, F., Gao, S., Gao, Q., Hu, L., & Liu, Y. (2015). Effect of low income on health-related quality of life: A cross-sectional study in northeast China. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), 1013-1025.