

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ
ANABİLİM DALI

SAĞLIK SİSTEMİNDE HEKİM HASTA İLİŞKİSİ ve GÜVEN UNSURU

Doktora Tezi

Günnur Ertong

Ankara-2011

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ
ANABİLİM DALI**

SAĞLIK SİSTEMİNDE HEKİM HASTA İLİŞKİSİ ve GÜVEN UNSURU

Doktora Tezi

Günnur Ertong

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Aytül Kasapoğlu

Ankara-2011

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(...../...../2011)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin
Adı ve Soyadı

Günnur Ertong

İmzası

Önsöz

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı'nda çalışmaya başladığım 2007 yılında şekillenmeye başlamıştır. Sağlık uygulamalarının sosyal bilimlerle beslenmeye halen ne kadar çok ihtiyacı olduğu fikri yine bu yıllarda doğmuştur.

Bakanlık aracılığıyla bulunduğum hastane ziyaretlerinde, hastalar, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarıyla yaptığım görüşmelerde sağlık ilişkilerinin dönüştüğü ve bunun üzerine yapılacak bilimsel çalışmalara önemli ölçüde ihtiyaç duyulduğu farklı platformlarda dile getiriliyordu.

Tez danışmanımın doktora tezinin sağlık sosyolojisi alanında olması ve 2008 yılında gerçekleştirdiğimiz “Sağlık Sosyolojisi” dersi kapsamında okuduğumuz metinler ve dersin ürünü olarak ortaya çıkan “Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık” kitabı için hazırladığım “Hepatiti Yaşamak” bölümü için hepatitli hastalarla yaptığım çalışma da bu yolda önemli bir adım atmamı sağlamıştır.

Tezin alanda bilgi toplama bölümü 2010 yılının Haziran-Ekim aylarında Ankara'da yapılan pilot çalışmayla başlayıp ve daha sonra Mersin ve Tarsus'ta tamamlanmıştır. Üç bölümden oluşan çalışmada, ilk bölümde kavramlar ve kuramlar, ikinci bölümde bu kuramlar ve kavramlar çerçevesinde araştırma bulguları tartışılmaktadır. Üçüncü bölümde ise, araştırma üzerine genel bir değerlendirme ve alana yönelik bazı önerilerde bulunmaktadır.

Destegi ni hiç esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Aytül Kasapoğlu'na, komite üyeleri; Prof. Dr. Levent Akın, Doç. Dr. Nilay Çabuk Kaya'ya, diğer jüri üyeleri; Prof. Dr. Aylin Görgün Baran'a, Yrd. Doç. Dr. Yonca Odabaş'a, maddi, manevi tüm desteği için annem, Ayşe Ertong'a, kardeşim, R. Can Ertong'a, kuzenim Diğdem Yalçın'a, saha çalışmamdaki üstün destekleri için kuzenim Oya Kırçelli'ye,

sevgili M. Aykut Attar'a, DTCF Sosyoloji Bölümü'ndeki hocalarıma, saha çalışmamda, hastanelerdeki çalışma izinleri konusundaki destekleri için Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'na, uzun soluklu bu süreçteki anlayışları için çalışma arkadaşlarıma, tüm arkadaşlarıma ama özellikle Sevim Güngörürler'e ve Sevgi Taşkın'a, araştırmaya katılarak bana destek veren tüm hastalara teşekkür ederim.

Bu tez, bu uzun yolun her adımını benimle birlikte yürüten, babam, Uz. Dr. Cehdi Ertong'a ithaf edilmiştir.

İÇİNDEKİLER

Önsöz	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi
BÖLÜM 1 GİRİŞ.....	1
1.1 Problem	12
1.2 Amaçlar	16
1.3 Önem	17
1.4 Sınırlılıklar	21
1.5 Yaklaşım ve Sayıtlar	22
1.5.1 Güven Kavramı	22
1.5.2 Hekim-Hasta İlişkisi	35
1.5.2.1 Parsons ve Hasta Rolü	38
1.5.2.2 Hekim-Hasta İlişkisi Modelleri	39
1.5.3 Sosyolojik Yaklaşımlar Açısından Sağlık ve Hastalık	41
1.5.4 Niklas Luhmann ve Sistem Kuramı	43
1.6 Yöntem	67
1.6.1 Araştırma Tipi	67
1.6.2 Araştırma Tekniği	67
1.6.3 Bu Çalışma Bağlamında Sağlık Sistemi ve Genel Eğilimler	68
1.6.4 Pilot Çalışma: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	71
1.6.4.1 Pilot Çalışmada Karşılaşılan Güçlükler	71
1.6.5 Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler	73
1.6.5.1 Mersin Devlet Hastanesi	75
1.6.5.2 Mersin Toros Devlet Hastanesi	75
1.6.5.3 Tarsus Devlet Hastanesi	76
1.6.6 Kardiyovasküler Hastalıklar	76
1.6.7 Mülakatlar Sırasında Edinilen Genel İzlenimler ve Öneriler	80
BÖLÜM 2 BULGULAR ve TARTIŞMA	83

2.1 Araştırmanın Genel Özellikleri	83
2.2 Katılımcıların Demografik Özellikleri	84
2.3 Sağlıkta Dönüşüm Üzerine Hasta Algısı	85
2.4 Özel Sağlık Hizmetleri	92
2.5 Hekime Duyulan Güven	96
2.6 Güvensizlik	101
2.7 Hekime Güven ve Medya	106
2.8 Belirsizlik ve Güven	108
2.9 Karmaşıklık ve Güven	108
2.10 Hastaların Nasıl Bir Doktor Görmek İstedikleri	110
2.11 Sağlık Sistemindeki Siyasi Karar Vericilere Duyulan Güven	112
2.13 Güven Kavramsallaştırması	116
2.13 Hekimle Kurulan Güven İlişkisinin Belirleyicileri	119
2.14 Sağlık Sistemine Güven Modeli	121
BÖLÜM 3 SONUÇ ve ÖNERİLER	125
KAYNAKÇA.....	132
Özet.....	139
Summary	141
Ek 1: Mülakat Formu	143
Ek 2: Derinlemesine Mülakat Sırasında Yöneltilen Sorular	154
Ek 3: Güven Değişkenleri	155
Ek 4: İzinler.....	157

TABLÖLAR

Tablo 1: Ülkeler Arası Güven Karşılaştırılması (www.worldvaluessurvey.org) (2005-2008)	13
Tablo 2: Yıllara Göre Türkiye’de Güven Karşılaştırması (www.worldvaluessurvey.org)....	13
Tablo 3: Parsons Luhmann Karşılaştırması	46
Tablo 4: Sistem Yaklaşımında Paradigma Değişimi	49
Tablo 5: Sosyal Sistemler (Moeller, 2006: 29)	60
Tablo 6: Bireyin Üç Sistemi ve İlgili Çevreleri	62
Tablo 7: Luhmann Sözlüğü.....	64
Tablo 8: Sistem Yaklaşımı ve Sağlık	65
Tablo 9: Sağlık Göstergeleri	69
Tablo 10: Araştırmanın Gerçekleştirildiği Hastanelere Ait Bilgiler	73
Tablo 11: Katılımcıların Yaş ve Eğitimi (yıl olarak)	84
Tablo 12: Katılımcıların Algılanan Ekonomik Durumları	84
Tablo 13: Son 10 yılda Sağlık Sistemindeki Değişim Algısı.....	86
Tablo 14: Sağlık Hizmetiyle İlgili En Önemli Sorun.....	88
Tablo 15: Sağlık Hizmetinden Memnuniyet	89
Tablo 16: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (TÜİK, 2011).....	90
Tablo 17: Sağlık Sistemi ve Hekimler Hakkında Şikayet.....	91
Tablo 18: Özel Hastaneye Başvurma.....	92
Tablo 19: Özel hastanelerdeki Daha İyi Hizmet Verilmesi Algısı.....	92
Tablo 20: İnsanlara Genel Güven	96
Tablo 21: Hekimlerin Tedavi İçin Gerekenleri Yaptığı Algısı	97
Tablo 22: Hekimlerin Doğru Karar Verdikleri Algısı.....	98
Tablo 23: Hekimlerin Yanlış Reçete Yazmayacağı Algısı	98
Tablo 24: Hekimlerin Mesleklerinin Erbabı Olduğu Yönündeki Algı	99
Tablo 25: Hekim Değiştirme ve Güven İlişkisi	101
Tablo 26: Hekimlerin Elinden Geleni Yaptığı Algısı	101
Tablo 27: Mahremiyet Konusunda Endişe.....	103
Tablo 28: Hekimlerin Bilmedikleri Halde Biliyormuş Gibi Davranması Algısı	104
Tablo 29: Sağlığa İlişkin Hatalar Yapıldığı Algısı	105
Tablo 30: Güven ve Medya İlişkisi.....	106
Tablo 31: Hastalık seyri hakkında kafa karışıklığı	109
Tablo 32: Tedavi Konusunda Karar Verme	110
Tablo 33: Başbakan ve Sağlık Bakanına Duyulan Güven	112
Tablo 34: Hangisine en çok güvenirsin?.....	113
Tablo 35: Başbakan ve Sağlık Bakanına Duyulan Güven Korelasyonu.....	114
Tablo 36: Farklı Düzeylerde Güven İlişkisi.....	118
Tablo 37: Güven ve Demografik Özellikler	122

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sistemler (Bu çalışma için birleştirilmiştir: Luhmann, 1995; Moeller, 2006; Yoldaş, 2007)	50
Şekil 2: Mersin İli Haritası.....	73
Şekil 3: Hekime Güven Kavramsallaştırması	116
Şekil 4: Luhmann'dan Hareketle Hekimle Kurulan İlişkide Güvenin Belirleyicileri.....	120

KISALTMALAR

akt: Aktaran

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü

N: Evren

OECD: Organization for Economic Co-operation and Develoepment

p: p değeri

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

vd: Ve diğerleri

YİEAH: Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BÖLÜM 1 GİRİŞ

Bu tez çalışması, sosyolojinin bir alt dalı olan ve özellikle gelişmiş ülkelerde daha yaygın bir seyir izleyen sağlık sosyolojisi sınırları içerisinde yer almaktadır. Sağlık sosyolojisi alanının tarihsel gelişimi, farklı isimlendirmeleri ve içerisinde yer alan yaklaşımların bugüne ışık tutacağı düşünüldüğünden öncelikli olarak alanın teorik kökenlerine yer verilmiştir. Kasapoğlu (2001: 23) medikal sosyolojinin, şimdiki adıyla sağlık sosyolojisinin temelde uygulamalı sosyoloji alanına girdiğini, ancak sorunlara çözüm üretmek yerine daha makro ve kurumsal düzeyde çalışmalar yapıldığında da kurumlar sosyolojisi içinde düşünülebileceğini ifade etmektedir. Bugün yaygın biçimde çalışılan, amacı sosyolojinin bir alt dalı olarak toplum sağlığına katkıda bulunmak olan bu alan geniş bir literatüre sahiptir.

Bağımsız bir disiplin olarak medikal sosyoloji ilk kez 1940'lı yılların sonunda ortaya çıkmıştır. Batı'da yaygınlaşması ise 1950'lerin sonuna doğru gerçekleşmiştir. 1848'te "tıp, sosyal bir bilimdir" iddiası Rudolph Virchow (Bloom, 2002: 15) tarafından ortaya konulmuştur. Ona göre sosyal faktörlerle tıbbi problemler mutlaka ilişkilendirilmelidir. Bir patolog olarak özellikle bulaşıcı hastalıklar ve sosyal nedenleri arasındaki ilişkiler konusunda araştırmalarda bulunmuştur. Bunlara paralel olarak da sağlık hakkı ve devletin bunu sağlama zorunluluğu yine bu dönemlerde var olan bir diğer tartışmadır. "Sağlık sosyolojisi" isimlendirmesi ilk kez 1894'te sağlığı etkileyen toplumsal faktörleri inceleyen çalışmasında McIntyre tarafından kullanılmıştır. Klasik sosyoloji kuramları içerisinde de Engels (1845)'in işçi sınıfının yaşam koşullarını incelediği çalışması, Durkheim (1897)'in intihar çalışması sağlık

sosyolojisiyle ilişkilendirilebilse de neredeyse 1960'lara kadar doğrudan bu alanda yapılan çalışmalardan bahsetmek pek mümkün değildir. Ancak 1990'lara gelindiğinde sağlık sosyolojisinin, Almanya'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyolojinin en geniş alt dalı haline geldiği görülmektedir (Cockerham, 1998: 14'den, Akt. Kasapoğlu: 1999).

Çalışmanın/tezin bu bölümünde ilk önce sağlık sosyolojisinin seyri çerçevesinde geçirdiği dönüşüme ve akımlara öncelikli olarak yer verilmekte ve sosyolojik yaklaşımlar bölümünde çalışmada ele alınan temel kavramlar ele alınmaktadır.

Tıpta Sosyoloji (Sociology in Medicine): Tıp ve sosyoloji arasındaki ilişkinin ilk dönemidir. Bu yeni dönemde, tıba ilişkin çalışmalara hizmet eden sosyolojik araştırmaların yapıldığı gözlenmektedir (Twaddle, 1982'den, akt. Kasapoğlu, 1999). Tıba göre sosyoloji ikincil konumdadır. Sosyolojiden daha ziyade tıbbi araştırma birimleri tarafından tanımlanan problemlerle ilgilenen bir yapısı mevcuttur, sağlık mesleklerinin ihtiyaçlarının egemenliğinde tanımlanmaktadır (Turner, 2007:1-3). Bu dönemde daha çok halk sağlığı disiplini etrafında örgütlenen bu çalışmalarda sosyal hijyen, sosyal tıp kavramları birbirlerinin yerine kullanılabilmektedir. Bununla birlikte Blomm (2002: 16-20) 'a göre yine aynı dönemde tıbbi bakteriyolojinin hızla ilerlemesi sosyal faktörlerle sağlığın ilişkilendirilmesi konusundaki çalışmaları yavaşlatmıştır. Bu eğilim, neredeyse 1940'lara kadar devam etmiş, tıbbın tek başına sağlığa ilişkin tüm sorunları çözebileceği düşüncesi yaygın kabul görmüştür.

Ancak her ne kadar biyomedikal modelin egemenliği söz konusu olsa da sosyal bilimlerin öneminin altını çizen çalışmalar da yok değildir. 1904'te Grotjahn

(akt. Bloom, 2002) tarafından ortaya atılan “sosyal hijyen” teorisine göre tıbbi sorunlar ancak sosyal bilimlerin ışığında çözülecektir. Sağlığın sosyal sınıflara göre nasıl farklılaştığı ise yine aynı teorinin bir diğer boyutudur. Bunlara paralel olarak sosyolojinin de insanların daha iyi koşullarda yaşaması konusundaki çalışmalarının başlangıcı yine aynı döneme rastlamaktadır. 1879’da Amerika Birleşik Devletleri’nde John Shaw Billings hijyen çalışmalarıyla sosyolojiyi ilişkilendirmiştir. 1894’te ise McIntyre tıbbi sosyolojiyi, hekimlerin kendilerini ayrı bir sınıf olarak gördükleri, sosyal fenomenin bilimi olarak nitelemiş, aynı zamanda tıbbi mesleklerle toplum arasındaki ilişkiyi kurma görevini yine tıbbi sosyolojiye vermiştir. 1909’da ise Warbesse “Tıbbi Sosyoloji” isimli kitabı yayınlamıştır. Yine aynı yıl Amerikan Halk Sağlığı Derneği’nde sosyoloji dalı açılmıştır. Ancak biyomedikal model tüm bu hareketlerde egemen olmayı başarmıştır. Sosyoloji bu dönemde kendine özgü ilkeleri sınırlı biçimde ortaya koyabilmiştir. Tıbbın sınırları içerisinde onun kurallarına ve gelişmelerine bağımlı biçimde sosyoloji yapılabilmektedir. Bu da biyomedikal modelin hegemonyasının bir süre daha çok geniş etkide bulunmasına imkan tanımıştır. Bu baskının, alanın daha geç ve sınırlı biçimde gelişmesine sebep olduğu söylenebilir.

Tıp Sosyolojisi (Sociology of Medicine): 1960’lar ve 1970’ler sosyologların, tıbbın toplumu kontrol etmeye çalıştıklarını fark ettikleri, tıba, tıbbın örgütlenme biçimlerine yönelik eleştiriler yönelttikleri bir dönemdir. Tıp sosyolojisinin odağında hekimlerin yetiştirilmesi, eğitimleri, hekimler, yardımcı sağlık personeli ve hastaların rollerindeki gelişmeler bulunmaktadır. Daha çok tıbbın nasıl örgütlendiği, tıp mensuplarının rolleri gibi konular ağırlıklı olarak tartışılmaktadır.

Turner (2007: 14)’e göre tıp sosyolojisi uygulamalı bir sosyoloji biçimidir. Bir hastanın rahatsızlığını anlamak için onu toplumsal ve bireysel bağlamı içerisinde

ele almak gerekir. Bu dönem aslında bugünkü tartışmalara oldukça katkı sağlayan, alanın gelişimine ışık tutmuş bir dönemdir. Sosyolojinin içerisinde yer alan ancak yeni biçimde sunulan her gelişmenin aslında bu dönem içerisinde var olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Sosyolojinin kendi içerisindeki gelişmelerin de hız kazandığı bu dönem sağlık sosyolojisine de katkı sağlamıştır. Özellikle Parsons (1951)'in ortaya koyduğu işlevsel model ve hasta rolü birçok araştırmacı için ufuk açıcı olmuş ve oldukça geniş bir literatüre öncülük etmiştir.

Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi (Sociology of Health and Illness): Her ne kadar zaman zaman tıp sosyolojisiyle ayrıştırılmadan, tıp sosyolojisinin tarihsel olarak bir devamı olarak nitelendirilse de sağlık ve hastalık sosyolojisi 1970'ler ve 1980'lerden itibaren biyomedikal modelin sorgulanmaya başladığı bir dönem olarak, sağlık ve hastalığın toplumsal dinamikleri de araştırmalara dahil edilmeye başlanmıştır. Bu dönüşüm aynı zamanda sağlık ve hastalığın değişen doğasının da bir ürünü olarak görülmektedir. Turner (2007: 17)'a göre örneğin 19. yüzyılda karşılaşılan akut, bulaşıcı hastalıkların yerini nüfusun yaşlanması ve yaşam koşullarında bazı değişiklikler almıştır, bu şekilde hastalıklar ve nedenleri de değişmiştir. Modern hastalıkların temel açıklaması olan enfeksiyon yerini strese bırakmıştır, tedavi kavramının yerini ise rehabilitasyon ve bakım almıştır.

Sağlık ve hastalık sosyolojisi alanında oldukça kapsamlı bir çalışma olan ve Sarah Nettleton (1995) tarafından yazılan kitabın giriş bölümüne; bundan 20 yıl öncesinde sağlık ve hastalık vurgusunun hastaneler, doktorlar, hemşireler, ilaçlardan ibaret olduğunu, 2000li yıllara gelindiğinde ise bu imajın, çok daha geniş kapsamlı hale geldiği, sağlıklı yemekler, vitaminler, alternatif tıp, sağlık kontrollerini de kapsadığını belirterek başlamaktadır. Son yıllarda sağlık ve hastalık, medyanın

başlıca konularından birisi haline gelmiştir. Alana ait bilgi, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının tekelinde olmaktan çıkmıştır. Neredeyse her haber bülteninde gerek koruyucu gerekse tedaviye yönelik, sağlığa ilişkin bir habere rastlamak mümkündür. Bu aşamaya geline sürecin başlangıç noktasında biyomedikal model bulunmaktadır. Batı tıbbi biyomedikal model üzerine kuruludur. Bu modelde, hastalık, biyokimyasal bir makine olarak kavramsallaştırılan insan bedenindeki belirli aksamaların sonucu olarak görülmektedir. Bu modelin temel özellikleri şöyledir (Nettleton, 1995: 1-5):

- Model, beden ve zihin dualitesi üzerine kuruludur.
- Beden bir makine gibi tamir edilebilir, hekimler bu işlevsizliği gideren mühendisler olarak görülmektedirler.
- Tıp teknolojinin tahakkümü altındadır.
- Sosyal ve psikolojik faktörler yok sayılır, biyolojik bir indirgemecilik söz konusudur.
- Her hastalığın nedeni, belirli, tanımlanabilir bir ajandır (bakteri, virüs, parazit vb.). Beden, kişiden izole edilmiş, hastalığın sosyal nedenleri görmezden gelinmiştir. Sağlık ve hastalığın öznel nedenleri ilgisiz görülmektedir.

Biyomedikal modele gelen eleştiriler öncelikle Batı toplumlarında 20. yüzyılda yaşanan ölüm oranlarının düşüşlerinin, aşılama, tıbbi tedavi ve tıbbi müdahalelerden çok beslenme, hijyen ve üreme kalıplarına bağlanması yönündedir. Eleştiren isimler arasında yer alan Illich (1976) tıbbın yarardan çok zarar verdiğini belirterek insanları iyileşmek konusunda yetenezsizleştirdiğini ve insanların tıp uzmanlarına bağımlı hale geldiğini belirtmiştir. Bir diğer eleştiri de Engel (1977)'den gelmiştir. Ona göre sağlık ve hastalık “biyopsikososyal” bir model içerisinde

değerlendirilmelidir. Mortalite, morbidite kalıpları ve kişinin hayatta kalma şansı sosyal yapılarla ilişkilidir, sosyal sınıf, etnisite ve yaşa bağlıdır.

Biyomedikal modele bir diğer eleştiri de tıbbın, bireylere kişi yerine pasif nesneler gibi davranmasıdır. Oysaki sıradan insanların da kendi dünyalarında hastalıklarını anlamlandırış biçimi ve hastalık tecrübeleri mevcuttur (Nettleton, 1995: 5). Aslında bireyin öznel deneyimleri ve kendi anlamlandırışlarının araştırmaya katılması sosyoloji için yeni değildir, örneğin sosyolojideki sembolik etkileşimcilik yaklaşımı da farklı alanlarda bu tür çalışmaların yapılmasına olanak sağlamaktadır.

Biyomedikal modele karşı yükselen seslerin yanında sağlıkta yaşanan bir paradigma değişiminden bahsetmek mümkündür. Castel (1991, akt. Kasapoğlu, 1999: 6) 'e göre bu değişim hekim- hasta ilişkisinde geleneksellikten uzaklaşan bir ilişkiyi, onun yerine daha çok sağlığı yönlendiren uzman-hasta ilişkisini getirmiştir. Yeni dönemde sağlık çalışanları nüfusun sağlık açısından profilini ortaya koymaya çalışmaktadırlar. Sınıf, meslek, toplumsal cinsiyet yaşam biçimi gibi özelliklerle nüfusun risk durumu belirlenmeye çalışılmaktadır. Casper ve Morrison (2010:120-127)'a göre sağlıkta son dönemde meydana gelen ve dönüm noktası olarak değerlendirebilecek gelişmeler şu şekildedir: antibiyotiklerin kullanımı (aşırı kullanımı konusunda gelinen noktada başlayan akılcı antibiyotik kullanımına yönelik düzenlemeler), aşılar, doğum kontrol yöntemlerinin genişlemesi, genetik müdahaleler, görüntüleme teknolojilerinin artması (MR, tomografi, ultrason), amniyosentez gibi prenatal (doğum öncesi) testler, nanoteknoloji, ilaç endüstrisindeki gelişmeler, üreme teknolojileri, bakımın standardize olması, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi olarak sıralanabilir. Sonuç olarak hasta yataklarının yanındaki büyük makinelerden vücuda yerleştirilebilen küçük cihazlara ya da haplara

dönüşmüştür. Bu dönüşüm makro düzlemde bakıldığında yapının; mikro düzlemde ise hastanın ve sağlık sisteminde yer alan tüm aktörlerin rollerini de değiştirmiştir. Sağlık harcamaları artmış ancak buna paralel olarak sağlık hizmetlerinden faydalanan nüfus da gün geçtikçe artmaktadır. Bu durum hem iletişim teknolojilerinin gelişmesi hem de farkındalığın artmasıyla ilişkilendirilmelidir. Gelenen noktada hastalık kadar sağlıklı ya da yarı sağlıklı olma hali de tartışılmaktadır. Sağlığın ve hastalığın tanımları da risk üzerinden yapılan tanımlar paralelinde oldukça kaygan bir zeminde yerini almıştır.

Hem makro hem de mikro çalışmalar sağlık sosyolojisinde kendisine yer bulmaktadır. Niceliksel veriler kullanılarak yapılan, kimi zaman sağlık ekonomisi ya da sağlık kurumları işletmeciliği alanlarında rastlanan çalışmalar daha çok disiplinler arasında bulunurken bu çalışmalarda tıp fakültelerinin özellikle halk sağlığı bölümlerinin önemli desteği söz konusu olmaktadır. Ancak mikro çalışmalar daha az olmakla birlikte alana önemli katkı sağlamaktadır. Mikro çalışmalar ise sosyal bilimlerin özellikle de sosyolojinin sınırları içerisinde kalmaktadır.

Sağlık sosyolojisi çatısı altında medikalizasyon (tıbbileştirme) ve biyomedikalizasyonun çeşitli alanlarda etkileri farklı konularda çalışılmıştır. Sağlıktaki insanilikten uzaklaştırma, uzmanların, uzman olmayanların da sahip olduğu tecrübeyi dönüştürmektedir. Doğal süreçleri sağlık hizmetleri içerisine çekmek ve sağlık tüketimini arttırmayı amaçlamayan medikalizasyonun yanı sıra teknoloji asıl belirleyen olmakta ve normal ve patolojik olanın birbirinden ayrılması noktasındaki süreci tanımlamaktadır.

Ayrıca sağlık ve hastalık sosyolojisinin yükselişiyle birlikte sağlık sosyolojisi yazınında sıklıkla rastlanılan çalışmalardan bir diğeri de feminist perspektifle ele

alınan çalışmalardır. Feminist perspektiften yapılan araştırmalar sağlık teknolojilerine gömülü olarak bulunan güç eşitsizliklerini ortaya çıkarmaya çalışmışlardır. Özellikle beyaz, orta sınıf kadınlar daha fazla bakım alıp gereksiz müdahalelere maruz kalırken, yoksul kadınların bakımdan yoksun olduğu bilinmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri üzerinden yapılan tartışmalar da alana önemli katkılar sağlamaktadır ancak eşitsizlikler sadece bu alanla sınırlanmamalıdır. Sağlık hizmetlerine ilişkin sorunlar kadına indirgenmemelidir.

Hekimler, hemşireler hızla dönüşen sağlık teknolojilerine uyum sağlamaları konusunda yaşanan süreçler ve bu bağlamda yaşanan tüm toplumsal cinsiyet rolleri için yaşanan değişim, hastalık tecrübesini nasıl değiştiği sosyoloji sınırları içerisinde araştırılması gereken konulardır. Teknoloji onları ve rollerini hızlı biçimde dönüştürmekte hem kendi organizasyonel ilişkilerini hem de hastalarıyla kurdukları ilişkilerde köklü değişiklikler yaratmaktadır. Artık tecrübe sürekli değer kaybeden bir hal almakta yeni teknolojilere kolay uyum sağlayan daha başarılı kabul edilmektedir. Casper ve Morrison (2010:120-127)'a göre internet ve sağlık sistemlerinin etkileşimi de oldukça etkilidir. Özellikle tıbbi danışmanlık alma konusunda mesafeler kalkmıştır. Ayrıca hastaneler de farklı düzeylerde hasta bilgilerine ilişkin kayıtlar tutmaktadır. Örneğin DNA bankaları oluşturulmaktadır. İnsanları, testler yaparak çeşitli kategorilere yerleştirmek de yine teknolojinin bu denli gelişmesiyle mümkün hale gelmiştir. Genetik testlerle ya da IQ testleriyle bireyin hakları ve sosyal çevresi de bu biyolojik süreçten etkilenmektedir. Sürekli yapılan testler, koyulan teşhisler her ne kadar koruyucu hekimlik ya da sağlığın teşviki anlamında olumlu olarak görülse de öte yandan bireyi belki hastalıksız ama sürekli hastalık öncesi durumda tutmaktadır. Birey, hastalığın sınırında yaşamakta ve

sürekli buna hazırlanmaktadır. Özellikle kanser gibi kronik hastalıklar ele alındığında bireyin pasif hasta olarak ele alınmasından ziyade diğerleriyle dayanışma içinde olan bir kurban değil hayatta kalan olarak ele alınmaktadır. Sağlık sosyologlarının, bundan sonra daha çok tıptaki güç ilişkilerini sorgulayan biyopolitika ve sağlık politikalarında tüm bu analizlerde bir yol gösterici olarak yer alması kaçınılmazdır.

Conrad (2005: 3-14)'a göre tüm bu gelişmelere rağmen halen hekimler tedavinin temel karar vericisi durumundadırlar. Kozmetik alanının ve estetik operasyonların genişlemesi bedene yapılan müdahaleleri de her geçen gün arttırmaktadır. Sigarayla mücadele ya da obeziteyi yenme gibi bireye verilen sorumluluk ve müdahale alanının genişlemesi bile hekimin asimetrik bilgidен kaynaklı gücünü değiştirememiştir.

Timmermans ve Haas (2008: 659-670) çalışmalarında bugün sosyolojide “hastalık sosyolojisi”ni yeni bir kavram olarak ortaya koymuş; morbidite ve mortaliteyle sosyal hayatı ilişkilendirerek çeşitli tartışmaları barındıran çalışan bir alan açmışlardır. Hastalık sosyolojisi; hastalıkların bireyin sosyal süreçlerini nasıl etkilediğini, farklı hastalık evrelerinin sosyal ilişkileri, iş, komşuluk ve aile hayatını nasıl dönüştürdüğünü irdelemektedir. Biyografik aksamının ve medikalizasyonun/tıbbileştirmenin yarattığı dönüşümün biyolojik faktörlerle ilişkilendirilerek tartışılması bu literatürün konularını oluşturmaktadır. Bu alan daha çok tıp kökenlileri sosyolojiye çekmek ve biyolojiyle sosyal bilimlerin ilişkisini güçlendirmek adına ortaya konulmuştur. Özellikle 1980’erden sonra geniş yankı bulan hastalık ve sağlık sosyolojisinin bireyin yaşamına ilişkin detayları tartışırken sağlık hizmetlerine ilişkin birçok noktada körleştigi iddia edilmektedir. Hastalık sosyolojisinin asıl amacı ise sosyal hayat ve morbidite arasındaki dinamik ilişki

hakkındaki soruları cevaplamaktır. Sosyal epidemiyoloji ise daha çok fizyoloji ve anatomiye bünyesine alarak sosyal ilişkileri tartışmaktadır. Bu tartışmaların yeniden biyomedikal modelin alandaki belirleyiciliğini arttırması elbette göz ardı edilemeyecek derecede çoktur. Öyle ki fizyoloji ve anatomi, yazarların genel çatı olarak ele aldığı biçimiyle biyoloji, tıbbın tekelindedir. Bu baskın yapı her ne kadar sosyal yapıyla ilişkilendirilse de tıbbın belirleyiciliğinden kurutulamayacak ve biyomedikal modele doğru evrilmesi kaçınılmaz olacaktır. Elbette sağlık hizmetlerinin değişen yapısını, hızla artan hastalık ve tanılarını ve bunlara çözüm için geliştirilen teknolojinin bağları güçlü tutulmalıdır ancak uygulamalı sosyolojinin ilkeleri ve karar verme mekanizmaları da bu alanda yeterince etkin olmalıdır. Tıpta sosyolojiden hastalık sosyolojisine değin geçen süreç içinde bu çalışma alanı farklı biçimlerde isimlendirilse de insana dair olan tıp ve sosyoloji alanlarının birbirlerinin dilinden sağlık sosyolojisinin katkılarıyla daha iyi anladıklarını bugün için söylemek yanlış olmayacaktır.

Annandale (2008: 10)'e göre küresel koşullar, sağlığı tehdit eden birçok risk konusunda da farkındalığı arttırmıştır. Nükleer tehlikeler, ortaya yeni çıkan virüsler, iklim değişikliği, genetiği değiştirilmiş ya da sağlıklı olmayan yemek, stres gibi faktörler sağlığımızı tehdit eder hale gelmiştir. Tüm bunların varlığından haberdar olmak ve baş etmek konusunda bireye her geçen gün daha fazla sorumluluk verilmektedir. Kendi sağlığını devam ettirmek zorunda kalan bireyle ilişki içerisinde bulunduğu yapılar arasındaki ilişki tartışıldığında bugün sağlık sosyolojisi literatüründe mikro çalışmalara ne kadar ihtiyaç duyulduğu bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Hastadan çeşitli risklere maruz kalan müşteriye dönüşmek üzere olan bireyin sağlık çalışanlarıyla kurduğu ilişkinin dönüşümü bile başlı başına önem

taşımaktadır. Bunun yanı sıra çalışanların birbiriyle ve organizasyonlarıyla kurdukları ilişkiler de yine bir takım riskleri, seçimleri gündeme taşımaktadır.

Bireyin sağlığa erişimi konusunda yaşadığı eşitsizliklerin kaynaklandığı yapısal bir takım belirleyiciler üzerinden yükselen sağlıkta eşitsizlikler literatürü elbette başka çalışmalara kaynaklık etmekte ve bir başka açıdan tüm bu ilişkileri sorgulamaktadır. Ancak bu çalışmada, makro ve mikro düzeyleri bir arada bulundurma kaygısıyla aynı zamanda bireyi içinde bulunduğu bağlamda tartışma tercih edilmiş, bireyin sağlıklı olmak adına girdiği ilişkilerde çeşitli düzlemler ele alınmıştır. Bu noktada işlevsel bir bakış açısı bu tür bir yaklaşıma uygun düştüğü düşünülmektedir. Bu yaklaşım her ne kadar sağlık ve hastalık sosyolojisi içerisinde ele alınıp post modernizmle ilişkili olabileceği düşünülse de, bu çalışmada sosyolojinin sahip olduğu 1960larda ortaya çıkan yeni işlevselcilikten yola çıkıldığı unutulmamalıdır. Sosyoloji kendi geleneği içinde 1980 sonrası “yeni” gibi sunulan birçok kavramı içerisinde bulundurmaktadır.

Bu çalışmada hastaların sağlık sistemine duydukları güvenin onların sağlıklarına etkisi olduğu ve bu etkinin hekimle hastanın kurduğu ilişkiden doğduğu varsayımı çalışmayı tıp sosyolojisi ve sağlık ve hastalık sosyolojisinin kesiştiği bir noktada konumlandırmayı gerektirmektedir. Hastaların öznel deneyimleri, yapmak durumunda olduğu seçimler, karşı karşıya olduğu riskler ele alınmış, ancak sağlık sistemine duyulan güvenin işlevinin sağlığa olumlu katkı sağlamak olduğu kabul edilmiştir.

1.1 Problem

Modern toplumsal kurumların gelişimi ve bunların dünya çapındaki yaygınlığı, insanoğlunun iyi bir yaşamın tadını çıkarması için modernlik öncesi sistemlerden çok daha fazla fırsat yaratmış olsa da modernliğin karanlık bir yüzü de mevcuttur (Giddens, 2004: 19). Modernliğin karanlık yüzüyle kastedilen, bilinenin artmasına rağmen bilinemezliklerinin de artmasıdır. Bildikleriyle bilinemezliklerin arasında seçim yapmak durumunda olan birey bir takım baş etme mekanizmaları kullanmaktadır.

Fukuyama (2005: 10) da, ekonomik refahın yaratılmasını ağırlıklı olarak sosyal sermaye ve bir toplumun bireyleri arasındaki güven duygusunun yaygınlığına bağlamaktadır. Toplumlara yüksek güvenli ve düşük güvenli olarak ikiye ayırmakta ve güvene bağlı olarak da sosyal sermayenin ve bunun alt kümesi olarak kendiliğinden sosyalleşmenin toplumların siyasi ve ekonomik hayatındaki yaşamsal önemini altını çizmektedir. Güven düzeyi düşük ülkelerde devletle aile arasında gönüllü birleşmeler çok zayıf düzeyde gerçekleşmektedir. Bu da toplumun ortak hedefler doğrultusunda işbirliği yapabilme ve organizasyonel yeteneklerini kısıtlamaktadır.

2005-2008 yılları arasında beş dalga halinde yapılan Dünya Değerler Araştırmasına göre (www.worldvaluessurvey.org) Türkiye dünya ülkeleri arasında güven düzeyinin en düşük olduğu ülkelerden birisidir.

Tablo 1: Ülkeler Arası Güven Karşılaştırılması (www.worldvaluessurvey.org) (2005-2008)

Ülke	Sizce genelde insanların çoğuna güvenilebilir mi?	Başkalarıyla herhangi bir ilişki kurarken ve iş yaparken hiçbir zaman dikkati elden bırakmamak mı gerekir?	Toplam
Norveç	%74.2	%25.8	1018 (%100)
İsveç	%68.0	%32.0	962 (%100)
Finlandiya	%58.9	%41.1	999 (%100)
Kanada	%42.8	%57.2	2113 (%100)
Irak	%40.8	%59.2	2555 (%100)
United States	%39.3	%60.7	1242 (%100)
Japonya	%39.1	%60.9	1026 (%100)
Almanya	%36.8	%63.2	1893 (%100)
Romanya	%20.3	%79.7	1685 (%100)
Fransa	%18.8	%81.2	996 (%100)
İran	%10.6	%89.4	2647 (%100)
Ruanda	%4.9	%95.1	1499 (%100)
Türkiye	%4.9	%95.1	1339 (%100)

Türkiye'nin yıllar içerisinde güven düzeyindeki dalgalanmaya bakıldığında ise keskin bir düşüşün olduğu görülmektedir. Bu, güvenin çeşitli yönlerden karşılaştırmalı olarak çalışılması gereğini ortaya koymaktadır.

Tablo 2: Yıllara Göre Türkiye’de Güven Karşılaştırması (www.worldvaluessurvey.org)

Sizce genelde insanların çoğuna güvenilebilir mi?				
	1990	1996	2001	2007
Toplam	1012	1896	4547	1346
Yüzde oran	10	6,5	15,7	4,9

1990’da yapılan araştırmada Türkiye’de “çoğu insana güvenirim” diyenlerin oranı %10 düzeyindeyken 1996’da araştırmanın tekrarında ise % 6,5’a gerilemiştir.

