



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇOCUK
HASTALIKLARI SERVİSİNDE YATAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN
DOKTOR-HASTA İLETİŞİMİNİ ALGILARI**

YASEMİN ASLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard.Doç.Dr.DİLŞAD CEBECİ

İSTANBUL-2004

TEŞEKKÜR

Enstitüde eğitime başladığım günden itibaren bana her konuda bilgi, yardım ve desteklerini esirgemeyen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Tezimin Hazırlanması aşamasında bana sabırla yol gösteren, ilgisini, desteğini esirgemeyen ve danışmanlığımı üstlenen değerli hocam Yrd.Doç.Dr.Dilşad CEBECİ'ye,

Verilerin bilgisayardaki analizi ve tezimin düzenlenmesi aşamalarında yardımlarını ve sabrını benden esirgemeyen çok değerli arkadaşım Mehmet Akif Orakçı'ya,

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Servisinde çalışmama izin veren hastane yetkililerine, anketlerin doldurulmasında son derece yardımlarını gördüğüm Dr.İbrahim GÖKÇE'ye ve

Emeği geçen herkese sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
TABLolar LİSTESİ.....	V
GRAFİKLER LİSTESİ	VII
ÖZET	1
SUMMARY	2
GİRİŞ VE AMAÇ	3
GENEL BİLGİLER.....	5
1. İLETİŞİM KAVRAMININ KURAMSAL YAPISI	5
1.1. İletişimin Anlamı, Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. İletişimin İşlevleri	7
1.2.1. Enformasyon (Bilgilenme-Bilgilendirme):.....	7
1.2.2. Sosyalizasyon (Toplumsallaşma):.....	7
1.2.3. Motivasyon:.....	7
1.2.4. Entegrasyon (Bütünleştirme):.....	7
1.2.5. Eğitim:.....	7
1.2.6. Kültürel Gelişme:.....	7
1.2.7. Eğlence	8
1.2.8. Tartışma:.....	8
1.3. İletişim Modelleri	8
1.3.1. Süreç Yaklaşımı:.....	8
1.3.1.1. İletişimin Temel Öğeleri	8
2. İLETİŞİM BECERİLERİ	11
2.1. Sağlık Alanında İletişim Becerilerinin Önemi.....	11
2.2. Tedaviyi Etkileyen Faktörler	13
3. MODERN TIBBIN GELİŞİMİ VE DOKTOR HASTA İLİŞKİSİNİN GEÇİRDİĞİ EVRELER	14
3.1. Yatakbaşı Tıbbı	14
3.2. Hastane Tıbbı	14
3.3. Laboratuvar Tıbbı.....	15
4. DOKTOR HASTA İLİŞKİSİNİN ÖNEMİ	17
5. DOKTOR HASTA İLİŞKİSİ MODELLERİ	24

5.1. Parsons'ın Doktor Hasta İlişkisi Modeli.....	24
5.1.1. Zarar Görme ve Sapma: Hasta Rolünün İki Boyutu	26
5.1.2. Hasta ve Doktorun Karşılıklı Roller.....	27
5.2. Parsons'ın Doktor Hasta İlişkisi Modeli Işığında Geliştirilen Modeller.....	29
5.2.1. Szasz ve Hollender'in Doktor Hasta İlişkisi Modeli	29
5.2.1.1. Aktif- Pasif Model:.....	29
5.2.1.2. Rehberlik-İşbirliği Modeli:.....	30
5.2.1.3. Çift Taraflı Katılım Modeli:.....	30
5.2.2. Hayes ve Bautista'nın Doktor Hasta İlişkisi Modeli	31
5.2.3. Bryne ve Long'un Doktor Hasta İlişkisi Modeli.....	32
5.2.4. Freidson'un Doktor Hasta İlişkisi Modeli.....	34
5.2.5. Emanuel ve Arkadaşlarının Doktor Hasta İlişkisi Modeli.....	36
5.2.5.1. Peternalistik Model.....	36
5.2.5.2. Öğretici (Informative) Model.....	36
5.2.5.3. Yorumlayıcı (Interpretive) Model.....	37
5.2.5.4. Uzlaşmacı (Deliberative) Model	37
6. SAĞLIK PERSONELİ VE HASTA / HASTA YAKINLARI ARASI İLETİŞİM	38
6.1. SAĞLIK PERSONELİ İLE HASTA / HASTA YAKINLARI ARASI İLETİŞİM SORUNLARI.....	40
7. KONU İLE İLGİLİ BAZI İLGİLİ ARAŞTIRMA SONUÇLARI.....	41
8. GELİŞMİŞ ÜLKELERDE VE TÜRKİYE'DE DOKTOR HASTA İLİŞKİSİNİ DÜZENLEMeye YÖNELİK ÇALIŞMALAR.....	44
8.1. Hasta Haklarının Amaçları	44
8.2. Hasta Haklarının Kapsamı	45
9. HEKİM HASTA İLİŞKİLERİNİN ÖĞELERİ	48
9.1. Enstrumental (Araçsal) Ya Da İşe İlişkin Davranış	49
9.2. Duygusal (Afektif) Davranış.....	50
9.3. Hasta Merkezli Yaklaşım.....	50
GEREÇ VE YÖNTEM	52
1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	52
2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	52
3. VERİLERİN TOPLANMASI	52
4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	53

