

## SAĞLIĞIN DEMOKRATİKLEŞMESİ: DIŞ HEKİMLİĞİNİN DİLİNE ELEŞTİREL BİR BAKIŞ

Gökhan Gökgez<sup>1</sup>

### ÖZET

Hasta-Hekim iletişimi, çoğunlukla hastanın tedavi sürecine dönük halkla ilişkiler stratejisinin bir uğrağı olarak ele alınır. Ancak bu nihai uğrağı varana değin, insana özgü çok katmanlı bir güzergâhı takip eder. Dil, anlam, ideoloji, iktidar vb. eksenindeki farklı kavramların konuşulabileceğı bir alandır burası; her ne kadar nihai amaç, iki aktör arasındaki güveni inşa etmek olsa da, esasen bu süreçte hekimlerin toplum tasavvurları ve bu tasavvur içerisinde kendilerini konumlandıkları pozisyon ile belli bir hikayeyi deneyimlemekte olan insanların bu pozisyonu görme biçimleri karşılaşır; nitekim hasta sandalyesine oturmakla başlayan süreç, bu karşılaşma esnasında inşa edilen anlamı somutlaştırır, pratiğe tahvil eder.

Dolayısıyla dilsel bir süreçtir bu; dil, konuşmanın, anlam inşasının ve iktidarın üzerinde yer aldığı bir omurga olarak çalışır; toplumsal aktörleri, aynı muhayyilenin içerisine yerleştirir, farklı öznel deneyimlerini kurar ve bu haliyle ideolojik bir rolü yerine getirir. En nihayetinde hekimliğin iktidar alanı da buraya kurulur. Çalışmada da görüleceğı üzere, örneğin beyaz önlük, bu iktidarla ilişkili olarak kendisinden öte bir simgeselliğe haizdir. Nitekim bu çalışma, sağlık iletişimi ile de ilişkili bir biçimde buradaki iktidar alanına odaklanacak; özellikle dış hekimliğı öğrencilerinde yerleşik bu iktidarın dilsel kaynaklarını aramaya yönelecektir. En nihayetinde, sağlık iletişimini, sağliğın demokratikleşmesi gibi sosyolojik bir tahayyülün içerisinden görme amacındadır.

**Anahtar Sözcükler:** Dış Hekimliğı, Sağlık İletişimi, İktidar, Söylem, Anlam.

## THE DEMOCRATIZATION OF HEALTH: A CRITICAL APPROACH TO LANGUAGE OF DENTISTRY

### ABSTRACT

Patient-Physician communication is often addressed as a haunt of the public relations strategy towards the patient's treatment process. However, this follows a multi-layered route specific to humans, to the final destination. This is a field where you can talk about different concepts on the axis of language, meaning, ideology, power etc. Although the ultimate goal is to build trust between the two actors; essentially in this process, the physicians' conception of society and their position within this conception and viewpoints of people who are experiencing a certain story encounters; as a matter of fact, the process that begins with sitting in the patient chair embodies the meaning built during this encounter and bonds it to practice.

<sup>1</sup> Doçent Doktor, Gaziantep Üniversitesi İletişim Fakültesi, Gazetecilik Bölümü, Gaziantep, Türkiye, [gokhangokgez@gantep.edu.tr](mailto:gokhangokgez@gantep.edu.tr)

Therefore, this is a linguistic process; language works as a backbone which included the construction of meaning, speech and power; it places social actors in the same imagination, establishes different subjectivity experiences and fulfills an ideological role. Eventually, the field of power of medicine is also established here. As will be seen in the study, for example, the white apron has a symbolism related to this power that is more than itself. This work will focus on the area of power, in relation to health communication; it will seek to find the linguistic resources of this power, built especially in dental students. Finally, it aims to see health communication within a sociological imagination, such as the democratization of health.

**Keywords:** Dentistry, Health Communication, Power, Discourse, Meaning.

## GİRİŞ

Literatürde “medical humanities” olarak ifade edilen bir alan var; “tıpta insan bilimleri” olarak tercüme ediliyor. New York Üniversitesi Tıp Fakültesi, bunu “beşeri bilimlerin (edebiyat, felsefe, etik, tarih ve din), sosyal bilimlerin (antropoloji, kültürel çalışmalar, psikoloji, sosyoloji), sanatın (edebiyat, tiyatro, film ve görsel sanatlar) ve bunların tıp eğitimine ve pratiğine ilişkin uygulamalarının interdisipliner bir alanı olarak tasavvur ediyor” (Aull, 1993). Buradaki tasavvur önemli; zira tıp alanının çerçevesini ziyadesiyle genişletiyor; bilimsel güzergâhını sosyolojik bir çerçevede, insana ilişkin kültürel muhteviyatı katacak biçimde yeniden çiziyor. Kliniğin sınırlarını zorluyor; hekim ile hasta arasındaki ilişkinin, bunun ötesindeki toplumsal ilişkiler tarafından dolaymlandığını ve her iki toplumsal aktörün bireysel hikayesinden izler taşıdığını gündeme taşıyor. Kliniğin, böylesi bir biçimde ilişkisel bir toplumsal alan olarak tanımlanması, hayata ilişkin farklı etnografik bağlamların biraradlığında hayat bulan bir saha olarak kurulması ve en nihayetinde genel tıbbi çözümler ile bireylere ilişkin özgül yaşam anlatılarının bir karşılaşma alanı olarak tasavvur edilmesi, elbette iletişim çalışmalarına da genişçe bir yer açıyor.

## KAVRAMSAL ARDALAN

Clifford Geertz, bir topluluğun ve/veya toplumun anlam üretme etkinliğini anlamak için, o toplumsal alanın paydaşlarının gerçekliğe ilişkin birincil inşaları üzerinde yükselen sembolik eylemine odaklanmak gerektiğini belirtir (1973, s.25-27). Ona göre, “sosyal anlayışların birbirini destekleyen ağı” ancak bu zaviyeden tam olarak görülebilir. Toplumsal hayatı doğal bir bütünlük değil de, sembolik ve söylemsel bir inşa olarak okuyan bu tasavvur, kliniğin kültürel bir mekân olarak kuruluşuna dair de bir söz söyler. Zira, adına “hasta” denilen “insan”, esasen bir “kendilik”tir; akıl/beden ve tin arasındaki biraradlığı temsil eder. Buradaki “tin” kavramı özellikle mühim; çünkü tıbbi da içine alacak biçimde modern bilim tarihi, bir yönüyle bu tin ile hesaplaşma ve/veya onu dışarıda bırakma tarihi olarak da okunabilir. En nihayetinde bugün, “tıp”, “anlam”, “söylem”, “anlatı” gibi kavramları yanyana konuşabiliyorsak eğer, bunun en geride sosyolojik muhayyilemize ve insan tasavvurumuza ilişkin kapsamlı bir dönüşümün parçası olduğunu söylemek gerekiyor.

Nitekim, örneğin Rian ve Hammer’ın uygulamalarına bakan çalışmalar, buradaki pratiği “anlatı tıbbi”nin bir yansıması olarak değerlendiriyor ve bu anlatının “hastalığın anlamının irdelenmesindeki önemi”nden bahsediyorlar (Good, 1994; Kleinman, 1988). Yine başka bir çalışmada, “tıbbi ve edebi söylemler ile görsel ve kültürel politikaların geçirgen sınırlarındaki tıbbileşme söylemi” işaret ediliyor; “rahatsızlığın anlaşılmasını sağlayan yeni bir keşif yolu” olarak. Sonra, tarihçi Helen King, David Harley’in 1999 yılında tıp tarihinde “retorik bir dönüş”

sayılabilecek, anlatıya ve anlam üretimine bağlı interaktif tanı-tedavi süreçleri için çalışma yaptığını anlatıyor (King, 1999, s.407). En nihayetinde “Anlam ve Tıp...” ön-adını taşıyan çalışmalarında Gaines ve Schillace (2013), beşeri bilimlerin sürece daha fazla dahil olmasının öneminden bahsederken, bunun “hasta –asında insan- deneyimini şekillendirmeye devam eden ‘yeterlilik’ ve ‘engellilik’ hali üzerindeki tanı ve tedavi yansımalarının geniş kapsamlı olacağını” (s.584) ifade ediyorlar. Doğrusu buradaki vurgu, bir parça da etik bir vurgu; zira hastaların ve onların endişelerinin, duygularının, fikirlerinin belli bir biçimde anlaşılmasını içeriyor.