Her ne kadar oran 2001 yılında yükselmişse de 2007 yılındaki düşüş çarpıcıdır. Özellikle son yıllarda böyle bir düşüşün neden yaşandığı sorusu da cevaplanmalıdır.

Sztompka (1999: 9)'ya göre günlük hayatta insan ilişkilerinde güven olmadan sosyal hayat sürdürülebilir değildir. Güven, sosyal hayatın devamlılığının teminatı olarak algılanmaktadır. Luhmann (1979: 4)'ın da vurguladığı gibi güven olmasaydı kurulan ilişkiler ancak anlık olabilirdi. Buradan yola çıkarak bireylerin sosyalizasyonunu sağlayan, aile, iş çevresi, arkadaşlarıyla kurdukları tüm ilişkilerde güven konusunun önem kazandığı söylenebilir.

Bireyin sağlığını tesis etmek üzere girdiği ilişkilerde ise, buradaki özgün ilişkinin getirmiş olduğu hassasiyetlere paralel olarak güven dikkat çekmektedir. Sağlıklı olmak, bireye başta fiziksel ve psikolojik olmak üzere birçok fayda sağladığı gibi sosyal olarak da topluma katkıda bulunmaktadır. Ancak tersi düşünüldüğünde, varlığı fayda yarattığı gibi toplumun bireyleri arasında gelişmesi beklenen güven duygusunun yoksunluğu birçok alanda maliyetleri artıracak hatta sağlık üzerinden kurulacak ilişkilerde kopmalara yol açacaktır.

Türk Tabipler Birliği önceki başkanı Gürsoy (2002: 212) 'a göre tıp teknolojisinde ortaya çıkan ve oldukça dar bir zaman dilimi içine sıkışan hızlı gelişmenin, hasta ile hekim arasına soktuğu sayısız araç ve gereç, bilgi, beceri bu ilişkiyi öylesine zayıflatmıştır ki, hasta hekimin gözünde bazı karmaşık verilerin bir soyutlaması haline gelmiştir. Hasta, artık sadece tedavi edilmesi gereken bir objedir. Gelişmiş büyük sağlık kurumu, sayısız laboratuvar, elektronik cihaz ve bilgisayar hastaneden çok bir uzay mekiğini anımsatır yerlere dönüşmüşlerdir. Bu koşullar altında güven yeniden düşünülmeli ve tartışılmalıdır.

Sağlık sisteminde kurulan tüm ilişkilere yansıyacak olan bu dönüşüm, bir çok farklı boyutta çalışabilir. Sağlık ekonomisine yansımaları, değişen sağlık kültürü, hastaların genişleyen hakları tüm bunlardan etkilenen hekim ve hasta psikolojisi, farklı disiplinlerin hatta disiplinler arası çalışmaların konusu olacaktır. Ancak bu çalışma bu dönüşümün sosyal boyutlarını tartışmaktadır.

Tüm bunlar göz önüne alındığında hekim ile hastanın ilişkisinin değişen doğası bir takım problemleri beraberinde getirebilecektir. Bunlardan bir tanesi de güven yoksunluğudur. Sağlık sistemine duyulan güvende bir erozyon yaşanması kuşkusuz sistemin diğer tüm bileşenlerini de olumsuz biçimde etkileyecektir. Böyle bir durumda erozyonun nedeni mutlaka araştırılmalı ve çözümler geliştirilmelidir. Örneğin sağlık sistemine duyulan güvende oluşan erozyon, sistemin çalışma biçiminden, finanse edilme yönteminden veya bütçesine olan baskılardan kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu baskılar sağlık hizmetlerine olan talebin yaşanan nüfustan dolayı artmasına, teknolojinin yükselen maliyetlerine ve kamu sektörü ödemesindeki artışlara bağlanabilir. Calnan ve Sanford (2004: 92-97)'a göre toplumdaki beklentilerin sağlık profesyonellerinden artması ve genelde uzmanlara, kurumlara duyulan güvenin azalması yönündeki sosyal ve kültürel değişim; kişisel risk değerlendirmelerine bağlılığın artması da diğer nedenler arasında sayılabilir. Genelde sosyal güvenin azalması, sosyal ağlarda yaşanan kırılma ile paraleldir. Güvenin temelini oluşturan beklentiler; bilgi, yetenek, yeterlilik, hastaların çıkarına davranışlar, eşitlik, iyilik, dürüstlüktür. En önemli bileşenler, iletişim ve uzmanlıktır. Genel olarak hekime duyulan güven, bir birey olarak kamu hizmetine duyulan güvenle örtüşmektedir.

Piette vd. (2005:1749-1755)'ne göre güvenin bir diğer önemli etkisi de maliyetlerle olan ilişkisidir. Birçok kronik hastanın kullandıkları ilaçların maliyeti onların reçete edilenden daha az ilaç kullanmalarına neden olmaktadır. Maliyet ilişkili tedaviye devam konusundaki sorunlarda hastanın hekime duyduğu güven etkilidir. Bu durum tedavi üzerindeki finansal baskılar olarak adlandırılabilir. Hastanın hekime duyduğu güven, yeni ilaçları kullanma, hekimin tavsiyelerine uyma eğilimi, sağlık durumunu doğru bildirme konusunda etkilidir. Hastanın hekime duyduğu güven konusundaki en önemli belirleyiciler; hekimin iletişim tarzı, aktif dinleme, duygusal destek sağlama, net bilgi verme, hastayı tedavi kararlarına dahil etme, hastaların soru sormasına imkan verecek kadar onları dinlemedir.

Placebo, ilaç görünümünde olup aslında tedavi etkisi olmayan, hastayı psikolojik olarak rahatlatmak için verilen ilaçtır. Güven, uygulanan tüm tedavilerin yanında bir placebo olarak kabul edilmelidir. Bu araştırmanın temel problemi, sağlık sistemine duyulan güvendeki erozyonunun topluma hem sosyal hem de finansal maliyetler getirmesidir.

1.2 Amaçlar

Bu araştırmada, sağlık sistemine duyulan güvenin hekim hasta ilişkisi üzerinden çözümlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma boyunca aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Bu çalışma bağlamında ve araştırmanın yapıldığı dönemde Türkiye’de sağlık sisteminin özellikleri ve sağlık sisteminde genel eğilimler nelerdir?
- Sağlık hizmetlerinde önemli sorunlar nelerdir?

- Hastaların aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyetleri ne düzeydedir?
- Özel hastanelere hastaların bakışı nasıldır?
- Sosyal sistemlere ulaşma noktalarında hekimler ne tür davranışlar sergilediğinde güven ilişkisi nasıl inşa edilecektir?
- Hekimde duyulan güven ve medya etkileşimi nasıldır?
- Belirsizlik ve hekime duyulan güven ilişkisi nasıl biçimlenir?
- Karmaşıklık ve güven ilişkisi nasıl biçimlenir?
- Hastalar nasıl bir hekim görmek isterler?
- Sağlık sisteminde siyasi karar vericilere duyulan güven düzeyi nedir?
- Hastaların hekimlere duyduğu güven düzeyi nedir?
- Hastaların hekimlere duyduğu güven nasıl geliştirilebilir?
- Hekime duyulan güven düzeyinin geliştirilmesi neden önemlidir?

1.3 Önem

Güven, modern toplumda daha çok düşünümsellik, küreselleşme, riskle ilişkilendirilmektedir (Giddens, 1990: 80). Bireylerin davranışları sonucunda gelecekte oluşabilecek zararlar, modern toplumun rasyonalitesi, risk alma gibi unsurlarla bir arada olup güvene olan talebi arttırmaktadır (Beck, 1992). Bu nedenle güven, modern kurumların çok önemli bir parçası haline gelmektedir.

Fukuyama (2005)'ya göre bir toplumun sosyal sermaye ve güven düzeyi, o toplumun endüstriyel yapısı ile küresel kapitalist işbölümündeki yerini almada kritik önem taşır. Sosyal sermaye modern ekonomik ve politik kurumların işlerlik

kazanması için olmazsa olmaz şarttır. Sosyal sermaye, Fukuyama (2005)'ya göre insanların ortak amaçları için gruplar ya da organizasyonlar halinde bir arada çalışabilme yeteneğidir.

Ayrıca güven kavramı sosyal sermayenin bir örneği olarak ele alınabilir. Coleman (1994)'a göre sosyal sermaye bir kaynağı temsil eder, çünkü sosyal sermaye karşılıklılık beklentilerini de içerir ve ilişkilerin yüksek derecede güvenle ve ortak değerlerle yönetildiği, daha geniş iletişim ağlarını kapsamak için herhangi bir bireyin ötesine geçer. Güven ve güvenirlilik sıklıkla sosyal ve ekonomik işlemleri kolaylaştıran malzemelere benzetilebilir. Yüksek güvene dayalı iletişim ağları daha kolay ve pürüzsüz işlemektedir. Davranışların temelinde güven eksik olduğu zaman işbirliği yapmak zorlaşmaktadır. Güven sadece iki insanın yüz yüze iletişimde aranmaz, hem bireylerin, hem grupların hem de kurumların niteliği olarak görülmelidir.

Gerçekleştirilmek istenen politikaları, reformları tabana yaymak onlara yönelik inancı geliştirmek için önemli bir araç olan güven siyasiler tarafından da kullanılmaya açıktır. Güven mekanizması, önemli bir sosyal kontrol aracı olarak da kullanılabilir. Yöneticilerin yaptıkları uygulamaların devamlılığı açısından bu uygulamalara duyulan güvenin geliştirilmesi şarttır. Örneğin yeni teknolojilerin kabulünün sağlanması gibi konularda önce güvenin sağlanması iknanın ön koşuludur.

Simmel (1978)'e göre güven; kişisel, profesyonel ve pazar ilişkilerinde rasyonel seçime göre şekillenmektedir. Güven ajanlar ve bireyler arasındaki ilişki üzerinden temellenmektedir. Giddens (1991: 34)'a göre güven, kişisel algılardan daha çok sosyal ilişkiler içerisinde şekillenir. Basit bir hesaplama ya da duygudan

ziyade güven bağlam bağımlı ve düşünömsel bir süreçtir. Karmaşık ve ilişkisel bir pratiktir. Modern sosyal ilişkilerin bir özelliğı ve sosyal organizasyonun prensibidir. Sağlık sosyologları (Mechanic, 1996: 180) için güven, toplulukları bir arada tutan bir yapıştırıcı gibidir. Güven, düşünömsel bir toplumda riske bağı sorunları çözmek için en etkili yoldur. Eğer bir sosyal organizasyonun rutin olarak gerçekleştirdiğı faaliyetleri oradan hizmet alanlara hangi bilginin verildiğini tıbbi yapılardaki gibi etkiliyorsa ayrıca o yapıların sosyal durumları, sosyal ilişkileri, riski de kapsayarak şekillendiriyorsa o halde güven kritik bir faktördür. Sağlık sistemleri, sosyo politik kurumlar olarak sadece biyomedikal müdahalelerin yapıldığı yerler değildir fakat bünyelerinde karmaşık sosyal dünyaları ve ilişkileri de barındırırlar. Modern toplumdaki hızlı değişme ve internet, tüketicilerin bilgilenmesine, düşünömsel olmalarına neden olmakta ve onları dönüştürmektedir.

Bugün “güven” kavramı oldukça sık rastlanır bir biçimde kullanılmaktadır. Ekonomik krizlerin altında güven eksiliğinin yattığı, çalışanlarıyla ve müşterileriyle güven ilişkisi geliştiremeyen şirketlerin karlılığının düştüğü, siyasette yaşanan güven bunalımının ülkeyi etkilediğı, kadın-erkek ilişkilerinde güven eksikliği gibi vurgular gündelik hayatta sıkça karşılaştığımız durumlardır.

Sistem karmaşıklığı ve modern dünyanın riskleri göz önüne alındığında bunları aşarak yaşamlarına devam eden bireylerin bir takım baş etme mekanizmalarına ihtiyaçları vardır. Bu baş etme mekanizmalarından birisi de sisteme güven duyarak risklere rağmen davranışta bulunma ya da birden fazla olasılığın yarattığı karmaşıklığa rağmen seçim yapmaktır. Bu açıdan bakıldığında, güvenin fonksiyonu, modern yaşamın gerginliğini azaltmaktır (Jalava, 2001).

Verilen sağlık hizmetinde güven tesis edilmesi, hastaların sağlık sistemine güven duyması birçok açıdan önem taşıtmaktadır. Bunların en başında sağlık politikalarına duyulan inancı sağlamak gelmektedir.

Abelson vd. (2009: 63-70)’ne göre sağlık sistemleri hastaların hayatlarını etkilemesi ve birçok ülkenin kamu harcamalarındaki en yüksek kalemi oluşturması açısından literatürde son yıllarda pek çok çalışmaya konu edilmiştir. Sağlık sistemlerinin analiz edilmesi için güven ve güvenirlik ölçümü önemli göstergeler olarak ele alınmaktadır. Bu parametreleri geliştirmek için harcanan çaba da önem taşıtmaktadır. Hkmete, siyasete duyulan güvensizliğin sağlık sistemine transferi mümkündür. Sağlığa harcanan fonlarının etkili ve verimli kullanılması konusundaki belirsizlik durumu da bunu körüklemektedir. Bunun yanı sıra medyada yankı bulan tıbbi skandallar ve hasta güvenliği kültürü vurgusu da bunda etkilidir. Sistemlerde sağlık sistemine karşı gelişen güvensizlik hkmete olan duyulan güvensizlikten kaynaklandığı gibi hkmete olan güvensizliğe de dönüşebilmektedir.

Bunun yanı sıra güvenin etkili olduğu bir başka alan da aydınlatılmış rıza/onamdır. Anglo-Amerikan hukukunun temel ilkelerinden doğan aydınlatılmış rıza/onamın (bireye uygulanacak işlem konusunda bilgi verme-sorumluluğu paylaşma) dayandığı temel, bir kişinin kendisine güvenen ve inanan bir kişinin iyi niyetine sadık kalarak onun yararına davranmasıdır (Erdemir, 2003). Hastaların hastane ve hekim seçimlerinde, hastaya yapılacak tüm uygulamalara ilişkin hasta rızasının sağlanması, verilen tedavinin sürdürülmesinde güven oldukça etkilidir. Hastanın aldığı hizmetten memnuniyet duyması yine güvenle paralellik göstermektedir.

Entwistle ve Quick (2006:400)'e göre sağlık hizmetlerinde yapılan tıbbi önlenebilir hatalar konusunda artan farkındalık, hasta güvenliği (patient safety)  er evesinde tartışılan konular hastaların sağlık sistemine duyduğu güvende etkilidir. Güven hiçbir garantinin olmadığı bir dünyada insanların devam etmesini sağlayan bir mekanizmadır. Güven kötüye kullanıldığında istenmedik, ahlaki olmayan sonuçlar da doğurabilir. Güvenin en önemli patolojisi kırılğan g venenin kontrolü elden bırakmasıdır. Bu anlamda k r bir güven değil duruma bağlı ve bilgilendirilmiş güvenin daha sağlıklı olduğu söylenebilir.

Yapıların kırılğanlığını azaltan, boşluğu dolduran bir  imento olarak güvenin tesis edilmesi, belirsizliğin ve öngörülemezliğin gittikçe arttığı bir dünyada pek çok sorunun çözümü olarak sunulmaktadır. Yukarıda belirtilenler ışığında güven konusunun sosyolojik açıdan ne denli önem taşıdığı ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmanın, alanında bir ilk olarak hem genelde güven kavramını, sağlık sistemi ve Türkiye özelinde sosyolojik olarak tartışarak bu işlevlere sahip güven tesis edilmesine yardımcı olacağı d ş n lmektedir.

1.4 Sınırlılıklar

Bu araştırmada Luhmann (1995)'ın sistem yaklaşımından yola çıkararak sadece sağlık sistemi üzerinden analizler gerçekleştirilmiş ve sistemde karmaşıklığı azaltma fonksiyonuna sahip güven kavramı hekim ve hasta üzerinden tartışılmıştır. Çalışmada güven kavramı sosyal bir olgu olarak ele alınmıştır. Bunun yanı sıra toplumsal hayatta yaşamakta olunan güven biçimlerine de yer verilmiştir. Sağlık sistemindeki diğer aktörler ve güven ilişkisine, sağlık kurumlarının örgüt olarak incelemesine çalışmada yer verilmemiştir.

Akut hastalıklarda tercihin, en yakın kurum ya da hekim olduğu düşünüldüğünde buradaki güven inaşasına yer verilmemiştir. Ancak hastalık kronik ise, burada bir süreklilik söz konusu olduğundan tercihler devreye girmektedir. Kronik hastalık taşıyan kardiyoloji poliklinik ve servis hastaları araştırmaya dahil edilmiştir. Bu hastalarla belirlenen hastanelerde görüşmeler yapılmıştır.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı da güven araştırmalarında sonuçları etkileyeceği düşünülen kültürün bir değişken olarak araştırmaya dahil edilmemesidir.

1.5 Yaklaşım ve Sayıtlar

Bu bölümde, önce güven kavramı, hekim-hasta ilişkisi ve daha sonra Luhmann ve sistem teorisi sosyoloji literatüründeki güven tartışmaları, sağlık ve güven ilişkisi ele alınmıştır.

1.5.1 Güven Kavramı

Modern öncesi bağlamlardaki yerellik, din ve geleneğin güven ortamı oluşturduğunu, moderniteyle birlikte kurulan ilişkilerde ise istikrarın ve geleceği öngörebilmenin bunları yerini aldığı görülmektedir. Risk ortamında ise modern öncesi dönemde çoğunlukla doğa bir tehdit olarak algılanırken, tehditlerin moderniteyle birlikte insanların edimlerine dönüştüğü görülmektedir. Modern öncesi ortamlarda temel güven, topluluk, akrabalık bağları ve arkadaşlıklardaki kişiselleşmiş güven ilişkileri içine gömülüdür. Modern dönemde ise anonim bir güvenden bahsedilebilir (Giddens, 1994: 104). Elbette bugün de melezlikler söz konusudur, her iki dönemi de diyalektik olarak düşünmek gerekir. Halen örneğin doğal afetler insanlar için çok ciddi bir tehdittir.

Modern öncesi bağlamda değerlendirildiğinde sosyal ilişkilerde güven yerine daha çok yüz yüze ilişkilerden kaynaklanan tanıdıklık (familiarity) önemlidir (Luhmann, 1979). Tanıdık bir dünyada güvene ihtiyaç yoktur, güven riskin var olduğunu baştan varsayarak oluşan bir durumdur. Güven, bir kişinin diğerinin onu hayal kırıklığına uğratma ihtimaline rağmen o davranışı seçmesi olarak tanımlanabilir (Luhmann, 1979: 27). Güven sadece olası zararın kişinin aradığı avantajdan daha fazla olduğu durumda mümkün olur. Birine güvenildiğinde o kişinin her zaman hayal kırıklığına uğratma ihtimali vardır. Risksiz güven yoktur. Eğer alternatifleri göz önüne almadan yapılmış bir seçim varsa burada güvenden değil ancak emin olmadan bahsedilebilir (Luhmann, 1979: 25).

Toplumsal mekanizmaların olası hayal kırıklıklarına rağmen güven oluşturabilmeleri, toplumun kontrol ve sosyalizasyon süreçlerinin sürekliliğinin garantisi olarak düşünülebilir. Luhmann (1979: 5)'a göre güven, sosyal dünyanın karmaşıklığını azaltan etkili bir iletişim mesajıdır, o olmadan sosyal yaşam olanaksızdır, nerede güven varsa orada deneyimler ve eylemler için fırsatlar doğar.

Simmel (1978)'e göre güven, birine ya da bir ilkeye inanıldığı zaman vardır. Güven, belirli nedenlere dayanabilen ama bunlarla açıklanamayan bir duyguyu; bir varlıkla ilgili fikirle varlığın kendisi arasında kesin bir bağlantı ve birliğin olduğu, onu kavrayışla belirli bir tutarlılığın bulunduğu, ego'nun bu kavrayışa karşı teslimiyetinde bir güvence ve direnç eksikliği gösterdiği duyguyu ifade eder. Kısaca, olası sonuçlara duyulan güven bilişsel bir kavrayıştan çok, bir şeye bağlılığı ifade eden bir inanç biçimidir. Soyut sistemlerin gelişimiyle kişinin tanımadığı insanlara duyduğu güven, toplumsal var oluş için vazgeçilmez bir hale gelir. Bu türden kişiselleşmemiş güven, temel güvenden farklıdır (Giddens, 2004: 33).

İnsanların karşılaştıkları fırsatların ve seçeneklerin sayısı arttıkça aldıkları kararlar daha az tahmin edilebilir olacaktır. Hangi doktora gitmeli, hangi politikacıya oy vermeli, hangi bankada yatırım yapmalı gibi...Böyle bir dünya onun üzerinde yaşayanlar için gün geçtikçe daha bilinmez hale gelmektedir. İnsanlar hiçbir şey göremedikleri bir karanlığın içinde yürürken güven onları hareketsiz kalmaktan koruyan bir araç olarak görülmelidir. Çağdaş toplumlar, gittikçe daha anonim hale gelmekte ve tanıdıklık kaybolmaktadır. Bu da toplumu etkileme, kontrol etme ve izlemeyi zorlaştırmaktadır. Binilen uçağın kim tarafından kullanıldığını ya da içilen ilaçların kimin tarafından üretildiğini bilinmemektedir. Bu anonimliği ortadan kaldırmaya imkân yoktur ancak güven, bu boşluğu kapatmaya yardımcı olmaktadır. Küreselleşen dünyada çevrede her geçen gün daha fazla yabancı insan görülmesine bağlı olarak güven önemli bir kaynak haline gelmektedir (Sztompka, 1999: 12).

Güvenin gerekliliği karmaşıklık ve belirsizliklerle dolu bir dünyada nasıl davranılması gerektiği konusunda bir başlangıç noktası olarak kabul edilebilir. Güvenin olduğu yerde tecrübe ve eylemin artan olasılıkları mevcuttur, sosyal sistemlerin karmaşıklığında bir artış ve yapıyla bağdaşan olasılıkların fazlalaşması görülmektedir çünkü güven, karmaşıklığı azaltmanın etkili bir biçimidir (Jalava, 2006:173–175).

Güven kavramı daha çok saygı, işbirliği ve dürüstlük kavramlarıyla bir arada tartışılmaktadır. Sağlık sistemindeki değişimler, hekim hasta arasındaki ilişkiyi daha kırılgan hale getirmektedir. Kırılganlığın artmasının nedenleri olarak; sağlık sistemi ve sistemin mali kaynakları arasında var olan ya da algılanan çatışmalar, muayene sırasında hastaya ayrılan zamanın azalması sayılabilir. Hastanın hekime duyduğu güvenin artması daha fazla memnuniyete, tedaviye bağlılığa ve ilişkide sürekliliğe

neden olabilmektedir. Kurumlarda sağlanan güven, daha düşük işlem maliyetlerini (transaction cost) getirebilir. Sağlıkta bu maliyetleri düşürmek hastaya daha net bilgi verme, belirsizliği azaltmakla mümkündür. Hastadan tekrar tetkikleri istemek, yeterince açıklama yapmamak bu belirsizlik durumunu artıracaktır (David ve Thom, 2000: 245-253). Dışsal faktörler her zaman sağlık profesyonellerinin koşullarını etkilemektedir. Bürokrasi, reform programları uluslar arası ilaç piyasası gibi yapısal faktörler hekimliği etkileyebilmektedir. Sağlık Bakanlıkları sadece hasta insanları iyileştirmenin ötesinde insanları sağlıklı kılmak için geniş politikalar izlemektedirler. Bu bağlamda verilen sağlık hizmetinde kaliteyi geliştirme, verimliliği artırma gibi yaklaşımlar benimsenmektedir (Allsop, 2006: 621-636). Bu dönüşüm, hastaların tüm sağlık profesyonelleriyle özellikle de hekimlerle olan güven ilişkisini etkilemektedir.

Cohen (2002: 3494-3496)'e göre güven, tanıda, tedavide ve iyileşmede görünür olmayan fakat oldukça önemli bir unsurdur. Bugün sağlık hizmetlerinde güvenin erozyona uğradığı düşünülmektedir. Özellikle medya yaptığı haberlerle bu durumu derinleştirmektedir. Tıbbi hataların gün ışığına çıkması, mal practice (tıbbi hata) davaları, sağlık harcamalarının kontrolüne ilişkin çabalar hekimlere karşı güveni ciddi anlamda zedelemektedir. Güven, bir bireyin ya da kurumun sorumlu ve hizmet verdiklerinin çıkarına davranacağına olan inançtır. Ayrıca güven, dinamik ve kırılgandır; zarara uğrayabilir, daha sonrasında tamir edilebilir. Toplumun sağlık sistemine olan güveninin azalmasının pek çok sebebi olabilir ancak tıbbi pratiklerin değişmesi bu sorunu derinleştirmektedir. Sağlık harcamalarının maliyetlerinin dikkate alınması halkı şüpheyne düşürebilmektedir. Tıbbi bilgilere bireylerin erişiminin artması tıbbi pratiklere ilişkin gizemi azaltmaktadır. Yine bu alanda öz bakım, spor yapma, kilo kontrolü, stresi azaltma gibi konularla kişinin sağlığı

konusunda sorumluluk paylaşılır hale gelmiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına duyulan güvenin üç ayağı mevcuttur. Bunlar, teknik yeterlilik, kişiler arası ilişkilerde yeterlilik, kurumsal yeterliliktir.

Muayene sürelerinin kısalması, sağlık sisteminde ödeme sistemleri ve bunların hekime yansması sağlık sistemine duyulan güveni olumsuz yönde etkilemektedir. Güven, yapılması gereken her şey yapılmıştır duygusunu sağlamaktadır. Ancak körü körüne güven duymak ise hastayı sorması gereken soruları sormaktan alı koymaktadır. Güven risk ve koruyucu davranış arasında bir dengedir. Kişiler arası güvende önemli faktörler, iletişim becerileri, hasta merkezli yaklaşım, empati, hekimin açıklığı, dürüstlük, hekimin teknik yeterliliği, yayınları, bakımın tedavinin sürekliliği, hastanın hekim seçebilmesidir (McKinstry vd., 2009: 1-26). Güven zaten var olan bir şey olarak ele alınamaz, sürekli kazanılmak zorundadır (bireysel ve toplumsal düşünümSELLİKLE). Sistemlerin üretim ve yeniden üretiminde riskleri/faydaları hesaplamakla ilgilidir (Ward, 2007:121-134).

Bireylerin sistemlere karşı geliştirdiği güven, tek boyutlu bir biçimde kavramsallaştırılamaz. Luhmann (1979)'ın da belirttiği gibi bu birçok sistemle ilişkilidir. Giddens (2004)'a göre kişiler, kurumlara ve diğerlerine karşı güveni sorguladıkça daha düşünümSEL hale gelirler. Böylece toplumda genel güven seviyesi azalır. Sisteme güvenmeyen hasta, tedavisini uymayabilir. Sisteme güven tartışmalarında mutlaka tüm paydaşlar gözetilmelidir.

Hasta hekim arasındaki güven ilişkisine dair çok sayıda teorik kavramsallaştırma, az sayıda ampirik çalışma bulunmaktadır. Sağlık sistemindeki hızlı değişim ve dönüşümler hasta tarafından çoğu zaman hekimlerine duydukları güvene bir tehdit gibi algılanabilmektedir. Güven, hekim hasta ilişkisinin temel

özelliklerinden birisidir. Hekime karşı hastanın güvenini güçlü kılan nedir? Güven konusunda sağlık çıktılarını tehdit eden zayıf noktalar nelerdir? Hastanın hekime duyduğu güven, birden fazla şekilde tanımlanabilecek karmaşık ve çok boyutlu bir inşadır. Güven, hekimin belirli bir biçimde davranacağı konusundaki inanç ve beklentiler olarak da ifade edilebilir. Kişiler arası güven ise tekrarlanan ilişkiler sonucunda bir tarafın güvenilir davranışlarının test edilmesi sonucunda oluşur (Paerson ve Raeke, 2001:509-513).

İşletmede, organizasyon teorisinde düşük güven seviyesi, izleme ve doğrulama gibi işlemlerin maliyetini arttırır. Düşük hasta güveni seviyesi hastanın daha fazla test istemesine, sevkler, ek tıbbi bilgi istemesi gibi hekimin bilgisini doğrulamaya yönelik davranışlarda bulunmasına neden olmaktadır. Böyle durumlarda hastalar hekimlerin yazdığı reçeteden, verdiği tedaviden şüphe duymaktadırlar. Düşük güven seviyesi daha çok verilen servisin yetersiz olması şeklinde ortaya çıkabilir. Bunun sonucunda yaşanan tatminsizlikle hastanın tedavisinin başarıya ulaşma şansı azalacaktır (Thom vd., 2002: 476-483).

Luhmann (1993:8-10)'a göre risk alma davranışı, toplumun normlardan uzaklaşma, kötü talih/şans, beklenmedik olaylar gibi beklentilerin aksine gelişen yaşamın karanlık yüzüyle nasıl baş ettiğini açıklar. Kötü şans, risk biçiminde anlamlandırmaya çalışmak, büyü, din gibi geleneksel öğelerle bunları açıklamak yerine risk tercih edilmektedir.

Giddens (1991: 20) 'a göre risk toplumu kavramsallaştırması daha önceki toplumlara göre görece olarak az riskle yüzleşildiği için ortaya çıkmamıştır. Ancak bugün bireyler sahip oldukları bilgiyi düşününsel olarak eylemlerini planlamak için kullanmaktadırlar çünkü bugün eylemlere yol gösterecek bir otorite niteliği taşıyan

bir gelenek kalmamıştır. Geç modern toplumların bu özelliği, kurumsal düşünömsellik olarak nitelendirilmektedir. Bu şekilde birey, düşünömsel bir proje haline gelmekte her gün kararlar alarak seçimler yapmak durumunda kalmaktadır.

Beck (1992: 10-13)'e göre feodal toplum yapısının çözölmesiyle 19.yüzyılda modernizasyon ortaya çıkmış ve endüstri toplumunu doğurmuştur. Bugün modernizasyon, endüstri toplumunu çözmekte ve ortaya yeni bir modernleşme türü çıkmaktadır. Bu modernite klasik endüstriyel tasarımın dışında yeni bir modernlik olarak kabul edilmelidir. Birçok nedenden dolayı dünyanın sonu değil ancak 19. yüzyıldaki dünyanın sonu gelmektedir. Bu o günden kalan hiç bir şeyin yaşamadığı anlamına gelmemelidir. Örneğin o günlerde yazılan edebiyat eserleri bugün oturma odalarındaki televizyonlarda dizi olarak yayınlanmaktadır. Bu süreklilik arz eden, kopuş olmayan, iç içe geçmiş bir süreç olarak düşünölmelidir. Teknolojik ve ekonomik açıdan elde edilen güç ve ilerleme risklerin hızla artmasıyla gölgelenmekte, bu, gelişmenin bir yan etkisi olarak düşünölmektedir. Riskin üretimi ve yayılması mantığı, reformun dağılımıyla aynı mantık üzerinden düşünölmelidir. Merkezde modernizasyonunun riskleri ve sonuçları hayvanların, insanların yaşamını tehdit eder biçimde durmaktadır. 20. yüzyılın başında olduğu gibi mesleki tehlikeler ya da fabrika kaynaklı tehlikeler yerine belirli bir yere ya da gruba özgü olmayan ulus üstü, sınıfsal olmayan, küresel tehlikeler gündeme gelmektedir. İleri modernitede, refahın üretimi, sistematik olarak risklerin sosyal olarak üretmesiyle paralel olarak gitmektedir. Teknik fırsatların artan kapasitesiyle bunların sonuçlarının hesaplanamaz sonuçları da artmaktadır. Risk toplumunda bilinmeyen ve beklenmedik sonuçlar tarihte ve toplumda hakim güç olacaktır düşöncesi hakimiyet kurmaktadır.

Gabe vd. (2005:101-107)'ne göre belirsizlik, bilmek ve bilmemek arasındaki boşluğu ifade eder. Şüphe, endişe ile ilişkilendirilebilir. Tıbbi, işlevsel ve varoluşsal olmak üzere üç belirsizlik biçimden bahsedilebilir. Tıbbi belirsizlik ilk kez Parsons (1951) tarafından hekimlerin tıbbi bilgiyi yönetmeleri olarak ifade edilmiştir. Bunun nedeni ise tıpta ve bilimde meydana gelen sürekli ve hızlı ilerlemedir. Hekim, belirsizlikle hastasının duygusal ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken de yüzleşebilir. Belirsizlik ve kişisel talepler Parsons'a göre hekim ve hastanın rollerini kurumsallaştırmaktansa sosyal kontrolün özel bir biçimine hizmet eder. Renee Fox'un 1999 yılında yayınlanan çalışması, tıp fakültesi öğrencilerinin belirsizliğe karşı nasıl eğitildikleri üzerinedir. Bu belirsizlikler, tıbbi bilgi yetersizliğinden kaynaklı, değişen bilgiler nedeniyle, kişisel yetersizlikler nedeniyle olabilir. Ancak belirsizlik genel olarak çok konuşulan, tartışılan bir kavramdan çok üzeri örtülmeye çalışılan bir kavramdır.

Atkinson (1984)'a göre tıp öğrencileri, belirsizlikle baş etmek yerine profesyonel sosyalizasyondan yana bir eğitim alırlar. Karmaşıklıkla baş etmek yerine ezberlemek daha kolay gelmektedir. Hekimin sahip olduğu bilginin klinikte/muayenede belirsizliği minimize edeceği düşünülmektedir. Bunu Atkinson (1984) belirli durumlar için eğitmek olarak adlandırmaktadır. Hekimler belirsizlik durumlarında daha çok kendi ünlerine, prestijlerine zarar gelmesinden korktukları için bu durum sıklıkla açık edilmemektedir. Burada yaşanacak olumsuz, duygusal atmosfer ise hekimlerin kaçınmasının diğer bir nedeni olarak gösterilebilmektedir. Tıbbi belirsizlik, hekimin kontrolünün azalmasına neden olmaktadır. Belirsizlik, riskle ilişkilendirilerek muayene odasından dışarı çıktıkça daha çok tartışılacaktır.

Reith (2004)'e göre bilmediğin için kontrol edememe durumu, geleceğin öngörülemezliğidir. Bu Luhmann (1993)'a göre toplumların nasıl organize oldukları, nasıl işledikleri konusunda oldukça açıklayıcıdır. Risk, fen bilimlerinden sosyal bilimlere transfer olmuş olsa da özellikle Beck (1992)'in post endüstriyel toplum için kullandığı “risk toplumu” kavramsallaştırması, modernleşme süreci içinde küresel olarak kullanılan dünyayı risklerin etkilediği bir fenomen haline dönmüş, adeta şeyleşmiştir. Risk, gelecekteki belirsizlikleri yönetme aracı olarak görülmektedir.

Risk, belirsizlik sonucu hissedilen tehdit ve bu tehdide karşı oluşan tepki olarak tanımlanabilir. Günlük hayatta belirsizlikler tahmin edilebilir ancak bunun için kaynaklar sınırlıdır. Böyle durumlarda belirsizlik endişeye dönüşür ve daha çok karşı tarafın davranışlarına bağımlı hale gelir. Bireyler bu endişeleri yönetebilmek için düşük maliyet stratejileri geliştirirler. Sosyal ekonomik ve teknolojik gelişmeler belirsizliği arttırmıştır.

Risk olasılıklarla ölçülebilir ancak belirsizlik ölçülebilir değildir bu yüzden akıl ve rasyonalitenin dışında kalır. Risk, istenmeyen ve beklenmeyen çıktıları tanımlamak için kullanılır. Bu sağlığa yönelik tehditler olarak da algılanabilir. Risk ve güven gelecekle ilgili belirsizlikleri yönetmek için de kullanılabilir. Riske karşı yapılandırılmış yaklaşım genellikle olasılığı ölçmek şeklindedir. Güven ise insan ilişkilerine ve iletişimine gömülüdür. Bireyler soyut sistemlerle ilişkiye girdiklerinde onlar bu sistemi o ilişkiler üzerinden değerlendirirler (Aleszewski ve Coxon, 2009:201-207).

Belirsizlik ve risk arasındaki fark şu şekildedir: risk, alternatif tüm çıktıların ve olasılıkların bilindiği tahmin edilebilen bir geleceği işaret eder. Belirsizlikte ise bu

olasılıklar tahmin edilemez. Luhmann'ın literatürdeki güven tartışmalarına en büyük katkısı risk kavramını dahil etmesidir.

Güven, bağımlılığın kabulü, bir diğerinin güvenirliliği konusunda bilgi eksikliği (asimetrik bilgi), çıktı yaratmanın başka türlü mümkün olmadığı bir bağlamda daha kolay anlaşılabilir. Kurumlar, güvenden önce ilişkilere düzen getirerek belirliliği arttırır ve olayların tahmin edilebilir, öngörülebilir olmasını sağlarlar. Ayrıca, güven, kanıtsızlıkla baş etme yöntemlerinden birisidir. Güven genellikle bağımlılık, bir başkasına bağlılık üzerinden şekillenir. Örtük olarak kabul edilen yönü ise bir kişinin diğerine zarar verme olasılığıdır. Buradaki bağlılık asimetriktir. Güven kırılabilirliği olumsuz sonuçlar doğurabilir. Güven bugün ile geleceği birbirine bağlar. Güvenin maliyeti güvenin kırılabilirliği üzerine kuruludur (Barbalet, 2009:367-382). Güven, belirsizlik, bilinmez bir gelecek konusundaki problem çözümü olarak ele alınabilir.

Smith (2005: 299-306)'in de belirttiği gibi güvenin hangi sosyal koşullar altında geliştiği; güven duyurulurken bilişsel, duygusal ve ahlaki hangi eylemlerde bulunduğu ortaya konulmalıdır. Güven, sosyal etkileşimler belirsiz bilginin üzerinde kurulu olduğu ve birinin eylemi diğerinin faydasına olacağı durumlarla ilgilidir. Güven, belirsizliği olasılığa çevirir. Risk hesaplanabilir, belirsizlik hesaplanamaz bir olgudur.

Hallowell (2008: 427-437)'a göre ciddiye alınmak, sağlık profesyonellerine güven duymanın ön koşuludur. Güven, ilişkisel bir kavramdır. Belirsizlik, risk, uzman olmayanlar arasında bağımlılık ve gelecek hakkındaki davranış/etkileşimler konusunda beklentilerle ilgilidir. Bu belirsizlik, tahmin, tanı, hastalığın tedavisi ve bu ilişkiye dâhil olanların arasındaki güç dengesizliğinden kaynaklanır. Her ne kadar

güç eşitsizlikleri bağımlı ilişkiler yaratsa da bu güven oluşacağı anlamına gelmez.

Böyle bir ilişkide güven gelişebilmesi için;

- 1- Her ikisinin birbirinin çıkarı için bu işe kendisini vermesi
- 2- Daha güçlü olanın diğerine adil ve saygılı davranması gerekir.

Weaver vd. (1993: 140)'ye göre; hastanın hekime güven duymasını sağlayacak davranışlar:

- Hastanın hikayesini anlatmasına izin vermek
- Hastayı dikkatle dinlemek
- Hastaya düşündürücü sorular sormak
- Hastanın sözünü kesmemek
- Hastanın ihtiyaçlarına zaman ayırmak
- Aceleci davranmamak

Taylor ve Bury (2007: 28)'e göre uzun süreli kronik hastalık taşıyan, bu hastalığın etkilerini sosyal hayatında da gören, yaşayan birey uzman hastadır. Uzman hastalarının sayısındaki artışla yeni güven biçimleri gelişmiştir Kişiler arası güven hastadan çok aradaki ilişkiye odaklanır. Bugün kendisine yapılan işlemle ilgili sorumluluk daha çok hastaya devredilmiştir. Hastaya tedavi alternatifleriyle ilgili bilgi verilmektedir ve hangi yöntemin onlar için iyi olduğu konusunda karara katılmaları beklenmektedir. Hasta artık tıbbi servisin pasif alıcısından özerk bir ajan olarak aktif bir sağlık müşterisine dönüşmüştür. bilgilendirilmiş rıza/aydınlatılmış onam, hastanın aldatılmadığının bir güvencesidir. Ancak karar verme sürecinde sağlık profesyonelinin verdiği bilgi oldukça önemlidir. Bugün Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hizmet kalite standartları gereği tüm riskli girişimsel

işlemler için hekimle hasta karşılıklı olarak bilgilendirilmiş rıza/aydınlatılmış onam formunu doldurmak zorundadır (www.performans.saglik.gov.tr) .

Skirbekk vd. (2011)’ne göre hastalar genellikle güveni bütüncül olarak görme eğilimindedirler. Aslında güvenin çok boyutlu bir doğası olmasına karşın yapılan araştırmalarda tek boyutluymuş gibi algılanabilir. Hastaların kırılganlığı, sahip oldukları bilgi asimetrisi nedeniyle güven “inan sıçraması (leap of faith)” na neden olmaktadır. Hastaların çoğu hekimlerin kendileri ve hastalıkları ile özel olarak ilgilendiklerini gördüklerinde ya da hissettiklerinde güven duyduklarını belirtmişlerdir. Aksi takdirde güven oluşmamaktadır.

Williams vd. (1998)’ne göre hasta memnuniyeti ve hekim-hasta ilişkisi şu noktalarda ilişkilendirilmiştir; karşılıklı bilgi verilmesi, hekim ve hastanın bilgi arayışı, hekimin iletişim biçimi. Hasta merkezliliğin muayene sırasında ön planda tutulması memnuniyeti arttıracaktır.

Hastaların memnuniyetsizliği güvensizlikten değil daha çok saygı görmemekten kaynaklanmaktadır denilebilir. 20. yüzyılda hekim hasta ilişkisindeki eşitsizlikler; sağlık profesyonellerinin otoritesi onların yapı/ilişkiler içindeki durumuyla belirlenir. Bugün bu ilişkiler daha eşitlikçidir. Hastaların seçimleri artık daha önemlidir. Bu ilişkide yapısal (sistem) faktörler ve bireysel faktörler birlikte etkilidir. Güç, uzmanlık, ciddiye alınmak güven ve saygıyı etkilemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (1998)’ne göre;

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi (health promotion), insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. 1986 yılında Cenevre’de imzalanan Ottawa Antlaşması çerçevesinde oluşturulan üç temel strateji; sağlığın desteklenmesi, insanların sağlığa

erişimlerinin sağlanması, sağlık arayışında toplumda farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılmasıdır.

Sağlık iletişimi; halkı sağlık endişeleri hakkında bilgilendirmek ve önemli sağlık konularını kamunun gündeminde tutmak için kilit bir stratejidir. Halka yararlı sağlık bilgilerinin yayılması için farklı kitle iletişim yöntemleri gibi diğer teknolojik yeniliklerin kullanılmasıdır.

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlığını teşvik edecek ve sürdüreceğ şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriyi temsil etmektedir. Gelişen ve DSÖ tarafından sıkça kullanılan bu kavramlar hasta ve hekim ilişkisinin daha eşitlikçi bir yöne doğru evrildiğinin bir kanıtı olarak kabul edilebilmektedir.

Sosyal kalite, insanların kendi iyilik halleri ve bireysel potansiyellerini geliştirecek koşullarda kendi topluluklarında sosyal, ekonomik ve kültürel hayatlarına katılabılme hali olarak ifade edilmektedir. Antonovsky (1996)'ın salutogenic yaklaşımı çerçevesinde modernitenin ikiliklerine karşı melez bir yaklaşımla sağlık ve hastalık bir süreklilik olarak ele alınmaktadır. Bu yaklaşımda, stresle baş etme, sağlık ve iyilik hali ilişkisi tartışılır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunun oldukça gündemde olduğu bugünlerde güven rolü önemlidir. Yaşlanan nüfus kronik hastalıklarla her geçen gün daha fazla karşı karşıya kalacaktır. Bu da yine sağlık sistemiyle bireyi yüz yüze getirecek ve kurulan güven ilişkisinin kritik rolü devam edecektir. Güven, sosyal iyilik hali, dayanışma, insani değerler, sosyal adaletle yakından ilişkilidir. Güven ayrıca yapı ile bireyi birbirine bağlayan bir unsur olarak görülmelidir (Ward ve Meyer, 2009:340-350).

Hekimle hastanın kurduğu ilişkide bilgi ve güç asimetrisi olduğu unutulmamalıdır. Genellikle hastanın güvenmekten başka şansı yoktur özellikle hastanın sosyo ekonomik seviyesi düşükse güvenmekten başka şansı olduğunu düşünmemektedir. Bu durum araştırmacı tarafından “zorunlu/mecburi güven” olarak ifade edilmektedir.

1.5.2 Hekim-Hasta İlişkisi

Cockerham (2004: 118)’e göre hastalık davranışları, bedensel olarak meydana gelen tepkilerin, içsel durumların, oluşan semptomların bireysel olarak değışkenlik göstermekle birlikte ortaya çıkması ve bireyin formel ya da informel tıbbi müdahalelerden faydalanması sonucunu doğurmaktadır. Bazı insanlar, ağrı, ateş gibi fiziksel semptomları dikkate alırken bazıları bunları öz bakım şeklinde aşp dikkate bile almayabilmektedir.

Bir kişinin sağlık hizmetlerinden faydalanma talebinin oluşması için (Mechanic, 1978: 268-279):

- Semptomların görünür olması ve fark edilmesi gerekmektedir.
- Bazı semptomlar tehlike olarak algılanmalıdır.
- Sosyal hayatı semptomların etkilemesi gerekmektedir.
- Semptomların sık olması gerekmektedir.
- Semptomlara toleransın ne dercede olduğu önemlidir.
- Yeterli bilgi ve kabuller olmalıdır.
- Hizmetin maliyeti ve ulaşılabilirliğı hastalık davranışında kültürel ve sosyal belirleyiciler olarak önem taşımaktadır. Öğrenme, sosyalizasyon, geçmiş tecrübeler de bu durumu etkilemektedir.

Hekim-hasta ilişkisinin çözümlenmesine yönelik çok sayıda araştırma farklı disiplinler tarafından bugüne dek yapılmıştır. Turner (2007: 60-61)'a göre bu araştırmalar, hekim ve hastaların farklı terminolojiler kullandıklarını bazen uyum bazen de çatışma içinde olduklarını göstermektedir. Hasta sağlığını yeniden kazanmaya çalışırken, hekim belirli semptomlarla ilişkili teknik bilgileri iletmeye çalışmaktadır. Bu bilgi asimetrisinin kaynağı, hekimin toplumsal statüsünü de oluşturan uzmanlık gücüne (French ve Raven, 1959) sahip olmasıdır. Hekimin görüşme sırasındaki otoritesi büyük ölçüde bu uzmanlık ve bilgi tekeline bağlanabilir. Ancak hekim ve hasta arasındaki bilgi paylaşımının artmasının tıbbi müdahalelerin sonuçlarında iyileşmeler sağladığını gösteren çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Bilgilerin paylaşılması, tedavi sürecinde hastayla işbirliği sağlamanın temeli olarak önemlidir.

Yapılan bir araştırmada (Watson vd, 1980, Akt: Turner, 2007: 60), hastaların yaklaşık % 50'sinin verilen tavsiyelere uymadığını, bu nedenle israf edilen ilaçların maliyetinin yıllık ortalama üç yüz milyon sterlini aşabileceğini göstermiştir. Hekim, hastanın güvenini kazanabildiği ve hasta iyileşeceği duygusunu kazanabildiği süreçte başarılı etkileşim gerçekleşmekte ve hasta tedavi sürecinin önemli bir parçası haline gelmektedir.

Goffmann (2009: 29-35)'a göre bir kimsenin belirli bir gözlemci kümesi önünde sürekli bulunduğu ve belirli bir süre boyunca gerçekleştirdiği tüm faaliyetler performans olarak adlandırılabilir. Kişinin performansı, gözlemcilere durumu tanımlamak için genel ve değişmez bir şekilde işleyen kısım, vitrindir. Bir bireyin kişisel vitrinin parçaları, cinsiyet, yaş, etnisite, görünüş, konuşma kalıpları, yüz ve vücut ifadeleridir. Bir kimse performansını sergileyip, rolünü canlandığında

gözlemcilerden göz önüne serilen izlenimleri ciddiye almalarını talep eder. İzledikleri karakterin sahipmiş gibi görüldüğü niteliklere gerçekten sahip olduğuna, yapmakta olduğu işin ima edilen sonuçlara gerçekten yol açacağına ve her şeyin görüldüğü gibi olduğuna inanmaları istenir. Hekim, büyük hastanelerde, büyük gösterişli sahnelerde bu performansı sergileyebilir ve karşısındakilerden (hastalardan) buna inanmalarını bekler.

Nettleton (1995:131)'a göre sıradan insanların sağlık profesyonelleriyle karşılaşmaları çok farklı şekillerde olabilmektedir (hastanede, eczanede, muayenehanede vb.). Profesyoneller ve hastaların etkileşimlerini ele alan literatür, toplumsal eşitsizlikler (sınıf, cinsiyet, etnisite, yaş), toplumun düzenlenmesi ve kontrol, sağlık çalışanlarının hastaların görüşlerini almayı ihmal etmeleri, bu etkileşimin sağlık çıktılarını etkilemesi bağlamında şekillenmektedir. Ancak yapılan araştırmalar göstermiştir ki; bu etkileşim dönüşmektedir ve bu dönüşümü etkileyen bir takım faktörler mevcuttur:

- Değişen hastalık yüküyle artık tedavi edilemeyen kronik hastalıklar ortaya çıkmıştır.
- İnsanlar artık sağlıkları konusunda artık daha fazla sorumluluk almakta ve sağlıklarını etkileyen koşullar hakkında daha fazla bilgi sahibi haline gelmektedirler.
- Muayeneler, artık sadece patolojik durumları iyileştirecek reçeteler yazmayı değil yaşam biçimleri konusunda tartışmaları da içermektedir.
- Sağlık hizmeti alanlar, kendi seçimlerinin farkında olan birer tüketiciye dönüşmektedirler.

1.5.2.1 Parsons ve Hasta Rolü

İşlevselcilik süreçleri toplumsal düzeyde işlemeyi, sistem, denge ve karşılıklı ilişkiler bağlamında konuları ele almaktadır. Bu model organik ya da fizyolojik değildir, sapma davranışın nedenini bireysel ihtiyaçlar, içgüdüler, genetik kombinasyonlarda aramaz. Onun yerine birey ve sistem ilişkisini koyar. Toplum, uyum içerisinde paylaştığı norm ve değerlerle bir dengededir. Sosyal hayatı mümkün kılan sosyal sistemin ortak norm ve değerlere göre hareket etmesidir. Bu şekilde sosyal uyum sağlanabilecektir. İşlevselci bir yaklaşım sosyal sistemleri farklı, birbirine bağlı bölümlerden oluşmuş kabul eder, sistemin bir bölümünde yer alan değişimler diğer bölümleri de bir dereceye kadar etkilemektedir (Cockerham, 2003: 144).

Parsons (1951)'a göre toplum çeşitli rolleri oynayan mekanizmalardan oluşur. Bu bağlamda hekim hastaya, hastanın hekime ihtiyacı vardır. Onun hasta rolü kavramsallaştırmasına göre, hastalık kişinin bilerek tercih ettiği bir durum değildir. Ancak bazı kişiler, gündelik sorumluluklarından uzaklaşmak için bu role girmek isteyebilirler. Ancak toplumlar, gerçek hastalarla bu sapma davranışı gösterenleri ayırmalı ve hastaları tedavi edebilmelidir. Tüm bunlar sosyal normların devamlılığı içindir. Hasta sadece bu durumun fiziksel koşullarını yaşamaz, aynı zamanda bir sosyal rol de oluşturur çünkü bu durum bir takım kurumsal beklentileri de beraberinde getirmektedir. Parsons (1951)'a göre hasta içinde bulunduğu durumun hoşnutsuz olduğunun ve hekimin yardımını talep ederek en kısa zamanda iyileşmesi gerektiğinin farkında olmalıdır. Hekim-hasta rolü spontan bir sosyal etkileşim değildir. Bir bireyin sağlıklı olmasını amaçlamış iki bireyin bir aradalığıdır. Bu ilişkide tanımlanmamış davranışta bulunmamak önemlidir. Hekimler ve hastalar

öngörülebilir bir şekilde davranmalıdırlar. Hekimlerin bu ilişkideki rolü, hastanın yaşam ve ölümüne dair vereceği kararlardan kaynaklı oluşan bağımlılık tarafından belirlenmektedir. Bireyler hastalandıklarında sosyal olarak sapkın hale gelirler ve iyileşmeleri gerekir. Hekimler, onların sağlıklarını geri kazanmalarından sorumludur. Hekimlerin bunu sağlayacak yetenekleri ve güçleri vardır. Burada ilişkinin karşılıklı olarak eşit olmadığı varsayılmıştır. Profesyoneller güçlü, statü sahibi ve prestijliyen hastalar değildir. İşlevselci bakış açısıyla bunun olumlu sonuçları mevcuttur örneğin teknik bilgiye sahip olan birey ödüllendirilecektir. Bu sağlıklı bir toplum için gereklidir. Bu şekilde hastalar da, eğitimli sağlık profesyonellerine güveneceklerdir. Parsons (1951) için bilgi asimetrisi sorun değildir. Hekimlerin hakları ve görevleri evrensellik, ortak yönelim ve yansızlıkla sosyal norm ve değerlere bağlıdır. Buna göre hekimler herkese eşit davranmalı hastaların kolektif çıkarları önde tutulmalıdır.

1.5.2.2 Hekim-Hasta İlişkisi Modelleri

Hekim-hasta ilişkisinde modeller (Erdemir, 2003: 130):

- 1- **Babacı (paternalistik) Model:** Hastaya karşı hangi tedavinin uygulanacağına dair hekimin tüm kararları aldığı modeldir. Bu modelde hasta sağlığının en iyi şekilde olması doktordan beklenir. Hekim, babacan ve öğüt veren kişidir. Hekimin hasta için en iyisinin ne olduğunu bildiği varsayılır.
- 2- **Bilgilendirici (informative) Model:** Bu modelde, hekim teknik bir uzman olarak kabul edilir. Hekim, hastaya doğru bilgiyi sağlamakla yükümlüdür. Bu ilişkide hastaya tanı ve tedavi için gereken uygulamaları ve bunlardan doğacak yarar ve zararları hekim bildirir.

- 3- **Açıklayıcı (interpretive) Model:** Bu modelde, hekim hastaya tıbbi uygulamalar konusunda bilgi verir. Burada hekim hastanın tüm koşullarını bir arada düşünmelidir. Hastaya sadece bilgi vermekle yetinmez onun anlayış kapasitesini de değerlendirir.
- 4- **Görüşmecî (deliberative) Model:** Danışman hekim ve hasta, hastanın hangi uygulamaları seçebileceği konusunda tartışırlar.

Szasz ve Hollender (1956, akt. Cockerham, 2004) hekim- hasta etkileşim modellerine göre:

- **Aktiflik-pasiflik modeli:** Hastanın çok acil durumlar ve bilinç kapalılığı dahil olmak üzere amacın hastanın durumunu stabilize etmek olduğu modeldir.
- **Rehber-işbirliği modeli:** Hastanın akut ya da bir enfeksiyona bağlı bir hastalığı olan durumlarda uygulanan bir modeldir. Hasta ne olup ne bittiğinin farkındadır, ancak kararı hekim verir.
- **Karşılıklı katılım modeli:** Özellikle kronik hastalıklar gibi hastalığın kontrolünde hastanın da hekimle birlikte çalıştığı bir modeldir. Hasta yaşam koşullarını, hastalığa göre belirler ve hekimle düzenli olarak görüşür.

Cockerham (2004: 240)'e göre tüketim çağında hekim ve hasta ilişkisi de bundan nasibini almıştır. Bu dönem onların arasındaki hiyerarşiyi bir parça dönüştürmüş ve onları yakınlaştırmıştır. Özellikle daha eğitilmiş ve daha yüksek sosyo-ekonomik seviyede olan hastalar için bu ilişki daha hızlı bir biçimde bir tüketim ilişkisine dönüşmektedir.

1.5.3 Sosyolojik Yaklaşımlar Açısından Sağlık ve Hastalık

Sosyolojik yaklaşımlar açısından sağlık sosyolojisi alanı bir sınıflandırılmaya tabi tutulmaya çalışılmış ve aşağıdaki başlıklara yer verilmiştir.

- **Yapısal İşlevselci Yaklaşım**

Tıp sosyolojisinin tarihinde oldukça önemli bir yere sahip olan Talcott Parsons (1951) hastalık rolü analiziyle özel bir alt alanın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Freud'dan etkilenen Parsons, hekim-hasta ilişkisinde nesnellik ve katılma sorunuyla ilgilenmiştir. Turner (2007: 50-53)'a göre Parsons, tıp sosyolojisine dört alandan katkıda bulunmuştur. İlk olarak, uzman mesleklerin, ayırt edici özelliklerini, nasıl ilkeler etrafında örgütlendiklerini göstermeye çalışır. İkinci olarak toplumsal yapının ve kültürün sağlığın genel özellikleri üzerindeki etkisini analiz etmeye çalışır. Üçüncü olarak, din ve yaşam hakkı arasındaki ilişki üzerinde araştırmalarda bulunur. Son olarak da hastalık rolünü geliştirir.

Parsons (1951), hastalık rolü kavramsallaştırması, hasta olan bireyin bir takım toplumsal yükümlülüklerini yerine getirememesi ve bazı toplumsal ilişkilerinin de bu bağlamda dönüşmesinin meşrulaşması varsayımı üzerine kuruludur. Kişi, toplumsal sorumluluklarını yerine getirmek ve iyileşmekle yükümlüdür ve bir sağlık profesyonelinden yardım almadan iyileşemez. Bunun için bir uzmandan sağlık hizmeti almaya çalışacaktır. Burada hastalık rolü bir sapkın davranış olarak nitelenir ve sosyal kontrol gerektirir. Tıbbi uygulamanın amacı da hastanın eski toplumsal rolüne dönebilmesidir (Turner, 2007:50).

- **Çatışmacı Yaklaşım**

Freidson (1970), hekim-hasta ilişkisinin işlevselcilerde olduğu gibi sadece uyum içinde olmadığını, bu ilişkinin doğasının çatışma olduğunu belirtir. Hastalığın

nedenleri, tedavi süreçleri kadar, sağlık ve hastalık konusunda hekim-hasta ilişkisindeki değer ve inançlar yüzünden de bir çatışma mevcuttur (Akt. Kasapoğlu, 1999: 3).

- **Toplumsal İnşacılık Yaklaşımı**

Kasapoğlu (1999: 10-11)'na göre sembolik etkileşimcilik, etnometodoloji ya da fenomenolojide toplumsal gerçekliğin hergün yeniden inşa edildiği bir toplum anlayışı mevcuttur. Bu görüş, hastalık ve beden arasında tek geçerli neden olduğunu anlayışını reddetmektedir. Bunun yanı sıra geleneksel tıp tarihini sorgulamakta ve eklektik bir yaklaşımı savunmaktadır. Tek, bütünleşmiş bilgiye dayalı açıklamalar yapmamaktadır. Ayrıca tıp uzmanlarıyla, sıradan insanlar arasındaki ilişki önemslenmektedir.

Bu sınıflandırma içerisinde kabul edilebilecek bir diğer çalışma alanı da beden sosyolojisidir. Foucault'un geniş yankı uyandıran 1963 yılında yayınlanan "Kliniğin Doğuşu" eseri ve iktidar ve beden eksenindei çalışmaları oldukça geniş sayılabilecek bir literatüre kaynaklık etmektedir.

- **Feminist Yaklaşımlar**

Biyomedikal modelin ataerkil doğasına bir eleştiri olarak ortaya çıkan bu yaklaşımda, iyi sağlığı erkek bedeni üzerinden kurgulandığı, kadın bedeni üzerindense çocuk ve doğuma yönelik politikalar geliştirildiği yönündedir. Kadınların çocuk sahibi olmaları konusunda da domestik deneyimlerin hastaneye taşınmış ve erkek egemen bir branş olan obstetrik (jinekoloji)in egemenliğine bıraktığı savunulur. Çocuk sahibi olmak/doğum medikalize bir eylem haline gelmiş, tıbbi kontrol ve danışmaya ihtiyaç duyulan bir hale gelmiştir.

- **Risk Toplumu Yaklaşımı**

Özellikle gelişmiş ülkelerde, geçtiğimiz yüzyıl açısından sağlıkta önemli gelişmeler kaydedilmiş, birçok enfeksiyon kaynaklı hastalık kontrol altına alınmış, çocuk ölümleri azalmış, yaşam beklentisi uzamış, üreme teknolojilerinde oldukça önemli bir yol katedilmiş, organ nakilleri gerçekleştirilmiştir. Ancak madolyonun diğer yüzünde ise sağlanan bu gelişmeler konusundaki etik unsurlar ve düzenlemeler tartışılmaya başlanmıştır, klinik bilgiye duyulan sınırsız güven yerini sorgulamalara bırakmıştır (Wainwright, 2008: 1-5).

Castel (1991)'e göre sağlıkta bir paradigma değişimi yaşanmakta ve bu sağlık üzerine yapılan çalışmalarda nüfusun yaş, toplumsal sınıf, meslek ve toplumsal cinsiyet, yaşam biçimi, nerede ve kimlerle yaşadığı gibi özelliklerle, nüfusun risk durumunu belirlemeye dönük bir eğilim olarak ortaya çıkmaktadır (Akt. Kasapoğlu, 1999: 6). Herkes belirli risk gruplarında görülmekte ve ona göre çeşitli tavsiyelerde bulunmaktadır. Bugün sosyologlar, hekimlerin medikal hatalarını örtme çabalarını ve kadınlara yönelik şiddet ve erkeklere tanınan ayrıcalıklar konusunda da eleştirilerini yapmakta ve birikimleri sayesinde geliştirdikleri güven sonucunda hekimlerle eşit ortallıklarla saygın araştırmalar yapmaktadırlar (Kasapoğlu, 1999:3).

1.5.4 Niklas Luhmann ve Sistem Kuramı

Modernizm üzerine önemli tartışmalardan bir tanesi de risk ve seçimlerin gündelik hayatta yer edinmesi konusudur. Seçimler, sağlığı şekillendirmekte ve modernitede, sağlığa yeni bir anlam yüklenmektedir. Bu seçimler yapılırken gündeme gelen en önemli parametrelerden bir tanesi de kuşkusuz güvendir. Bu çalışmada öncelikle sosyoloji literatüründeki güven kavramsallaştırmaları ele alınmıştır. Bu çalışmada Türkiye'de az bilinen Niklas Luhmann (1995)'in autopoietik/öz üretimli sistem kavramsallaştırması, bir sistem olarak sağlık özelinde

tartışılmıştır. Her ne kadar Niklas Luhmann kendi çalışmalarında sistem kuramı bağlamında sağlığa yer vermemiş olsa da bu çalışmada sağlığın da autopoietik/öz üretimli bir sistem olarak ele alınabileceği, sistem kuramı ile güvenin nasıl ilişkilendirileceği konularına da yer verilmiştir.

Sağlıkta güven kavramı, topluma hizmet edenlerin sorumluluklarını teknik olarak profesyonel biçimde yerine getireceklerine dair beklentidir. Sağlık profesyonellerinin hastaların iyiliğini her şeyin önünde tutacakları kabul edilir. Güven aynı zamanda kişinin hiç beklemediği sonuçlarla da karşılaşması riskidir (Hupcey vd., 2001:284). Hastayla iletişim, sağlık ilişkilerinin dönüşen doğasında oldukça önemli bir yer edinmektedir. Doğru iletişimin klinik çıktıları, hasta memnuniyeti ve tedaviye devamı etkilediği ve bakımın etkisini arttırdığı, sosyal bilimcilerin sağlık üzerine yaptığı araştırmalarda vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık sistemleri analizlerinde bu iletişim ve onu etkileyen faktörlerin büyük resim içindeki yerlerini görmek de oldukça önemlidir. Örneğin yapılacak bir sağlık reformunda hastaların güvenini onlarla iletişimi doğru kurarak kazanmak, sağlanan güvenin uygulanan politikalar açısından işlevini netleştirmek politika yapıcılar açısından kritik olacaktır. Bu çalışmada sisteme duyulan güven, kardiyoloji hastaları ve hekimleri arasındaki ilişki üzerinden incelenmiştir.

Yüksek derecede karmaşıklık, seçim yapma süreçlerinin birden fazla olmasına neden olmaktadır. Farklı tarafların yapacağı seçimler, birbirlerine bağlıdır. Var olan karmaşıklık ve çoklu seçimler, çeşitli sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Sistem karmaşıklığının yüksek olduğu durumlarda birey, diğerlerinin bilgisini kullanmak durumundadır (Luhmann, 1979: 7). Sistem içerisinde seçimleri anlamak için öncelikle sosyal bilimler literatüründeki sistem kavrayışına değinmek gerekir.

Herhangi bir sistemi ele alarak betimlenin yanı sıra sisteme dair çeşitli sorunları analiz etme konusunda farklı alanlardaki sosyal bilimciler için Luhmann ve kavramsallaştırmaları önemli araçlar olarak düşünülmelidir.

Sistem kuramcısı Luhmann, 1927 yılında, Almanya'nın Lüneberg şehrinde doğmuştur. Hukuk eğitimi almış, avukat olarak da çalışmıştır. 1960 yılında bir yıl boyunca Talcott Parsons'la birlikte Harvard Üniversitesi'nde çalışmalarda bulunmuştur. Dönüşte akademisyen olarak hayatına devam etmiş, Bielefeld Üniversitesi'nde profesör olana değin farklı üniversitelerde çalışmıştır. Luhmann, 50 kitap ve birkaç yüz makale yayınlarak 1998 yılında ölmüştür. Luhmann, Avrupa'da özellikle Almanca konuşulan ülkelerde yaygın olarak tanınsa da eserlerinin İngilizce'ye geç çevrilmesi sebebiyle çok tanınmamaktadır. Dil probleminin yanı sıra eserlerini takip edebilmek güçtür. Moeller tarafından 2006 yılında Luhmann'ı anlamak ihtiyacı üzerine "Ruhlardan Sisteme Kadar Luhmann Açıklandı" isimli bir kitap yayınlanmıştır. Kendisi de teorisinin tamamını bir labirente benzetmektedir. Luhmann'ın kariyerini ikiye ayırmak mümkündür.

Luhmann, sosyal sistemler kitabını Almanca kaleme aldığı 1984 yılına kadar daha çok Parsons (1951)'in etkisindeyken sonrasında sibernetiğin etkisinde kalmıştır. Sibernetik; daha çok beyin, sinir sistemi ya da mekanik-elektronik iletişim sistemleri gibi kontrol sistemlerini karşılaştırma çalışmalarıyla ilgilenen interdisipliner bir alandır (<http://www.merriam-webster.com>). Ramage ve Shipp'e göre (2009: 209-213) Luhmann Parsons'tan işlev, toplumu alt sistemlere bölerek düşünmeyi miras olarak alsa da, Parsons'ın yapının korunması fikrinin yerine toplum içindeki ilişkilerin korunmasını koymuştur.

Tablo 3: Parsons Luhmann Karşılaştırması

Parsons (Ritzer ve Goodman, 2004: 442)	Luhmann
Sistemlerin bir düzenleri vardır ve birbirlerinden bağımsızdırlar.	Sistemlerin düzenleri vardır ve birbirlerine iletişim yoluyla bağlanırlar.
Sistemin kendini sürdürme düzeni veya denge eğilimi vardır.	Denge yerine kendini autopoiesis/öz üretim
Sistem durağan olabilir ya da düzenlenmiş bir değişim sürecine dahildir.	Sibernetik ani değişimlerle ilgilenmezler, geribildirim önemlidir.
Sistemin bir alt sisteminin doğası diğer alt sistemlerin alacağı biçimleri etkilemektedir.	Sistemler arası ilişkiyi açıklamakta yetersiz kalır.
Sistemlerin çevreleriyle sınırları mevcuttur.	Paralel
Bir sistemin dengesi için gerekli olan durum için gerekli süreçler yayılma ve entegrasyondur.	Paralel
Sistemler diğer sistemlerle ilişkilerinde sınırlarını koruyarak, çevresel değişimleri kontrol ederek ve içerideki değişimleri izleyerek kendilerini sürdürme eğilimindedirler.	Durumsallığı katmıştır.

Araştırmacının oluşturduğu Tablo 3'ün amacı, sosyoloji literatürü Luhmann'ı Parsons'ın devamı gibi görse de sosyolojideki sistem düşüncesinde fark yaratan Luhmann'la ayırttığı noktaları ortaya koymaktır. Toplumun temel birimin iletişim olarak görmek Luhmann'a kadar sık rastlanılan bir tartışma değildir, bu şekilde düşünen onun çağdaşı ve bilimsel anlamda da onu etkileyen bir diğer bilim insanı Jürgen Habermas'tır. Habermas'la tartışmalarının çoğu İngilizce'ye çevrilmemiştir. Habermas sayesinde Luhmann İngilizce konuşlan ülkelerde daha çok tanınmıştır.

Türkiye'de Yunus Yoldaş 2007'de yayınladığı "İşlevsel-Yapısal Sistem Kuramı" eserinde Luhmann'ı ele alarak tartışmış ve Almanca'dan birçok kavramı Türkçe'ye kazandırmıştır. Yoldaş (2007), Luhmann'ı etkileyen Şilili biyologlar

Maturana ve Verela (1980)'nın yaşıyan sistemleri, öz üretimli (autopoietik/öz üretimli) makineler olarak tanımladıklarından da bahsetmektedir.

Luhmann (1986)'ın kullandığı auto=self (kendi), poiesis=creation/production (üretim) kelimelerinden türeyen “autopoiesis/öz üretim” kavramı ise, kendisini oluşturan tüm temel bileşenleri yeniden üreten ve bu şekilde kendisini çevreden ayıran sistemlerin özelliğidir. Bu sistemler, yaşam, bilinç ve iletişim biçimini alırlar. Autopoiesis/öz üretim, bu sistemlerin kendilerini yeniden üretme şeklidir. Bu kavram ikinci derece siberetik (güdümbilim) ten sosyolojiye Luhmann tarafından transfer edilmiştir.

Autopoietik/öz üretimli sistemleri, klasik kapalı sistemlerden ayıran en önemli özellik operasyonların yinelenmesidir. Bu sistemler, kendi yapılarını sadece üretip değiştirmezler; aynı zamanda o sistemde kullanılan her bileşen, sistemin kendisi tarafından üretilir. Ancak sistemler kendi yapılarının ötesinde üretim yapamazlar, bu anlamda kördürler (Luhmann, 1995: 21).

Luhmann “Social Systems” (1995) kitabının İngilizce önsözünde Eva M. Knodt, Luhmann'ın genç döneminden sonra bir paradigma değişimi ile Parsons'ın “Yapısal İşlevselciliği”nden bir kopma yaşayarak, daha çok biyoloji, bilişsel bilimler ve siberetiğe kaydığını söylemektedir. Bu yaşadığı dönüşü Knodt, “autopoietik/öz üretimli dönüş” (autopoietic turn) adını verir. Sosyal Sistemler eseri modern toplumun sosyolojik analizi olarak nitelendirilemez; fakat, bilim insanlarına önemli bir kavramsal çerçeve sunar. Parsons'ın yapmaya çalıştığı, değişmeyen yapılardaki o yapıları oldukları gibi kılan işlevleri ortaya çıkarmaktır. Autopoietik/öz üretimli dönüşle sistematik yapıların ortaya çıkan düzenlerinin nasıl tanımlanacağı sorunu gündeme gelmiştir. Luhmann, klasik girdi, çıktı modeli olan Parsons'ın dört boyutlu

şemasını reddederek autopoietik/öz üretimli modeli benimsemiştir. Bunun yanı sıra iç ve dış çevre ayrımı, belirsizliği kuramına dahil etmesiyle de Parsons'tan ayrılmaktadır.

Alexander (1998)'a göre yeni işlevselcilik:

- Çok boyutlu olan hem makro hem mikro düzeylerde çözümlemeler içeren,
- İşlevselciliğe daha sol bir anlayış getirerek, Parsons'ın iyimserliğini reddeden,
- Bir çatışma yönelimine yer veren,
- Belirsizliği ve etkileşimsel yaratıcılığı vurgulayan bir anlayışa sahiptir.

Paul Colomy, Dean Gerstein, Mark Gould, Neil Smelser, Jeffrey Alexander ve Niklas Luhmann bu yaklaşımı benimseyenler arasındadır (akt. Wallace ve Wolf, 2005:57).

Bu çalışmada da sistem analizinde kullanılmak üzere işlevsel yaklaşımın yanı sıra belirsizlik, karmaşıklık ve iletişim üzerinden yapılacak tartışmalar da dahil edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında da yeni işlevselciliğin sayıltıları benimsenmiştir. Yeni işlevselciler arasında sistem yaklaşımıyla bu kavramları tartışan ve teorisini bu şekilde oluşturan Niklas Luhmann'ın yaklaşımı bu araştırmada benimsenmiştir.

Luhmann ve “Sistem Kuramı”nın tartışıldığı nadir Türkçe kaynaklardan bir diğeri olan Anıl ve Kaplan (2007: 226)'ın çalışmalarında yer verdikleri tablodan esinlenilerek oluşturulan Tablo 4'de ise sistem yaklaşımındaki paradigma değişimi ele alınmıştır.

Tablo 4: Sistem Yaklaşımında Paradigma Değişimi

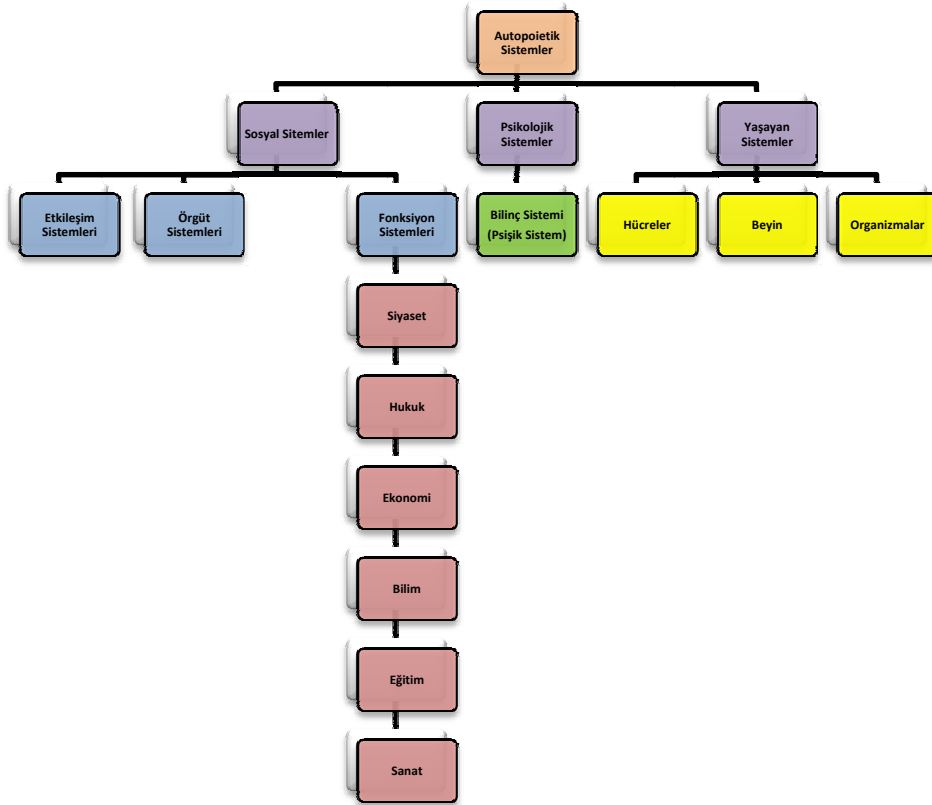
	Geleneksel Sistem Teorisi	Modern Sistem Teorisi	Autopoietik/Öz üretimli Sistem Teorisi
Sistem konumlandırma	Bütün-parça farkı	Sistem-çevre etkileşimi	Sistem-çevre ayrımı
Sistem özelliği	Kapalı sistem	Açık sistem	Açıklık-kapalılık bir arada

Sistem teorisi, Ludwig Von Bertalanffy tarafından 1968’de ortaya atılmıştır. Genel prensiplerini, fizik, biyoloji, mühendislik alanlarından alsa da sosyal bilimleri de etkilemiştir. Ritzer ve Goodman (2004: 180)’e göre Sistem Teorisi, fen bilimlerinde doğmuş ancak içeriğindeki sistematik sayesinde sosyal bilimlere de uygulanabilmiş ve ortak kavramlar kazanılmasını sağlamıştır. Sistem yaklaşımı çok düzeylidir, farklı düzeylerdeki ilişkileri çözümlemeye çalışır. Bunun yanı sıra sistem yaklaşımı, sosyo-kültürel sistemlerin tüm öğelerini özellikle bilgi ve iletişim ağlarını süreç olarak görme eğilimindedir.