Anlayışın derinliği, sağlık iletişiminin nihai zemini olan güven duygusunun inşası için de oldukça önemli; zira her ne kadar içinde yaşanılan postmodern gerçeklikte uzak bir ufuk olsa da, insan içine gömülü olduğu kovuğu kırmayı ve toplumsala ulaşmayı her daim arzular. Hayatın genel gündemi içerisinde çoğalan güzergâhlara ilişkin bir tür mihmandarlık, toplumsal hayatın karmaşıklığını azaltmaya dönük bir tür yol rehberi, eski tanıdık ilişkilerinin yerine geçen belirsizliği geriletmeye dönük bir tür anlam arayışıdır güven ve bu haliyle modern insanın tinsel boşluğunu kapatmaya dönük bir tür tesellidir. Diğer yandan hangi hekime gidileceğine, ilacın hangi eczaneden alınacağına ve/veya hekimin muayene esnasındaki muhayyel sorularının nasıl karşılanacağına vb. ilişkin de bir tür kaynak olarak çalışır. Bilgi yoğun bir alanda hareket edildiğinden, bu bilgiye vakıf bir toplumsal aktör ile “öteki” arasındaki zorunlu olarak eşitsiz başlayan bir ilişkinin geriletilmesi ve hastanın iç dünyasına ve/veya mahrem alanına hekimin girmesine izin vermesi ancak temelli bir güven duygusu ile mümkün olur. Buradaki güven, hastanın kendisine makul ve dürüst davranılacağına, haklarının gözetileceğine ilişkin bir beklentiyle birlikte ilerler. Bu noktadan itibaren “sağlık hakkı” ve “hasta özerkliği” gibi kategoriler temel değişkenler haline alır; hekimin etken, hastanın edilgen olduğu ve hekimin “hasta için hastaya rağmen” kararlar alabilen bir tür “baba” rolünü oynadığı geleneksel-paternalist ilişkinin yerine hastanın da aktif olduğu, kendi hastalığı üzerinde sorumluluk yüklendiği, tedavi sürecine yönelik değişkenlere müdahale edebildiği daha demokratik bir retorik konudur. Bu yeni ilişki, hekim ile hasta arasındaki yeni denge, sosyolojik bir alan olarak klinik mekânını farklı bir kültürel içerikle donatan bu yeni retorik hem tanıların konulması –ki artık tanıların yüzde 70’inin iyi bir iletişim sonucunda konulduğu kabul edilmektedir- hem de tedavinin yürütülmesi sürecinde –daha fazla memnuniyet, tedaviye bağlılık, ilişkide süreklilik, hizmet maliyetlerinin düşmesi vb. noktasında- sağlık alanına dönük yeni bir girdi olarak önemli rol üstlenir.

Mark Lewis’in (2013), “Breaking Bad” dizisindeki Walter White karakterinin hikayesi üzerinden söylediği biçimde, tanı ve tedavi süreçleri aynı zamanda bir tür “anlam-üretme” etkinliğidir; bütün sağlık sürecine şeklini veren bu anlam, hekim ile hastanın ortasındaki muhayyel bir yerde, ikisine eşit uzaklıktaki bir simgesel mekânda, her iki aktörün arzularını/beklentilerini içerecek/zorlayacak bir biçimde kurulur. Nitekim Bornstein da (2013), “Büyük doktorlar yalnızca hastalıkları teşhis etmez, ilaçlar önermez ve hastaları tedavi etmez. Onlar, insanların kapasitelerini etraflıca kullanmalarının imkanını yaratırlar.” derken yukarıdaki anlamsal-karşılıklığa olan ihtiyacı vurgulamış gibi görünüyor. Yine Dünya Sağlık Örgütü’nün, yarının “beş yıldızlı doktor”unu mükemmel bir iletişimci olarak tanımlaması da bununla ilişkili olsa gerek (akt. Boelen, 2005). En nihayetinde Avrupa Dış Eğitimi Kurumunun, Avrupa Birliği içerisindeki dış hekimliği müfredatının uyumlu hale getirilmesi çalışmasının bir devamı olarak, iletişime dair hususları profesyonel etkinliğin/yetkinliğin 7 alanından birisi ve temel bir uzmanlık alanı olarak vurgulamasının da aynı üretim-çerçevesi ile ilişkili olduğu söylenebilir (akt. Plasschaert vd., 2002).

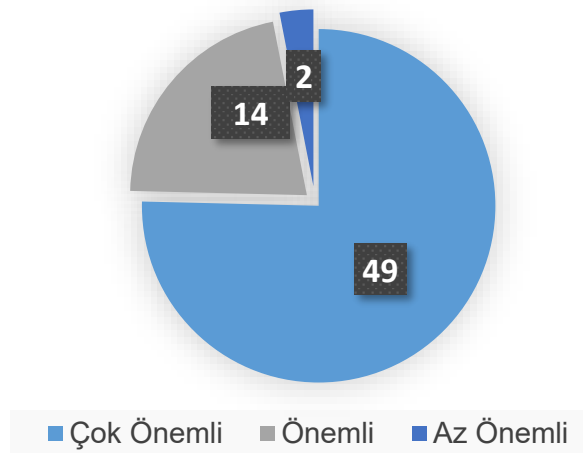
Diş ve ağızdaki sağlık etkinlikleri, bedenin içerisi ile dışarısı arasındaki bir açıklık, insanın tını ile bedeni arasındaki bir yarık üzerine olması sebebiyle kendisinden öte fenomenolojik anlamları içerisinde barındırıyor. Gündelik hayatlarının sıradanlığı içerisinde insanların diş

korkularının, "kendi"sini dışarıya açma ve iç-mahremini "ötekinin bakışı"na sunma gibi kadim korkularının bir veçhesi olduğu dahi söylenebilir. Bu nedenle ağız içerisindeki etkinliklerin ve diş sağlığı süreçlerinin daha az anksiyete ve daha fazla memnuniyete bükülecek bir iletişim pratiği ile tıbbın diğer alanlarına göre daha temelli bir ilişkisi vardır. Güven ilişkisinin her safhada yeniden kurulması ve buna yönelik olarak belirsizliği azaltmaya dönük psikolojik ve enformasyonel ihtiyaçların her adımda karşılanması gerekir ki, hastanın tedavi sürecine uyumu yalnızca anlık olarak hissettiği ağrının giderilmesinden öteye geçerek ağız sağlığının bütünüyle ilişkiye geçebilsin. Bu ilişkide, hekim ile hasta arasındaki konuşma süreçleri büyük önem taşır; belli bir düzeye kadar önceden planlanmış, ancak karşılaşılan hastanın biricik hikayesine göre farklı güzergâhları potansiyel olarak içeren bir çizgiyi takip eder. Buradaki potansiyeli, edimsel olan ile buluşturmak hekimin iletişim kabiliyeti ile ilişkili olduğu gibi, yine buradaki en önemli engeli hekimin kültürel sermayesi, toplumsal kuruluşu, konuşma süreçlerinin bağlanabileceği toplumsal iktidar biçimleri oluşturur. Wynn (1995), "Bu sıradan bir konuşma ile aynı değildir" derken buna yakın bir yeri işaret ediyor olmalı. Bu çalışma esasen buradaki ilişkiye/çelişkiye odaklanmaktadır.

### SAHANIN SESİ: Diş Hekimliği Klinik Öğrencilerinin İletişim Yönelimleri

Bu çalışma kapsamında Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde 65 öğrenci ile görüşülmüştür. Görüşülen diş hekimliği adayları eğitimlerinin pratik safhasına geçmiş klinik öğrencileridir. Öğrencilerin 52'si klinikteki ilk iki dönemini deneyimlemekte olup, 13'ü daha uzun süreden beri klinikte pratik yapmaktadır. Görüşülen kişilerin 20'si kadın, 45'i erkek öğrencidir. Görüşülenlerin 64'ü yaşının 18-24 aralığında olduğunu belirtmiştir.

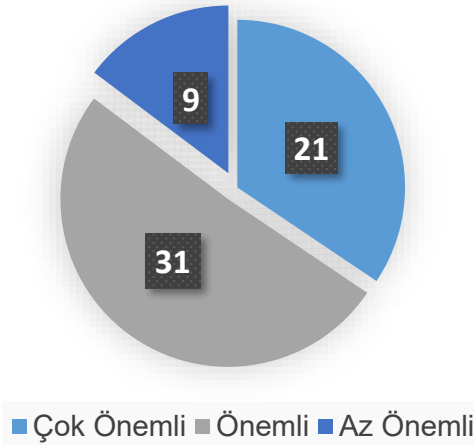
Diş hekimi-hasta ilişkisinde iletişimin rolü, diş hekimliğine ilişkin bilimsel çalışmalar ile iletişim çalışmaları arasındaki yakınsama, diş hekimliği uygulamalarında iletişimin rolü, hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik yaklaşımı ile bu yaklaşıma ilişkin mevcut sorunların kaynağı üzerine tahayyüller, hasta ile ilk karşılaşmadaki konuşma süreçleri, hasta-hekim iletişimine hakim dil vb. konular üzerine, sonuçları niceliksel olarak da ifade edilebilecek bir görüşme süreci gerçekleştirilmiştir.