Genel sistem teorisi ard arda gelen iki paradigma değişiminin sonucudur. Birincisi Von Bertalanffy (1954)’ın parça ve bütün arasındaki metafizik farkın sistem ve çevre ile yer değiştirmesidir. İkinci değişim ise kendi kendini yeniden üreten sistem anlayışıyla teorinin yeniden tanımlanmasıdır (Luhmann, 1995).

Jalava (2006: 72)’ya göre Luhmann’ın ele aldığı autopoietik/öz üretimli sistemler, aynı zamanda hem açık hem de kapalı sistemlerdir. Açık sistemler çünkü çevrelerinden etkilenirler; kapalı sistemler çünkü çevreleri direkt olarak sistemlerin yapılarını ve temel süreçlerini etkileyemez. Burada Luhmann’ın sistem yaklaşımındaki melezlik görülebilmektedir. Autopoietik/öz üretimli sistemlerin ise beş özelliği vardır (Luhmann, 1995):

- Sistem, sistemi oluşturan temel elementleri üretir.
- Kendilerini düzenlerler;
- Kendi sınırlarını çizerler
- Sistem ve çevreyi ayırıştırırlar
- Kendi içyapılarını düzenlerler.



Şekil 1: Sistemler (Bu çalışma için birleştirilmiştir: Luhmann, 1995; Moeller, 2006; Yoldaş, 2007)

Şekil 1’de görüldüğü üzere Luhmann, autopoietik/öz üretimli sistemleri, sosyal sistemler, psikolojik sistemler ve yaşayan sistemler olarak üçe ayırmıştır. Bu tezde sosyal sistemlerin bir alt grubu olarak fonksiyon sistemleri ağırlıklı olarak tartışılmaktadır.

Autopoiesis/öz üretimde, üretim ağları, etkileşim yoluyla oluşur. Sistemde birim olarak kullanılan her şey sistem tarafından üretilir. Bu sistemin unsurları, süreçler, sınırlar ve tüm yapılar için geçerlidir (Luhmann, 1990: 2).

Her sosyal etkileşimin bir sistem olarak anlaşılabilceği gibi toplum da mümkün olan tüm etkileşimlerin bir toplamı olarak bir sistem olarak algılanabilir. Sistemler kendilerini çevrelerinden ayırmak için sınırlar koyarlar, bu sınır sistemin autopoietik/öz üretimi olmasını sağlar (Luhmann, 1995).

Luhmann'ın autopoiesis/öz üretim kavramı doğrultusunda ortaya koyduğu “self-referential” (kendi referansı yine kendi olan, öz üretimi) Sistem Teorisi'ne göre; sistem, unsurlarının veya temel işlemlerinin oluşumunu kendi kendine yaparak çevresinden farklılaştığı için bir sistemdir. Kendi kendine başvurma, bir sistemin, kendi kendini gözlemleyebilmesi, değerlendirebilmesi ve çevresinden farklı olarak kendisini tanımlayabilmesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Çevreden farklı olarak kendisini tanımlama noktasında yalnızca sistem, neyin anlamlı olduğuna karar verebilir. Diğer bir ifade ile yalnızca sistem, kendi kendini oluştururken neyi kabul edeceğini ve kendi kimliğini diğer sistemlerden ne şekilde ayırt edeceğini belirleyebilir. Dolayısıyla autopoiesis/öz üretim, bir sistemin kendi işlemleri vasıtasıyla bir kimlik oluşturmaya mümkün kılmakta; sistemler, çevreleri ile aralarında bir fark yaratarak kendi kendilerini yeniden üretmektedirler (Luhmann, 1995: 8).

Luhmann'ın Sistem Teorisi, sosyal sistemleri, biyolojik sistemler gibi operasyonel olarak kapalı bir biçimde ele alır. Çünkü bunlar kendi kendilerini üretebilen organizmalardır. Bu sistemler kendilerini, kendi gerçekliklerini inşa ederler. Her sistem, “farklılaşmayla” (distinction) var olur, diğer sistemlerden

farklıdır ve farklı bir çevresi vardır (Luhmann, 1995). Sistem farklılaşması çevrenin karmaşıklığıyla baş etmek içindir. Farklılaşmış sistemde iki tür çevre vardır: bunlar, bütün alt sistemlere ortak ve her alt sisteme özgü farklı iç çevrelerdir. Bir sistem içinde farklılaşma, çevrede olan değişimlerle baş etme yoludur. Çevredeki değişim, yapıdaki değişime dönüşür ve karmaşıklık artar. Çünkü her alt sistem diğerleriyle yeni bağlantılar kurar (Ritzer ve Goodman, 2004: 186). Sistem Teorisi, toplumu altta yatan bir birlik değil, farklılığın üzerinde temellendirir. Sistem teorisi bu nedenle farklılığın teorisidir, farklılıkların birliğidir. Sistem teorisi, sistemlerin teorisi değil, sistem çevre farklılığının teorisidir (Moeller, 2006: 22).

Gerçeklik, her seferinde biricik olan sistem çevre çokluğuyla meydana gelir. Bir sistemin operasyonel olarak kapalı olması onun çevresine kapalı olduğu anlamına gelmez. Çevresiyle anında operasyonları yoluyla bağlantıya geçemez ancak biyolojik hücrelerde olduğu gibi diğer hücrelerle bir alışveriş içerisinde olabilir. Örneğin bir diğer insanla akıl ve beyinle doğrudan iletişim kurmak mümkün değildir, bunun için yazmak ya da konuşmak gibi araçlara ihtiyaç duyulur. Bir göz çevreyi beynin, görsel sinyali alıp ve bunu kendi karmaşık yapısı içinde dönüştürmesiyle görür. Görüntü aynı dahi olsa her göz bunu farklı görür çünkü onu dönüştüren yapının iç işleyişi farklıdır. Beyin operasyonel olarak kapalıdır ve dışsal dünyaya ait bir bilişsellığe sahiptir (Moeller, 2006: 23).

Sistemler operasyonel olarak kapalıdır, sadece kendi çevrelerinde olan şeylere, eğer kendi koduyla ilişkiliyse tepki verirler. Sosyal sistem teorisinde işlevsel sistemler kendi kodlarıyla diğerlerinden ayrışır. Hukuk sistemi örneğin yasal/yasal olmayan kodu üzerinde temellenir. Bu ayrım üzerinden iletişim kurar. Bu sistemler, bu kodlar üzerine program geliştirirler. İletişim kurabilmek için kodun yanında

program da gereklidir. Bu kod ve programlarla sistemler kendi işlevlerini yerine getirirler. Kod ise bir sistemin unsurlarını unsur olmayandan ayıran bir yoldur. İşlevsel sistemin dilidir. Bir sistemin kodu diğerine dönüştürülemez. Sosyal sistemler, autopoietik/öz üretimli yeniden üretimleri için iletişimi kullanırlar. İletişim, bilgi, ifade, anlama ve ifade seçimlerinin bir sentezini içerir. Sosyal sistemin en temel birimi iletişimdir. İletişim, bir eylem değildir çünkü mesaj göndermekten çok daha fazlasını içerir. Her iletişim, detaylandırma, sorgulama, reddetme ve düzeltme gibi unsurları kapsamaktadır. Modern toplum karmaşıktır. Bu karmaşıklık, sosyal hayatın farklı alanlarındaki etkileşimlerin daha basit ve sabit ilişkiler içerisinde sürmesini engeller. Bu karmaşıklık, çok fazla seçimin olması koşullarında oluşur. Bu durum da seçim yapılma ihtiyacını doğurur. Sistemler çevreleriyle doğrudan ilişkiye girmek yerine sınırlı sayıda tepki verirler. Verdikleri her tepki bir seçim olarak nitelendirilebilir. Bu seçimler onlara otonomluk sağlar. Sistemler bu otonomluk olmadan karmaşıklık geliştirmezler. Örneğin siyaset sistemi hukuku etkileyebilir ama kendisi hukuk olamaz. Tüm sistemler, operasyonel olarak kapalı, bilişsel olarak açıktır. Sistem çevresine iletişim yoluyla tepki verir. Çünkü operasyonları sistemin kendisi tarafından tanınır. Ancak seçimler yoluyla çevresine tepki verebilir. Bu açıklık sistemin öğrenme kapasitesine bağlı olarak bilişsel olarak nitelendirilebilir (Luhmann, 1995).

Bir sistemin içinde ya da dışında olmak bir seçimle ilgilidir. Sistemin dışı oldukça karmaşıktır. İçerisi ise bazı temel seçimlerle sistemin özelliklerini taşır. Aktör sayısı belirlidir ve sistemin amaçları tanımlıdır. Sadece sistem ve çevresi arasına sınır koymak yetmez, bunun yanı sıra olasılıkları sınırlamak ve karmaşıklığı azaltmak da gerekir. Luhmann'ın ortaya koyduğu kurulacak mekanizmalarla sosyal

sistemlerin içsel karmaşıklığını azaltmak gerekir. Bu şekilde aktörler eylemde bulunabileceklerdir. Bunun için Luhmann (1979)'ın iddiası; her aktörün seçimleri konusunda gelecekteki davranışları hakkında beklentileri olmalıdır şeklindedir. Güven, bu karmaşıklığı azaltma mekanizmalardan birisidir. Sosyal aktörler arasında üretilen güven tarafların aynı inançları taşıyıp aynı beklentilere sahip olmaları halinde söz konusudur. Bu durum dünyayı aktörler için daha az karmaşık kılar ve daha tahmin edilebilir bir hale getirir. Çünkü sosyal aktörlerin baş etmesi gereken belirsizlikler ve riskler mevcuttur (Weber ve Carter, 2003).

Modern hayatın belirsiz ve karmaşık doğası daha fazla güven yaratacak iletişim araçlarına olan ihtiyacı doğurmaktadır. Sonuç olarak güven, karmaşıklığı azaltan en genel iletişim aracı olarak adlandırılabilir. Güvenin fonksiyonu belirsizliğe karşı toleransı arttırarak karmaşıklığı azaltmaktır (Luhmann, 1979: 27). Luhmann (1979), güveni hiçbir zaman kesin olarak kabul etmez çünkü aktörler her zaman güvensizlik konusunda da bilinçlidirler. Modern toplumlar, artan sistem güveni (herkes güvenir ilkesi) ile nitelendirilmektedirler. Bu anlayış bireylerin birbirleri arasındaki bağa değil artan bilince ve düşünümselliğe dayanmaktadır. Sistemlere güven mekanizması ise, sözleşmelerin devamlılığı, herkesin birlikte çalışması, oyunun kurallarını gözlemlemesi ve birlikte çalışması üzerine kuruludur (Luhmann, 1979: 15). Belirsizlik ve risk durumunda kaynaklardan maksimum fayda elde etmek istiyorsanız, sistem, daha fazla güven girdisi talep edecektir.

Anlamanın yaratılmasına zemin sağlayan belirli soyut sistemlere güven ya da güvensizlik tutumları Giddens (2004: 93)'e göre “ulaşma noktalarındaki (interaction point) deneyimlerden ciddi biçimde etkilenmeye açıktır, kuşkusuz teknik uzmanlar için olduğu kadar sokaktaki insanlar için de medya ve diğer kaynaklar yoluyla

sağlanan güncellenmiş bilgiler de burada etkilidir. Ulaşma noktalarının halkın kuşkuculuğuyla mesleki uzmanlık arasında bir gerginlik zemini olmaları, onları soyut sistemlerin kabullenilmiş zayıflık kaynakları yapar. İşin içindeki teknik becerinin göreceli olarak düşük düzeyde olduğu bir ulaşma noktasında yaşanan deneyimler geçiren bir insan bu ilişkiden çekilmeye karar verebilir. Hekim ile hastanın ulaşma noktasında yaşanacak böyle bir deneyim telafisi olmayan sonuçlar doğurabilir. Ulaşma noktalarında yaşanan kötü deneyimler sistemle olan bütün bağların kopmasına dahi yol açabilir. Güvensizlik ise bir failin belirli bir sistem, birey ya da birey tipiyle ilişkisiyle ilgilidir. Soyut sistemler açısından güvensizlik sistemin kapsadığı uzmanlık savlarına karşı kuşkulu olma ya da etkin olumsuz tutum sahibi olma anlamına gelir”.

Luhmann (1979)’a göre güven kendi kuralları olan bir sosyal ilişkidir. Güven hem kişilikten hem de sosyal sistemden etkilenen bir çerçevede oluşur. Bunların her ikisinin de bulunması gerekir. Gelecek bugünden daha fazla olasılığı içerisinde barındırır. Güvenmek ise gelecek bugün belirliymiş gibi davranmaktır. Güven gelecekteki belirsizliği azaltmak için kullanılan bir mekanizmadır. Örneğin gelecekteki teknolojinin getireceği belirsizlikler güvene olan talebi daha da arttıracaktır. Güvenen kişi gelecekte belirli sayıda olasılık olduğunu düşünerek eylemde bulunur. Geleceğini bugüne bağlar. Modern öncesi dönemle ilişkilendirilebilecek tanıdıklık olgusu ise sosyal düzenin karmaşıklığı arttıkça ihtiyacı karşılayamaz hale gelir. Artık tanıdıklığın yerini güven almalıdır.

Sosyal dünya, olayların arada sırada dizilişi değildir. Aktörler arasında sosyal etkileşme olarak gerçekleşenler sadece aktörlerin sahip oldukları tarafından belirlenemez. Bu olayların dizilişini, sosyal eylemlerin oluşumunu ve sosyal

etkileşimleri etkileyen bundan daha fazlasıdır. Luhmann (1995)'ın sosyal sistemler kuramına göre, sosyal gerçeklik, sosyal sistemlerin içinde organize olur. Sistemler, evrimleşir, kırılır, yenileriyle yer değişir. Aktörlere göre dünya karmaşık ve durumsaldır. Karmaşıktır çünkü sonsuz sayıda olayın ve ilişkinin gerçekleşme ihtimali vardır ve her olay sonsuz sayıda olasılık dahilinde meydana gelir. Yüksek derecede durumsallık her şeyin başka türlü olabileceği fikrini doğurmaktadır. Bunun yanında davranışın gerçekleşmesi için bireyin kendi verdiği kararın yanı sıra diğer kişilerin yaptıklarından da bireyin davranışları etkilenmektedir, bu durum ise “çifte durumsallık” (double contingency) olarak nitelendirilmektedir (Münch, 1994). Bu karar verme ve olasılıklar içerisinde yaşanan durum karmaşıklık olarak nitelenmektedir.

Çifte durumsallık ise tarafların birbirlerine karşı hesaplanamaz durumda ve birbirleri hakkında bilgisiz olmalarıdır. Karşılıklı iki kara kutu olma hali (alter ve ego-ben ve öteki) olarak da nitelendirilebilir. Ego ve alter, birbirlerinin eylemlerini dikkate alan ve bu eylemlerin durumsal olduğunu varsayan gözlemcilerdir (Jalava, 2006: 68–76). Luhmann (1995: 105)'ın çifte durumsallık analizi başlangıç noktası olarak şu sorulardan yola çıkar; iki birey bir araya geldiğinde aralarındaki boşluğu nasıl kapatırlar ve aralarında bir ilişkiyi nasıl tesis ederler? Katılımcılardan bir diğerine uyum nasıl başlar ve sosyal bir ilişki haline döner? Bu eylem koordinasyonu alter ve ego arasında nasıl sağlanır? Luhmann (1995: 108) çifte durumsallığı sosyal sistemlerin kuruluşunu motive eden bir problem olarak ortaya koyar. İki özerk sistemin (ego ve alter) karşı karşıya gelme durumunda sosyal etkileşim gerçekleşiyorsa çifte durumsallığın ortadan kalkması gibi bir durum söz konusu olamaz. Durumsallık diğer olasılıkların bulunması halinde bir seçim yapma

durumunu ifade eder. Bu durumda egonun eylemi diğer aktöre bağlı olduğu için durumsal değildir, birden fazla alternatif içinden o seçimi yaptığı için durumsaldır. Sosyal etkileşimin çifte durumsal karakteri, iki özerk sistemin yüz yüze gelmesiyle, birbirleriyle ilişkileri içinde kendi seçimlerini yapma durumlarını anlatır. Sosyal sistemler, her iki katılımcının da çifte durumsallığı tecrübe ettiği durumda ortaya çıkar. Katılımcılar birbirlerine karşı karanlıktır. Ego ve alter de birer kara kutudur. Bu iki kara kutunun birbirleriyle temasa geçmesi ise çifte durumsallıktır. Luhmann (1995: 110)'a göre sosyal sistemler çifte durumsallığı kendi süreçlerini yeniden yapılandırmak ve şekillendirmek için kullanırlar. Luhmann (1995:110)'a göre çifte durumsallık önemli bir sosyal problemdir ve çözüm yolu iletişimden geçmektedir. Bu iletişim sosyal sistemi oluşturur. Sistemde de yine seçimler yapılacaktır ve çifte durumsallık kendini yeniden üretecektir (Vanderstraeten, 2002: 78-88).

Sosyal sistemler toplumun hücre zarı gibi işlev görürler ve dışarıyla ilişki, iletişimin operasyonları, iletişimi bu zar üzerinden gerçekleştirir. Örneğin ekonomik işlemler, her iki taraf için de ekonomik olarak iletişim kurmanın önündeki engeller kalkarsa gerçekleşebilir. İletişim, bildirim, bilgi ve anlamın bir arada bulunmasıyla gerçekleşebilir. İletişim, her zaman durumsaldır çünkü aksi olma ihtimali mevcuttur. Toplumsal sistemler, gerçekleştirdikleri fonksiyonlara göre isimlendirilirler. Örneğin bir şeyler satın almak ekonomik olarak iletişim kurma biçimidir. Oy kullanmak ise siyasi, mahkemede bir davayı savunmak hukuksal biçimde iletişim kurmaktır. Her sistem operasyonel olarak kapalı olduğundan bir sistem diğerinin çevresini oluşturur. Bunlar ise toplumun alt sistemleridir. Her işlevsel sistemin kendi sosyal perspektifi vardır ve kendi sosyal gerçekliğini yaratır. Toplum birçok alt sistemden oluşmuştur. Örneğin, bilimin işlevi bilgi üretmektir ancak bu bilgi sosyal amaçlar için de

kullanılabilir olduğunda etkili hale gelir. Bilimsel bilginin sadece bilinmesi değil uygulanabilir olması da önemlidir. Modern işlevsel sistemler, dilden daha etkili iletişim araçları geliştirmişlerdir. Bunlar kendi araçlarıdır. Bu araç sembolik genelleştirilmiş iletişim araçları (medium) olarak adlandırılır. Luhmann (1995)'a göre bunlar iletişimin devamlılığı için geliştirilmişlerdir. Aşırı uzmanlaşmış sistemlerin autopoiesis/öz üretimleri için aşırı uzmanlaşmış iletişim araçlarına ihtiyaçları vardır. Buna örnek olarak ekonomi verilebilir ve bu araç paradır. Ancak bugün, ekonomi karmaşılaştıkça paranın yerini farklı iletişim araçlarının aldığı görülmektedir. Buradan yola çıkıldığında bu araçların sahipliği konusu gündeme gelmektedir. Luhmann ayrıca sembolik genelleştirilmiş iletişim araçlarının sistemler arasındaki eşitsizlikleri arttırdığını da belirtmiştir. Luhmann, sosyal sistemlerin istikrarının da değişmez olmadığını savunur. Bütün sistemler autopoiesis/öz üretimlerine devam eder ve gelişir. Bu gelişimin temelinde ise özellikle modern toplumun koşullarında sistemin sembolik genelleştirilmiş iletişim araçlarının yeterliliği ve etkililiği yer alır (Moeller, 2006: 26).

Luhmann (1995)'a göre bir sistemin işleyişi sadece sistem ve çevresi arasındaki ilişki dikkate alındığında tamamen anlaşılabilir. Luhmann'ın ana tezi, sistemlerin genelde içinde bulundukları çevrenin karmaşıklığını azalttıklarıdır. Bir çevrenin karmaşıklığı bu ortamdaki fiili veya muhtemel olayların miktarına bağlıdır. Karmaşıklığın azalması bir sistemin bu ortamdan ilişkili olayları seçmesini ve bu ortamla ilgilenme biçimlerini nasıl azalttığını anlatır. İçsel farklılaşma süreci karmaşıklığın düzenlendiği veya süzgeçten geçirildiği mekanizmalardan biridir. Luhmann'a göre, çifte durumsallıktan sosyal sistemlerin autopoietik/öz üretimli sistemler oldukları sonucu çıkar. Bunlar, kendi özerkliklerine karşı potansiyel

tehditlerle karşılaştıklarında, ortamı özerkliğe katkıda bulunacak biçimde kaydeden ve yorumlayan sistemlerdir. Çifte durumsallık aracılığıyla sosyal sistemin özerkliğine potansiyel tehditler bu özerkliği artıracak biçimde işlenir. Kendi referansı yine kendisi olan sistemler üç boyuta sahiptir: sistemin ‘kod’u, ‘yapı’sı (programı) ve ‘süreci’. Kodlar bilginin işlendiği ikili süreçler, yani, ‘doğru/yanlış’ veya ‘önemli/önemsiz’ gibi ikili karşıtlıklardır. Yapı veya program sistem içinde benimsenen temel değerler, normlar ve beklentileri içerirken, süreç süregelen etkileşimi anlatır. Bir sistemin kendini yeniden-üretmesi için kodun aynı kalması gerekir, ancak yapı veya süreç değişebilir. Çifte durumsallık bu yüzden evrensel düzenleyici bir ilkedir, ancak modernite artan durumsallık ve karmaşıklığı ima ederken, karmaşıklığı daha fazla azaltmayı sağlayacak daha gelişmiş mekanizmalara gerek vardır (Baert, 1998:1-3).

Tablo 5: Sosyal Sistemler (Moeller, 2006: 29)

Fonksiyon Sistemleri	Fonksiyonu	Etkilik	Kod	Program	İletişim Aracı
Hukuk	Norm beklentilerine yönelim durumsallığı ortadan kaldırmak	Çatışmaları düzenlemek	Yasal/yasal olmayan	Kanunlar, anayasa vb.	Yargı yetkisi
Siyaset	Kolektif olarak bağlayıcı kararları mümkün kılmak	Kolektif bağlayıcı kararların pratik uygulaması	Hükümet/muhalefet	Siyasi partilerin programları, ideolojiler	Güç
Bilim	Bilgi üretmek	Bilgi arzı	Doğru/yanlış	Teoriler, metotlar	Doğruluk
Din	Durumsallığı ortadan kaldırmak	Ruhsal ve sosyal hizmetler	İçkinlik/aşkınlık	Kutsal kitaplar, dogmalar	İnanç
Ekonomi	Kıtlıkları azaltmak	İhtiyaçların karşılanması	Ödeme/ödememe	Bütçeler	Para

Luhmann sosyal sistemleri üçe ayırmıştır; bunlar, etkileşim, örgüt ve fonksiyon sistemleridir. Bütün sosyal sistemler, bir dereceye kadar birbirlerini etkiler, “sosyal sistemler” kavramsallaştırması bunu analiz etmek için kavramsal bir model geliştirmiştir. Fonksiyonel olarak farklılaşmış bir toplumda bütün alt sistemler bir diğerinin çevresini oluşturmaktadır. Her ne kadar kendi kendilerine hayatlarını devam da ettirseler birbirlerini de etkilerler. Örneğin yasal iletişim hukuk sistemine özgüdür fakat çevresinde olan her şeye de uyarlanabilir. Birbirlerini etkileyişleri ise yapısal bağlantı ile mümkündür. Siyaset ve ekonomi gibi iki sistem bir sistemin operasyonunun diğer sistemin operasyonunu amaçlaması yoluyla mümkün olabilir. Siyaset sürekli olarak ekonomiye yönelmiş bir iletişim yaratabilir. Vergiler yoluyla siyaset sistemi ekonomiyle bir bağlantı kurabilir. Yapısal bağlantı sistemlerin operasyonel kapalılıklarına müdahale etmez aksine farklı autopoietik/öz üretimli

süreçler arasında bağlantı kurulmasını sağlar. Toplumda ekonominin işleyişi, siyaset, hukuk, eğitimle bağlantısı kurulmadan tam anlaşılamaz (Moeller, 2006: 28).

Luhmann'ın sistem kuramı oldukça karmaşık, dağınık ve tutarsız görünse de sosyologlara kavramsal çerçeve sunma ve yaklaşımlarını şekillendirme konusunda ufuk açıcı olduğu aşîkardır. Onun yapmaya çalıştığı, dönemindeki kuramsal gelişmeleri sosyolojiye bağlamaktır. Modern fizik, bilgi kuramı, genel sistem teorisi, biyoloji, psikoloji, iletişim gibi alanlar bunlara örnek olarak verilebilir. Bu çabası, Parsons (1951) 'tan etkilenmesi olarak yorumlanabilir.

Luhmann'ın çalışmalarını İngilizce literatüre kazandıran ve sistem kuramını sağlığa uyarlama konusunda birçok yayını bulunan ender isimlerden birisi de Alman asıllı Jürgen Pelikan'dır. Luhmann'ın karmaşıklık ve sistemde seçim yapmak için öngördüğü kavramsal çerçeve göz önüne alınarak geliştirilen bir modelde Pelikan (2007: 82)'a göre bireyi tek bir sistem olarak tanımlamak mümkün değildir. Birey, beden, zihin ve sosyal sistemler olan üç adet autopoietik/öz üretimli sistemden oluşmaktadır. Bu üç sistem kendisini farklı operasyonlarla yeniden üretir. Her birinin farklı çevreleri vardır. Beden, metabolik olarak, zihin düşüncelerle, sosyal olan ise iletişimle bu yeniden üretimi gerçekleştirir. Bu sistemler birbirlerine bağlı ama aynı zamanda kısmi bağımsızlıkları da olan sistemlerdir. Luhmann (1995)'a göre toplum, bazı sosyal farklılaşma tiplerinin karışımıdır. Modern toplum işlevsel olarak farklılaşmıştır. İşlevsel olarak farklılaşma, farklı sosyal bölümlerin otonom olarak işlev görmesidir. Fonksiyon sistemlerinin autopoietik/öz üretimli sayılmaları için iletişimsel olaylar üretmeleri gerekir. Bu iletişimi sağlamak için ikili kodlar kullanırlar.

Tablo 6: Bireyin Üç Sistemi ve İlgili Çevreleri

Boyutlar	Sistem	Çevre
Fiziksel	Organizma	Doğa (Biyo-Kimyasal-Fiziksel)
Zihinsel	Zihin	Kültür (Psikokültürel)
Sosyal	Kişi	Toplum (Hem Materyal Hem Kültürel)

Sağlık ve hastalığın fiziksel gerçeklikleri olduğu kadar sosyal olarak inşa olan gerçeklikleri de mevcuttur. Sağlığın değişen doğası modernizm bireyselleşme, farklılaşma ve küreselleşmeden etkilenmektedir. Algılanan ve yaşanan şekilde sağlık, sosyal ve ekonomik gelişmenin bir sonucu değil onu belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Buna en açık örnek, artan sağlık ve yaşam beklentisinin sosyal hayat ve politikadaki tüm alanları etkileyişidir.

Tıba ilişkin enformasyonun artması ve iletişim teknolojilerinin gelişimiyle yaygınlaşması tıba mensup olmayan kişilerin de konuda fikir beyan etmesini sağlamış ve tıp bilgisi hekimin dışında pek çok aktör tarafından pazarlanır hale gelmiştir. Bunun yanı sıra sağlık etkileşiminin en yoğun yaşandığı tanı ve tedavi sürecinde de bu bilginin yaygınlaşması ve alternatiflerin artması sebebiyle hekimden hastaya asimetrik bilgi aktarımı şeklinde işleyen bu süreç de değişmektedir.

Sağlık, ekonomi, siyaset, hukuk gibi birçok kurumla etkileşim içinde olarak modernizm de bireylerin hayatlarını belirlemekte ve etkilemektedir. Bugün sağlıklı sayılan yarın sağlıksız sayılabilmektedir. Sağlıkla ilgili seçimler, risk toplumunu daha da karmaşık hale getirmiştir. Sağlığın sınırları genişlemektedir. Sağlıkla ilgili bilgilere daha fazla erişimin sağlanması belirsizliği ve bu bilgiye olan talebi de buna paralel olarak arttırmıştır. Bu genişleme sağlık sistemlerinin diğer sistemlerle olan ilişkisini de arttırmaktadır. Örneğin sağlık sistemi, hukuk ve ekonomiyle artık çok daha fazla kesişmekte ve ortak paydada bir arada anılmaktadır. Sağlık sisteminin

fonksiyonları ise; hizmet sağlanması, hizmet ulaşımını mümkün hale getiren insani ve fiziksel kaynakları yaratılması, sağlık hizmetleri için kullanılan kaynakları artırmak ve birleştirmek, yöneticilik fonksiyonlarının yerine getirilmesi olarak sıralanabilir (DSÖ, 2000:2).

Sağlık sektörünün, sağlık davranışı ve onu etkileyenler üzerine yapılan tartışmalardan oluşan literatürden öğrenecek çok şeyi vardır. Güven, sosyal sermayeyle olan ilişkisi, kolektif eylemdeki rolü, ortak amaçlar için insanlar arasındaki işbirliği, bugünkü tartışmaların odağını oluşturmaktadır. Sağlık sistemleri ilişkiseldir, birçok kritik sorun bu ilişkilerden kaynaklanır. Hastalara davranışları konusunda sağlık çalışanlarından kaynaklı tatminsizlikler, iyi teknik bakım sağlansa bile hizmetin kalitesini düşürebilmektedir.

Tablo 7: Luhmann Sözlüğü

Luhmann Sosyal Sistemler Kuramı Kavramları	Kısa Tanım
Autopoiesis/öz üretim	Kendi kendini yeniden üretme/öz üretim
İletişim	Sistemin en temel birimi
Karmaşıklık	Seçim olasılığının çokluğu
Kod	Sistemin dili
Program	Dilin dilbilgisi kuralları
Yapısal Bağlantı	İki sistemin birbirini etkileme yolu
Sembolik Genelleştirilmiş İletişim Araçları	Her sistemin kendine özgü iletişim aracı
Çifte Durumsallık	Karşılıklı bilinmezlik
Farklılaşma	Sistemin kendisini çevreden ayırma yolu
Operasyonel Kapalılık	Sadece sisteme özgü bir işlevin olması
Bilişsel Açıklık	Diğer sistemlerle ilişki içinde olabilme

Luhmann, bir fonksiyon sistemi olarak sağlığa hiçbir kaynağında yer vermemiştir. Ancak sağlık bir sistem olarak onun kavramsallaştırmalarıyla tartışılmaya uygundur. Bu tez çalışmasında da kuramsal çerçeve olarak Luhmann'ın tercih edilmesinin temel nedeni bu şekilde açıklanmaktadır. Tablo 7'de Luhmann'ın temel kavramlarından bazılarını kısa tanımlarıyla yer verilmiştir.

Karmaşık sağlık sistemini Luhmann'ın kavramsallaştırmaları ışığında Pelikan (2007: 97)'dan faydalanarak Tablo 8'deki gibi tartışmak mümkündür.

Tablo 8: Sistem Yaklaşımı ve Sağlık

	Biyolojik Boyut	Psikolojik Boyut	Sosyal Boyut
Kod	Hastalığın varlığı ya da yokluğu	Ruh sağlığının varlığı ya da yokluğu	Sosyal problemlerin varlığı ya da yokluğu
Programlar	Modern klinik biyomedikal çözümlerin yanında tamamlayıcı geleneksel tıp	Farklı psikoterapi ekoller, alternatif, tamamlayıcı tedaviler	Sosyal sorunların çözümüne farklı yaklaşımlar
İletişim Araçları	Tıbbın kodlanmış bilgisi, belirli tedavileri meşrulaştıran belirli tanımlar	Psikoterapinin kodlanmış bilgisi, klinik psikoloji	Sosyal çözümlerin kodlanmış bilgisi
Fonksiyon	Hastalığın tedavisi	Ruh hastalığının tedavisi	Sosyal sorunların çözümü
İletişim kuran psikişik sistemler	Hasta/hekim	Psikoterapist/hasta	Sosyolog, sosyal hizmet uzmanı vb. /hasta
Organizasyon	Hastane, ambulans, muayene, bakım evleri	Ruh hastalıkları hastanesi, ambulans, muayene	Sosyal sorunların çözülebileceği farklı organizasyonlar

Burada bir hastalığın tedavisi sırasında bireyin etkilenebileceği düşünülen tüm boyutlar ele alınarak bir sistem analizi yapılmaya çalışılmıştır. Bu kavramlar özellikle disiplinler arası çalışmalarda sosyal boyutun önemini ortaya koymak ve tartışmak açısından oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

Sayıtlılar

Bu çalışmada yer alan sayıtlılar şu şekilde sıralanabilir:

- Çalışmanın sonuçları araştırma yapılan grup ile sınırlıdır.
- Sağlık bir sistem olarak ele alınmıştır.
- Bulgular organizasyonel düzeyde tartışılmamıştır.
- Hasta ve hekim ilişkisinde güven işlevsel bir unsurdur.
- Hastanın, hekim seçme davranışı risk barındırır.
- Sağlık sistemi ve bünyesinde bulundurdıkları asimetrik bilgi sebebiyle hasta tarafından zaman zaman karmaşık ve belirsiz olarak algılanmaktadır.
- Hekim, hastanın güvenini kazanabildiği sürece başarılı etkileşim gerçekleşmekte ve hasta tedavi sürecinin önemli bir parçası haline gelmektedir.
- Hekime duyulan güven, sisteme duyulan güvenin bir göstergesidir.
- Hekim-hasta arasındaki güvenin belirleyicileri; hekim, hasta arasındaki sağlıklı iletişim, hekimin teşhis ve tedavi başarısı, hekimin dürüst olması, hasta memnuniyeti, hekimin uzmanlık bilgisi olarak kabul edilmiştir.
- Hekim-hasta arasındaki güvensizliğin belirleyicileri, devletten memnun olmadığı için özel hastaneye gitmek, endişe, yanlış reçete yazılması, doktorun bilmediği halde biliyormuş gibi davranması, kişisel sorunlarını işe yansıtması, mahremiyet ihlali, etik olmayan davranışlar, şüphe, belirsizlik, anlaşılmazlık, tetkik istememe, ilaç yazmama, iletişim kopukluğu-asık surat, bağırma, az vakit ayırma, kötü davranma, ilgilenmeme, kafa karıştırma, yanlış teşhis/tedavi, psikolojik denmesi, bıkkınlık/tükenmişlik, etnik ayrımcılık, yaşlı ayrımcılığı, medyanın olumsuz etkisi olarak kabul edilmiştir.

- Hasta olmak, bazı semptomların ortaya çıkması, fonksiyonel olarak kapasiteyi yitirme hali ve bir dengesizlik durumuna geçme, gündelik hayattaki rutini sürdürmede bir takım aksaklıklar yaşanması olarak kabul edilmiştir (Cockerham, 2004: 135).

1.6 Yöntem

Araştırmanın yöntemiyle ilgili aşağıdaki başlıklar altında bilgi verilmiştir.

1.6.1 Araştırma Tipi

Araştırma, Türkiye’de sağlık sisteminde güven tesis edilmesi konusunu ele alması bakımından betimsel niteliktedir. Nicel ve nitel veri bir arada kullanılmıştır. Bu verinin birlikte kullanılmasının çalışmayı daha da güçlendireceği dşnlmektedir.

1.6.2 Araştırma Tekniği

Araştırmada Sistem Teorisi’nin kavramları, hekim hasta arasında karmaşıklığı azaltarak güven tesis edilmesini sağlayan unsurlar olarak kullanılmaktadır. Gözlem, burada araştırmacı tarafından öncelikli olarak kullanılan tekniktir. Araştırmada, sağlık sistemine dahil olan hastaların bilgi, tutum ve davranışları hakkında veri sağlanan, sistemde yer alma, güven olgusu hakkında kişisel değerlendirmelerini içeren mülakat formu kullanılmıştır. Bunun yanı sıra yargısal olarak seçilen hastalarla derinlemesine mülakat teknikleri kullanılarak görüşülmüştür. Bu form hazırlanırken, Calnan ve Sanford (2004), Thom, Kravitz,

Bell, Krupat, Azari (2002: 478), Trachtenberg, Dugan, Hall (2005: 346), Hall, Camacho, Dugan, Balkrishnan (2002), Freburger, Callahan, Currey, Anderson (2003), Rose, Peters, Shea, Armstrong (2004)'un çalışmalarından faydalanılmıştır.

Mülakat formunda ise; hastanın demografik özellikleri, sağlık durumuna, tedavisinin özelliklerine ilişkin, aldığı sağlık hizmetiyle, bu hizmet konusundaki bilgi edinme kaynaklarıyla ilgili sorular bunun yanı sıra beşli Likert tipi; genel güven, siyasilere güven, hekime ve sağlık sistemine güven konusunda da sorular bulunmaktadır. Mülakat formu Ek 1'de yer almaktadır. Derinlemesine mülakatta yöneltilen sorulara da Ek-2'de yer verilmektedir. Yarı yapılandırılmış bu form çerçevesinde katılımcılarla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Mülakatlarda da katılımcıların eklemek istedikleri, katılımcıların sözlü onayı alındıktan sonra araştırmacı tarafından ses kaydı alınarak, deşifre edilmiştir ancak bazı katılımcıların demografik verilerinin tamamı kayda geçirilememiştir.

1.6.3 Bu Çalışma Bağlamında Sağlık Sistemi ve Genel Eğilimler

Dünyadaki sağlık sistemlerine bakıldığında 1980'lerin sonlarından 1990'ların başlarından itibaren refah rejimlerinin dönüşümü çerçevesinden önemli reform girişimleri görülmektedir. Genellikle bu reformlara gerekçe olarak sağlık hizmetlerine artan talep karşısında oluşan maliyetlerdir. Amaç artan sağlık harcamalarını kontrol altına almaktır. Bu reformlar harcamaları azaltıp verimliliği arttırmanın yanı sıra devletin rolünü de yeniden tanımlamaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak sağlıkta küresel reform söyleminden bahsetmek mümkündür (Ağartan, 2007: 37).

Sağlık harcamaları, medikal, paramedikal ve hemşirelik bilgi ve teknolojisi uygulamalarını kapsayan eylemler için yapılan harcamaların toplamıdır.

Tablo 9: Sağlık Göstergeleri

Yıl	GSYİH % Sağlık Harcamaları	Kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD Doları)-satın alma gücü paritesi	Toplam sağlık harcamalarında kamu %	Kişi başına düşen kamu sağlık harcaması (ABD Doları) satın alma gücü paritesi	Toplam harcama içinde cepten harcamaların %si (hane halkı)	Kişi başına düşen cepten harcama (hane halkı) satın alma gücü paritesi	1000 kişiye düşen hekim sayısı	Kişi başına yılda hekime muayene olma sayısı
2005	5,4	591	67,8	401	22,8	134	1,41	4,1
2006	5,8	696	68,3	475	22,0	153	1,43	4,6
2007	6,0	767	67,8	520	21,8	167	1,47	5,4
2008	6,2	818	71,2	582			1,51	6,3
OECD Sağlık Verisi, 2010 (www.oecd.org)								

Türkiye’de benzer sebeplerle böyle bir reform hareketine 2002 yılında gidilmiş ve “Sağlıkta Dönüşüm” programı uygulamaya konulmuştur. 2010 yılında yayınlanan OECD verisinden Türkiye’de sağlık hizmetlerinin çeşitli özelliklerini ve hizmetlerin maliyetini gösteren çeşitli parametreler seçilerek Tablo 9 oluşturulmuştur. Burada en önemli gösterge olan, sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla içindeki oranına bakıldığında % 6,2 olduğu görülmektedir. Ancak buna paralel olarak kişi başına yılda hekime muayene olma oranının da arttığı düşünüldüğünde bu artış kabul edilebilir bir oran haline gelmektedir. Hizmete erişimin artması, büyük oranda Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Projesi’yle birlikte sağlanmıştır.

Teşhis ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik gelişmeler, bunlarla birlikte etkin tıbbi müdahalenin mümkün hale gelmesi, toplumların yaşlanması, giderek daha çok insanın sağlık hizmetlerini talep etmesi, internete erişim imkanı ve iletişim

teknolojilerinin gelişmesiyle daha bilgili ve eğitimli bir hasta profilinin oluşmasının yanı sıra küresel ve ekonomik koşulların sosyal harcamalar üzerindeki etkisinin artmasını beraberinde getirmiş ve azalan sosyal güvenlik gelirleriyle hükümetlerin bu gelirleri karşılaması zorlaşmıştır (Ağartan, 2007: 50).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan reformlar

(www.saglik.gov.tr);

- Sosyal güvence türlerinin tek çatı altında birleşmesi,
- Performansa dayalı ödeme modeline bağlı olarak hekimlerin hastanelerde tam zamanlı olarak hizmet vermesi, muayenahanelerin kapanması
- Hekim seçme özgürlüğünün hastanelerde yaygınlaşması
- 112 (acil ambulans hizmetleri)'lerde kullanılan teknolojinin geliştirilmesi
- Özel hastane ve tıp merkezlerinden SGK lıların hizmet alabilmesi
- Yeşil kartlıların istedikleri kamu hastanesinden hizmet alabilmeleri, her eczaneden ilaç alabilmeleri
- 18 yaş altı nüfusun Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması
- Acil durum, iş kazası, salgın hastalık, meslek hastalığı durumunda sağlık yardımlarından ücretsiz faydalanma
- 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla tüm illerde aile hekimliğine geçiş
- Evde sağlık hizmetleri (20000 kişi hizmet alıyor)
- 182 (merkezi randevu sistemi-20 il 175 hastane)
- Kırsal mobil eczane-40 ilde hizmet

1.6.4 Pilot Çalışma: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 14 Nisan 1964 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında bir protokol düzenlenerek açılmıştır. Kuruluş amacı tedavisi yurt dışında yapılabilecek hastalıkları teşhis ve tedavi olan hastanenin bünyesinde ilk olarak Kardiyoloji, Kardiyovasküler Cerrahisi, Gastroenteroloji, Gastroenteroloji Cerrahisi, Nöroşirurji ve Hematoloji Klinikleri hizmet vermeye başlamıştır. Zamanla klinik ve laboratuvar çalışmalarında değişiklikler olmuş Hematoloji ve Nöroşirurji Klinikleri kapatılırken Üroloji Kliniği ve Hemodiyaliz ünitesi açılarak hizmet vermeye başlamıştır. Hastane, 490 kadro yatağı ve 385 fiili yatağı ile son derece gelişmiş ve uzmanlaşmış ve 1995 yılında idari ve mali yönden özerk bir sağlık işletmesi haline dönüştürülmüştür. 1998 yılında ise hastanenin ismi Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi olarak değiştirilmiştir (www.tyih.gov.tr). Kardiyoloji kliniğinden 19.311 hizmet alan hastaların yaklaşık % 10'u Ankara dışından bu hastaneye tedavi amaçlı gelmektedir.

Bu araştırmanın pilot çalışması, 17 mülakat, gözlem ve uzmanlarla görüşme yapılarak Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (YİEAH) gerçekleştirilmiştir.

1.6.4.1 Pilot Çalışmada Karşılaşılan Güçlükler

Fiziksel Yetersizlikler: Servislerin koğuş tipi olması, odaların çok kalabalık olmasına neden olmaktadır bu nedenle özellikle yatan hastalarla görüşme için hastanede uygun ortam bulmak oldukça güçtür.

Hasta Kaynaklı Güçlükler: Anjiyo olan hastaların çoğunluğu primer hastadır (kalple ilgili şikayetlerle ilk kez hastaneye gelmiş) ve bu nedenle hastalık öyküleri bulunmamaktadır. Bu yüzden mülakat sorularına cevap vermekte zorlanmışlardır. Burası bir eğitim ve araştırma hastanesi olduğundan ağır vakaları takip etmektedirler. Servisteki hastaların birçoğu yaşlı ve bilinci kapalı bir biçimde yattıklarından görüşme yapmak mümkün olmamıştır.

Poliklinik hastaları içinse hastaları ikna etmek oldukça güç olup, ikna olan hastalarla ise genel problem ise eğitim seviyesinin düşüklüğüdür. Hastalar tarafından “güven” çok soyut bir kavram olarak algılanmaktadır. Gündelik dillerinde oldukça sık kullanmalarına rağmen, güvenle ilgili bir çalışma yapıldığı, katılmak isteyip istemedikleri sorulduğunda ise hastaların çoğu uzun süre sessizliğini korumuş ya da güven konusunun biraz açıklanmasını istemişlerdir. Poliklinikte mülakat sorularını cevaplayan kadın hastaların oldukça çekingen olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışan Kaynaklı Güçlükler: Hemşirelerin iş yoğunluğundan dolayı hastaları yönlendirmek ve ikna etmek konusunda da araştırmacıya sınırlı yardımda bulunmuşlardır. Yaz dönemi olduğundan (2010 yılı haziran ayı) personelde sürekli değişim yaşanmaktadır. Bu da çalışanların iş yükünü arttıran bir diğer faktördür.

Hastane Kaynaklı Güçlükler: Ayrıca Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi’nin Ankara’daki merkezi konumu sebebiyle araştırmaya çok doymuş bir hastanedir. Hastasından personeline kadar herkes çeşitli konularda araştırma yapılmasından hoşnut değildir. Halen hastanede yürütülen birçok çalışma mevcuttur. Bu yüzden personelin de desteği ve ilgisi azdır.

Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi’nde genel olarak hastaların aldıkları hizmetten memnun oldukları, özellikle hizmete erişebildikleri için memnun

oldukları görülmektedir. Hastaların çoğunun aldıkları bu hizmete eleştirel bakmadıkları, var olan düzeni olduğu gibi kabul ettikleri sonucuna varılmıştır.

Bu nedenlerle araştırmanın yapılacağı il, araştırmacının yerel kaynakları daha fazla kullanabileceği düşünülerek Mersin olarak değiştirilmiştir.

1.6.5 Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler

Saha çalışmasının sağlıklı yürümesi için araştırmanın Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesi'nde devam ettirilmesine karar verilmiştir.

Tablo 10: Araştırmanın Gerçekleştirildiği Hastanelere Ait Bilgiler

	Yatak sayısı	Kardiyoloji Yatak sayısı	Günlük ortalama kardiyoloji poliklinik sayısı
Mersin Devlet Hastanesi	502	21+6 (yoğun bakım)	137
Mersin Toros Devlet Hastanesi	250	2+10 (yoğun bakım)	70
Tarsus Devlet Hastanesi	721	26+12 (yoğun bakım)	150



Şekil 2: Mersin İli Haritası

Araştırmanın yapıldığı il olan Mersin'in nüfusu 1.270.621, bir ilçesi olan Tarsus'un nüfusu ise 233.436'dır. Mersin'de bürokratik işlemler, araştırmacının Sağlık Bakanlığı personeli olması nedeniyle çok hızlı bir biçimde tamamlanmıştır.

Pilot çalışmada 17 adet mülakat formu uygulanmıştır. Pilot çalışma dışında 229 mülakat formu uygulanmıştır. Bunlardan 15 tanesi hastaların kendileri tarafından, hemşire gözetiminde doldurulduğundan, araştırma sonuçlarına olumsuz etkileri düşünülerek analizlerin dışında bırakılmıştır. Araştırmada 39 kişiyle de derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle Mersin Devlet Hastanesi'nde bulunan beş poliklinik ve 21 yataklı servisten oluşan kardiyoloji bölümünde nasıl bir araştırma planı uygulanacağı hastane yönetimiyle fikir alışverişinde bulunarak oluşturulmuştur.

Toros Devlet Hastanesi ise çalışmaya çok ilgi göstermemekle birlikte kardiyoloji servis hemşiresi bu konuda destek olacağını belirtmiştir. Toros Devlet Hastanesi'nde poliklinikte bir süre tek hekim çalıştığı için kendisinin sorgulanacağı endişesiyle görüşme yapılmasına kısa bir süre izin vermemiştir ancak daha sonra bu sorun aşılmıştır.

Tarsus Devlet Hastanesi'nde ise idarenin yaklaşımı çok olumlu olmasa da hemşireler ve hasta hakları birimi oldukça ilgili davranmışlardır. Görüşmelerin yapılması konusunda araştırmacıya bu hastanede özellikle iki enfeksiyon hemşiresi destek olmuştur. Enfeksiyon hemşireleri tüm servis ve poliklinikler konusunda bilgi sahibi oldukları için bu destekleri çalışmayı hızlandırmıştır.

Nitel çalışma sırasında ise tez konusunun katılımcılara aktarılması, özellikle araştırmacının Ankara'dan geliyor olması katılımcıların çalışmaya olan ilgisini arttırmıştır. Araştırmacı Tarsuslu olduğunu da katılımcılara söylemiştir, bu şekilde

katılımcıların daha ilgili davrandıkları görülmüştür. Nicel çalışma ise sağlık personelinin uygun olduğunu belirttiği yerlerde gerçekleştirilmiştir. Bu hastanedeki hastalara, araştırmacının hastanede çalışan yakını vasıtasıyla kartopu yöntemiyle ulaşılmıştır. Bazı hastalarla hastanede ayrılan bir odada, bazı hastalarla ise evlerine gidilerek görüşmeler yapılmıştır. Nicel araştırma 2010 yılı Ağustos ayında nitel araştırma ise Ekim ayında gerçekleştirilmiştir.

1.6.5.1 Mersin Devlet Hastanesi

Mersin Devlet Hastanesi (www.mersindevlethastanesi.gov.tr), 1908 yılında kurulmuştur. 22 klinik ve 31 poliklinikten oluşmaktadır. Bir bölge hastanesi olan bu hastane şu anda 502 yatak ve 1695 personel ile hizmet vermeye devam etmektedir.

1.6.5.2 Mersin Toros Devlet Hastanesi

Mersin SSK Hastanesi 1954 yılında Çukurova Fabrikası revirinde sağlık istasyonu olarak çekirdeği oluşturulmuş, bu çekirdek oluşum 1955 yılında 20 yataklı dispanser, 1960 yılında da 60 yataklı hastane haline dönüştürülmüştür. Hastane, 1966 yılında 255 yatakla hizmete girmiş olup, 1994 yılında hizmete sokulan ek bina ve hastane içerisindeki tadilat sonucu 512 kadro yataklı hale getirilmiştir. 19 Şubat 2005 yılında hükümetin sağlıkta reform projesi ile hastanemiz Çalışma ve Sosyal Yardım Bakanlığından Sağlık Bakanlığına devrolmuş ve adı Mersin Toros Devlet Hastanesi olarak değiştirilmiştir.

1.6.5.3 Tarsus Devlet Hastanesi

Tarsus Devlet Hastanesi (www.tarsusdh.gov.tr) 1954 yılında okul olarak inşa edilmiş, 1957 yılında da halen poliklinik ve laboratuvar hizmetlerine ayrılmış A Blok binası 50 yataklı olarak görev vermeye başlamıştır. 70.Yıl Tarsus Devlet Hastanesi; Hastanemiz 15 Kasım1993 tarihinde hizmete girmiştir. Hastane, 560 yatak kapasitelidir. 70.Yıl Tarsus SSK Hastanesi 20 Şubat 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlanmış ve “70.Yıl Tarsus Devlet Hastanesi” adını alarak hizmet vermeye başlamıştır. Tarsus Devlet Hastanesi ve 70. Yıl Tarsus Devlet Hastanesi 2009 yılında birleşerek 721 yataklı bir hastane olarak hizmet vermeye devam etmektedir.

1.6.6 Kardiyovasküler Hastalıklar

Çalışmadan daha sağlıklı sonuçlar alınacağı düşüncesiyle sağlık sistemine güven çalışmasında uzun süreli kronik hastalıkları bünyesinde barındıran kardiyoloji alanı tercih edilmiştir. Bunun yanı sıra kardiyoloji hastalarının özelliklerini öğrenmek, onların sağlık sistemiyle kurduğu ilişkileri tartışmak Türkiye’de bu denli geniş yaygınlığa sahip bu hastalığı ve bu hastalığı taşıyan bireylerin aldıkları sağlık hizmetini bir de sosyolojik açıdan yaklaşılarak bu boyutuyla ele almanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Kardiyovasküler Hastalıklar (DSÖ Fact Sheet No: 317, 2009)

Önemli noktalar

- Kardiyovasküler hastalıklar küresel olarak ölüm nedenlerinin başında gelmektedir.
- 2004 yılında kardiyovasküler hastalıklardan tahmini olarak 17,1 milyon kişi ölmüştür. Bu rakamda küresel olarak ölümlerin % 29'una tekabül etmektedir. Bu ölümlerin tahmini olarak 7,2 milyonu koroner kalp hastalıkları 5,7 milyonu da inme kaynaklıdır.
- Düşük ve orta gelirli ülkeler bu hastalıklardan daha çok etkilenmektedirler: Kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin % 82'si kadın ve erkeklerde yaklaşık olarak aynı olmakla birlikte bu ülkelerde meydana gelmektedir.
- 2030 itibariyle 23,6 milyon insan daha çok koroner kalp hastalıkları ve inmeler olmak üzere kardiyovasküler hastalıklardan dolayı hayatlarını kaybedecekleri öngörülmektedir. Projeksiyon sonuçlarına göre kardiyovasküler hastalıklar tek başına en önde gelen ölüm nedeni olmaya devam edecektir. Yüzde olarak en yüksek artış ise Doğu Akdeniz Bölgesi'nde gerçekleşecektir. Ölüm sayılarında en yüksek artış ise Güney-Doğu Asya Bölgesi'nde olacaktır.

Kardiyovasküler Hastalıklar için Risk Faktörleri Nelerdir?

Kalp hastalıklarının ve inmelerin en önemli davranışsal risk faktörleri, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği ve sigara kullanımıdır. Davranışsal risk faktörleri kalp hastalıkları ve serobrovasküler hastalıkların %80'ine neden olmaktadır.

Sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği bireylerde kan basıncının, kanda glikozun, kan yağlarının artmasına, orta düzey risk faktörü olan fazla kilolar ve obeziteye neden olabilir.

Eğer nedeni bulunmak istenirse kardiyovasküler hastalıkların altında yatan birçok belirleyici olabilir. Küreselleşme, kentleşme, nüfusun yaşlanması ve bunlara bağlı sosyal ekonomik ve kültürel değişimlerin de bu hastalıklarda bir takım yansımaları olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların diğer nedenleri de yoksulluk ve strestir.

Kardiyovasküler Hastalıkların Yüğü Nasıl Azaltılabilir?

Kalp hastalığı ve inme sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve sigarasız bir yaşamla önlenabilir. Bireyleri kardiyovasküler hastalık riskini düzenli fiziksel aktivite yaparak, sigara ve sigara dumanından uzak durarak, bol meyve sebze tüketerek, yağlı yemeklerden, şeker ve tuzdan uzak durarak, sağlıklı bir vücut kilosunu koruyarak azaltabilirler.

Kapsamlı ve entegre bir eylem, kardiyovasküler hastalıkları önlemek ve onları kontrol etmek demektir.

- Kapsamlı eylem tüm toplumdaki riskleri yüksek risk taşıyan grupları veya hastaları hedefleyen stratejiler geliştirerek azaltmayı gerektiren tüm yaklaşımları birleştirmeyi gerektirmektedir.
- Tüm toplumda kardiyovasküler hastalıkları azaltmayı hedefleyen müdahalelere örnek olarak: kapsamlı sigara kontrol politikaları, yağ, şeker, tuz oranı yüksek yiyeceklere talebi düşürmek için koyulacak vergiler, fiziksel aktiviteyi özendirmek için yapılacak yürüyüş yolları, çocuklara okulda sağlıklı yemeklerin verilmesinin sağlanması gibi verilebilir.

- Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser gibi hastalıkların ortak risk faktörlerine karşı entegre yaklaşımlar üzerine odaklanmak: sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, sigara kullanımı.

Birkaç tedavi seçeneği mevcuttur.

- Hemen hemen tüm kardiyovasküler hastalıkları tedavi etmek için etkili ve pahalı olmayan tedaviler mevcuttur.
- İnme veya kalp krizi yaşayan kişilerde bu durumların nüksetme olasılığı yüksektir ve böyle durumlar genellikle ölümle sonuçlanır. Bu ölüm riskini azaltmanın yolu kolesterolü düşük tutmak, kan basıncını düzenleyecek ilaçlar ve aspirin kullanmaktır.
- Kardiyovasküler hastalıkları tedavi etmek amacıyla uygulanan cerrahi işlemler; koroner baypas, balon anyijoplasti (küçük balon benzeri bir araçla arterdeki blokajı açar), valf tamiri ve yenilemesi, kalp nakli ve yapay kalp ameliyatları.
- Bazı tıbbi araçlar kardiyovasküler hastalıkları tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır. Bunlar: kalbin atış hızını ayarlayan aygıt, prostetik valfler, kalpteki boşlukları kapatmak için kullanılan yamalar.

Kardiyovasküler ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal programlar yoluyla daha fazla devlet yatırımına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün liderliğini yaptığı bir takım uluslar arası çabalar mevcuttur. Bunlar; 29 Haziran 2005'te imzalanan Lüksemburg Deklarasyonu ve 25 Aralık 2007'de imzalanan Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'dir.

Türkiye'de tüm yaş gruplarında erkek ve kadınlarda birincil ölüm nedeninin iskemik kalp hastalıkları olduğu görülmektedir. Erkelerde ölümlerin % 20,7'si,

kadınlarda bu oranı % 22,9'dur. İkinci sırada olan serobrovasküler hastalıklarda bu yüzdeler sırayla % 14,5 ve % 15,7'dir (Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması, 2000).

1.6.7 Mülakatlar Sırasında Edinilen Genel İzlenimler ve Öneriler

Görüşülen hastalar, genellikle aldıkları hizmetten çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Ancak hastalara güven kavramı çok soyut gelmektedir. Güven kavramının daha farklı kelimelerle ifade edilmesi gerekmektedir.

Araştırmacının Sağlık Bakanlığı personeli olması araştırmacının hastanedeki hareketini kolaylaştırmıştır. Hastalar, mülakat formundaki kavramların çok soyut olduğunu belirtmişlerdir. Birçok hasta mülakat formunu cevaplarırken diğer hastalar tarafından izlenmekten rahatsız olmuştur.

Araştırmacı bazı hastalara Sağlık Bakanlığı personeli olduğunu belirterek onların daha istekli olmasını sağlamaya çalışmıştır. Bu durumun hastalarda verdikleri cevapların yetkililere ulaşacağı izlenimi yarattığı düşünülmektedir. Mülakat formu hastalara çok uzun gelmektedir. Genellikle her hastanın yanında en az bir hasta yakınının mevcut olduğu görülmektedir. Hasta yakınları da kimi zaman mülakata dahil olmuşlardır. Özellikle yaşlı hastalarda hasta yakınları mülakata daha çok katkı sağlamışlardır.

Hastalar çok erken saatlerde hastaneye gelip uzun saatler boyunca beklemektedirler ve en çok şikayet ettikleri konu da uzun sıralar olmuştur. Güven konusunu araştıran bir tezde hastaların da araştırmacıya ne kadar güvendiği de ayrıca tartışılmalıdır.

Bazı hastanelerde poliklinik bekleme alanlarının bazı hastanelerde dairesel olması, hastalar birbirlerini gördüğü için mülakat yapılmasına uygun değildir. Hastalar utanmakta ve mülakatı kabul etmekte tereddüt etmektedirler.

Hastalar sıkıldıklarında sohbet ederek ara vermek, hastalık hikayelerini dinlemek mülakatın devamını kolaylaştırmıştır. Mülakat sırasında bu araştırmanın neden yapıldığının hatırlatılması faydalı olabilmektedir.

Güven araştırmalarında soru formu üzerinden gerçekleştirilen mülakat yerine derinlemesine mülakatın daha kolay veri toplamayı sağladığı ve böyle araştırmalar için daha uygun bir araç olduğu sonucuna varılmıştır. Derinlemesine mülakatlara “Sağlık Bakanlığı’nda çalışıyorum, bu benim doktora tez çalışmam. İyi bir doktor-hasta ilişkisi nasıl olur? İyi doktor kime denir gibi sorular yönelteceğim ki bunların cevaplarıyla doktor hasta ilişkisinde gelişmeler, iyileşmeler olsun. Hem kendiniz hem de yakın çevrenizle ilgili bilgiler almak istiyorum. “ şeklinde başlanmıştır. Öncelikle rahatsızlığınız ne ile başlayıp, hastaların öyküleri anlattırılarak katılımcılar rahatlatılmıştır. Kronik hastalıklar, Bury (1991: 145) tarafından “biyografik aksama” olarak nitelendirilmektedir. Bu yüzden hastalık anlatıları hastaların sisteme dair düşüncelerini yansıtmak açısından önemli bir araçtır.

Bazı katılımcılar, araştırmacıyı tıp doktoru sanıp ona, şikayetleriyle ilgili sorular yöneltmeye başlamıştır. Bu soruların cevap alamayıp, görüşmecinin tıp doktoru olmadığını öğrendiğinde ise katılımcılarda gözle görülür bir hayal kırıklığı yaşanmıştır. Doktora ifadesi, çoğu zaman tıp doktorluğunu çağırıştırır. Araştırmacının kendini açıkça tanıtmayı özellikle hasta mahremiyetinin ihlal edilmemesi açısından da önem taşımaktadır.

Tarsus Devlet Hastanesi'nde bazı görüşmeler hekimin muayene odasının yanındaki efor cihazının bulunduğu odada yapılmıştır, doktor bizzat kendisi hastaları yönlendirmiştir. Hekim ve hasta uygun bulduğu takdirde araştırmacı bu odada muayeneyi de zaman zaman gözleme şansı bulmuştur. Muayene odasının koşulları oldukça yetersizdir. Kalabalık ve giren çıkanın belli olmadığı, kontrolü olmayan bir oda şeklinde nitelendirilebilir.

Mülakat formundaki soru sayısının fazla olması hastaları sıkabilmektedir. Zaten kaygılı olan hastalar soru formuna zaman zaman devam etmeyip yarıda bırakmışlardır. Yanıt verilmeyen soruların bazıları hastalar soruyu cevaplamayı tercih etmediği için bazıları, hastalar görüşmeyi yarıda kesmek istediklerinden, bazıları vakit darlığı nedeniyle araştırmacı tarafından boş bırakılarak diğer sorulardan devam edildiğinden cevaplanmamıştır. Mülakat formunda hekim yerine yaygın kullanımda doktor olduğu için bu kelime seçilmiştir.

Mersin'de araştırmanın yaz aylarında yapılmasından dolayı hava sıcaklığı hastaları olumsuz etkilemiştir. Hastanelerde düşük eğitim seviyesindeki gruplarla yapılacak araştırmalar için kısa, net, anlaşılır 3'lü Likert tipinde soruların daha uygun olduğu düşünülmektedir. En sağlıklı cevaplar ise mülakat sırasında değil derinlemesine mülakat sırasında alınmıştır.

BÖLÜM 2 BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmanın amaçları, mülakat tekniği ile elde edilen verinin SPSS paket programı kullanılarak elde edilen istatistiksel analiz sonuçları ve derinlemesine mülakatlarla sağlanan nitel veriyle, araştırmanın problemi ve ilgili literatür bağlamında tartışılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı sahanın ve katılımcıların genel özellikleri, sağlık sistemine güven ve güvenin hangi koşullarda oluştuğuna dair çeşitli bulgular amaçlar bölümünde yer alan sorular çerçevesinde şekillenmektedir.

2.1 Araştırmanın Genel Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların, % 55,6'sı Tarsus Devlet Hastanesi'nden, % 34,6'sı Mersin Devlet Hastanesi'nden, % 9,8'i ise Toros Devlet Hastanesi'nden hizmet almaktadırlar. Hastaların % 29,7'si tanı amaçlı hastaneye başvurduklarını belirtirken, % 70,3'ü tedavi amaçlı hastanede bulunduklarını belirtmişlerdir. Özellikle hastalık öyküsü bulunan hastalarla görüşme amaçlandığı için yüzdelerin bu şekilde dağılması beklenen bir sonuçtur.

Hastaların, % 71'i ayaktan, % 29'u ise yatarak hizmet almaktadırlar. Ayaktan hastaların yoğun olması, yatarak tedavi gören hastaların genel durumlarının iyi olmayışı ve bir kısmının koroner yoğun bakım ünitelerinde bulunmaları şeklinde açıklanabilir.

2.2 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 11: Katılımcıların Yaş ve Eğitimi (yıl olarak)

	Yaş	Eğitim
Cevap verenler	206	175
Yanıt yok	8	39
Ortalama	53,97	6,89
Ortalamanın standart hatası	,990	,334
Standart sapma	14,211	4,415
Minimum	17	0
Maksimum	88	15

Çalışma, kardiyoloji poliklinik ve servislerinde yapıldığından bu yaş ortalaması beklenen bir sonuçtur. Hastalarda uzun hastalık hikayesi arandığından bu seçim kriteri de yaş ortalamasını yükseltmiştir. Eğitim seviyesinin düşük olması da araştırmanın devlet hastanelerinde yapılmış olmasına bağlanabilir.

Hastaların eğitim durumunun ise ortalamada 6, 89 yıl olması ile düşük kabul edilebilir. Algılanan ekonomik durumla birlikte düşünüldüğünde ise düşük sosyo-ekonomik statüdeki homojen bir grup üzerinde çalışmanın yapıldığı sonucuna varmak mümkündür.

Tablo 12: Katılımcıların Algılanan Ekonomik Durumları

Algılanan Ekonomik Durum	Frekans	Yüzde
Düşük alt gelirli	82	40,0
Alt orta gelirli	107	52,2
Üst orta gelirli	14	6,8
Yüksek gelirli	2	1,0
Toplam	205	100,0
Bu soruya dokuz kişi yanıt vermemiştir.		

Bu çalışma, orta alt sınıf çalışması olarak nitelendirilebilir. Devlet hastanelerinden hizmeti bu grup almaktadır. Çalışmaya katılanların % 89,2'si evli olup, % 50, 7 si kadın, % 49,3'ü erkektir.

Katılımcıların % 3,2'si “Şu anda sağlık durumunuz nasıl” sorusuna “çok kötü”, % 29,1'i “iyi”, % 29,1'i “bilmiyorum”, % 35,4'ü “iyi, % 3,2'si ise “çok iyi” cevabını vermiştir. Hastanede bulunmalarına rağmen % 35 gibi bir yüzdenin iyiyim şeklinde cevap vermesi şükürcülük olarak nitelendirilebilir.

2.3 Sağlıkta Dönüşüm Üzerine Hasta Algısı

2002 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Tam Gün Yasası (Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun No. 5947 Kabul Tarihi: 21.1.2010) gibi köklü değişiklikler beraberinde hekimler için de belirsizliği ve öngörülemezliği getirmiştir. Mesleki konumlarının, ödemelerinin sürekli kaygan bir yapıda bulunması kuşkusuz onların mesleği nasıl icra ettiklerini de etkileyecektir.

Hastalarla kurdukları ilişkiler tartışılırken günlük bakılan hasta sayısının artmasıyla hekimlerin maruz kaldığı yöneticilerden ve geri ödeme mekanizmalarının yarattığı baskılardan kaynaklanan etkiler de göz önüne alınmalıdır Sağlık reformlarının uzun soluklu olabilmesinde güven çok önemli bir unsurdur. Öte yandan sağlık sosyolojisi reformun, yapılan değişikliklerin kimi nasıl etkilediğini analiz etmek için önemli araçlar sağlamaktadır ve bu yönden kritik bir öneme sahiptir. Hasta davranışı reformun etkilerini ölçmek için üzerinde durulması gereken önemli bir parametredir.

Hastaların bu dönüşüm konusundaki görüşleri “son on yılda sağlık sisteminin nasıl değiştiği” şeklinde sorulduğunda büyük çoğunluğun sağlık hizmetlerinde iyileşme olduğu görüşünü paylaştığı anlaşılmaktadır. Calnan ve Sanford (2004)'un Almanya, İngiltere ve Hollanda'da yaptıkları çalışmalarında ise aynı soruya verilen

cevap % 21 “ilerledi”, % 39 “hiç değişmedi” şeklindedir. Gelişmiş ülkelerde bulunulan nokta düşünüldüğünde beklentilerin de yüksek olmasıyla bu sonuçlar beklenen düzeydedir.

Tablo 13: Son 10 yılda Sağlık Sistemindeki Değişim Algısı

	Frekans	Yüzde
İyileşti	171	86,8
Hiç değişmedi	14	7,1
Geriledi	12	6,1
Toplam	197	100,0
Bu soruya 17 kişi yanıt vermemiştir.		

Son 10 yılda sağlık sistemindeki değişimlerden katılımcıların “iyileşti” yönündeki beyanlarının yüksekliği çarpıcı olmakla birlikte hastaların bir takım eleştirileri de söz konusudur.

“Doktorlar, muayenehanesine gitmezsen ilgilenmiyorlardı eskiden. Bundan 10 sene öncesinde böyleydi. Eskiden SSK doktorundan başkası havale edemezdi. Muayenehanesine gitmeden hududu geçemiyorduk.” (65, erkek, ortaokul terk, SGK)

Muayenehanelerin kapanması ve hastaneden aynı gün içerisinde hizmet alabilmek hastaları memnun etmektedir. Bunun yanı sıra SSK ve Emekli Sandığı birleşmesinin de olumlu bir şekilde hastalara yansıdığı görülmektedir.

Ancak muayenehanelerden alınan hizmetin kalitesinin hastanelerde bulunamadığı, hastanelere yeterince güven tesis edilemediği şeklinde yorumlanabilir.

“Muayenehanelerin kapandığı iyi olmadı, iyi muayene şansımız vardı, şimdi üstün körü muayene ediyorlar. Bütün partileri denedim, ortalık bu adama kaldı, kalsın

da terör var. Yeşil kart bizi çok rahatlattı. Şu anda 60-70 kişiyi muayene ediyor 2 dakikada güle güle...kimse kimseye güvenemez oldu her şey paraya döndü, sahtekar çoğaldı.” (69, erkek)

Yapılan reformların toplumdaki yansıması genel olarak olumlu kabul edilebilir. Ek ödeme sisteminin uygulamaya konulmasıyla hastanelerde tam zamanlı hizmet vermeye başlayan hekimlerden, bu şekilde alınan hizmette yoğunlukla olumlu karşılanmaktadır.

Taylor-Gooby (2006: 97-100)’ye göre güven seviyesindeki bir azalma reformların, halk tarafından kabul edilmesini ve hükümetlerin buna bağlı olarak alacakları bazı oyları tehdit edebilir. Güven, bir reform üzerinde harcama baskısı, artan talep ve belirsizlik koşullarında karmaşık yapılar arasındaki koordinasyonu sağlar. Rasyonel bir çerçeve içerisinde tasarlanmış reformlar güvenin kimi zaman irrasyonel olan doğasına zarar verebilir, bu da reformun sürdürülebilirliğini tartışmalı hale getirecektir. Birçok insan sağlık hizmetleri için oldukça önemli çıktıları olacak şekilde etkide bulunabilirler ancak uzman değildirler. İncelenen sağlık sisteminde güven çalışmalarının % 94,3’ü hekim-hasta ilişkisi ve bu çalışmaların % 70’i Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da yapılmıştır. Bu çalışmalardada, hastaların hekime duydukları güven yüksek ancak kamu güveni düşüktür. Güven, daha kaliteli hekim-hasta ilişkisi ve yüksek hasta memnuniyeti için önkoşul olarak bulunmuştur.

Tablo 14: Sağlık Hizmetiyle İlgili En Önemli Sorun

	Frekans	Yüzde
Bekleme süresi	63	32,6
Personelin tutumu	41	21,2
Türkiye'nin ekonomik durumu	35	18,1
Personel sayısının yetersizliği	17	8,8
Hijyen ve temizlik	17	8,8
Sağlık bakanlığı politikaları	9	4,7
Personelin bilgi ve becerisi	7	3,6
Danışmanlık ve karşılama yönlendirme	3	1,6
Teknoloji kullanımı	1	,5
Toplam	193	100,0
Bu soruya 21 kişi yanıt vermemiştir.		

Hastaların sağlık hizmetiyle en önemli sorun olarak algıladıkları konu bekleme süreleridir. Mülakat sonuçları nitel veriyle de desteklenmektedir.

“Hastanelerle ilgili bence en büyük sorun, çalıştığım için üç-dört saat beklemek çok zor oluyor. Yarım gün bir gün kaybım oluyor hastanede.”(1960, evli, SGK, lise mezunu, erkek)

“En büyük sıkıntı, doktorları çok uzun süre beklemek, sana sıra gelene kadar ruhun sıkılıyor”. (1969, evli, devlet memuru, lise, erkek)

“Hastanelerde gördüğüm en büyük problem sıra olması, sıkılıyor insan beklemekten.” (1992, SGK, ortaokul mezunu, erkek).

“Gördüğüm en önemli problem, sıra numarası alıp, ayakta beklemek, oturacak yer yok, havasız bir ortam. Bazen yarım

saat, bazen bir, bir buçuk saat beklediğim oluyor. “(1987, SGK, üniversite, kadın)

“Buradaki en büyük sorun sıra ve kalabalık, tanıdığa yapılan ayrıcalık. Herkes hasta önüne geçildiğinde insanın morali bozuluyor.”(39, erkek, ilkokul, evli)

“Yine çok kalabalık, sabahın köründen geliyorsun sıra bekliyorsun. Tanıdık olunca sıra beklemiyorsun ama böyle olmamalı. “(kadın, 44, evli)

Bu örneklerde de görüldüğü üzere beklemek hastalar üzerinde memnuniyetsizliği yaratan en önemli unsurdur. Ancak tanıdık olması, hastaların sahip olduğu sosyal sermaye bunun tek çözümü olarak görülmektedir. Burada tanıdıklar ifadesi “torpil” algısının bir göstergesi olarak algılanabilir. Herkesin eşit muamele görmemesi de hastalar üzerinde rahatsızlık yaratmaktadır.

Tablo 15: Sağlık Hizmetinden Memnuniyet

	Frekans	Yüzde
Evet çok	54	26,2
Oldukça	121	58,7
Hiç	31	15,1
Toplam	206	100,0
Bu soruya sekiz kişi yanıt vermemiştir.		

Thom ve Kravitz’in 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1352 hastayla telefonla üzerinden yaptıkları çalışmada sağlık hizmetlerinden memnuniyet 5 üzerinden 4,5; güven ise 100 üzerinden 87 çıkmıştır. Burada da görüldüğü üzere güven ve memnuniyetin paralel bir seyir izlediği söylenebilir.

Tablo 16: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (TÜİK, 2011)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Memnun	46,9	55,3	52,3	66,5	63,4	65,1	73,0
Orta	19,9	19,1	18,0	15,3	16,7	15,7	13,8
Memnun değil	33,2	25,6	29,7	18,3	19,9	19,3	13,1

Türkiye İstatistik Kurumu’nun Yaşam Memnuniyeti Araştırması (2011)’nda görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet yıllara göre artmıştır. Duydukları memnuniyete rağmen hastaların bazı şikayetleri devam etmektedir.

“Ama yer çok dar, hastaneler çok kalabalık, alternatiflerin artması iyi oldu.” (70, evli, ilkokul, erkek)

“Daha önce hastanede çözüm bulunamayınca muayene haneye gidiyorduk, şimdi istediğimiz özel hastaneye gidiyoruz.” (48, önlisans, kadın)

Hastaların, hizmet alabildikleri için memnun oldukları ancak derinlemesine sorulduğunda özellikle yoğunluktan şikayetçi oldukları görülmektedir. Nitel ve nicel verinin bu konuda birbirini desteklediği görülmektedir. Özellikle hastane birleşmeleri, hizmete erişimin farklı kaynaklardan yapılabiliyor olması sağlık hizmetlerinden memnuniyeti arttırmıştır.