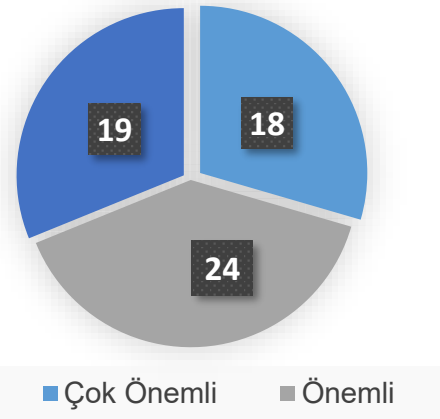
Şekil 1. Diş Hekimi - Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü

Görüşülen klinik öğrencilerinin 49'u diş hekimi-hasta ilişkisinde iletişimin rolünün "çok önemli" olduğunu belirtirken, 14'ü "önemli", 2'si ise "az önemli" olarak derecelendirmiştir; söz konusu

rolü "önemsiz" olarak işaret eden hiçbir öğrenci olmamıştır (Şekil 1). Buradan yola çıkarak öğrencilerin 62'si iletişim becerilerinin öğrenilmesinin mümkün olduğunu düşünürken, aynı paralelde görüşülenlerin 61'i iletişim konularının dış hekimliği müfredatına eklenmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu öğrencilerin 37'si ilgili iletişim eğitiminin pratik bir eğitim olması gerektiğini arzu ederken, diğer 24 öğrenci teori ile pratiğin biraradalığındaki bir formasyondan yana tavır almıştır. Yine bu 61 öğrenci, dış hekimliği eğitiminde iletişim öğreniminin önemini değişen oranlarda önemli olarak değerlendirmiştir: Öğrencilerin 21'i bunun "çok önemli" olduğunu gösterirken, 31 öğrenci "önemli", 9 öğrenci ise "az önemli" olarak işaret etmiştir; "çok az önemli" olarak ifade eden hiçbir öğrenci olmamıştır (Şekil 2). Doğrusu tıbbın bilimsel gündemine şöyle bir baktığınızda, mevcut müfredata ek olarak eğitim ile ilgili diğer kursların entegrasyonun sıklıkla ifade edildiği, bunların belirlenen hedef tablolarına ulaşmak için zorunlu olduğu vurgusu görülecektir (bkz. Makoul ve Schofield, 1999; Makoul, 2001). Öğrencilerin iletişime dair tasavvurunun buradaki vurguyla büyük oranda uyumlu olduğu söylenebilir.



**Şekil 2. Dış Hekimliği Eğitiminde İletişim Öğrenimi**



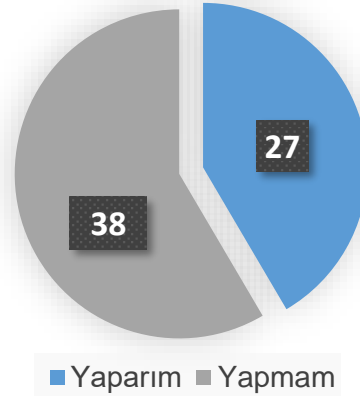
**Şekil 3. Dış Hekimliği Çalışmaları ile İletişim Çalışmaları Yakınsaması**

Dış hekimliğine ilişkin bilimsel çalışmalar ile iletişim çalışmaları arasındaki yakınsama çerçevesinden bakıldığında, akademik bir alan olarak dış hekimliği içerisinde iletişimin rolü, yine aynı 61 öğrenci tarafından farklı düzeylerde "önemli" olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin 18'i bunun "çok önemli" olduğunu belirtirken, 24 öğrenci "önemli", 19 öğrenci "az önemli" olarak göstermiştir; yine "çok az önemli" olarak ifade eden hiçbir öğrenci olmamıştır (Şekil 3). Dış hekimliği eğitiminde iletişimin önemine nazaran burada görülen aşağı yönlü yığılmanın, akademik alan ile iktidarın alanı arasındaki ilişki çerçevesinde düşünüldüğünde, bu vesileyle hekimliğin iktidarını muhafaza etmeye dönük bir irade olduğu söylenebilir. Oysaki yapılan çalışmalar, dış hekimleri ve hastalar arasındaki iletişimde açık bir boşluğun, her iki toplumsal aktörde de hayal kırıklığına yol açtığını söylemektedir. Bu sebeple dış hekimlerinin iletişimsel becerileri kritik bir önem arz eder (Lahti vd., 1995). Üstelik dış hekimliği bir uygulama alanı olarak, diğer tıp alanlarına göre önemli bir özgüllüğü de içinde barındırır. Zira, tedavi ağız içinde yürütülür ve söylendiği üzere ağız, yalnızca sözlü iletişimin bir bileşeni değil, bedenine içine yönelen bir açıklık olarak yüksek bir duygusal anlam da ihtiva eder (ayn. Borland, 1962). Buradaki duygusallık ile klinik öğrencilerinin söylemlerinde açığa çıkan iktidar yönelimi arasında önemli bir gerilim olduğunu söylemek gerekiyor.

Diş uygulamalarında iletişimin önemi ise, yine aynı 61 öğrenci tarafından farklı düzeylerde "önemli" olarak işaret edilmiştir. Öğrencilerin 19'u uygulama safhasında iletişimin "çok önemli" olduğunu değerlendirirken, 29 öğrenci "önemli", 13 öğrenci "az önemli" olarak göstermiştir; yine burada da "çok az önemli" olarak ifade eden hiçbir öğrenci olmamıştır (Şekil 4). Eğitim ve akademik disiplin uğraklarına göre uygulama uğrağındaki bu yukarı yönlü eğilimin, demokratikleşen politik gündem ve toplumu tasavvur etme biçimlerindeki dönüşümlere ek olarak, insanla temas noktasında diş hekimliği ile iletişim arasındaki zorunlu bir yanyanalığın ürünü olduğu söylenebilir. Bunu destekleyecek biçimde, insanların hasta olmadan evvel koruyucu sağlık önlemleri kapsamında düzenli hekim ziyareti yapmalarında iyi iletişimin rolü üzerine düşünüldüğünde, klinik öğrencilerinin tamamı bunun olumlu yönde bir etkisi olacağını değerlendirmektedir.



Şekil 4. Diş Uygulamalarında İletişimin Önemi

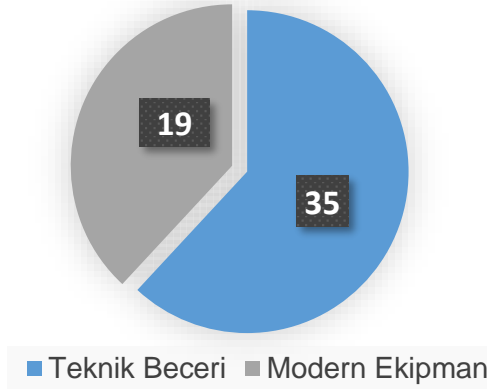


Şekil 5. Diş Hekimlerinin İletişim Harcamaları Eğilimi

Hekim-hasta ilişkisinin güvene yaslanan bir uzamın inşasına katkı sunup sunmayacağı noktasında ise, öğrencilerin 29'u "kesinlikle" bunun olumlu yönde olacağını değerlendirirken, 35 öğrenci "kısmen" olumlu bir etkisi olacağını işaret etmiştir; 1 öğrenci olumsuz kanaat bildirmiştir. Aynı paralelde görüşülen öğrencilerin 64'ü, iyi iletişim becerisinin gelirlerini olumlu yönde etkileyeceğine dair bir farkındalığı dillendirirken, 1 öğrenci yine bu noktada da olumsuz kanaat bildirmiştir. Buna rağmen öğrencilerin ancak 27'si iletişim üzerine eğitim almak için finansal bir harcama yapmayı düşünebileceğini belirtmiş, diğer 38 öğrenci bu noktada olumsuz kanaat belirtmiştir (Şekil 5). Buradaki açıklığın, iletişimin maddi getirisi ile götürüsü arasındaki bu farkın, iletişimin insanın varoluşuna içkin bir nitelik olarak görülmesi ile bir parça ilişkisi olduğu söylenebilir. Bir başka deyişle iletişimin, toplumsal ve kültürel bağlardan azade bir töz olarak insanın kendiliğine gömülü olduğuna dair bir yönelim buradaki açıklığa yerleşir. Oysaki Kurz, Silverman ve Draper (2005), alana ilişkin yaptıkları çalışmada, eğitimin diğer alanlarına karşıt bir biçimde diş hekimliğindeki iletişimin, öğrenenin öz-benliğine ilişkin bireysel kavramlarla bağlantılı olduğunu söylüyor.