“Özel hastanelere gidilebilmesi aslında iyi oldu ama anlayan doktorların olması iyi oldu. Gerçi nüfus da artıyor, nasıl yetecek hastaneler bilmiyorum. “(kadın, 44, evli, erkek)

Paerson ve Raeke (2001:512-513)’in belirttiği gibi hasta memnuniyeti de güveni etkileyen faktörlerden birisidir. Hekimin iletişim becerisi, tedaviye yönelik

tutumu, hastanın bilgisi, hekim hasta ilişkisi, hekimin danışmanlık işlevini yerine getirmesi, hastanın sağlık hizmetlerine finansal erişim gücü hasta ve hekim arasında oluşan güveni etkilemektedir. Güvenin inşası, sağlıkta işbirliğini teşvik etmektedir. Bu durumun en önemli üç çıktısı ise; hekimin verdiği tedaviye uyma (kendi beyanı), hasta memnuniyetinde artış, sağlık durumunda iyileşmedir.

Thom ve Campell, (1997:169-176)'a göre; ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çok üzerinde durulan verimlilik konusu, daha kısa muayene süreleri, ayakta ve yatan hizmetler arasında daha az devamlılık, hekime erişim konusunda sıkıntılara neden olabilmektedir. Güven, özellikle sürekli bakım gerektiren kronik hastalıklarda daha da önemli hale gelmiştir. Artan memnuniyet düzeyi hekim-hasta arasında oluşacak güveni de olumlu yönde etkileyerek katkı sağlayacaktır.

Tablo 17: Sağlık Sistemi ve Hekimler Hakkında Şikayet

	Sağlık sistemiyle ilgili şikâyetle bulunursam dikkate alırım.		Doktor bana zarar verdiği takdirde onu Allah'a havale ederim, kimi kime şikâyet edeceksin.	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	20	11,5	29	19,0
Katılmıyorum	45	25,9	39	25,5
Biraz katılıyorum	47	27,0	39	25,5
Katılıyorum	53	30,5	31	20,3
Tamamen katılıyorum	9	5,2	15	9,8
Toplam	174	100,0	153	100,0
Yanıt yok	40		61	

Tablo 17'de yer alan şikayet mekanizmalarına güveni sorgulayan her iki sorunun cevaplarının frekans değerlerine yer verilmiştir. Çapraz sorular olarak kabul edilebilecek bu sorulara neredeyse eşit cevaplar verildiği görülmektedir. Şikayette bulunursam dikkate alırım inancı sisteme duyulan güvenin bir göstergesi olarak

kabul edilebilir. Öte yandan kimi kime şikayet edeceksin görüşü ise kaderciliğe işaret etmektedir.

2.4 Özel Sağlık Hizmetleri

Turner (2007: 181)'a göre hastane, modern sağlık hizmetleri sistemleri içindeki merkezi önemde bir kurumdur. Ancak aynı zamanda tıp mesleğinin toplumsal gücünün bir simgesidir. Bu çalışma her ne kadar devlet hastanelerinde gerçekleştirilmiş olsa da hastaların özel hastanelere yönelik tutum ve davranışları da sorgulanmıştır.

Tablo 18: Özel Hastaneye Başvurma

	Frekans	Yüzde
Evet her zaman	13	6,3
Ara sıra	116	56,6
Hayır hiç bir zaman	76	37,1
Toplam	205	100,0
Bu soruya dokuz kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Hastalarının çoğunluğunun (% 62,9) daha önce özel sağlık hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 19: Özel hastanelerdeki Daha İyi Hizmet Verilmesi Algısı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	5	2,6
Katılmıyorum	24	12,7
Biraz katılıyorum	61	32,3
Katılıyorum	48	25,4
Tamamen katılıyorum	51	27,0
Toplam	189	100,0
Bu soruya 25 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 19'a göre özel hastanelerin daha iyi hizmet verdikleri görüşüne katılanların oranı % 84,7'dir.

“Sıra beklemesi çok zor geliyor. Maddi durumum iyi olsa özele giderim.” (1950, boşanmış, Bağkur’lu, kadın)

“Özel hastaneye param oldukça gidiyorum.”(71 yaşında, Bağkur’lu, evli, 4 çocuklu, ilkokul mezunu, erkek)

“Doktor seçimiyle ilgili alternatifler arttı, daha iyi oldu. Beğendiğim yere gitme şansım var. Özellikle özel hastanelere gidebiliyor olmaktan çok mutluyum.”(72 yaşında, evli, erkek, SGKlı, ilkokul mezunu)

“Özel hastaneler kesinlikle daha iyi. Senin tabanına kadar iniyor, her şeyini inceliyor. İnsana değer veriyorlar. Ama özelin de sorunu %70 fark alıyorlar o da pahalıya geliyor. “(69, evli, SGK, ilkokul mezunu, erkek)

Finansal olarak karşılayabildikleri sürece hastaların özel hastaneleri tercih ettikleri ve oradan aldıkları hizmetten memnun oldukları görülmektedir. Bu tercihin en önemli sebebi olarak da sıra beklemeden muayene olabilmektir.

“Güven deyince, karşılıklı anlaşma, birbiriyle anlaşma anlarım. Güvenmediğim doktora gitmem. Devlet hastanesinde doktorlar genelde ilgileniyor. Özelde maddi yönden para verdiği için üzerinde fazla duruyor, ama orada da tahlil tahlil... Devlette rahatsızlığın neyse onu

inceliyor. Ben de devletçi olduğumdan özele gitmiyorum. “(1960, evli, SGK, lise mezunu, erkek)

“Bence özelle devletin muamelesi farklı değil, oradaki fark sadece randevuyla gitmek, beklemiyorsun.” (52, SGK, okuryazar, kadın)

Özel hastanelerde hastalarla daha fazla ilgilenildiği ancak bunun masum görülmediği çıkar uğruna bu ilginin gösterildiği belirtilmektedir.

“Özel hastaneler daha tecrübeli çünkü genelde yıllarca devlette çalıştıktan sonra özel hastaneye geçiyorlar. Ama hangi hastaneye gittiğin sonuçta maddiyata bakıyor. “(57, evli, SGK, ortaokul mezunu, erkek)

“Gidilecek hastanelerin artması, özel hastanelerin artması iyi oldu, buradaki yığılma azaldı, ben de bazen tercih ediyorum. Özel hastanelerin tek farkı daha sakin olması, hastaya biraz daha özen gösteriliyor.” (1987, SGK, üniversite, kadın)

“Özel hastanede ücretsiz gidebilmek çok iyi. Devlettekiler, yan gelip yatıyor, çünkü onları işten atamıyorlar. Beni önemsemeyen beni nasıl tedavi edebilir?”(52, SGK, okuryazar, kadın)

“Ben bugün 3 aydır burada yatıyorum. Buradan rahat ettim, çıktım ve oradan Adana’daki yeni bir hastaneye gittim, her doktorun çalışması başka. Burada kolektif bir çalışma yok ama Adana’da var. Özel hastanelerde böyle çalışıyorlar. Buradan randevu aldık, profesöre gittik,

muayene parasını verdik, beni acile yatırdı. İyi olacağım diye düşünme ama rahatlatıcı şeyler yapabiliriz dedi. Ayağımda sivilceler vardı onun için hemen bir doktor çağırdı. Cilt doktoruymuş o. Başka bütün şikayetlerim için tek tek doktorlar geldi ve hepsi için bir şey yaptılar (hasta uzun uzun tüm yapılan işlemleri anlatmıştır). Bu işlemlerden sonra beni yukarı almak istediler ama günlük 350 lira yatak parası. Sayın doktorum dedim ben emekli işçiyim maaşımla 2-3 gün yatabilirim, ondan sonra çıkaracak olursanız gazeteciler, televizyoncular gelir, rehin kalmak istemiyorum dedim.” (69, evli, SGK, erkek, ilkokul, yatan hasta)

Özel hastanelerden, özellikle hasta yoğunluğunun az olmasına ve randevulu çalışmaya bağlı olarak, bakımın kalitesinden memnuniyet duyulmakta ve buna paralel olarak o hastanelere güven duyulmaktadır. Daha tecrübeli hekimlerin özel hastanede yer aldığı algısı mevcut olup, özel hastaneleri seçebiliyor olmak bile hastaların duyduğu memnuniyeti arttırmaktadır. İş güvencesinin hekimin verdiği hizmet kalitesini düşürdüğü gibi bir algı da mevcuttur. Ancak hekime güven konusunda büyük fark yoktur çünkü hastalar her yerde hekime güvenmektedirler, güven organizasyonel düzeyde farklılaşmamaktadır.

2.5 Hekime Duyulan Güven

Tablo 20: İnsanlara Genel Güven

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	11	6,7
Katılmıyorum	27	16,4
Biraz katılıyorum	70	42,4
Katılıyorum	49	29,7
Tamamen katılıyorum	8	4,8
Toplam	165	100,0
Bu soruya 49 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Her ne kadar katılma derecesi % 76,9 olsa da genelde bu soruya cevap verenler güvenip güvenmeme arasında olduklarını ifade etmişlerdir. Bu koşullar altında araştırmanın ana problemi olan hekime duyulan güven konusu tartışılmıştır.

Stepanikova ve Cook (2006: 400)’a göre güven, sosyal ilişkilerin bir ögesidir. Olumlu sosyal çıktıları olabilir. Güven, bir tarafın daha kırılgan olduğu ve diğerinin ona zarar verme riski olan durumlarda oldukça önemlidir. Bu risk verdiği sözü yerine getirmemekten ya da becerisine güvenilen hekimin hastanın çıkarına hareket etmeyişinden kaynaklanabilir. Bu ilişkide en çok belirleyici olan “kişiler arası güven”dir. Bu ilişki biçimi bir tarafı güvenilir addetmekle kurulur. Güven, bir tarafın diğer tarafın çıkarını kapsadığı hallerde mevcuttur. Karşılıklı değer atfedilen ilişkilerde güven kurmak daha kolaydır. Güven, sadece bireyler arasında kurulmaz, sosyal ilişkilere, ağılara, bireylerin gömülü olduğu sosyal yapılara da güven duyulur. Hekim hasta arasındaki ilişkideki güven tartışılırken iki tarafın eşit olmadığı, hekimin daha güçlü olduğu unutulmamalıdır. Bu ilişkide güveni analiz etmek için sağlık hizmetlerindeki etkileşimleri incelemek gerekmektedir. Genel güven ise diğer insanlara güvenmekle ilgilidir.

Kuhlmann (2006:607-620)'a göre sağlık sisteminde hekimler, güvenin en önemli kaynağıdır çünkü hekimler tarafından verilen bilgi en değerli bilgidir. Hastalar kendilerini en doğru hekimi seçebilecek yetenekte görmektedirler. Bu özgüvendeki artış ulaşabildikleri farklı bilgi kaynaklarının sayısında artmış olmasına bağlanabilir. Hastalar tek bir hekimin her şeyi bilmesini beklememektedirler. Kendileri de sorumluluk duymaktadırlar ve bununla birlikte farklı kaynaklardan bilgi toplamaktadırlar. Hastalar bilgi toplayıp sonrasında hekimin kalitesine karar vermektedirler. Uzman olmayan kişiler artık koşulsuz olarak sembolik statülere itibar etmemekte güven için kanıt aramaktadırlar. Bu sembolik kalıplar yavaş yavaş sadece paternalistik profesyonellerle temsil edilmemekte fakat objektif bilgiyle tarafsız olarak toplanan veriyle yapılmaktadır. Profesyonelliğin sembolleri değişmektedir.

Tablo 21: Hekimlerin Tedavi İçin Gerekenleri Yaptığı Algısı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	2	1,0
Katılmıyorum	7	3,6
Biraz katılıyorum	65	33,2
Katılıyorum	92	46,9
Tamamen katılıyorum	30	15,3
Toplam	196	100,0
Bu soruya 18 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 21’de nerdeyse katılımcıların % 50’den fazlasının hekimlere duyduğu güveni yansıtan bir cevap olarak hekimlerin tedavi için gereken her şeyi yaptıklarını düşünmektedirler. Kırılganlık mevcut olsa da araştırmanın gerçekleştiği örneklem için hekimlere duyulan güven seviyesi oldukça yüksek bulunmuştur. Burada

hekimlerin meslekleri için gerekeni yapacağına dair güvenin bulunduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 22: Hekimlerin Doğru Karar Verdikleri Algısı

	Frekans	Yüzde
Katılmıyorum	8	4,5
Biraz katılıyorum	62	34,8
Katılıyorum	79	44,4
Tamamen katılıyorum	29	16,3
Toplam	178	100,0
Bu soruya 36 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 22’de hekimlerin mesleklerini icra etmelerine yönelik “doktorlar benim için en doğru kararı verir” önermesine katılma derecesi % 95,5’tir. Karar verme konusunda bazı şüpheler de mevcuttur. Bu oran düşük de olsa endişelerin var olması çarpıcıdır. Ancak reçete konusunda oranların Tablo 23’de daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 23: Hekimlerin Yanlış Reçete Yazmayacağı Algısı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	5	2,7
Katılmıyorum	42	22,6
Biraz katılıyorum	54	29,0
Katılıyorum	63	33,9
Tamamen katılıyorum	22	11,8
Toplam	186	100,0
Bu soruya 28 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 23’te görüldüğü üzere hekimlerin yanlış reçete yazmadıkları yönündeki önermeye katılmama oranının % 25,3 olması düşük değildir. Reçetelerin yanlış olabileceğine dair bir şüphe bulunmaktadır. Hekimin verdiği tedaviye yönelik güvenin çok da yüksek olmadığı söylenebilir.

“Doktorum şimdi çok güzel ilaçlar veriyor. Doktorun benimle güzel konuşması önemli, nasıl konuştuğunu ben çok önemsiyorum. Ondan duyduğum birkaç iyi kelime bana çok iyi geliyor. Tamam, çık dışarı diyen doktor beni rahatsız ediyor Hasta da etmesin ama Allah doktorun yokluğunu da vermesin.” (71 yaşında, Bağkur’lu, evli, 4 çocuklu, ilkokul mezunu, erkek)

Shenolika vd. (2004)’nin Amerika Birleşik Devletleri’nde ulusal düzeyde 2637 kişiyle telefon üzerinden yapılan çalışmalarında hastalar tarafından yan etkisi olabileceği düşünülen ilaçların hekimler tarafından yazılmasının sağlık hizmetlerine duyulan güveni azalttığı yönünde bir sonuca varılmıştır. Burada da yazılan reçetelerin hem tedaviye devam konusunda hem de hekimlere duyulan güven konusunda belirleyici parametrelerden birisi olduğu sonucuna varılabilir.

Tablo 24: Hekimlerin Mesleklerinin Erbabı Olduğu Yönündeki Algı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	1	0,5
Katılmıyorum	9	4,6
Biraz katılıyorum	55	27,9
Katılıyorum	108	54,8
Tamamen katılıyorum	24	12,2
Toplam	197	100,0
Bu soruya 17 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 24’e göre meslek olarak hekimlik saygınlığını halen korumaktadır (katılma derecesi; % 94,9). Her ne kadar hekimlerin mesleklerini icrasından şüphe duyulsa da genel olarak mesleğe duyulan güven sürmektedir.

“Doktor da hastanın çok iyi bir diyalog kurması gerekir, fikir alışveriş yapmalarında fayda var. Gittiğin vakit doktor güler yüzlü olsa seni de iyi karşılasa daha güzel olur. Hemşire asık suratlı olsa derdini de söylemeye çekinirsin. Açık yürekli olursa doktora her şeyini söylersin. Güvenmek, doktora inanmaktır. Ben güler yüzlü doktorlara, hoş karşılayan, sempatik olan doktora güvenirim. Moral açısından da iyi oluyor. Başkent’e bir profesöre gittim, beni çok güler yüzlü karşıladı, hatta gel güreşelim, maşallah çok iyisin dedi. Kaç yaşındasın diye sordu, ben gurur duydum.” (75, SGK, ilkokul mezunu, erkek)

Ancak nitel veride teknik yeterlilikten çok iletişim becerileri ön plana çıkmaktadır.

“Doktorun iyi bir şekilde muayene etmesi, tahlillerden sonra verdiği ilaçların yararlı olması, daha sevecen olması iyi olur. Kalbimde stent var, damar sertliği var, bunlar için ilaç kullanıyorum. Ben sevdiğim doktora giderim, o bana daha iyi gelir.”(69, evli, SGK, ilkokul mezunu, erkek)

Her ne kadar güven seçimler, risk ve olasılıklar var olduğu takdirde gündeme gelen bir konu olarak da kabul edilse de hasta bu seçim şanslarını fark edemediği sürece güven duyacak, bu emin olma kadar kayıtsız şartsız olmayacak ancak kendini güven duymaya mecbur hissedecektir. Bu koşullarda “zorunlu/mecburi güven” durumu ortaya çıkacaktır. Bu durum hastalar tarafından daha çok “güvenmeyip de ne yapayım” şeklinde ifade edilmektedir.

Tablo 25: Hekim Değiştirme ve Güven İlişkisi

	Doktorlar mesleklerinin erbabıdır.					Toplam
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	
Evet hastane içi	0	3	12	17	4	36
Evet hastane dışı	0	1	5	20	1	27
Evet her ikisi de	0	2	9	13	3	27
Hayır	1	1	19	46	15	82
Toplam	1	7	45	96	23	172

Hayır diyerek doktorunu değiştirmeyenlerin hekimlere daha çok güvendiği sonucuna varılabilir. Uzun süreli aynı hekimden hizmet almak güvenmenin bir işaretidir sonucuna varılabilir.

2.6 Güvensizlik

Abelson (2009)'a göre güvensizlik sağlıklı şüpheliktir.

Tablo 26: Hekimlerin Elinden Geleni Yaptığı Algısı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	16	9,8
Katılmıyorum	55	33,5
Biraz katılıyorum	57	34,8
Katılıyorum	30	18,3
Tamamen katılıyorum	6	3,7
Toplam	164	100,0
Bu soruya 50 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 26'ya göre nerdeyse katılımcıların yaklaşık % 50'sinin hekimlere yönelik bir takım şüphelerinin olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetleri açısından sağlık çalışanlarının, sağlık kurumlarının güvenilirliği önem taşımaktadır (Meyer, 2008: 3) Sağlık sistemi temsilcileri (örn sağlık profesyonelleri) hastaları kişisel bilgilerini paylaşmaya (semtomların detayları dahil), test yaptırmaya, bazı zehirli kimyasalları vücuduna almaya ikna etmelidirler. Hastaların bu prosedürleri kabul etmeleri için çalışanlara ve sisteme duydukları güven büyük rol oynamaktadır aksi halde bakım sağlanamaz ve hastalar sağlık sisteminden faydalanamazlar (Meyer, 2008: 5). Artan güvensizlik düzeyi hakkında Luhmann (1979: 16) ise, güvene olan ihtiyacın gelecekteki teknolojinin üreteceği karmaşıklıklar karşısında artacağını vurgulamaktadır. Bunun yanı sıra toplum çoğunlukla çelişen, değişen sağlık mesajları bombardımanına tutulmaktadır. Bunun sonucunda insanlar sağlık profesyonellerinin bilgilerinin geçerliliğini ve sistemin tıp uygulamalarının güvenilirliğini sorgular hale gelmişlerdir. Azalan güvenin ilk nedeni olarak tüm sistemleri olduğu gibi sağlık sistemini de etkileyen tüketim toplumu gösterilebilir. Sağlık sistemi içerisinde de sağlık tüketiminin artması “shopping around” (hiçbirşeyi yokken hastaneye gitme) olarak kendini göstermektedir. Bir diğer neden ise finansal çıkarlar ve klinik arasında kalan hekimlerdir (Calnan ve Rowe, 2005: 15). Bu şekilde sağlık sistemine (ya da herhangi bir sosyal sisteme) güven, doğal karşılanan, zaten var olan bir konu olarak ele alınamaz, üzerine çalışılması gerekir ve yapılan mutabakatların sonunda elde edilen bir olgu olarak görülmelidir (Meyer, 2008: 7).

“Doktorlara artık güvenmiyorum. Ben ağır bir kalp ameliyatıyla ödedim bunun faturasını. Ankara’da bana bir doktor ayarlandı ama sevk zinciri beni zorladı. Doktor beni sürekli özel hastaneye yönlendirdi. Ameliyattan sonra yaşam cihazına bağlandım, akabinde pnömöni gelişti, paket anlaşma sekiz günlük olduğu için

beni 39 derece ateşle taburcu ettiler. Burada hemşire olduğum için doktorlar bana yardımcı oldu ama altı ay tedavi oldum. Ameliyat sonrası çok sıkıntı çektim. Ben sağlıkçı olmasaydım şu anda yaşamıyor olabilirdim.”
(35, kadın, hemşire, SGK, önlisans)

Burada hasta sağlık personeli olmasına rağmen katılımcı sürecin dışında kaldığını, verdiği kararlar üzerinde çeşitli baskılar olduğundan bahsetmektedir. Özellikle asimetrik bilgi azaldıkça güvenin erozyona uğramaya daha açık hale geldiği görülmektedir.

Tablo 27: Mahremiyet Konusunda Endişe

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	35	19,2
Katılmıyorum	73	40,1
Biraz katılıyorum	50	27,5
Katılıyorum	20	11,0
Tamamen katılıyorum	4	2,2
Toplam	182	100,0
Bu soruya 32 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 27’ye göre katılımcılar arasında mahremiyet ihlali konusunda bir endişe bulunmadığı görülmektedir (% 59,3). Hekimlerin gizliliğe önem verdiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Mahremiyete verilen önem de güvenin göstergelerinden birisi olarak kabul edilmektedir.

Tablo 28: Hekimlerin Bilmedikleri Halde Biliyormuş Gibi Davranması Algısı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	25	13,4
Katılmıyorum	78	41,7
Biraz katılıyorum	45	24,1
Katılıyorum	37	19,8
Tamamen katılıyorum	2	1,1
Toplam	187	100,0
Bu soruya 27 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Neredeyse katılımcıların yarısı hekimlerin bilmedikleri, halde biliyormuş gibi davrandığını belirtmiştir. Bu durum güvensizliğin baş gösterdiğini buna yönelik önlemler alınması gerektiğine işaret etmektedir. Sağlık sisteminin ürettiği bilgi üzerine güvenin yarattığı fayda ve maliyet düşünülmelidir. Kişiler arası güven: yüz yüze ilişkilerde aranmalıdır. Sisteme olan güven; kurumsal güven, soyut sistemlere duyulan güvendir. Burada hekimlerin sergiledikleri performansta vitrinde çok da inandırıcı olmadıkları görülmektedir (Goffman, 2009).

Sağlık sisteminde sağlık profesyonellerine duyulan güven, diğer bir ifade ile yüz yüze kurulan güvenin uzun süreli ilişkilerde artışı belirtilmektedir. Güven, inşa edilir, sürdürülür ve yok edilir. Sisteme duyulan güven, sağlık profesyonellerini hastaların lehine/çıkarına davranacağına olan inançtır. Giddens (1990)'ın da belirttiği gibi kişi her ne kadar elinden geleni yapsa da sisteme duyulan güvensizliği azaltmayabilir çünkü bu başka sistemlere duyulan güvensizlikten de kaynaklanabilir. Ameliyat işlemi hekimle hastanın bir karşılaşma noktasıdır ama oradaki cerrah sistemin temsilcisi olarak algılanır, her ne kadar sistem soyut olsa da güven inşası o kişiye bağlı gelişebilir.

Tablo 28’de neredeyse % 50’ye yakın bir grubun hekimlerin sahne önünde farklı davrandığı, aslında bilmedikleri konularda hastaya karşı dürüst olmadıkları sonuca varılabilir.

Tablo 29: Sağlığa İlişkin Hatalar Yapıldığı Algısı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	17	10,8
Katılmıyorum	41	25,9
Biraz katılıyorum	41	25,9
Katılıyorum	43	27,2
Tamamen katılıyorum	16	10,1
Toplam	158	100,0
Bu soruya 56 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Tablo 29’da yine hastaların çoğunluğu sağlık personelinin dürüstlüğü konusundaki çekincelerini belirtmişlerdir. % 63,2 katılma derecesi yüksek bulunmuştur.

Kişilerin özel kırılganlık durumu olarak hastalık ele alındığında tıpta güven ilişkisi olmazsa olmaz bir gereklilik olarak düşünülmektedir. Hekimlere sağlığı her şeyin önünde ve önceliğinde tuttukları için güvenilir. Bugün hekim hasta ilişkisi güven ilişkisinden bir tür tedbir ilişkisine dönüşmektedir. Nitekim Clark (2002:12-13)’a göre de tüm bunlara örnek olarak mal practice (tıbbi hata) krizi, tedaviyi çevreleyen yasalarla kuşatılmış süreç, tıbbın ticarileşmesi, tedaviden önce öde politikaları, tedavinin insanlıktan uzaklaşması verilebilir. Hekim hasta ilişkisi; aciliyet, mahremiyet, kaçınılmazlık, tahmin edilemezlik, sıra dışı bir kırılganlık barındırır ve bu ilişki içerisinde kesinlikle güvene ihtiyaç vardır.

2.7 Hekime Güven ve Medya

Bugün çeşitli iletişim araçları yoluyla yeniden üretilen bir tıp olduğunu söylemek mümkündür. Çeşitli tıp dramaları (ER, House, MD. Gibi), sağlık programları, çok kanallı, çok platformlu bir alanda sağlığa ve hastalığa dair konuları tartışmaktadırlar.

Tablo 30: Güven ve Medya İlişkisi

		1	2
Sağlık sistemi konusunda medya beni olumsuz etkiliyor (1).	Pearson Korelasyonu		-,201*
	p		,011
	N		160
Doktorlar bana karşı her konuda dürüsttür (2).	Pearson Korelasyonu	-,201*	
	p	,011	
	N	160	
*p<0.05			

Tablo 30’da yer alan iki önermenin birbirleriyle 0, 05 anlamlılık düzeyinde negatif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Buradan hekimlerin dürüstlüğü konusunda hastaların medyadan olumsuz etkilendiği sonucuna varılabilir. Hastaların birçoğu “Doktorum” programını izliyorum diyerek bu sorunun cevabını vermeye başlamışlardır. Tedavi süreçlerine yönelik de bilgiler veren bu program adeta genel reçeteler vererek karmaşıklığa bir zemin hazırlamaktadır. Bu program magazinsel tıp olarak nitelendirilebilir. Bu şekilde yayın yapan programlar, sağlık sistemi hakkında bilgilendirmemekte, sağlık politikalarına ilişkin bir katılmaya davet etmemektedir (Penitch ve Leys, 2010: 235). Bu kadar geniş bir grubun bu yollarla bilgi edindiği düşünüldüğünde ekran başındaki kitleyi etkilemek daha da önem kazanmaktadır.

“Ben kalp hastasıyım. Damar yapımda bozukluk varmış. Başkent Üniversitesi’nde stent takıldı. Ama teyit etmek için bir de İstanbul’a gittim. Söyledikleri abartılı geldi, çok rölantide bir hayat tavsiye ettiler. Medyadan takip ettiğim bir hocaya gittim.” (42, evli, SGK, ilkokul mezunu, erkek)

Mechanic (1996:171-189)’e göre sağlığa ilişkin yapılan seçimlerde bilgi kaynağı olarak yazılı ve görsel medyanın etkisi kaçınılmazdır. Güven, sağlık sisteminin en değerli varlıklarından birisidir. Televizyonun etkisi, toplumun bölmelenmişliği, bilginin yayılımı, kamu güveninin siyasi olarak zedelenmesi ve ekonominin yeniden yapılanma sürecinde olması, güveni azaltmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık işletmelerinin de kendi içlerinde bir dönüşüm geçirmesi, kar amaçlı işletmeler haline gelmesi sağlığı piyasalaştırmakta, hastaları da birer müşteriye dönüştürmektedir. Yeni teşvik modelleri hekimlerin çalışma biçimlerini etkilemektedir. Hastalar artık daha eğitilidirler. Medya da sürekli yeni tedaviler, hekim ve hastalarla ilgili haber yapmaktadır. Hastalar kendilerine yapılan testler ve uygulanan tedaviler konusunda finansal çıkarlar güdüldüğünün farkındadırlar. Artık hastalar şüpheli tüketiciler haline gelmişlerdir. Güven, dinamik, kırılgan bir durumdur. Sağlık sektöründe yaşanan olumsuz olaylar daha çok görünmektedir. İnşa edilen güvende önceki tecrübeler, aile ve arkadaşların yaşadıkları deneyimlerin mutlaka etkisi olmaktadır. Sağlık sistemine hastanın bakışı daha önceki deneyimleriyle şekillenmektedir. Genellikle kuruma karşı güvende de bireyler üzerinden şekillenir. Güven olmadan, “güvenmeden yaşamak” mümkün değildir. Güven karmaşıklığı azaltır ve sonsuz sayıdaki belirsizlik hakkında plan yapılmasına olanak tanır. Sözleşmeler, kanunlar, düzenlemeler güven ikameleridir. Güvenin artması maliyetli düzenlemelerin gereksinimini ortadan kaldırır. Hekimler, özellikle

kronik hastalarla güçlü bağlar kurarak belirsizlik altında işbirliği sağlamaya çalışmaktadırlar.

2.8 Belirsizlik ve Güven

“Hastalığımla ilgili gerekli tetkikleri yaptırırsa, candan davranırsa, zaman ayırırsa ona güvenirim. Doktor çelişkili konuştuğunda kafam karışıyor.” (48, ön lisans, kadın)

Hekimin çelişkili konuşması, hastaya tutarsız bilgi verilmesi belirsizliği yaratarak karmaşıklığa sebep olmaktadır.

“Acaba öyle mi yapsak öyle mi yapsak, pili çeksem kalbiniz yırtılır mı yırtılmaz mı diye konuştuğunda kafam karışıyor. Nasıl olacak deyince, o gün gelsin bakalım deyince, belirsizlik çok fena.”(35, evli, kadın, SGK, ön lisans)

Burada yaşanan karmaşıklığın ve belirsizliğin güven oluşumuna etkisi net bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra hekimlerin de hissettikleri örneğin sistemin sürdürülebilirliğine yönelik belirsizlikler de mevcuttur.

2.9 Karmaşıklık ve Güven

Güvenin klinik sonuçlarının hastanın tedavisini etkilediği düşünülmektedir. Modern teknolojinin, hizmet alınan yerin organizasyonel yapısının, güveni nasıl etkilediği önemlidir. Klinisyenler, hastalar için belirsizlikleri paranteze alarak tıbbi evrenin karmaşıklığını ve bilinmezliğini azaltırlar. Bu süreçte güven önemli bir rol oynamaktadır (Beard, 2007: 11-30).

“Bir ailenin içinde arsız olan bir evlat oluyor. Seçemiyorsun. Tipine bakıp sana öyle davranan doktorlar var. Genç olursan, yağcı olursan, para yedirirsen, düzgün konuşursan iyi davranıyor. Yaşlılara hürmet eden kalmadı. Doktorun iyisi de var, kötüsü de var. “(69, evli, SGK, erkek, ilkokul, yatan hasta)

Burada hasta özellikle hekim seçmekte zorlandığını, arada beklenmedik durumların gerçekleştiğini belirtmektedir. Özellikle yaşlı ayrımcılığından yana şikayetçi olduğunun da altını çizmektedir.

“Ben üniversite öğrencisiyken bana kalple ilgili teşhis konuldu. O yıllarda kafam çok karışık. Bu bende hastalığıma inançsızlık doğurdu, hastalığımın peşine düşmedim. Kontrol falan yaptırmadım, ta ki hamileliğime kadar. Hamilelikte çok büyük bir sorun olarak karşıma çıktı. Bu defa da ben suçlandım, sen resmen intihar etmişsin dediler. Burada suçlu ben miyim? Bana yıllarca psikolojik dediler.” (35, kadın, hemşire, SGK, önlisans)

Tablo 31: Hastalık seyri hakkında kafa karışıklığı

	Frekans	Yüzde
Hiç katılmıyorum	4	2,5
Katılmıyorum	34	21,5
Biraz katılıyorum	67	42,4
Katılıyorum	49	31,0
Tamamen katılıyorum	4	2,5
Toplam	158	100,0
Bu soruya 56 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Bu karmaşıklık, hastalık öyküsüne göre farklılaşmaktadır. Eğer komplikasyonu çok ağır bir vaka ise bu uzun soluklu hastalıkta elbette karmaşıklık kaçınılmazdır. Bu oranın bu denli yüksek olması (% 75,9) heterojen hastalık öykülerine sahip hastalarla görüşülmeye bağlı olabilir.

2.10 Hastaların Nasıl Bir Doktor Görmek İstedikleri

Bu çalışmada hekimin daha etkin rol oynamasının tercih edildiği görülmektedir.

Tablo 32: Tedavi Konusunda Karar Verme

	Frekans	Yüzde
Son kararı siz verirsiniz	25	12,3
Beraber karar verirsiniz	63	31,0
Doktor kararı verir	115	56,7
Toplam	203	100,0
Bu soruya 11 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Son sözün halen büyük oranda hekime verildiği görülmektedir. Hekim hasta ilişkisi farklı modeller çerçevesinde şekillenebilmektedir. Bunlar hekimin otoriter bir rol üstlendiği paternalistik model, hekimin alternatifleri sunup kararların çoğunu hastaya bıraktığı danışman model ve hasta ve hekimin bir ekip şeklinde ortak karar verdikleri katılımcı modellerdir (Erdemir, 2001). Bütün bu modellerin hangisi içinde olursa olsun hekim tarafından verilen tedavinin uygulanmasında ve iyileşmenin sağlanmasında güven etkili bir rol oynamaktadır (Hall ve Dugan, 2001). Güven duygusu, kişinin profesyonel bireyin verdiği kararın doğru olup olmadığını, yetkin

davranıp davranmadığını bilmediği durumlarda bile onunla işbirliği yapmasını sağlamaktadır (Luzio, 2006: 549).

Doktor seçerken hastaya ilgisine göre karar veriyorum. Hasta yakınına bilgi akışı çok önemli. Ne olup bittiğini anlatmayan doktora güvenmiyorum. Şu anki doktor sık sık geliyor, konuşurken yüzüme bakıyor, bu benim için çok önemli. Televizyondan duyduklarım, gördüklerim de beni etkiliyor, belki korkularım yersiz ama endişeleniyorum. İzlediğim her şey beni etkiliyor. Yoğun bakımda hastanın yanına hasta yakınının girememesi beni çok tedirgin etti. Doktor bana ne yapıp ne yapmayacağım hakkında bilgi veriyor bu beni çok rahatlatıyor. (68, kadın, yatan hasta, SGK, ilkokul)

Hastaya özne olarak yönelme ve bilgi aktarmasının hasta tarafından ne denli önemsendiği görülmektedir.

“Sorumluluğunu bilen insanlar olduğu sürece tıbbaya güveniyorum. Doktorun nasıl yaklaştığı insana az çok bir ipucu verir. En çok Tarsus'ta ilk hasta olduğumu söyleyen doktora güveniyorum, benim olayımı ortaya çıkaran doktordur. Tedavim devam ediyor, doktor da görüyor. Ben her zaman devlet hastanesini tercih ederim, özel hastanede işletme mantığı var. Hiçbir devlet hastanesinde hastanın durumu stabil olmadan hiçbir doktor hastasını taburcu etmez. Hastanelerdeki en önemli sorun hastalık öyküsünün çok iyi dinlenilmemesi. Ben bundan muzdarip oldum, çok gençtim, kimse beni tam olarak dinlemedi. En baştan düzenli bir tedaviyle ben bu yaşta ameliyat olmak zorunda kalmayacaktım. “ (35, kadın, hemşire, SGK, önlisans)

Seçimler ve geçmiş tecrübelerin hastanın bugünkü algısı için ne kadar önemli olduğu görölmektedir. Bulgular, Davis ve Rundall'ın (2000:609-624) hastalar, pasif ödeyicilerden agresif tüketicilere dönüştüklerini gösteren çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Güven oluşmasında en önemli etken seçimdir. Seçim olmadan güven duyma bir bağımlılık değeridir. Güven, ilişkilerin daha iyi işlemlerini sağlayan yağ, birbirine bağlayan bir yapıştırıcı, yaratıcılığı, yeniliği arttıran bir unsur olarak görölmelidir.

2.11 Sağlık Sistemindeki Siyasi Karar Vericilere Duyulan Güven

Tablo 33: Başbakan ve Sağlık Bakanına Duyulan Güven

	Başbakan		Sağlık Bakanı	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Çok	47	28,1	37	23,9
Orta	65	38,9	70	45,2
Az	55	32,9	48	31,0
Toplam	167	100,0	155	100,0
Yanıt yok	47		59	

Katılımcılara göre, Başbakan'a nazaran Sağlık Bakanı daha güvenilir bulunmaktadır. Bunun nedeni, Başbakan'ın yapılan reformlardan daha çok polemiklerle gündeme gelmesine bağlanabilir. Burada Sağlık Bakanı'nın sahip olduğu teknik gücün daha yüksek olması ve kendinin de hekim olmasının buna katkıda bulunduğu düşünölmektedir.

Tablo 34: Hangisine en çok güvenirsin?

	Frekans	Yüzde
Doktorlara	64	74,4
Bilim insanlarına	13	15,1
Sağlık bakanı	4	4,7
Hemşireler	2	2,3
Başbakan	1	1,2
Uluslararası kuruluşlar	1	1,2
Geleneksel şifacılar	1	1,2
Toplam	86	100,0
Bu soruya 128 kişi tarafından yanıt verilmemiştir.		

Ancak siyasetçilere nazaran hekimlere duyulan güvenin daha yüksek olduğu görülmektedir (% 74,4). Bu soruya 128 kişi tarafından yanıt verilmemesinin nedenleri arasında sorunun mülakata formunda hastaların yoruldukları bir noktada yer alması, içerisinde siyasi aktörlerin yer alması, sayılan isimlerden bazılarının hastalara bir anlam ifade etmemesi olarak sayılabilir.