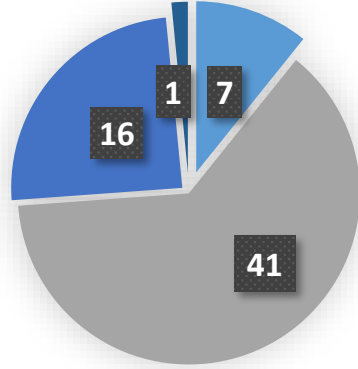
İletişim, buradaki haliyle bir dış-yüzey, hasta ile teması mümkün kılan işlevsel bir görünüm olarak beliriyor ve hekimliğin kendisine bükülen araçsal bir rol ile sınırlı kalıyor; oysaki iktidar, gücünü tam da iletişimin özerkliğine, oradaki özgül konuşma pratiklerine borçlu. En nihayetinde diş hekimi adaylarının kendi özgül kendilikleri ile bu özgüllükleri birbirine bağlayan kurumsal iktidar biçimleri ve/veya söylem yapıları arasındaki ilişki/çelişki ancak iletişim

çalışmaları ile görünür hale geliyor. Nitekim diş hekimliği öğrencilerinin 46'sının daha evelden iletişim üzerine bir ders aldığını beyan etmesine rağmen, takdim edilen, başlangıcını ve sonunu diş hekimliğinin alanında bulan bu araçsal rolün değişmeden kaldığı görülüyor. Buradaki vurguyu derinleştirecek biçimde, klinik öğrencilerinden bir diş muayenesindeki farklı bileşenler arasında bir sıralama yapılması istendiğinde, buna karşılık veren 44 öğrenciden 35'i hekimin teknik becerilerini ilk sıraya koyuyor. Keza modern ekipmanların kullanılması da 19 öğrencinin yönelimi ile ikinci sıraya yerleştiriliyor (Şekil 6). Hekim-hasta görüşmesinin incelikli düşünülmüş olması ve diş tedavi ekibinin samimiyeti gibi iletişime dair vurgular, bu teknik ve dolayısıyla onun uzmanlığı ile örülü dilin gerisinde kalıyor.

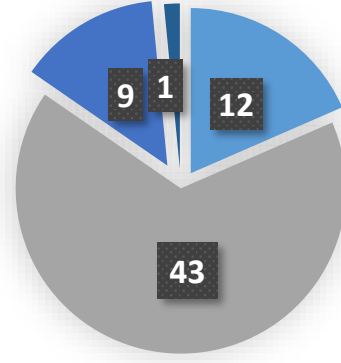


Şekil 6. Diş Muayenesindeki "En Önemli" Unsur

Buradaki teknik vurgu, teknolojiyi merkeze alan internet çağı, bilgi toplumu, post-endüstriyel toplum vb. tasavvurlarla birlikte düşünüldüğünde bir parça anlaşılır görünüyor. Zira ilgili literatürüne şöyle bir baktığınızda, örneğin Ley'in 70'li yıllardan itibaren yaptığı çalışmalarda (1979; 1985) hasta memnuniyeti ile anlama ve hatırlama/hafıza arasında bir ilişki kuruluyor; en nihayetinde hastanın hekimin tavsiyelerine göstereceği bağlılık, bu psikolojik ve kültürel ilişkisinin sonucunda gerçekleşiyor. 90'lı yılların sonundaki çalışmalara bakıldığında hala buradaki kültürel mefhumların devam ettiğini görmek mümkün: Örneğin, Anderson'un (2004) yaptığı çalışmada ortaya koyduğu veriler, hastaların yalnızca yüksek kalitede teknik/araçsal bir diş bakımı istemediklerini, bilgi gereksinimlerini karşılayacak, bu vasıtayla sağlığa ilişkin belirsizliklerini giderecek bir iletişim kurma becerisine sahip diş uygulayıcılarını talep ettiklerini gösteriyor. Ancak buradaki gündemin 2000'li yıllarla birlikte değiştiğini, ekonomilerin finansallaşmasına ve teknolojinin esnekleşmesine paralel biçimde şekillendiğini söylemek gerekiyor. Bu konuda örneğin, Misra vd.'nin (2013) yaptığı çalışma, hastaların diş hekimlerinden duygusal problemlere yönelik bir anlaşmadan ziyade teknik süreçlere ilişkin bir performans beklediğini ortaya koyuyor. En nihayetinde de hastaların ve diş hekimlerinin her ikisi de muayenenin psiko-sosyal boyutlarından ziyade teknik boyutlarını hatırlıyorlar (bkz. Oswald ve Grosjean, 2004). Tüm bu tarihsel sürecin, Gaziantep toplumsallığında benzer bir biçimde yankılandığını söylemek mümkün görünüyor. Buna rağmen Malloy vd. (2014) "Discourse on Medicine" başlığını taşıyan çalışmalarında Heidegger'den bahisle "kararlarımız ve eylemlerimizin arkasındaki anlamı kucaklamaya açık olmak üzere hesaplayıcı, teknolojik ve bilimsel zihin-setinden kendimizi serbestleştirmeliyiz" derken sanırım alana ilişkin benzer bir yere işaret ediyor olmalı.



■ Kabul ■ İkna ■ Red ■ Gizli  
**Şekil 7. Ağırlı bir işlemde hasta anesteziye itiraz ediyorsa tavrınız ne olur?**



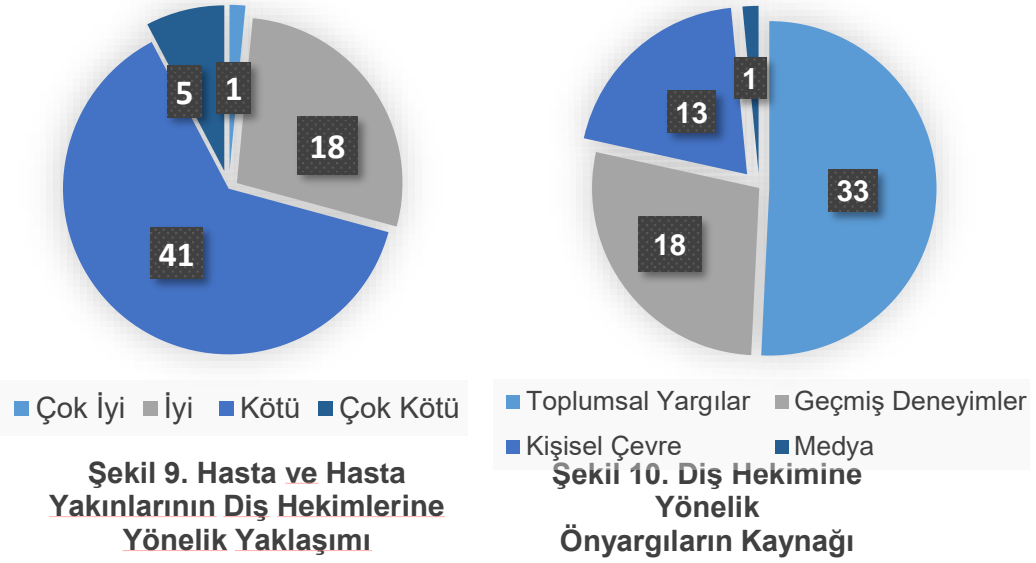
■ Kabul ■ İkna ■ Red ■ Diyalog  
**Şekil 8. Hasta onaylamadığınız bir tedavi seçtiğinde buna uyar mısınız?**

Nitekim örnekler üzerinden konuşulmaya başlandığında bu daha net olarak görülebiliyor. İletişime yapılan teorik göndermeler sıra pratiğe geldiğinde, hasta ile karşılaşma anlarını içeren olası senaryolar üzerinden konuşulmaya başlandığında yavaş yavaş sönümlenmeye, yerini diş hekimliğinin iktidar alanına bırakmaya başlıyor. Örneğin, hastaya ağırlı bir işlem yapacaksınız ve hasta anesteziye itiraz ediyorsa, tavrınız ne olur? diye sorulduğunda, 65 öğrencinin ancak 7'si doğrudan "hastanın isteğine göre çalışırım" diye yanıtıyor; 41 öğrenci ilgili tedavinin gerekliliğini anlatacağı bir ikna sürecini başlatacağını, 16 öğrenci ise herhangi bir tedavi uygulamayacağını ifade ediyor, 1 öğrenci ise anestezi uygulamasını "gizlice" yapacağını söylüyor (Şekil 7). Buradaki "ikna" sürecinin ideolojik bir muhteviyata sahip olduğunu ve hasta ile hekim arasında, bir taraftan ötekine bilinç aktarımını varsayan bir eşitsizlik kabulüne yaslandığını belirtelim. Nitekim bu, iletişimin artan ağırlığı ile de işaretlenen sağlığın demokratikleştirilmesi gündemine, hastanın da kendi içinde doğru ve rasyonel bir özne olarak kuruluşuna engel teşkil eder; hekim ile hasta arasında, birincisine bükülen o paternalist ilişkinin yeniden kuruluşunu gösterir. Oysaki söylendiği üzere, klinik karşılaşmalardaki iletişim süreçlerine hastanın katılımının içeriği, düzeyi/kapsamı ve yapısı hem tedavi sonucunu hem de hastanın tedavi memnuniyetini etkiler (bkz. Winefield vd., 1995; Waitzkin, 1991; Stewart, 1984; Carter vd., 1982; Roter ve Hall, 1992). Örneğin Van Dalen vd. (1999), iletişimin öğrenme etkisinde yarattığı sapmanın yarından fazla olduğunu söylüyor.

Buradaki vurguyu başka bir senaryoda yeniden görmek mümkün: Görüşülen öğrencilere, hasta onaylamadığınız bir tedavi seçtiğinde bu seçime uyar mısınız? diye sorulduğunda yine 65 öğrencinin ancak 12'si hastanın isteğine göre davranırım, diye yanıtıyor ve yine yalnızca 1 öğrenci, hastayla kurulacak makul bir iletişimle ortak bir karara varabileceğini düşünüyor; 9'u tedaviyi reddedeceğini, 43'ü kendisinin seçtiği tedavi yöntemine hastayı ikna etmeye çalışacağını ifade ediyor (Şekil 8). İkna ve/veya rızayı inşa etme, hekimin iktidar alanının ideolojik kuruluşuna ilişkin en önemli uğrak gibi görünüyor. Bunun aksi yönde bir retorik, rızayı imal etmek yerine tedavinin üretim sürecine hastayı davet etmeyi, hekim ile hasta arasındaki geleneksel hiyerarşinin makul bir işbirliği ile geriletmesini öneriyor. Örneğin Sondell vd. (1998) hastanın ağızında gerçekleştirilen kapsamlı tedavi işlemlerinin sakin, bilgilendirilmiş ve işbirlikçi hasta tarafından kolaylaştırıldığını; iletişimin de başarılı bir tedavi sonucuna ulaşmak için bu önkoşullarının yerine getirilmesini sağlayan önemli bir araç olduğunu söylüyor. Buradaki kilit kavram, "bilgi"; bunu yalnızca hekimin sahiplenebileceği bir tür töz olarak değerlendirip,



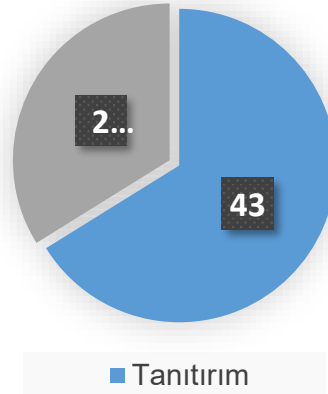
ideolojik bir gündem içerisinden geçerek iktidar ve güç ile ilişkilendirmektense, iletişim sürecinde bilginin kıvrımlarını/kırılımlarını anlamak, aynı bilginin hasta tarafından nasıl algılandığını, anlaşıldığını ve uygulandığını görmek daha makul bir yönelim olur. Bu bakış açısı ve görme biçiminin, diş hekimliği ile iletişim çalışmaları arasındaki yapısal –araçsal olmayan- ilişkiyi büyüterek mümkün olduğunu da bu noktada söylemek gerekiyor (ayn. Parker, 2007).



Buradaki haliyle geleneksel iktidar ilişkisinin -bu kez- "demokratik" ve "iletişimsel" bir gündem içerisinden yeniden üretildiğine dair bazı içerimleri mevcut hekim-hasta ilişkisinin farklı katmanlarına baktığınızda görmek mümkün: Özellikle hastaların hekimlere karşı araştırmanın yapıldığı dönemde şiddeti artan olumsuz yaklaşımları, hekimlerin buna karşı refleksif bir şekilde iktidar kovuşuna çekilmeleri ile yankılanıyor olabilir. Bu doğrultuda örneğin öğrencilere sorulan, hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik yaklaşımını nasıl buluyorsunuz, sorusunu "iyi" olarak karşılayan 18 öğrenci, "çok iyi" kanaatinde olan ise yalnızca 1 öğrenci (Şekil 9). Buna karşın ilgili yaklaşımı özellikle "çok kötü" olarak işaret eden 5 diş hekimi adayının, başka bir yerdeki, hasta seçimi yapıyor musunuz? sorusuna karşılık olarak kültür seviyesi düşük hastalara bakmamayı tercih ettiklerini belirtmeleri, yukarıda belirtilen iktidar alanına bükümlü refleksif içe-kapanmaya ilişkin bir örnek sayılabilir. Nitekim buradaki vurguyu derinleştirecek biçimde görüşülen 65 öğrencinin 62'si, hastaların hekimlere farklı düzeylerde önyargı taşıdığını düşünüyor; 21 öğrenci, ilgili önyargının "kesinlikle" olduğunu düşünürken, 41 öğrenci "kısmen" mevcut olduğunu düşünüyor. En nihayetinde hastaların kendileri hakkındaki önyargılara sahip olduğuna ilişkin hekim adaylarının önyargısı, buradaki haliyle rafine bir iletişimin önünde bir engel oluşturuyor ve o geleneksel ilişkiyi başka bir yerden yeniden üretiyor. Üstelik buradaki önyargı, diş hekimlerinin dinleme, açıklama/anlama, güven verme gibi iletişimsel becerilerinin ve bu yolla sağlanacak hasta memnuniyeti ile belirlenen diğer hedeflerin yakalanmasında da en önemli bariyer olarak duruyor. Dahası bu bariyer, hem Anderson'un (2004) hatırlattığı üzere, önce Birleşik Krallık sağlık politikalarında bir örneğini gördüğümüz, daha sonra neoliberal politikalar marifetiyle iç alanımıza tahvil ettiğimiz "kullanıcıların ihtiyaçları", "hastaların tercihleri" ve "müşterilerin talepleri" gibi vurguların kendini gerçekleştirebilmesinin hem de –bununla da ilişkili bir biçimde-

daha geride Szass ve Hollender'in (1956) "uzman olarak hasta" iletişim modelinin yerleşiklik kazanmasının önünde de bir engel olarak kuruluyor.

Öte yandan görüşülen 65 hekim adayı öğrencinin 33'ü hastalardaki bu önyargının kaynağının "toplumdaki genel yargılar" olduğunu düşünüyor; 18 öğrenci hastanın geçmiş deneyimlerinin belirleyici olduğunu, 13 öğrenci ise hastanın kişisel çevresinden duyduklarının etkili olabileceğini düşünüyor; medyayı işaret eden öğrenci sayısı yalnızca 1 (Şekil 10). Hal böyle olunca, konunun yalnızca hekim ile hasta arasındaki bireysel bir deneyim olmadığı, esas itibarıyla bu bireylerin kendi bilinçlerinde ve elbette deneyimlerinde de karşılığı olan "toplumsal yargılar" ile "kurumsal iktidar alanı" arasındaki bir karşılaşma olduğu görünürlük kazanıyor. Hekimlerin toplum tasavvurları ve bu tasavvur içerisindeki kendilerini konumlandıkları pozisyon ile belli bir hikayeyi deneyimlemekte olan insanların bu pozisyonu görme biçimleri karşılaşılıyor; nitekim hasta sandalyesine oturmakla başlayan süreç, bu karşılaşma esnasında inşa edilen anlamı somutlaştırıyor, pratiğe tahvil ediyor.