Sağlık kurumlarında duyulan güvenin tehdit altında olduğu iddiası sağlık hizmetlerinde güven konusunu siyasetin gündeminde üst sıralara taşımıştır. Bu durum “güven erozyonu” olarak adlandırılmaktadır. Öte yandan konu; sağlık sisteminin finansmanı, bütçelerin üzerindeki yükler, yaşlanan nüfus ile artan talep, teknolojinin artan maliyetleriyle ilişkilendirilebilir. Genel olarak sosyal güvenin azalması, kişisel risk değerlendirmeleri sonucu uzmanlara duyulan güvenin azalması da bu konuda etkilidir (Calnan ve Rowe, 2004).

Tablo 35: Başbakan ve Sağlık Bakanına Duyulan Güven Korelasyonu

		1	2
Başbakana güvenme (1)	Pearson Korelasyonu		,841**
	P		,000
	N		151
Sağlık Bakanı (2)	Pearson Korelasyonu	,841**	
	P	,000	
	N	151	
p<0.05			

Tablo 35’te % 0,05 anlamlılık düzeyinde, Sağlık Bakanı’na ve Başbakan’a güvenmenin pozitif korelasyon içinde olduğu görülmektedir.

“Sağlık Bakanı’na güvenmiyorum, daima siyasettir, menfaati neyse ona göre davranıyor.”(73, lise mezunu, kadın)

“Sağlık hizmetleri tarafsız olmalı. Her şeye siyaset girmemeli. Sağlık Bakanlığı neyi ne kadar kontrol ediyor?” (66,erkek)

Özellikle domuz gribi tehlikesi ve aşılama konusunun Sağlık Bakanına duyulan güven konusunda bir azalma yarattığı görülmektedir.

“Siyasette olan insanlara güvenmem, Sağlık Bakanı’na da bu yüzden güvenmiyorum.” (42, evli, SGK, ilkokul mezunu, erkek)

“Ben televizyondan da sağlık ile ilgili Şeyleri çok takip ederim. Sağlık bakanına nasıl gveneceğimi ben de bilemez oldum. nce domuz gribi dediler, sonra vazgeçtiler, kafam karışıyor.” (1969, evli, devlet memuru, lise, erkek)

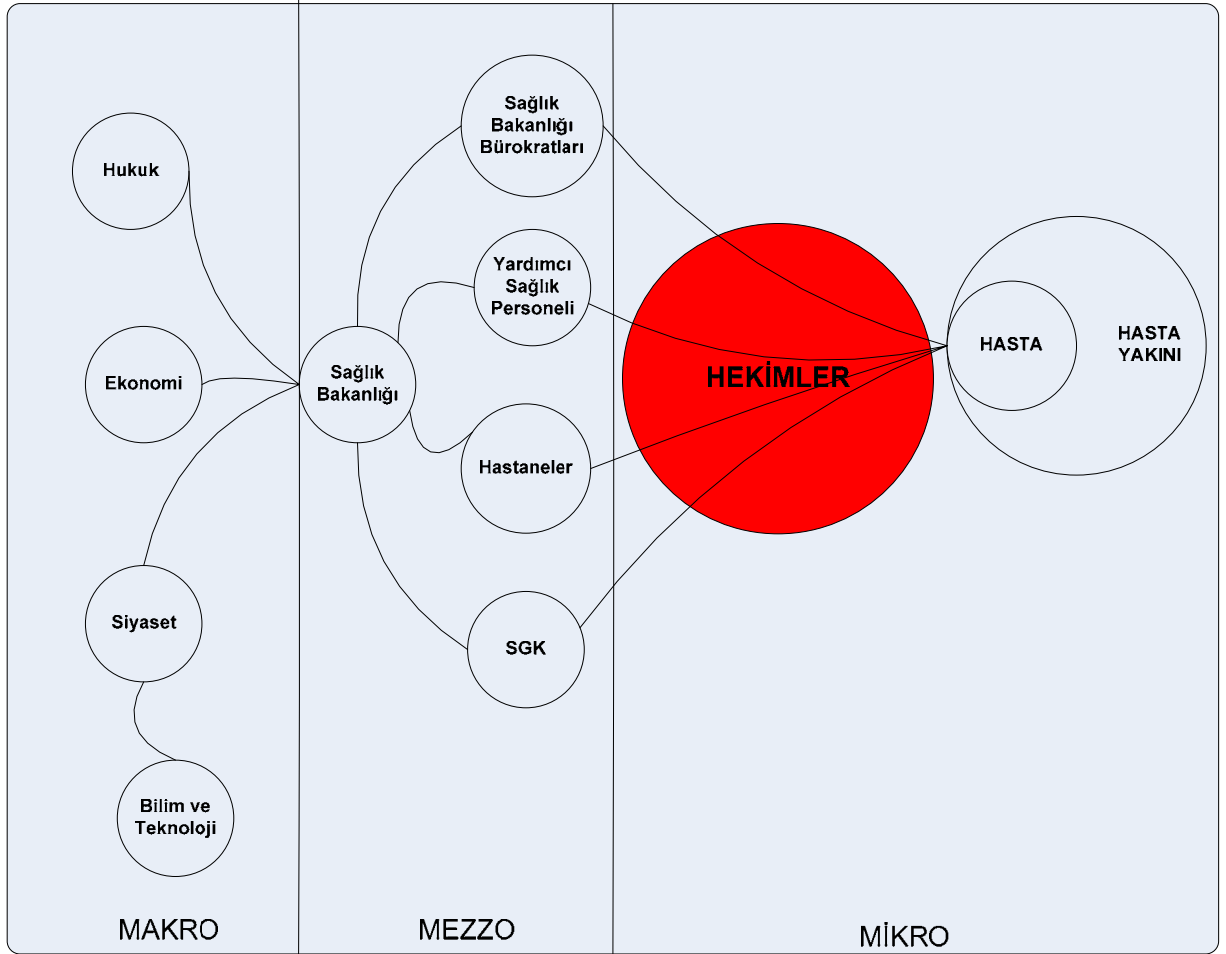
“Başbakan iyi ama sağlık konusunda oturuyor. Sağlıkla alakası yok. Denetim yapsa, gelip incelese bir yardımı dokunur. Ama hiç karışmıyor, doktor hastanede her Şeyi halleder diye düşünüyor herhalde.” (55, erkek)

“Devletin sağlık hizmetlerinden memnunuz. Oy da vermedim ama kimsenin bu iktidara gücü yetmez. Hükümet , herkesin saına göre tarak.” (69, erkek)

Abelson (2009)’un Kanada’da odak grup araştırma tekniğini kullanarak üç ay süren ve 2002 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmasında tematik bulgular elde etmiştir. Birey, sistemi ajanlarıyla birlikte düşündüğünde kendisini dışarıda konumlandırmaktadır. Bu konumlandırma kırılganlığı beraberinde getirmektedir. Uzun vadede ise bu konum hastanın sağlık sistemine yabancılaşmasına sebep olabilmektedir. Bu çalışmada da sistemin daha çok hekimler üzerinden okunduğu görülmektedir. Sağlık sistemi daha çok iktidarla özdeşleştirilmektedir. İktidar partisi/hkmetse sağlık hizmetlerinde verimsizliğe yol açan, hekimle hastanın arasında engel teşkil eden bir yapı olarak görülmektedir. Bazı sistem kavramsallaştırmalarında ise hükümet ve onu oluşturan siyasiler sistemin dışında görülmektedir. Hükümet, gizli gündeme sahip olan örneğin ilaç endüstrisiyle işbirliği yapan kişilerden ibaret görülmekte ve sağlık sistemine duyulan güvensizliğin kaynağında çoğu zaman bu yatmaktadır. Medyanın da hkmetle birlikte çalıştığı,

bazı değişimleri dayattığı düşünölen yaklaşımlarda ise sistem ve hükümet ortak olarak algılanmaktadır. Türkiye’deki durum da çizilen bu çerçeve ile örtüşmektedir.

2.13 Güven Kavramsallaştırması



Şekil 3: Hekime Güven Kavramsallaştırması

Not: Şekiller oran gözetilerek çizilmemiştir.

Luhmann (1995)’a göre bir sistemin işleyişi, ancak kendisi ve çevresi ele alındığında anlaşılabilir. Buradan yola çıkarak Şekil 3’te sağlık sistemi, alt sistemleri, her alt sisteme ortak ve her alt sisteme özgü çevreleri gösteren bir model denemesinde bulunulmuştur. Sağlık sisteminde hekimler, autopoietik/öz üretimli bir sistem olan hücrenin çekirdeği gibi düşünülebilir. Hücrenin beyni olarak

nitelendirilebilecek olan çekirdeği hücre içinde gerçekleşen tüm olaylara karar verici konumundadır. Şekil 3'te de görüldüğü üzere ana karar verici, hastaya verdiği hizmet üzerinden şekillenen tüm yapı hücre çekirdeği üzerinden oluşmaktadır.

Sağlık sisteminde, sağlığın kendine özgü bir dili vardır. Örneğin bu tedavi olma/olmama olduğunda, bu ikili kod (hukukta yasal/yasal olmayan gibi) sistemin içinde yer alan tüm alt sistemler tarafından bir program dahilinde biliniyor olacaktır. Bu program tıptır. Tıp bu örnekte bir dilin dilbilgisi kurallarıdır, sistemin içindeki her alt sistem bu dili eşit düzeyde konuşamaz ancak birbirinin dilinden anlar. Her sistem gibi sağlık sistemi de kendi koduyla çevresinden ayrışır.

Sağlık sistemi kendine özgü yapısıyla ve autopoietik/öz üretimli bir sistem olarak operasyonel olarak kapalı ve bilişsel olarak açıktır. Operasyonel olarak kapalıdır çünkü onun yaptığı kendini yenden üretme işlevinde diğer sistemlerle arasında bir bilgi asimetrisi mevcuttur. Bilişsel olarak açıktır, örneğin hukuktaki yeni mevzuatları alır ve kendine uyarlar, yeni teknolojik gelişmeleri kullanır gibi.

Birer alt sistem olan hekim ve hastanın karşılaştığı ulaşma noktası oldukça kritiktir. Çünkü seçimler, belirsizlik ve karmaşıklık orada doğar. Hasta ego (ben) olarak kabul edildiğinde karşısında alter (öteki) olarak hekim vardır ve her iki taraf için de belirsizlikler söz konusudur. O noktada çifte durumsallık yaşanmaktadır. Buradaki belirsizliği azaltmanın yolu güven sağlamaktan geçmektedir.

Güven, sağlık sisteminin performansını değerlendirmek için de kullanılabilir. Güven, sağlık sistemini çalışabilmesi için gereklidir; aracın tekerleklerini döndüren bir yağ gibi düşünebilir. Kişiler arası güvenle sisteme duyulan güven arasında karmaşık ve karşılıklı bir ilişki mevcuttur (Calnan ve Rowe 2008).

Tablo 36: Farklı Düzeylerde Güven İlişkisi

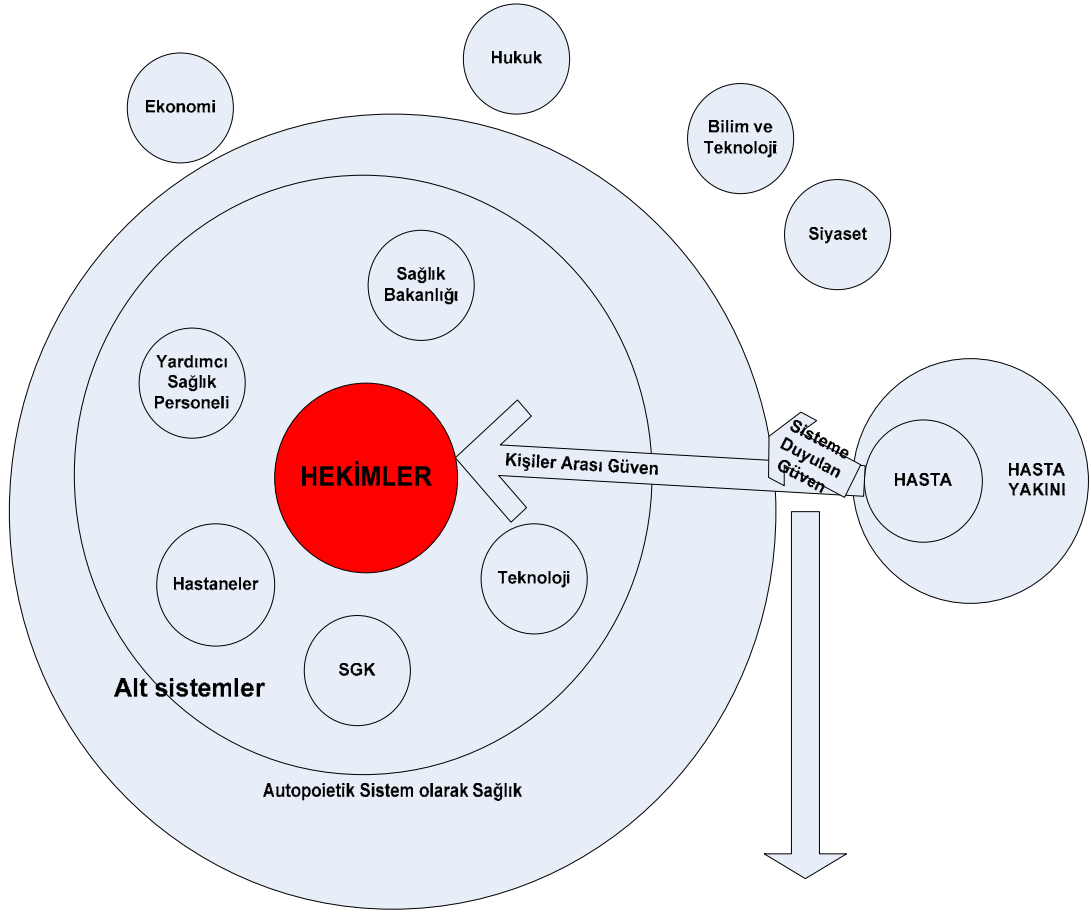
	N	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
Bugün Hemşirelere Güven	164	1	10	6,51	2,732
Bugün Hekimlere Güven	190	1	10	7,54	2,220
Bugün Hastaneye Güven	155	1	10	6,99	2,272
Bugün Sağlık Bakanlığına Güven	150	1	10	6,25	2,819
Geçmişte Hemşirelere Güven	139	1	10	5,81	2,629
Geçmişte Hekimlere Güven	163	1	10	6,43	2,613
Geçmişte Hastaneye Güven	133	1	10	6,12	2,523
Geçmişte Sağlık Bakanlığına Güven	125	1	10	6,00	2,527
N	112				

Tablo 36’da hastalara birden ona kadar bir puan vermeleri istenerek geçmişle kıyaslandığında hekimlere duyulan güven seviyesi yükselmiştir. Alt sistemler, organizasyonel ve mesleki bazda kıyaslandığında en çok hekimlere güvenildiği görülmektedir ancak ortalamalar birbirine yakındır.

Calnan ve Sanford (2004)’un Almanya, İngiltere ve Hollanda toplamda 2777 kişi üzerine yapılan çalışmalarında bugün sağlık sistemine güvenme on üzerinden 6, gelecekte ise 5,6 bulunmuştur. Ortalamalar birbirine yakındır. Hekimlere güven % 87 çıkarken, hemşirelere güven ise % 89 olarak bulunmuştur. Her iki meslek grubuna da güven bu çalışma ortalamalarından daha yüksek çıkmıştır.

2.13 Hekimle Kurulan Güven İlişkisinin Belirleyicileri

Güveni teşvik etmek hasta-hekim ilişkisinde paternalistik ilişkiyi çağrıştırmamalıdır. Hekime artan güven çoğunlukla bakıma/sağlığa ulaşmadaki istekliliği artırmaktadır. Hastaların hekimlerin tavsiyelerine uyumunu teşvik etmektedir ve onlara bir otorite olarak inancı perçinlemektedir. Daha yüksek güven düzeyi ancak daha aktif hasta katılımıyla mümkündür. Hem güven düzeyi hem de daha aktif hasta katılımı daha iyi sağlık çıktıları için önerilmektedir. Her ne kadar hekime duyulması beklenen güven pasif hastayı çağrışırsa da ve bu iki beklenti çelişik gibi görünse de bu iki özellik diyalektik olarak bir arada bulunabilmektedir. Güven, hastaların tedavilerine aktif katılımı için anahtar rol oynamaktadır. Güveni teşvik etmek için etkin iletişim kurmak, hastaları dikkatlice dinlemek, sorularına net cevaplar vermek, istedikleri kadar bilgiyi onlara sunmak ve onları tıbbi kararlara dâhil etmek gereklidir (Trachtenberg vd., 2005: 344-51).



HEKİMLE KURULAN GÜVEN İLİŞKİSİNİN BELİRLEYİCİLERİ

- Hastayla sağlıklı iletişim (dil düzleminde anlaşma, hitabet, güler yüz, sıcak davranış)
- Teşhis koyma başarısı
- Tedavinin başarısı
- Hekimin sahip olduğu sembolik sermaye
- Hastanın sahip olduğu sosyal sermaye
- Hekime inanma
- Hekimin sözünde durması
- Hekimin dürüst olması
- Hastanın bilgilendirilmesi
- Hastanın memnuniyeti
- Hekimin uzmanlık bilgisi
- Hekimin hastaya zaman ayırması
- Hekimin sahne önü performansı
- Hekimin sorumluluk duyması
- Hekimin gösterdiği şefkat
- Hekimler arası işbölümü/dayanışma
- Hastanın verilen önerilere uyması
- Hasta mahremiyeti
- Hekime duyulan sadakat

Şekil 4: Luhmann'dan Hareketle Hekimle Kurulan İlişkide Güvenin Belirleyicileri

Şekil 4'te tüm araştırma boyunca elde edilen hekime güveni niteleyen durumlar sistem ve alt sistemler bağlamında gösterilmeye çalışılmıştır. Güven, güçlü hekim hasta ilişkisinin önemli bir bileşenidir. Güven, hastanın tecrübeleriyle ve hekimle olan etkileşimiyle şekillenir. Uzmanlarla kurulan ilişkide güven biçimi farklıdır. Yeterli tıbbi bilgi veren, eğer şikayetler devam ederse ne yapması gerektiğini söyleyen, hastanın anlattıklarını dinleyen, hastayı karara katan, daha uzun süreli ilişki kurulan hekime güven daha fazla olmaktadır (Keating vd., 2004: 1015-1020).

Bu araştırma sonuçlarına göre de bir hastanın hekimine güven duyması, artan tedaviye uyum, hasta memnuniyet ve sağlık durumunun iyiye doğru gitmesiyle ilgilidir. Hastalar, hekimlerine duydukları güvenin genellikle hekimin yeterliliği, gösterdiği şefkat, sağladıkları mahremiyet ve iletişim becerileriyle ilgili olduklarını söylemişlerdir. Hekimin yeterliliği konusundaki algı ise daha çok sağlık durumu ve risk faktörlerinin kontrolü gibi klinik parametrelere bağlıdır.

2.14 Sağlık Sistemine Güven Modeli

Güven, gündelik hayatta kullanılan bir kavram olarak birine bağlı olmak, sadık olmak, bütünlüğe bağlı kalmak gibi tanımlanabilir. Sağlıkta güven, tüm sektöre ya da herhangi bir sağlık çalışanına yönelik olarak ayrıştırılabilir. Hekimlere duyulan güven, çok boyutlu bir inşadır. Hasta güvenini, hekimin hastanın çıkarına çalıştığına duyduğu inanç olarak nitelemek mümkündür. Hastalara göre güven, daha çok hekimlerin kişiler arası ilişkilerdeki yeterliliğine bağlıdır. Hekim davranışlarında hastanın duyduğu güveni, şu unsurlar teşvik eder: Problemleri değerlendirmek, hastanın bireysel tecrübesini anlamak, empati, ortaklık kurma, uygun ve etkili

tedaviyi sağlamak, dürüst ve saygılı olmak. Hasta güveni, sürekli yeniden inşa edilmesi gereken bir süreç olarak görülmelidir. Bu bağlamda hastaların hekimlerin bilgilerini test ettikleri düşünülebilir. Hangi güven türünün diğerini ne kadar etkilediğini ortaya koymak güçtür, ancak hastaya daha çok seçim şansı tanımak güveni arttırmaktadır.

Burada oluşturulan güven değişkenlerine, yapılan faktör analizleri sonucunda faktör yükleri en fazla olan gruplar belirlenerek ulaşılmıştır. Ancak yapılan her üç analizde de güven değişkenleri (bakınız Ek 3) ve demografik değişkenler arasında bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 37: Güven ve Demografik Özellikler

		Cinsiyet	Yaş	Medeni durum	Ekonomik durum
güven1	Pearson Korelasyonu	-,036	-,033	,037	-,119
	p	,643	,667	,638	,120
	N	171	171	168	172
güven 2	Pearson Korelasyonu	,027	,086	,029	,084
	p	,703	,230	,687	,243
	N	196	196	193	197
güven 3	Pearson Korelasyonu	-,007	,072	,011	,070
	p	,927	,324	,883	,332
	N	192	192	189	193

p<0.05

Siegrist vd. (2005)'ne göre genel güven, insanlara inanılacağına dair ilişkin tutumdur. Genel emin olma ise her şeyin kontrol altında olduğu ve belirsizliğin düşük olduğu durumdur. Yüksek seviyedeki güven ve emin olma algılanan riskin düşmesini sağlar. Risk algısı, bireyin kararlarını ve davranışlarını etkiler. Algılanan risk, yeni teknolojilerin örneğin nükleer güç veya gen teknolojilerinin kabulünü etkileyebilir. Günlük hayattaki risk değerlendirmeleri açısından insanlar,

farklılaşırlar. Bazıları genetiği değiştirmiş organizma içeren yiyecekleri almayı hiç düşünmezken bazıları bununla ilgilenmeyebilir. Herhangi bir konu hakkında bilgi sahibi olmamakla en iyi baş etme stratejilerinden birisi güvenmektir. Örneğın bilimsel bilgiye sahip olmayan insanların risk değerlendirmelerini güven etkileyecektir. İnsanların, dürüst olduğuna dair güven, algılanan riskin artmasına sebep olmaktadır. Yaşlılar gençlere göre daha fazla risk algırlarlar. Demografik veriler, risk algısını etkilemektedir.

Ancak bu araştırmada katılımcılarının sosyo-ekonomik statü açısından devlet hastanelerinden hizmet alan homojen kabul edilebilecek bir profil oluşturması nedeniyle yaş, cinsiyet, medeni durum ve ekonomik duruma göre hekime duyulan güven farklılaşmamaktadır.

Oysa Kayaniyl vd. (2009:634-640)'in Kanada Güney Ontorio'da yürüttüğü araştırmada yaklaşık 317 kadın hastaya, klinik verileri hasta dosyasından elde edilmek üzere posta yoluyla hekime güven ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre hasta hekimini seçebildiğinde, onunla daha uzun zaman geçirdiğinde, hastanın eğitim seviyesi daha düşük olduğunda ve düşük sosyo-ekonomik statüye sahip hastalarda güven artmaktadır. Yüksek sosyo-ekonomik statüde ise hasta memnuniyeti daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Schee vd. (2007)'nin İngiltere, Almanya ve Hollanda'daki kamu güvenliğini kıyaslamak üzere yaptıkları çalışmalarında 1421 kişinin posta yoluyla katıldığı anketlerle araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada Hollandalıların ve İngilizlerin sağlık sistemine duydukları güven seviyesi Almanlardan daha yüksek bulunmuştur. Üç ülkede de genel kamu güveni düşüktür.

Hillen vd. (2011)'nin kanserli hastaların sağlık hizmetlerine duydukları güven konusundaki araştırmalarında bu konuda yapılan araştırmaları;

- Güven, güvensizlik, emin olma, sadakat,
- Hekim-hasta ilişkisi, doktor-hasta ilişkisi-iletişimi,
- Kanser ve onkoloji,

Başlıklarında tarayarak hangi alanlarda ve hangi araştırma teknikleriyle yapıldıkları konusunda bir derleme yapmışlardır. Cinahl veri tabanı üzerinden bu kelimelerle yaptıkları araştırmada son 20 yılda yayınlanmış 262 makaleye rastlamışlardır. Bunlardan 55 tanesi ampirik çalışmadır. Bu makalelerin 45 tanesinden 25 tanesi nitel çalışma ve çoğunluğu derinlemesine mülakat tekniğuyle yapılmış betimsel çalışmalardır. Nicel çalışmalar ise genellikle farklı ölçeklerden yapılan alıntılarla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalardan 16 nitel ve 18 nicel çalışmada belirli bir güven tanımı verilmemiştir. 11 çalışmada hastaların hekime duyduğu güven düzeyi belirtilmiş ve 15 makalede hekim-hasta etkileşimi ele alınmıştır. 30 çalışmada ise nasıl güven sağlanacağına yönelik önerilerde bulunulmuştur. Görüldüğu üzere, bu araştırmalar daha çok makro çalışmalardır ancak bu tezde mikro bir düzlemle yapısal unsurları bir araya getirme amacı taşıdığından özgün kabul edilebilir.

BÖLÜM 3 SONUÇ ve ÖNERİLER

Roberts vd. (2009: 281)'ne göre sağlık sistemi ve birey davranışı birbirleriyle etkileşim içindedir. Örneğin cinsel ilişki pratiği, enjektörlerin paylaşılması HIV'nin yayılmasında en önemli nedenlerdir. Bir diğer örnek de hastaların ilaç kullanımlarının tüberküloz kontrol programları üzerine etkisidir. Öte yandan çalışanlar düşünüldüğünde hekimlerin reçete yazma alışkanlıkları, maliyetleri aynı zamanda antibiyotiklere karşı direnç gelişimlerini de etkilemektedir. Sağlık sisteminde bireyin tutum, davranış ve algılarının bu denli etkili olduğu düşünüldüğünde bu alandan yapılan çalışmaların da önemi ortaya çıkmaktadır. Özellikle sağlık sosyolojisi alanı bu çalışmaları daha çok bünyesinde barındırmaktadır. Sağlık sosyolojisi alanı, kendi gelişimi içerisinde biyomedikal modele ona bir takım eleştiriler getirerek çeşitli katkılarda bulunmuştur. Onun sosyal yönünü tamamlayarak bugün sosyolojide en geniş alt dallardan birisi haline gelmiştir.

Modernizm her ne kadar uzmanlıklar ve işbölümüyle insanların hayatını kolaylaştırırsa da beraberinde belirsizlikleri, bilinemezlikleri de getirmiştir. Bu bilinemezlikler çoğu zaman sıradan insanlar ve uzmanların içinde bulunduğu soyut sistemler arasındaki asimetrik bilgidен kaynaklanmaktadır. Kimi zamanda soyut sistemlerin sunduğu sonsuz alternatif ve bu alternatiflere ilişkin bilgi bombardımanı bireylerin aklını karıştırmaktadır. Modern öncesi anonim yaşamda tanıdıklık sayesinde hiç ihtiyaç duyulmayan bir kavram olan belirsizlik bugün belki de en sık kullanılanlar arasında yerine almıştır. Bu, oluşan belirsizlik ortamında geliştirilen stratejilerden en sık rastlanani güvendir. Güven, toplumu bir arada tutan bir yapışkan olarak insanlara hareket etme, alternatifler arasında karar verme şansı tanımaktadır.

Gelişen teknoloji, özellikle de iletişim teknolojileri hayatın her alanındaki seçimleri arttırmaktadır. Seçimler arttıkça her şeyden haberdar gelen herkesi yoğun bir karmaşıklıkla da beklemektedir.

Sağlık özelinde yaşanan bu değişim düşünüldüğünde 1995–2003 yılları arasında tıp ve sağlık literatüründe toplam 1612 makalede güven konusu işlenmiştir (Meyer, 2008:2). Artan güvensizlik düzeyi hakkında Luhmann (1979: 16) ise güvene olan ihtiyacın gelecekteki teknolojinin üreteceği karmaşıklıklar karşısında artacağını vurgulamaktadır. Bunun yanı sıra toplum çoğunlukla çelişen, değişen sağlık mesajları bombardımanına tutulmaktadır. Bunun sonucunda insanlar sağlık profesyonellerinin bilgilerinin geçerliliğini ve sistemin tıp uygulamalarının güvenilirliğini sorgular hale gelmişlerdir. Azalan güvenin ilk nedeni olarak tüm sistemleri olduğu gibi sağlık sistemini de etkileyen tüketim toplumu gösterilebilir. Bu durum ise sağlık sistemi içerisinde sağlık tüketiminin artması olarak kendini göstermektedir. Bir diğer neden ise finansal çıkarlar ve klinik arasında kalan hekimlerdir (Calnan, Rowe, 2005).

Sağlık sistemine (ya da herhangi bir sosyal sisteme) güven, doğal karşılanan, zaten var olan bir konu olarak ele alınamaz, üzerine çalışılması gerekir ve yapılan mutabakatların sonunda kazanılan bir olgu olarak görülmelidir (Giddens, 1991). Ne zaman, nerede ve nasıl tedavi aranacağına dair hasta davranışları sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi açısından önemli bir alandır. Tedavi arayışı ile ilgili kararlar ise hizmet alınacak sağlık çalışanının türü, sağlık tesisinin türü ve tedavi zamanıdır (Roberts vd., 2009: 281).

Luhmann'a göre güven, toplumun artan karmaşıklığının hem bir sonucu hem de buna bir tepkidir. Bireyler içsel sistemleriyle dışsal çevrelerinin sınırlarında güven

ilişkilerini öğrenmek ve onaylamaya bağımlı hale gelmişlerdir (Luhmann, 1988). Örneğin bir hasta daha önce hiç karşılaşmadığı, hakkında hiçbir şey bilmediği bir cerraha (dışsal sistemin, sağlık sisteminin bir parçası) güvenmeyi öğrenebilir. Burada cerrahın onun çıkarına davranacağına inanır. Bu daha yüksek düzeyde içsel düzeni sağlamak için sergilenmiş rasyonel bir davranıştır. Bu araştırma, toplumdaki tüm sistemlere özelde sağlık sistemine karşı yaşanan güven erozyonunu probleme olarak ele almaktadır.

Bu çalışmada yeni işlevselciliğin sayıltıları altında Luhmann (1979)'ın sistem yaklaşımında karmaşıklığı ve belirsizliği azaltma mekanizması olarak güven kavramı sosyoloji literatüründe çeşitli yaklaşımlarla ele alınmıştır. Hekim hasta arasındaki güven ilişkisi sağlık sistemine duyulan güvenin en temel belirleyicisidir varsayımıyla güvenin nasıl inşa edildiği, autopoietik/öz üretimli bir sistem olarak sağlık sisteminin kendisini nasıl yeniden ürettiğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Araştırmanın gerçekleştiği Mersin ilinde belirlenen hastanelerdeki kardiyoloji poliklinik ve kliniklerinden hizmet alan ve çalışmaya katılan hastaların eğitim seviyeleri düşüktür. Yaş ortalaması seçilen kronik hastalık nedeniyle 53. 7'dir. Bu hastaların genel algısı, son yıllarda sağlık hizmetlerinin olumlu yönde değiştiğidir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet de yüksektir ancak hastaların en büyük şikayeti bekleme süreleridir. Hekimlerle kurulan uzun soluklu ilişki hekime duyulan güveni arttırmaktadır. Devlet hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler de hastalar tarafından tercih edilmektedir, hastalar oradan aldıkları hizmetten de memnundur.

Hekimlere duyulan güven bugün de yüksek seviyededir. Hastalar hekimlere inanmakta ve onların mesleki becerilerine saygı duymaktadırlar. Ancak mesleki hataların olabileceği konusunda da bazı şüpheler mevcuttur. Hastalar hizmete erişimi

önemsemekte, geçmişle kıyasladığında içinde bulunduğu duruma şükrederek hekime karşı hissettiklerini düşünmeye bile çoğu zaman gerek duymamaktadır.

Ancak bu çalışmanın bir sonucu olarak hastaların hekime ve bu çalışmanın bir sayıtlısı olarak sağlık sistemine duyulan güven, cinsiyet, yaş, medeni durum ve ekonomik duruma göre farklılaşmamaktadır. Bu durum da hastaların özellikle kitle iletişim araçlarının etkisinde kalarak sorulara aynı cevaplar verdikleri, düşüncelerin tek tipleştiği ancak en önemlisi de verdikleri cevapların gerçeği yansıtmayabileceği sonucunu doğurmaktadır.

Sağlık hizmeti veren kurumların yapısı değişmekte ve sağlık sistemine duyulan güven bu değişimden etkilenmektedir. Hasta seçimi, bakımın devamlılığı, sağlıkta kar arayışı gibi konular bu dönüşümü etkileyen parametrelerdir. Toplumdaki dayanışmanın erozyonu, uzmanların bilgisine karşı gelişen şüphecilik, tıbbi hatalara yönelik medya ilgisinin artması güvenin azalmasında etkili olmuştur. Hastaların farklı ihtiyaçları ve tercihleri mevcuttur. Bu koşullar altında güvenin ölçecek ve koruyacak yöntemler gelecek için iyi bir yatırım olacaktır (Mechanic, 1998).

Sağlık kaynaklarının en kıt olanı güven olarak görülebilir. Bu açıdan bakıldığında hekim hasta ilişkisini sadece maliyet gözetten bir ilişki olmaktan çıkarmak güven üretmek önemlidir. Hekim hasta ilişkisi güvenin nadir ve değerli kaynağıdır. Sağlık sistemine duyulan güven seviyesini, geçmişteki tecrübeler etkilemektedir. Güveni inşa etmek yıllar almakta ama yok etmek çok kolay olabilmektedir. Hekimlerin kurumlarıyla ilgili sorunlarından kaynaklanan nedenlerle de güven oluşmayabilir. Bugün hastaları, çok daha fazla bilgiyle donatılmış daha aktif müşteriler olarak düşünmek mümkündür. Hastalar haklarını aramak için desteklenirler. Daha düşük sosyal sermayeye sahip bireyler kendilerinin sağlıklarını

da zayıf olarak nitelendirirler. Sosyal sermaye sağlıkla ilgili davranışlarda belirleyicidir. Sosyal sermaye, hizmete ve tesise ulaşımı etkilemektedir (Illingworth, 2002: 31-46).

Sağlıkta hizmet sunucusu ve hasta arasındaki güven ilişkisinde kırılgnalık, incinebilirlik oldukça önemlidir. Çünkü hasta olmaktan kaynaklı bir kırılgnalık ve buna bağlı asimetrik bilgi olduğunda güvene daha da çok ihtiyaç duyulacaktır. Halen Türkiye sağlıkta bir geçiş dönemindedir. şu anda hastalar daha çok fiziksel görünüm ve erişim problemi çözüldüğü için memnundurlar. Bunu uzun soluklu kılmak sağlıkta geliştirilecek politikalarda mutlaka amaç edinilmelidir.

Makro düzeydeki sosyal problemleri, günlük hayattaki pratiklerle ilişkilendirmek çok önemlidir. Bugün örneğın yaşanan sınavdaki şifre skandalı gibi konular, işleyen tüm sistemlere duyulan güveni erozyona uğratmaktadır, birçok genç bundan huzursuz olmaktadır. Gençlerin, bu güvensizliklerini diğer tüm sistemlere yayma ihtimalleri vardır. Bugünkü siyasi atmosfer ve yürütölen projeler sağlıkta bugün için güveni tesis etmiş olabilir ancak bu durumun kalıcılığı tartışmalıdır. İdeolojik politik zeminde verilen güven kararlarının sürdürölebilir olmaktan uzak olduğu düşünölmektedir.

Öneriler

- Sağlık sistemine ilişkin çalışmalarda sosyal bilimler literatüründen beslenmenin çalışmaları zenginleştireceğı düşünölmektedir. Sağlığa ilişkin sosyal çalışmalarda kültür mutlaka çalışmalara dahil edilmelidir.
- Karşılaştırmalı çalışmalar, güven tartışmalarını daha da zenginleştirecektir. Karşılaştırma hem hastalık bazında hem de hastane bazında yapılabilir.

Hastalıklar çok farklı özelliklere sahip olduğundan, hastalık bazında yapılacak çalışmalarda sonuç değişebilecektir.

- Güven çalışmalarının, ölüm riski taşıyan hastalıklarla yapılması önerilmemektedir. Bu koşullarda güven ilişkisinin daha farklı inşa olduğu düşünülmekte ve çeşitli etik sorunların gündeme geleceği düşünülmektedir.
- Hasta güvenliği, yapılan tıbbi uygulamaları kayıt altına alarak sistematik biçimde iyileştirme programlarına verilen genel isimdir. Hasta güvenliği uygulamalarında ise, özellikle bilgilendirilmiş rıza/aydınlatılmış onam konusunda hastanın güveninin kazanılması çok önemlidir. Hasta güvenliği programları uzun vadede yapılan hataları gün yüzüne çıkaracağından sağlık sistemine duyulan güveni azaltma ihtimali de vardır ancak hastalar bunun bir iyileştirme olduğuna ikna edilir ve bu kampanyalar kamuya açık hale getirilirse hastaların sağlık sistemine duydukları güvenin daha da artacağı düşünülmektedir.
- Her ne kadar bu çalışma hastaların sağlık sistemine duydukları güveni ele alarak tartışsa da çalışanların sağlık sistemine duydukları güven de oldukça önemlidir. Mutlaka bu konu da ele alınıp tartışılmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunucularının eğitimi konusunda, politika yapıcılar tarafından yapılan düzenlemelerde, hasta haklarının korunması, sağlık hizmeti kalitesinin değerlendirilmesinde de güven önemli bir faktördür. Bunların yanı sıra hekim seçme ve hekimle kurulan uzun süreli ilişkinin güveni arttırdığı ortaya konulmuştur. Tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde sağlık hizmetlerinin sosyal bileşenlerine daha çok önem verilmeli, bu alanlarda ders yükü artırılmalıdır.