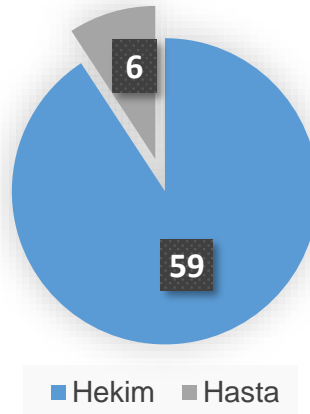


Şekil 11. Hasta ile ilk karşılaşmada kendinizi tanıtır mısınız?

Bu somutlaşma anı, bu pratik, iktidarın kuruluşu açısından önemli. Bu noktada örneğin, görüşülen 65 klinik öğrencisinin 42'si, bir hasta ile ilk karşılaşmanızda kendinizi tanıtır mısınız? sorusuna olumlu yönde yanıt veriyor (Şekil 11). Olumsuz yanıtların temelinde ise, halihazırda hekimin yaka kartının takılı olduğundan hareketle ek bir iletişime gerek olmadığı mefhumu ve hasta yoğunluğu karşısında zaman kısıtlılığı gösteriliyor. Özellikle zaman vurgusu makul karşılanabilirdi ancak, eğer bir başka yerde hastalara ayırdığınız sürenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna yoğunluklu bir biçimde -65 öğrencinin 47'si- olumlu yanıt verilmeseydi. Dolayısıyla görünürdeki zaman kısıtlılığı mefhumunun daha geride başka bir tasavvuru gizlediği söylenebilir. Örneğin, ilk karşılaşmada kendisini tanıtmayacağını söyleyen öğrencilerden bazıları, hastanın hekimi tanımaya gerek olmadığını düşünüyor: "Kendimi tanıtmam. Hastanın beni tanımaya gerek olmadığını düşünüyorum. Bir sürü hastaya bakıyoruz; hepsine kendini tanıtmam zaman kaybı olur." Hastanın bireysel hikayesini total bir toplum/sürü tasavvuru içerisinde eriten bu pozitivist yaklaşım, bireysel deneyimin olumsuz ve bu haliyle rasyonel olduğuna vurgu yapan zamanın ruhu ile tezatlık oluşturuyor. Nitekim yapılan çalışmalar sözlü selamlamaların sıradan bir dış randevusunun yalnızca küçük bir parçası olduğunu ortaya koyuyor (bkz. Wanless ve Holloway, 1994; Klages vd., 1992; Henszen-Kelemens ve Lapinska, 1984); tüm önemine rağmen, hastaların çok sayıda gündelik konuşma vasıtasıyla etkin olduğu ve hastaların, eğer dış hekimi onlarla dostça konuştuysa ve

onlara en başından itibaren sürecin ortakları olarak davranmayı sürdürdüyse hatırladıkları bilginin ziyadesiyle arttığı bütünlüklü bir iletişimin küçük bir parçası...

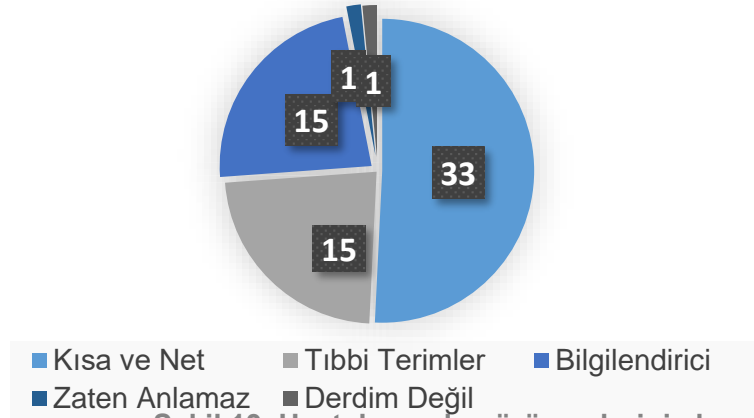
Yine sıklıkla tekrarlanan "önemli olan hastanın beni tanması değil, tedavi yapmak" vurgusu ya da başka bir yerden karşı tarafa yüklenen "zaten hasta da benim kim olduğuma pek önem vermez, yapacağım tedaviye bakar." düşüncesi/önyargısı, buradaki tezatlığı daha da derinleştiriyor; iletişim ile tedavi arasındaki aynı yönlü ilişkiyi görmezden geliyor. Söz konusu iletişimi, "pür bir hekim-hasta ilişkisi olması için" feda etmek ise, kurumsal rollerin katı doğası ve toplumsal fay hatlarının derinliği hakkında fikir veriyor. Oysaki hekimin kendini tanıtmayı, hastanın zihnindeki belirsizliğin bir parça giderilmesinde, o söz konusu önyargıların geriletilmesi ve en nihayetinde tanı ile tedaviyi kolaylaştıracak güvene yaslanan bir iletişimin şekillenmesinde oldukça mühim görünüyor. Ancak bir adım daha ilerlendiğinde, öğrencilerin 59'u, hasta ile karşılaşmasının ardından gerçekleşecek muhtemel konuşmayı kendisinin başlattığını belirtiyor (Şekil 12). Konuşmanın başlatıcısı olmak, söz konusu konuşmanın çerçevesini belirliyor; konuşmanın hangi ekseninde ilerleyeceğini, hastanın hangi aşamasında konuşmaya dahil olacağını ve en nihayetinde konuşmanın sonunda ortaya çıkacak olan anlamın hangi tarafın mefhumlarını daha fazla içereceğini verili hale getiriyor, sabitliyor ve en nihayetinde bu haliyle hekimliğin iktidar alanına bükülen o geleneksel-paternalist ilişkiyi yeniden üretiyor. Nitekim Van Dijk da (1989, s.37), "Hekim-hasta konuşmasındaki iktidarın yerel harekete geçirimi ve örgütlenmesinin daha genel toplumsal ve kurumsal denetim biçimleriyle karmaşık bir şekilde iç içe geçtiğini" söyleyerek buradaki vurguyu devam ettiriyor.



**Şekil 12. Diş muayenesi esnasında konuşmayı kim başlatır?**

Alana ilişkin yapılan çalışmalarda, diş hekimlerinin hastalardan genel olarak daha fazla konuştuğu belirlenmiştir (bkz. Hall vd., 1981; Byrne ve Long, 1976; Roter, 1977). Üstelik Sondell vd. (1998) bir diş kliniğinde geçen hekim ile hasta arasındaki konuşmaları kayıt altına alarak yaptıkları çalışmada hastanın sözel anlamda pasif olduğunu, tüm adımları kabul ettiğini ve ancak basit birkaç soruyu cevapladığını söylerler. Diş hekiminin yönlendirmelerinin ve sözel geçişlerinin süreci kontrol altında tutmaya dönük olarak işlev gördüğünü de buna eklerler. Onlara göre, diş hekimlerinin hastalardan daha fazla konuşması şaşırtıcı bir durum değil. Zira diş hekimleri yalnızca hastanın hikayesini öğrenme görevini değil, aynı zamanda buradaki sürecin tüm hedefleri ile birlikte farklı bir sona doğru ilerlemesi için ilişkiyi hareketlendirme görevini de yerine getirirler. Bunu da "Lütfen ağızınızı açın" ve "Lütfen oturun" gibi doğal yönlendirmelerle ve çok sayıda geçiş sözcüğü kullanarak yaparlar. Buraya kadar makul gibi

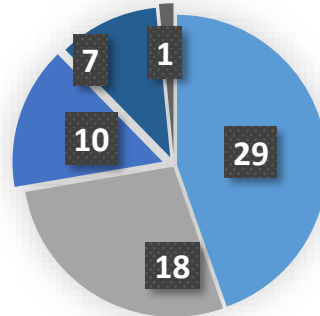
görünüyor ancak araştırma kayıtlarına bakıldığında bunun tam olarak böyle olmadığını; dış hekimlerinin iletişim davranışlarının hasta hakkında bilgiye ulaşmanın bir yolu olarak soru sorma formunu asla içermediğini belirtmek kaydıyla... Bu bir yönüyle kültürel de bir hal; tıbbi karşılaşmaların kendisine özgü bir iletişim güzergâhı içerdiği, buradaki desenlerin toplumsal ilişkilere gömülü olduğu ve temas, dokunma, kahkaha vb. durumlara belli bir yerden bakan kültürel –hatta politik- bir bağlam tarafından dolayımlandırıldığı da söylenebilir. Bir başka deyişle, klinik mekânının, kendisini çevreleyen kültür –hatta politik kültür- ile sürekli bir karşılıklılık içerisinde olduğu; dışarının içerisi için, içerideki toplumsal aktörlerin dışarı ile ilişkisinden dolayı sürekli bir bağ ile yüklü olduğu söylenebilir. Bu sebeple örneğin toplumsal ilişkilerde ve politik kültürdeki konuşmaya, tartışmaya, diyalog ve benzeri müzakere süreçlerine ilişkin bakış, bir yönüyle klinik mekânında da devam eder –ve hatta yeniden üretilir. Konuşma ve iktidar arasında kurulan yukarıdaki ilişkiye ek olarak, yine başka çalışmalarda ortaya konulan, örneğin kadın doktorların iletişimde daha fazla hasta merkezli olma eğilimine ve hatta hastaların, hekim kadın olduğu zaman artan konuşma yönelimlerine ilişkin vurguların (bkz. Graugaard ve Finset, 2000) söz konusu toplumsal aktörlerin bireysel ruh halleri ve karakter biçimleri kadar, buradaki kültürel bağlamla ilişkili olduğunu da söylemek gerekiyor.