- Hastalara verilen hizmetin niteliğinin hastalar tarafından değerlendirilmesi önemlidir. Hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe nitelik değerlendirmesi daha da iyileşecektir.
- Bu araştırma beş yıl sonra tekrarlanmalı ve bugün elde edilen sonuçlara bakılarak tarihsel karşılaştırma yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abelson, J., Miller, F. , Giacomini, M. (2009) What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values. *Health Policy*, 91: 63-70.
- Ağartan, T. (2007) Sağlıkta Reform Salgını içinde Çaylar Keyder vd. Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformalar, Sorunlar, Tartışmalar. İstanbul: İletişim.
- Alaszewski, A., Coxon, K. (2009) Uncertainty in Everyday Life: Risk, worry and trust. *Health, Risk and Society*, 11, 3: 201-207.
- Allsop, J. (2006) Regaining Trust in Medicine: Professional and State Strategies. *Current Sociology*, 54: 621-636.
- Annandale, E. (2008) The Political Economy of Health and Healthcare, The Sociology of Healthcare. New York: PalGrave McMillan.
- Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11-18.
- Atkinson, P. (1984) Training for Certainty. *Social Science and Medicine*, 19: 949-956.
- Baert, P. (1998) Yeni-İşlevselcilik ve Niklas Luhmann (Çev. Ümit Tatlıcan). *Social Theory in the Twentieth Century*. Polity Press.
- Barbelet J. (2009) A characterization of trust, and its consequences. *Theory and Society*, 38: 367-382.
- Beard, R. L. (2007) Trust and Memory: Organizational Strategies, Institutional Conditions and Trust Negotiations in Specialty Clinics for Alzheimer Disease. *Cultural Medical Psychiatry*, 32: 11-30.
- Beck, U. (1992) *Risk Society: Towards A New Modernity*. Frankfurt: Sage Publications.
- Bloom, S. W. (2002) *The Words as a Scalpel: A History of Medical Sociology*. New York: Oxford University Press.
- Calnan, M., Rowe, R. (2005) Trust Realtions in the New NHS: Teoritical and Methodological Challanges. “Taking Stock of Trust” E.S.R.C Conference London School of Economics, 1-25.
- Calnan, M., Rowe, R. (2008) *Trust Matters in Health Care*. Berkshire: McGraw-Hill.
- Calnan, M., Rowe, R. (2008) Trust, Accountability and Choice. *Health, Risk and Society*, 10:201-206.

Calnan, M., Sanford, E. (2004) Public Trust in Health Care: the system or the doctor? *Quality Safety Health Care*, 13:92-97.

Casper, J. M., Morrison, D. R. (2010) Medical Sociology and Technology: Critical Engagements. *Journal of Health and Social Behavior*, 51: 120-132.

Clark, C. C. (2002) Trust in Medicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27: 11-29.

Cockerham, W. (2004) *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.

Cohen J. (2002) Who can you trust? Presented at: 113th Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges, San Francisco, Calif.

Coleman, J. (1994) *Foundations of Social Theory*. Boston: Harvard University Press.

Conrad, P. (2005) The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 3-14.

Davis, H. W., Rundall, T. G. (2000) Managing Patient Trust in Managed Care. *The Millbank Quarterly*, 78: 609-623.

Durkheim, E. (2002) *İntihar* (Çev. Özer Ozankaya). İstanbul: Cem.

Dünya Sağlık Örgütü Dünya Sağlık Raporu, 2002.

Dünya Sağlık Örgütü Kardiyo Vasküler Hastalıklar Bilgi Formu No: 317, 2009.

Dünya Sağlık Örgütü Yayını (1998) *Salgın Teşviki ve Geliştirilmesi*. Ankara: Anıl. (1-10)

Engel, G. L. (1977) The Need for a New Medical Model. *Science*, 196: 129:137.

Engels, F. (1997) *İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu* (Çev. Yurdakul Fidancıoğlu). İstanbul: Sol.

Entwistle, V. A., Quick, O. (2006) Trust in the Context of Patient Safety Problems. *Journal of Health Organization & Management*, 20: 397-416.

Erdemir., A. (2003) *Çağdaş Tıp Etiği*. Ankara: Nobel.

Erdemir D., A. (29-12-2008) Geçmişten Bugüne Hasta–Hekim İlişkileri-1. *MediMagazin*, 412.

Freburger, J. K., Callahan, L. F., Currey, S. S., Anderson, L. A. (2003) Use of the trust in physician scale in patients with rheumatic disease: Psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis Care & Research*, 49: 51-58.

Fox, R. (1999) Medical Uncertainty Revisitedin G. Albrecht, R. Fitzpatrick ve S. Scrimshaw (ed.), The Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London: Sage.

French, J. R. P., Raven, B. (1959) The Base of Social Power, D. Cart Wright (Der) içinde Studies in Social Power, Ann Arbor: University of Michigan.

Fukuyama, F. (2005) Güven (Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması), (Çev. Ahmet Buğdaycı). İstanbul: İş Bankası Yayınları.

Gabe, J., Bury, M., Elston, M. A. (2005) Key Concepts in Medical Sociology. London: Sage.

Giddens, A. (1990) The Consequences of Modernity. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (2004) Modernliğin Sonuçları, (Çev. Ersin Kuşdil). İstanbul: Ayrıntı.

Giddens, A., Pierson, C. (2001) Modernliği Anlamlandırmak, (Çev. Serhat Uyurkulak, Murat Sağlam). İstanbul: Alfa.

Goffmann, E. (2009) Gündelik Yaşamda Benliğin Sunumu, (Çev. Barış Cezar). İstanbul: Metis.

Gürsoy, G. (2002) Tipta Bugünden Geleceğe (İçinde 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?). Ankara: TTB Yayınları.

Hall M. A. , Zheng B. , Dugan E. , Camacho F., Kidd K. E. , Mishra A., Balkrishnan R. (2002) Measuring patients' trust in their primary care providers. Medical Care Research and Review, 59:293-318.

Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., Balkrishman, R. (2002) Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues. Health Services Research, 37: 1419-1439.

Hallowell N. (2008) Encounters with medical professionals: a crisis of trust or matter of respect?. Medicine, Healthcare and Philosophy, 4: 427-437.

Hillen, M. A., Haes, H.C.J.M, Smets, E.M.A. (2011) Cancer Patients in their Physicians: A review. Psycho-Oncology, 20:227-241.

Hupcey, J. E., Penrod, J., Morce, J. M.Mitcham, J. (2002) An exploration and advancement of the concept of trust. Journal of Advanced Nursing, 36: 282-293.

Illingworth, P. (2002) Trust: The Scarcest of Medical Resources. Journal of Medicine and Philosophy, 27:31-46.

Jalava, J. (2006) Trust as a Decision The Problems and Functions of Trust in Luhmannian System Theory. University of Helsinki Department of Social Policy Research Reports 1: 1-236.

Jalava, J. (2001) Trust or Confidence? Comparing Luhmann's and Giddens's Views of Trust. Paper presented at the 5th Conference of the European Sociological Association, 'Visions and Divisions', August 28 - September 1, 2001, Helsinki, Finland.

Kasapoğlu, A. (1999) Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.

Keating, N., Gandhi, T. K., Orav, J. , Bates, D. W. Ayanian, J. Z. (2004) Patient Characteristics and Experiences Associated with Trust in Specialist Physicians. Internal Medicine, 164: 1015-1020.

Kuhlmann, E. (2006) Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society. Current Sociology, 54: 607-620.

Luhmann, N. (1979) Trust and Power: Two Works by Niklas Luhmann. New York: John Wiley&Sons.

Luhmann, N. (1986) Ecological Communication, (Çev. John Bednarz). Chicago: The University of Chicago Press.

Luhmann, N. (1990) Essays on Self Reference. New York: Columbia University Press.

Luhmann, N. (1993) Risk: A Sociological Theory. New York: De Gruyter.

Luhmann, N. (1995) Social Systems (Çev. John Bednarz, Dirk Baecker). California: Writing Science.

Luhmann, N. (1995) Social Systems , (Çev. John Bednarz ve Dirk Baecker). California: Writing Science.

Luhmann, N. (2000) Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives', in Gambetta, Diego (ed.) Trust: Making and Breaking Cooperative Relations, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, chapter 6: 94-107.

Luhmann, N. (2003) Refah Devletlerinin Siyaset Teorisi, (Çev. Medeni Beyaztaş). İstanbul: Bakış.

Luzio, G. (2006) A Sociological Concept of Client Trust. Current Sociology, 54: 549-564.

McKinstry, B., Ashcroft, R., Car, J., Freeman, G.K., Sheikh, A. (2009) Interventions for Improving patients' trust in doctors and groups of doctors. The Cochrane Library, 3: 1-26.

Mechanic, D. (1996) Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. The Millbank Quarterly, 74(2): 171-189.

Mechanic, D. (1998) Managed Care, Rationing and Trust in Medical Care. Journal of Urban Health, 75: 118-122.

Mechanic, D. (1978) Medical Sociology. New York: Free Press.

Meyer, S., Ward, P., Coveney, J., Rogers, W. (2008) Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. Health Sociology Review, 17: 177-186.

Moeller, H. G. (2006) Luhmann Explained From Souls to Systems. Illinois: Open Court.

Münch, R. (1994) Sociological Theory Vol. 3. Chicago: Nelson-Hall.

Nettleton, S. (1995) The Sociology of Health and Illness. Cambridge: Polity Press.

Parsons, T. (1951) Social Systems. London: Routledge.

Penitch, L., Leys, C. (2010) Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları (Çev. Umut Haskan). İstanbul: Yordam.

Pearson, S.D., Raeke, L. H. (2001) Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data. Journal of General Internal Medicine, 15: 509-513.

Pelikan, J. (2007) Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory, in David McQueen, Ilona Kickbusch, Louise Potvin, Jürgen Pelikan, Laura Balbo ve Thomas Abel (ed.) Health and Modernity The Role of Theory in Health Promotion, Springer, chapter 6: 74-102.

Piette, J. D., Heisler, M., Krein, S., Kerr, E. A. (2005) The Role of Patient-Physician Trust in Moderating Medication Nonadherence Due to Cost Pressures. Arch Intern Med, 165: 1749-1755.

Ramage, M., Shipp, K. (2009) System Thinkers. London: Springer.

Reith, G. (2004) The Notion of Risk and The Development of Modernity. Time & Society, 13:383-402.

Ritzer, G., Goodman, D. J. (2004) Modern Sociological Theory. New York: McGraw Hill.

- Roberts, M. J., Hsia, W., Berman, P., Reich, M. R. (2009) Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, çev. (Hakkı Gürsöz ve Dilek Genç Öztekın). Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Müdürlüğü.
- Rose, A., Peters, N., Sjea, J. A., Armstrong, K. (2004) development and Testing of the Health Care System Distrust Scale. *Journal of General Internal Medicine*, 19: 57-63.
- Schee, E., Braun, B., Calnan, M., Schnee, M., Groenewegen (2007) Public Trust in Healthcare: A Comparison of Germany, The Netherlands and England and Wales. *Health Policy*, 81:56-67.
- Shenolikar, R. A., Balkrishnan, R., Hall, M. A. (2004) How Patient-Physician Encounters in Critical Medicak Situations Affect Trust: Results of A National Survey. *BMC Health Services Reserach*, 4:24.
- Siegrist, M., Hutscher, H., Earle, T. (2005) Perception of Risk: The Influence of General Trust and General Confidence. *Journal of Risk Research*, 8 (2): 145-156.
- Simmel, G. (1978) *The Philosophy of Money*. London: Routledge.
- Skirbekk, H., Middelthan, A-L., Hjortdahl, P., Finset, A. (2011) Mandates of Trust in the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Research*, XX(X):1-9.
- Smith, C. (2005) Understanding Trust and Confidence: Two Paradigm and their Significance for Health and Social Care. *Journal of Applied Philosophy*, 22: 299-316.
- Stepanikova, I., Mollborn, S., Cook, K. S., Thom, D. H., Kramer, R. M. (2006) Patients' Race, Ethnicity, Language, and Trust in a Physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 47: 390-405.
- Taylor, D., Bury, M. (2007) Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health and Illness*, 29: 27-45.
- Taylor-Gooby, P. (2006) Trust, Risk and Healthcare Reform (2006). *Health, Risk and Society*, 8 (2):97-103.
- Thom, D. H. (2000) Training Physicians to Increase Patient Trust. *Journal of Evaluation in Medical Practice*, 6:245-253.
- Thom, D., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E., Azari, R. (2002) Patient Trust in the Physician: Relationship to Patient Requests. *Family Practice*, 19: 476-483.
- Timmermans, S., Haas, S. (2008) Towards a Sociology of Disease. *Sociology of Health and Illness*, 30: 659-676.

Trachtenberg, F., Dugan, E., Hall, M. A. (2005) How Patients' trust relates to their involvement in medical care. *The Journal of Family Practice*, 54: 344-352.

Turner, B. (2007) *Tıbbı Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev. Ümit Tatlıcan). Bursa: Sentez.

Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması, 2000

Vanderstraeten, R. (2002) Parsons, Luhmann and the Theorem of Double Contingency. *Journal of Classical Sociology*, 2:77-92.

Wainwright, D. (2008) *A Sociology of Health*. London: Sage.

Wallace, R. A., Wolf, A. (2005) *Contemporary Sociological Theory*. New Jersey: Prentice Hall.

Ward, P. (2007) Trust, Reflexivity and Dependence: A Social System's Theory' Analysis in/of Medicine. *European Journal of Social Quality*, 6: 121- 134.

Ward, P., Meyer, S. (2009) Trust, Social Quality and Wellbeing: A Sociological Exegesis. *Development and Society*, 38: 339-363.

Weaver, M. J., Ow, C. L., Walker, D. J., Degenhardt, E. F. (1993) A questionnaire for patients' evaluations of their physicians' humanistic behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 8: 135-139.

Weber, L. R, Carter, A. I. (2003) *The Social Construction of Trust*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Williams, S., Weinman, J., Dale, J. (1998) Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: A Review, 15: 480-492.

Yoldaş, Y. (2007) *İşlevsel-Yapısal Sistem Kuramı*. Bursa: Alfa.

www.merriam-webster.com

[www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.htm](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)
l

www.performans.saglik.gov.tr

www.saglik.gov.tr

www.tuik.gov.tr

www.worldvaluessurvey.org

Özet

Bu çalışmada sağlık hizmet sunumunun değişen ilişkilerinde belkide en temel yeri alan hekim hasta ilişkisi üzerinden sağlık sistemine duyulan güven konusunda yaşanan dönüşüm tartışılmıştır. Hekim hasta ilişkisinin üzerine kurulu olduğu güven, erozyona uğradığında ortaya çıkacak olan maliyet; sağlık harcamalarında artış, belirsizlik, karmaşıklık, gereksiz sağlık tüketimi olacaktır.

İkinci basamak sağlık hizmeti alan, bugün Türkiye’de en yüksek oranda ölüm sebebi olan kardiyovasküler hastalıkları sebebiyle hastanede bulunan kardiyo­loji Mersin ilinde üç devlet hastanesinden hizmet alan poliklinik ve servis hastalarından oluşturulan örnekleme yapılan mülakat ve derinlemesine görüşmelerle sağlık sistemine ve özelde hekimlere duydukları güven ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Sistem analizi yapılırken Alman sosyolog Niklas Luhmann’ın autopoietik/öz üretimli sistem kuramının kavramlarından faydalanılmıştır. Bunun yanı sıra Luhmann’ın karmaşıklığı azaltma stratejisi olarak ortaya koyduğu güven literatürdeki farklı kavramsallaştırmalarıyla da çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların aldıkları sağlık hizmetinden memnun oldukları, son yıllarda sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeleri olumlu buldukları ancak hastanelerdeki en önemli sorun olarak oluşan uzun kuyruklardan, uzun bekleme sürelerinden şikayetçi oldukları görülmüştür. Hastaların özel hastanelerden de hizmet aldığı ancak güven konusunda kamu, özel ve üniversite hastanesi arasında hekime güven konusunda belirgin bir fark olmadığı söylenebilir.

Teşhis ve tedavi aşamasında hekimlerin verdikleri kararlar, iletişim yöntemleri konusunda yöneltilen sorulara hastalar çoğunlukla hekimlere güvendikleri yönünde yanıtlar vermişlerdir. Diğer sağlık personeli ve hastaneler hekimlere göre

daha az güvenilir bulunmaktadır. Hekimlere duyulan güven seviyesi, yaşı, cinsiyet ve eğitim seviyesine göre farklılaşmamaktadır. Özellikle uzun hastalık hikayesi olan daha karmaşık hikayesi olan hastalarda belirsizliğin güven erozyonu yarattığı görülmektedir.

Sağlık Bakanı'na ve Başbakan'a sağlıkla ilgili verdikleri kararlarda duyulan güven seviyesi oldukça yüksektir. Hekimler bugünkü yapı içerisinde merkezi bir konumda ve oldukça ağır bir yükün altındadır ve bu konum onlara büyük sorumluluklar yüklemektedir. Sağlık hizmet alımı sırasında kurulan sosyal ilişkilerin farklı boyutlarda çalışmasının ve bulunacak sonuçların bu ilişkilerde kullanılmasının klinik çıktılarına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: sistem kuramı, güven, sağlık sistemi, autopoiesis/öz üretim, karmaşıklık

Summary

In this study trust in health system is tried to be discussed through the patient physician relationship which is maybe the base of the changing relationships in the health services. Trust which patient physician relationship is established on erodes and the cost that will appear as increase in health expenditure, uncertainties, complexities but in the end increase in unnecessary health consumption.

The highest ratio in the reasons of death is cardio vascular diseases. The sample consists of the patients who are taking services from the secondary health care units, hospitals at cardiology polyclinics and clinics. In depth interviews and interviews are done for analyzing trust level in health systems and physicians. While studying systems, the concepts of Niklas Luhmann's autopoietic systems theory are used. Luhmann's definition of trust as strategy for reducing complexity and other conceptualizations of trust took place in the study.

Patients are satisfied with the health services and they are positive about the changes in the last decade. Their main problem about the services is long waiting lines at the hospitals. Patients are taking services from both private and public hospitals but they are indifferent about trust in physicians at those hospitals.

Generally patients trust in physicians about the decisions they give on diagnosis and treatment, physicians are more trustable than other health staff and hospitals. Trust level doesn't differentiate according to age, gender and education level.

In the complicated cases with long illness history uncertainty reveals complexity. Trust level in ministry of health and prime minister is high. The situation of physicians in today's model of health system is really central and this increases

their responsibility for patients. The different dimension of health relationships should be studied and the reasons of those analyses will useful for clinical outputs also.

Key words: system theory, trust, health system, autopoiesis/öz üretim, complexity

SAĞLIK SİSTEMİ VE GÜVEN ARAŞTIRMASI



Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi Günnur ERTONG tarafından yürütülmektedir. Aldığınız sağlık hizmetinde sağlık personeline ve bu hizmetin verildiği kuruma duyduğunuz güven konusundaki duyarlılık derecenizi ve çözüm önerilerinizi ortaya koymak amacıyla olan bu çalışmanın verimli olabilmesi için soruları dikkatle okuyup cevaplamanız gerekmektedir. Sonuçlar toplu olarak değerlendirileceği için sizden adınız ve soyadınız istenmemektedir. Doldurduğunuz soru formları gizli tutulacak, sadece toplu sonuçlar araştırmada kullanılacaktır.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkür eder, en kısa zamanda sağlığınıza kavuşmanızı dilerim.

1- Bu hastaneye başvurma nedeniniz nedir?	☐ Tanı(ilk muayene) ☐ Tedavi
2- En son bir doktora ne zaman başvurdunuz?	
3- En son hizmet aldığınız doktorun cinsiyeti?	☐ Kadın ☐ Erkek
4- Mevcut hastalıklarınız nedir?	☐ Kronik (sürekli) ☒ Böbrek ☒ karaciğer ☒ kalp ☐ Şimdi hastayım (akut)
5- Sizce şu anda sağlık durumunuz nasıl?	☒ Çok kötü ☒ Kötü ☒ Bilmiyorum ☒ İyi ☒ Çok iyi
6-Aldığınız sağlık hizmeti yüzünden hiç kaybınız oldu mu?	☐ Ekonomik ☒ çok ☒ orta ☒ az ☐ Bedensel ☒ çok ☒ orta ☒ az
7-Tedavi görürken hayatını kaybeden yakınınız var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
8-Bugüne kadar hastalığımla ilgili bana verilen tüm ilaçları söylediği gibi kullandım.	☐ Evet her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hayır hiçbir zaman
9-Doktorların ilaç kullanma dışı tüm tavsiyelerine uyarım (egzersiz yapma, diyet, nefes egzersizi gibi) .	☐ Evet her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hayır hiçbir zaman
10-Alternatif tıbbi denedim.	☐ Evet her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hayır hiçbir zaman
11-Bugüne kadar bir doktoru şikayet ettiğim oldu.	☐ Evet her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hayır hiçbir zaman
12-Bugüne kadar verilen diyeti bozduğum oldu.	☐ Evet her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hayır hiçbir zaman
13-Bugüne kadar devlet/üniversite hastanesinden memnun kalmadığım için ücret ödeyerek özel hastaneye başvurduğum oldu.	☐ Evet her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hayır hiçbir zaman
14-Buradan aldığınız sağlık hizmetinden memnun musunuz?	☐ Evet çok ☐ Oldukça ☐ Hiç
15-Kalp hastalığınızla ilgili doktorunuzu değiştirdiniz mi?	☐ Evet ☒ hastane içi ☒ hastane dışı ☒ her ikisi de ☐ Hayır
16-Doktorunuzla olan ilişkiniz hangisine benzer?	☐ Oğlum/Kızım ☐ Eşim ☐ Arkadaşım
17-Hastalığınızla ilgili bir derneğe üye misiniz?	☐ Evet ☒ aktif üye ☒ pasif üye ☐ Hayır

18- Cinsiyetiniz	☐ Kadın ☐ Erkek
19-Doğum tarihiniz	 Yaşınız:
20-Medeni Durumunuz	☐ Evli ☐ Bekar

21-Eğitim Durumunuz	
☐	Okur-yazar
☐	Okur-yazar değil
☐	İlkokuldan terk (en son bitirdiğiniz sınıfı yazınız.....)
☐	İlkokul mezunu
☐	Ortaokul terk (en son bitirdiğiniz sınıfı yazınız.....)
☐	Ortaokul mezunu
☐	Lise terk (en son bitirdiğiniz sınıfı yazınız.....)
☐	Lise mezunu
☐	Üniversite öğrencisi
☐	Üniversite mezunu
☐	Lisans üstü

22-Sosyal Güvenceniz	
☐	Sosyal güvencesi yok
☐	SGK çalışan
☐	SGK emekli
☐	Yeşil kart
☐	Özel sağlık sigortası
☐	Diğer.....

23-Çalışma Durumunuz	☐ Evet ☐ Hayır
----------------------	--

24-Halen çalışıyor iseniz:

- ☐ Memur
- ☐ İşçi
- ☐ Esnaf
- ☐ Ev hanımı
- ☐ Çiftçi
- ☐ Serbest çalışan (avukat, mimar, hekim v.b)
- ☐ Diğer.....

25-Ekonomik durumunuz size göre aşağıdakilerden hangisine girmektedir?

- ☐ Düşük-alt gelirli
- ☐ Alt-orta gelirli
- ☐ Üst-orta gelirli
- ☐ Yüksek gelirli

26-Doktorunuzla görüşmenizde hastalığınızın tedavisine yönelik aşağıdaki rollerden hangisini seçersiniz? (Tek seçenek işaretleyiniz.)

- ☐ Son kararı siz verirsiniz.
- ☐ Doktor sizin düşüncelerinizi de alır ama son kararı kendisi verir.
- ☐ Doktor sizin için en iyisine karar verir.

27-Aşağıdaki sorunlardan hangisi sizin için önemlidir (tek seçenek işaretleyiniz)?

Güvenlik sorunları (hırsızlık, terör, savaş gibi)

Ekonomik sorunlar (işsizlik, yoksulluk, açlık gibi)

Sağlık sorunları (doktor yetersizliği, uygunsuz tedavi vb.)

Çevre sorunları(su, hava kirliliği vb.)

Siyaset/Yönetimle ilgili sorunlar

Sosyal ve psikolojik sorunlar (aile içi ilişkiler vb.)

Diğer

28-Aşağıdaki sorunlardan hangisi Türkiye için önemlidir? (tek seçenek işaretleyiniz)

Güvenlik sorunları (hırsızlık, terör, savaş gibi)	
Ekonomik sorunlar (işsizlik, yoksulluk, açlık gibi)	
Sağlık sorunları (doktor yetersizliği, uygunsuz tedavi vb.)	
Çevre sorunları(çevre, hava kirliliği vb.)	
Siyaset/Yönetimle ilgili sorunlar	
Diğer	

29-27. ve 28. sorularda belirttiğiniz sorunlarla ilgili bilgileri nereden edindiniz?(üçünü işaretleyiniz.)

Basından (gazete, dergi,televizyon,radyo vb.)	
İnternet	
Arkadaş ve yakın çevremden	
Bu konuyla ilgili hazırlanmış kitap, broşür vs	
Bu konuda bilgi sahibi değilim	
Diğer belirtiniz:	

30-Sizin aldığınız sağlık hizmetiyle ilgili en önemli sorun nedir? (Tek seçenek işaretleyiniz.)

Personelin tutumu (ilgisi vs.)	
Bekleme süreleri	
Personelin bilgi ve becerisi	
Personel sayısının yetersizliği	
Teknoloji kullanımı	
Hijyen/temizlik	
Danışmanlık/karşılama yönlendirme hizmetleri	
Sağlık Bakanlığı politikaları	
Türkiye'nin ekonomik durumu	
Diğer:	

31-Türkiye'nin sağlık hizmetleriyle ilgili sizce en önemli sorunu nedir?

Personelin tutumu (ilgisi vs.)	
Bekleme süreleri	
Personelin bilgi ve becerisi	
Personel sayısının yetersizliği	
Teknoloji kullanımı	
Hijyen/temizlik	
Danışmanlık/karşılama yönlendirme hizmetleri	
Sağlık Bakanlığı politikaları	
Türkiye'nin ekonomik durumu	
Diğer:	

32-Sağlık hizmetleri konusunda ne kadar güvenirsiniz?

	çok	orta	az
Başbakan ve hükümet üyelerine			
Sağlık Bakanına			
Uluslar arası kuruluşlara/teşkilatlara (Dünya Sağlık Örgütü gibi)			
Sivil toplum kuruluşlarına (dernekler)			
Bilim insanlarına			
Doktorlara			
Hemşirelere			
Geleneksel şifacılar			
Diğer:			

33-Sağlık hizmetleri konusunda yukarıdakilerden en çok hangisine/kime güvenirsiniz?

--

34- Bugün aldığınız sağlık hizmetinde kimlere ne kadar güveniyorsunuz? Bir puan vererek işaretleyiniz.

1=Hiç güvenmiyorum
10=Çok güveniyorum

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hemşirelere										
Hekimlere										
Hastanelere										
Sağlık Bakanlığına										

35- Sizce son 10 yılda aldığınız sağlık hizmeti :

☐ İyileşti	☐ Hiç değişmedi	☐ Geriledi
-----------------------------------	--	-----------------------------------

36-Sağlık kurumundan geçmişte aldığınız sağlık hizmetinde kimlere ne kadar güvenirdiniz? Bir puan vererek işaretleyiniz.

1=Hiç güvenmiyorum
10=Çok güveniyorum

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hemşirelere										
Hekimlere										
Hastanelere										
Sağlık Bakanlığına										

Aşağıdaki cümleler bugüne dek aldığınız sağlık hizmetiyle ilgili bazı düşünceleri temsil etmekte, doğru ya da yanlış bulunmamaktadır. <u>Biz bu konudaki sadece sizin katılma derecenizle ilgilenmekteyiz.</u> Katılma derecenizi cümlelerin yanında bulunan 5 basamaktan oluşan ölçekleri yuvarlak içine alarak belirtiniz.	HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
37. Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.	1	2	3	4	5
38. Tedavimin bazen yanlış olduğundan endişelenirim.	1	2	3	4	5
39. Doktorlar mesleklerinin erbabıdır.	1	2	3	4	5
40. Doktorlar benim için en doğru kararı verir.	1	2	3	4	5
41. Doktorlar yanlış reçete yazmazlar.	1	2	3	4	5
42. Doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.	1	2	3	4	5
43. Doktorlar bilmedikleri halde biliyormuş gibi davranırlar.	1	2	3	4	5
44. Doktorların benim hakkımda bazı mahrem şeyleri başkalarıyla paylaşmalarından endişe ederim.	1	2	3	4	5
45. Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.	1	2	3	4	5
46. Doktorlar bana karşı her konuda dürüştür.	1	2	3	4	5
47. Doktorlar ne yaparsa yapsın sonuç Allahın takdiridir.	1	2	3	4	5
48. Doktorlara tamamen güvenirim.	1	2	3	4	5
49. Sağlık Bakanı halkın sağlığını korur.	1	2	3	4	5
50. Özel hastaneler daha iyi sağlık hizmeti verirler.	1	2	3	4	5

	HIÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	BİRAZ KATILYORUM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
51. Eğitim seviyem aldığım sağlık hizmetini etkilemektedir.	1	2	3	4	5
52. Etnik kökenim aldığım sağlık hizmetini etkilemektedir.	1	2	3	4	5
53. Dini inançlarım aldığım sağlık hizmetini etkilemektedir.	1	2	3	4	5
54. Aldığım tedaviyle ilgili bir hata yapılırsa şikayet ederim.	1	2	3	4	5
55. Bir Sağlık Bakanı halkın sağlığını güncel siyasete feda etmez.	1	2	3	4	5
56. Doktorlar kişisel sorunlarını işine yansıtmaz.	1	2	3	4	5
57. Sağlık sistemi konusunda medya beni olumsuz etkiliyor.	1	2	3	4	5
58. Doktorlar sadece hastanede çalışsa, muayenehaneye gitmese her şey daha iyi olur.	1	2	3	4	5
59. Beni bir doktor yerine bir robotun ameliyat etmesini tercih ederim.	1	2	3	4	5
60. Sağlık sistemiyle ilgili şikâyetle bulunursam dikkate alınırım.	1	2	3	4	5
61. Doktor bana zarar verdiği takdirde onu Allah’a havale ederim, kimi kime şikâyet edeceksin.	1	2	3	4	5
62. Genellikle kaderin dış etkilerle değiştirilebileceğine inanırım.	1	2	3	4	5
63. Tıbbi kayıtlarım ilgisiz kişilere kapalıdır.	1	2	3	4	5

	HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	BİRAZ KATILYORUM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
64. Sağlık sisteminin hataları yüzünden her gün insanlar ölmektedir.	1	2	3	4	5
65. Kanımı aldıkları zaman bana bahsetmedikleri testleri yapıyorlar.	1	2	3	4	5
66. Benim sağlığımla ilgili bir hata yapılırsa bunu benden saklamaya çalışırlar.	1	2	3	4	5
67. Doktorlar benim sağlığım için gerekli olanı yapmaktansa maliyetleri düşük tutmakla daha çok ilgilenir.	1	2	3	4	5
68. Bazı ilaçlar içlerinde bize açıklanmayan şeyler barındırır.	1	2	3	4	5
69. Genellikle insanlara güvenirim.	1	2	3	4	5
70. Genellikle kendi kendimi denetler, sorumluluk duyarım.	1	2	3	4	5
71. Genel dinsel inanışlarım ve değerlerim vardır.	1	2	3	4	5
56.Genellikle kendimi tahlil eder, başkalarını da anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
72. Genellikle insanlara karşı güvensiz ve şüpheliyimdir.	1	2	3	4	5
73. Tüm insanların, fırsat verildiğinde ortaya çıkacak gaddar bir damara sahip olduğunu varsaymak en iyi yoldur.	1	2	3	4	5
74. Başkasına sınırsız güvenen bir kişi başına dert arıyor demektir.	1	2	3	4	5
75. İnsanların çoğu, diğer insanlara içtenlikle yardım için fedakârlıkta bulunmayı içtenlikle istemezler.	1	2	3	4	5

<u>Buradan sonraki soruları şu an hizmet aldığınız doktorunuzu düşünerek cevaplayınız.</u>					
	Hiç KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	BİRAZ KATILYORUM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
77. Doktorum, benim duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarıma saygılıdır.	1	2	3	4	5
78. Eğer çocuğum da kalp hastası olsaydı bu doktora getirirdim.	1	2	3	4	5
79. Doktoruma öyle güvenirim ki her zaman onun tavsiyelerine uyarım.	1	2	3	4	5
80. Bazen doktorumun verdiği tedavi kararından şüpheye düşerim ve başka bir doktordan ikinci bir görüş isterim.	1	2	3	4	5
81. Doktorumun benim sağlığım için yapması gereken her şeyi yapmadığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
82. Doktorum, benim hastalığım konusunda gerçek bir uzmandır.	1	2	3	4	5
83. Doktorumun benim tedavimle ilgili bana karşı dürüsttür.	1	2	3	4	5
84. Hastalığımın seyri hakkında bazen kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
85. Doktorum şikâyetlerimi açıklamam için yeterince zaman verir.	1	2	3	4	5
86. Sorduğum sorulara doktorum anlayacağım biçimde cevap verdi.	1	2	3	4	5
87. Doktorum muayene için istediğim kadar vakit ayırır.	1	2	3	4	5
88. Tedavim hakkında verilen kararlara ben de dâhil oldum.	1	2	3	4	5
89. Doktorum muayene, yatış sonrası şikâyetlerim devam ederse ya da artarsa ne yapmam gerektiğini açıklar.	1	2	3	4	5
90. Tıp bazen yetersiz kalır.	1	2	3	4	5
91. Doktorum benden tetkik istemezse onun doktorluğundan şüphe duyarım.	1	2	3	4	5
92. Doktorum bana ilaç yazmazsa onun doktorluğundan şüphe duyarım.	1	2	3	4	5

Ek 2: Derinlemesine Mülakat Sırasında Yöneltilen Sorular

- 1- Demografik Veriler (Cinsiyet, yaş, sosyal güvenlik durumu, medeni hal)
- 2- Sizce doktor-hasta ilişkisi nasıl olmalı?
- 3- İyi doktor kime dersiniz? İyi doktor hastasına nasıl davranır?
- 4- Size doktor nasıl davranırsa güvenirsiniz?
- 5- Doktora güvenmezseniz ne olur?
- 6- Doktor ne yapınca kafanız karışıyor?
- 7- Gidilebilecek hastane alternatiflerinin artması konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 8- Gittiğiniz hastanelerde karşılaştığınız/gözlemlediğiniz en önemli sorun nedir?

Ek 3: Güven Değişkenleri

Güven 1:

- Tüm insanlar fırsat verildiğinde ortaya çıkacak gaddar bir damara sahiptir.
- Başkasına sınırsız güvenen birisi başına dert arıyor demektir.
- İnsanların çoğu, diğer insanlara yardım için fedakarlıkta bulunmayı içtenlikle istemezler.
- Doktorumun benim sağlığım için yapması gereken
- Doktorum yatış sonrası şikayetlerim devam ederse ya da artarsa ne yapmam gerektiğini açıklar.
- Tıp bazen yetersiz kalır
- Doktorum benden tetkik istemezse onun doktorluğundan şüphe duyarım.
- Doktorum bana ilaç yazmazsa onun doktorluğundan şüphe duyarım.

Güven 2:

- Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.
- Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.

Güven 3:

- Doktorlar bana karşı her konuda dürüştür.
- Doktorlara tamamen güvenirim.

- Eğitim seviyem aldığım sağlık hizmetini etkilemektedir.
- Sağlık sistemiyle ilgili Şikayette bulunursam dikkate alınırım.
- Tıbbi kayıtlarım ilgisiz kişilere kapalıdır.
- Sağlık sisteminin hataları yüzünden her gün insanlar ölmektedir.
- Benim sağlığımla ilgili hata yapılırsa bunu benden saklamaya çalışırlar.

Ek 4: İzinler

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.07.00.04/15774
Konu : Akademik Destek

16/04/2010

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü öğrencisi Günnur ERTONG'un "Hasta-Hekim İlişkisinde Güven Unsuru" konulu Doktora Tez çalışması ve anketi uygun görülmüş olup, ekte gönderilen anketin 15 Mayıs-15 Temmuz 2010 tarihleri arasında iliniz Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ilgili öğrenci tarafından 200 hastaya uygulanması ve 50 hastaya da mülakat yapması konusunda gerekli kolaylığın sağlanması hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Hasan GÜLER
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı V.

Ek:
Anket Formu (2 Sayfa)

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sk. No:19 Zemin Kat
Telefon: (312) 458 50 18
E-Ağ: www.performans.saglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: U. BEYLİK
Faks: (312) 435 16 79
E-posta: performansyonetimi@saglik.gov.tr

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.07.00.04/ 54360
Konu : Akademik Destek

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hiz.Gen.Müd.Performans
Yön.ve Kalite Geliş.Daire
27 Temmuz 2010 11:43:36 /30363



MERSİN VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü öğrencisi Günnur ERTONG'un "Hasta-Hekim İlişkisinde Güven Unsuru" konulu Doktora Tez çalışması ve anketi uygun görülmüş olup, ekte gönderilen anketin 28 Temmuz- 31 Aralık 2010 tarihleri arasında iliniz Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Toros Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesinde ilgili öğrenci tarafından 200 hastaya uygulanması ve 50 hastaya da mülakat yapması konusunda gerekli kolaylığın sağlanması hususunda.

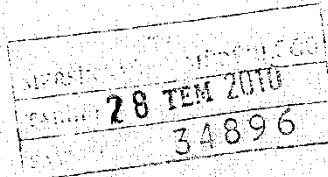
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Hasan GÜLER
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı V.

Ek:
Anket Formu(8 sayfa)

İl Sağlık Müdürlüğüne

Vali a.



Ted. Hizmetleri
28.07.2010

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.104.İSM.043300-01(251.99) 27161
Konu : Akademik Destek

28 TEM 2010

MERSİN DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 27.07.2010 tarih ve B.10.0.THG.0070004/30363 sayılı Günnur ERTONG'un doktora tez çalışması ve anketi ile ilgili yazısı ekte gönderilmekte olup, 28 Temmuz- 31 Aralık tarihleri arasında Hastanenizde adı geçen öğrenci tarafından 200 hastaya anketi uygulaması ve 50 hastaya da mülakat yapması konusunda gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Esmâ UĞUR TERZİER
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

DAGITIM:
Mersin, Toros, Tarsus Dev.
Hast. Baştabipliğine

EKLER:
1- Yazı (1 Sayfa)
2- Anket (8 Sayfa)

T.C. Sağlık Bakanlığı Mersin Devlet Hastanesi Başhekimliği	
GELEN EVRAKIN	
Tarih: 28.07.2010	Sayı: 27161
Dosya No:	Ekt: 1
Şubesi: Personel Şif. Bg.	
Hastane Müdürü	Başhekim