**Şekil 13. Hastalarınızla görüşmelerinizde nasıl bir dil kullanıyorsunuz?**

Görüldüğü üzere, dilsel bir süreçten bahsediliyor; dil, konuşmanın, anlam inşasının ve iktidarın üzerinde yer aldığı bir omurga olarak çalışıyor; toplumsal aktörleri, aynı muhayyilenin içerisine yerleştiriyor, farklı öznel deneyimlerini kuruyor ve bu haliyle ideolojik bir rolü yerine getiriyor. Bu noktada örneğin, hastalarınızla görüşmelerinizde nasıl bir dil kullanıyorsunuz? sorusuna görüşülen 65 öğrencinin yalnızca 15'i, hastaya her konuda bilgi verdiğini, anlaşılmayan noktaları soru işareti kalmaması için gerekirse yeniden anlattığını belirterek yanıtlıyor (Şekil 13). Diğer yandan 1 öğrenci, ne anlatırsam anlatayım çoğunlukla beni zaten anlamayacaklar, diyor; 1 öğrenci ise mutlaka "anlatmalıyım" ve "anlaşılmalıyım" kaygısı taşımadığını belirtiyor. Asıl büyük çoğunluk, 33 öğrenci, kısa ve net bilgiler verdiğini, hastanın anlamayacağı konulara girmediğini belirtiyor. Hastaların hangi konulara anlayıp hangilerini anlamadığının bu tarz bir a priori belirlenışı, onların öznelliğini de oraya kuran bir bilgi çerçevesi olarak çalışıyor. Son olarak 15 öğrenci, hastaların anlayabileceği bir dil kullanma niyetine rağmen tıbbi terimlerden kopmadığını söylüyor. İfade edilen bu deneyim, uzmanlık ve bilgi ile iktidar arasındaki ilişkinin bir biçimi gibi görünebilir. Öğrencilerin eğitim sırasında ezberledikleri terimler hem hasta üzerindeki sosyal kontrolün sağlanmasında hem de hastalığın niteliğinden kaynaklanan olası belirsizlikleri aşmakta bir enstrüman işlevi görür; öğrenci olmaktan da kaynaklanan olası boşluklar, bu türden bir dilsel oyun marifetiyle doldurulur. Benzer biçimde Atkinson da (1984),

tıp öğrencilerinin belirsizlikle baş etmek yerine “profesyonel sosyalizasyon”dan yana bir eğitim aldıklarını belirtir. Dolayısıyla karmaşıklıkla ve/veya insana ilişkin değişken dinamiklerle mücadele etmek yerine “ezberlenmiş bilgi” konforlu bir alan sunar; klinikteki olası belirsizliklerin bu vasıta ile en aza indirilebileceği düşünülür. En nihayetinde belirsizlik, tecrübe/bilgi boşluğundan kaynaklı süreci kontrol edememe hali, geleceğin öngörülemezliği ve bununla birlikte ortaya çıkan endişe, hekimin hasta üzerindeki sosyal kontrolü ve/veya toplumsal iktidar ile kapatılmaya/ötelenmeye çalışılır. Nitekim, örneğin diş hekimlerinin muayene sürecine ilişkin hatırlamalarının hastalarınkinden daha üst düzeyde olmasının da buradaki sosyal kontrolle ilişkili olduğu söylenebilir (Newsome ve Wright, 1999). Sürece ilişkin bağlamı kurma, içeriği düzenleme ve dilin muhtemel güzergâhlarını belirleme daha derin bir bellekle yankılanır. Oysa Haak vd.’nin (2008) belirttiği üzere, diş hekiminin kendini tanıtmayı, kendisinin rolünü anlatmayı, görüşmenin doğasını açıklamayı ve sonrası için gerekirse onay alması öncelikle beklenir. Ardından hastanın durduğu zaviye; yani hayattaki düşünceleri, endişeleri, beklentileri, hisleri, etkileri tanımlanır. Bir diğer aşamada diş hekimi, hastanın hislerini veya çıkmazları ile kendisi arasındaki temas için bir iletişimsel form olarak empatiyi kullanır. En nihayetinde ek bir husus olursa, bu hususu da tartışmak için hastayı cesaretlendirir, ona fırsat sunar, alan açar. Buradaki güven inşası ve bunun hasta tarafından bir özgüven olarak sahiplenilmesi hem iletişimsel açıdan hem tıbbi açıdan oldukça önemli görünüyor. Zira söylendiği üzere, bir sağlık enformasyonunun algılanan önemi, hastaların sosyo-ekonomik durumu ve elbette özgüven, iletişimin seviyesini ve biçimini doğrudan etkiliyor (Lukoschek vd., 2003; Street, 1991; Waitzkin, 1985; Willems vd., 2005).



■ Güven ■ Mesafe ■ Fark ■ Teknik ■ Emek

**Şekil 14. Giydiğiniz hekim önlüğünün sizin için anlamı nedir?**

Bu doğrultuda hekim ve hekim adaylarının klinikte giydikleri beyaz önlük de bir dildir. Nitekim, giydiğiniz hekim önlüğünün sizin için anlamı nedir? sorusuna 65 klinik öğrencisinin ancak 7'si, teknik/tıbbi/resmi bir prosedür olduğu yanıtını veriyor (Şekil 14). Bu normatif çerçevenin ötesi toplumsal, iletişimsel ve dolayısıyla dilsel bir muhteviyatla yüklü duruyor ve öğrencilerin büyük çoğunluğu da bu ağırlığın farkında. Bu doğrultuda 29 öğrenci, beyaz önlüğün hastanın güvenini kazanmasına yardımcı olduğunu düşünüyor; bu haliyle beyaz önlük, bir iletişim ortamı, bir mekân. 18 öğrenci, beyaz önlüğün hekim ile hasta arasındaki sınırları belirginleştirdiğini, mesafeyi görünür kıldığını düşünüyor; bu haliyle beyaz önlük, iktidarın somutlaştığı en asli gösterge, öte ile beriyi birbirinden ayıran bir sınır hattı, bir uğrak. 10 öğrenci ise, beyaz önlüğün diğer sağlık çalışanlarından da farklı olmayı işaret ettiğini belirtiyor; bu haliyle de beyaz önlük, yalnızca toplumsal eşitsizliğin değil kurum içi hiyerarşinin de gösterenlerinden birisi, hastane çalışanları arasındaki ilişkileri düzenleyen bir referans noktası,

kime/nasıl konuşulacağını belirleyen bir bilgi çerçevesi. 1 öğrenci ise, beyaz önlüğün bir emekçi ve halk için çalışan bir insan olduğunu gösteren bir işaret olduğunu düşünüyor. En nihayetinde beyaz önlük, maddi varlığının ötesinde simgesel anlamlar ihtiva eden bir dilsel dizge gibi duruyor. Beyaz önlükte varlığını bulan bu sembolik düzen hem hastane içerisindeki hem de hastane ile toplumun geri kalanı arasındaki sınırlara belirginlik kazandırıyor. Nitekim, hekimlerin alanına bükülecek biçimde iktidar da bu sınır hatlarını sürekli kılarak kendisini yeniden üretiyor.

## SONUÇ

Klinik de bir sosyolojik mekân ve bu haliyle dışarıdaki toplumsalın tüm yükü burada da bir parça görünür. Dolayısıyla hekim ile hasta arasındaki ilişki, bu ilişkiye müdahale eden bireysel-psikolojik unsurlar (sempati/empati vb.) kadar toplumsal mefhumlar tarafından dolayımlandırıyor; toplumsal sınıf çelişkileri, kültürel sermaye farkları, iktidar arzusu, öznenin kuruluşuna ilişkin diğer simgesellikler vb. Nitekim sıradan hayatları içinde insanların dış hekimlerine yönelik çekinceleri ve kendi tinlerine dönük bir açıklık olarak ağız üzerindeki hassasiyetleri ile de birleşince klinik mekânı, hekimin iktidarına bükülen ve hasta öncelikli olmak üzere “öteki” ile “fark”lar üzerinden işaretlenen bir yer haline geliyor. Bu simgesellik giyilen önlükte, sürekli sığınılan bir kovuk olarak uzmanlık bilgisinde, retorik silsilede, konuşma pratiklerde, dil biçimlerinde, söylemsel güzergâhta, bir özne olarak hastayı tasavvur etme biçiminde ve en nihayetinde iletişime biçilen araçsal rolde açığa çıkıyor. Bütün bu vurgular, klinik mekânındaki iletişimi rafine etmeye dönük her çabanın bir yandan da dışarıya dönük bir sosyolojiyi her daim gündemde tutmasını gerekli kılıyor.

## KAYNAKÇA

- Anderson, R. (2004). “Patient Expectations of Emergency Dental Services: A Qualitative Interview Study”. *British Dental Journal*, 197: 331-4.
- Atkinson, P. (1984). “Training for Certainty”. *Social Science and Medicine*, 19: 949-56.
- Aull, F. (1993). *Mission Statement, Medical Humanities*. New York: University School of Medicine.
- Boelen, C. (2005). *The Five-Star Doctor: An Asset to Health Care Reform*. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_1\\_1\\_02.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf) (Erişim Tarihi. 01.11.2016).
- Borland, L. R. (1962). “Odontophobia-inordinate Fear of Dental Treatment”. *Dental Clinics North America*, 6: 609-21.
- Bornstein, D. (2013). “Medicine’s Search of Meaning”. *The New York Times*. 18 September. <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2013/09/18/medicines-search-for-meaning/> Erişim Tarihi. 01.11.2016
- Byrne, P.S., Long, B.E.L. (1976). *Doctors Talking to Patients*. London: Her Majesty’s Stationery Office.
- Carter, W.B., Inui T.S., Kukull W.A., Haigh, V.H. (1982). “Outcome-based Doctor-Patient Interaction Analysis: II. Identifying Effective Provider and Patient Behavior”. *Medical Care*, 20: 550-66.

Gaines, A. ve Schillace, B. (2013). "Meaning and Medicine in a New Key: Trauma, Disability and Embodied Discourse Through Cross-Cultural Narrative Modes". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 37: 580-586.

Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic.

Good, Byron J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University.

Graugaard, P.K., Finset, A. (2000). "Trait Anxiety and Reactions to Patient-Centered and Doctor-Centered Styles of Communication: An Experimental Study". *Psychosomatic Medicine*, 62(1): 33-9.

Haak, R., Rosenbohm, J., Koerfer, A., Obliers, R., Wicht, M.J. (2008). "The Effect of Undergraduate Education in Communication Skills: A Randomised Controlled Clinical Trial". *European Journal of Dental Education*, 12: 213-8.

Hall, J.A., Roter, D., Rand, C.S. (1981). "Communication of Affect Between Patient and Physician". *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 18-30.

Henszen-Kelemens, I., Lapinska, E. (1984). "Doctor-Patient Interaction, Patients' Health Behavior and Effects of Treatment". *Social Science & Medicine*, 19: 9-18.

Klages, U., Serogl, H.G., Burucker, I. (1992). "Relations between Verbal Behavior of the Orthodontist and Communicative Cooperation of the Patient in Regular Visits". *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 102: 265-9.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*. New York: Basic.

Kurtz, S. Silverman, J. Draper, J. (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford: Radcliffe.

Lahti, S. Tuutti, H. Hausen, H. Kaariainen, R. (1995). "Comparision of Ideal and Actual Behavior of Patients and Dentists During Dental Treatment". *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 23(6): 374-8.

Lewis, M.A. (2013). "From Victim to Victor: 'Breaking Bad' and the Dark Potential of the Terminally Empowered". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 37(4): 656-69.

Ley, P. (1979). "Memory for Medical Information". *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2): 245-55.

Ley, P. (1985). "Doctor-Patient Communication: Some Quantitative Estimates of the Role of Cognitive Factors in None-Compliance". *Journal of Hypertension*, 3(1): 51-5.

Lukoschek, P., Fazzari, M., Marantz, P. (2003). "Patient and Physician Factors Predict Patients' Comprehension of Health Information". *Patient Education and Counseling*, 50: 201-10.

Makoul, G. (2001). "Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement". *Academic Medicine*, 76(4): 390-3.

Makoul, G. ve Schofield, T. (1999). "Communication Teaching and Assessment in Medical Education: An International Consensus Statement. Netherlands Institute of Primary Health Care". *Patient Education and Counseling*, 37(2):191-5.

Malloy, D.C., Martin, R., Hadjistavropoulos, T., Liu, P., MacCarthy, E.F., Park, I., Shalani, N., Murakami, M., Paholpak, S. (2014). "Discourse on Medicine: Meditative and Calculative

- Approaches to Ethics from an International Perspective". *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 9-18.
- Misra, S. Daly, B. Dunne, S. Millar, B. Packer, M. ve Asimakopoulou, K. (2013). "Dentist-patient Communication: What Do Patients and Dentists Remember Following a Consultation? Implications for Patient Compliance". *Patient Prefer and Adherence*, 17(7): 543-9.
- Newsome, P.R., Wright, G.H. (1999). "A Review of Patient Satisfaction: 1. Concepts of Satisfaction". *British Dental Journal*, 186(4): 161-5.
- Oswald, M. Grosjean S. (2004). "Confirmation Bias". in *Cognitive Illusions: A Handbook of Fallacies and Biases in Thinking, Judgement and Memory*. ed. Pohl, R.F. Hove: Psychology, pp.79-96.
- Parker, M.A. (2007). "A Perspective on Doctor-Patient Communication in the Dental Office". *North Carolina Medical Journal*, 68(5): 365-7.
- Plasschaert, A., Boyd, M., Andrieu, S., Basker, R., Beltran, R.J. et al. (2002). "Development of Professional Competences". *European Journal of Dental Education*, 6(3): 33-44.
- Roter, D.L. (1977). "Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patients' Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance". *Health Education Monographs*, 5(4): 281-315.
- Roter, D.L., Hall, J.A. (1992). *Doctors Talking with Patients, Patients Talking with Doctors; Improving Communications in Medical Visits*. Westport: Auburn House.
- Sondell, K., Söderfeldt, B., Palmqvist, S. (1998). "A method for Communication Analysis in Prosthodontics". *Acta Odontologica Scandinavica*, 56: 48-56.
- Stewart M. (1984). "What is a Successful Doctor-Patient Interview? A Study of Interactions and Outcomes". *Social Science & Medicine*, 19: 167-75.
- Street, R. (1991). "Information Giving in Medical Consultations: The Influence of Patients Communicative Styles and Personal Characteristics". *Social Science & Medicine*, 32(5): 541-48.
- Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956). "A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship". *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5): 585-92.
- Van Dalen, J., Van Hout, J.C.H.M., Wolfhagen H.A.P., Scherpbier, A.J.J.A., Van Der Vleuten, C.P.M. (1999). "Factors Influencing the Effectiveness of Communication Skills Training: Programme Contents Outweigh Teachers' Skills". *Medical Teacher*, 21(3): 308-310.
- Van Dijk, T. (1989). "Structures of Discourse, Structures of Power". in *Communication Yearbook*, ed. J.A. Anderson, Newbury Park: Sage, pp.18-59.
- Waitzkin, H. (1985). "Information Giving in Medical Care". *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 81-101.
- Waitzkin, H. (1991). *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven: Yale University.
- Wanless, M.B., Holloway, P.J. (1994). "An Analysis of Audio-Recordings of General Dental Practitioners' Consultations with Adolescent Patients". *British Dental Journal*, 177: 94-8.



Willems S., Maesschalck, S.D., Deveugele, M., Derese, A. Maeseneer, J. (2005). "Socio-economic Status of Patient and Doctor-Patient Communication: Does it Make a Difference?" *Patient Education and Counseling*, 56: 139-46.

Winefield, H.R., Murrell, T.G., Clifford, J. (1995). "Process and Outcome in General Practice Consultations: Problems in Defining High Quality Care". *Social Science & Medicine*, 41: 969-75.

Wynn, R. (1995). *The Linguistics of Doctor-Patient Communication: An Analysis of the Methodology of Doctor-Patient Communication Research*. Oslo: Novus.