5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI:.....	53
BULGULAR.....	55
TARTIŞMA.....	75
SONUÇ.....	79
ÖNERİLER.....	81
EKLER.....	84
EK 1	84
EK 2	89
KAYNAKLAR	90
ÖZGEÇMİŞ.....	93



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hasta ve Doktor Rollerinin Analizi	28
Tablo 2: Szasz ve Hollender'in Doktor Hasta İlişkisinde Üç Temel Modeli	31
Tablo 3: Byrne ve Long'un Doktor Hasta İlişkisi Modeli.....	32
Tablo 4 : Anket soruları ve ilişkili oldukları boyutlar	53
Tablo 5 : Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri	55
Tablo 6 :Ebeveynlerin Sağlık İhtiyaçlarının Karşılanması İle İlgili Özellikleri	58
Tablo 7 : Ebeveynlerin Tıbbi Bakım Çevresi İle İlgili Bulgular.....	59
Tablo 8 : Toplam Skor ve Eğitim Durumu Arasındaki ilişki	60
Tablo 9 : Gelir ve Toplam Skor Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 10 :Doktorun Günlük Bilgilendirme Süresi ve Toplam Skor Arasındaki İlişki	60
Tablo 11 : Doktor ile Günlük Görüşme Süresi ve Toplam Skor Arasındaki İlişki...	61
Tablo 12 : Ebeveynlerin Günlük Ortalama Soru Sorma Süresi ve Toplam Skor Arasındaki İlişki	61
Tablo 13 : Çocuğun Yatış Gün Sayısı ve Toplam Skor Arasındaki İlişki.....	61
Tablo 14 : Cinsiyet ve Ebeveyn Doktor İlişkileri.....	62
Tablo 15 : Gelir ve Doktor Ebeveyn İlişkileri.....	62
Tablo 16 : Eğitim Durumu ve Doktor Ebeveyn İlişkileri.....	63
Tablo 17: Hastanede Yatış Gün Sayısı ve Doktor Ebeveyn İlişkileri.....	64
Tablo 18 : Doktorla Günlük Görüşme Süresi ve Doktor Ebeveyn İlişkileri	64
Tablo 19 : Ebeveynlerin Doktor Tarafından Günlük Bilgilendirme Süresi ve Doktor Ebeveyn İlişkileri	65
Tablo 20 : Ebeveynleri Günlük Doktora Soru Sorma Süresi ve Doktor Ebeveyn İlişkileri	66
Tablo 21 : Cinsiyete Göre Hekim-Ebeveyn İletişimine Dair Bazı Düşünceler	67
Tablo 22 : Ebeveynlerin İkamet Yerine Göre Hekim-Ebeveyn İletişimine Dair Bazı Düşünceleri	69
Tablo 23 : Ebeveynlerin Daha Önce Marmara Üniv. Hast. Başvurma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişimine Dair Bazı Düşünceleri	71
Tablo 24 : Ebeveynlerin Doktorun Ayırdığı Süreyi Yeterli Bulma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişimine Dair Bazı Düşünceleri	73

Tablo 25: Ebeveynlerin Bazı Sosyo-Demografik ve Hastaneden Aldıkları Hizmet İle İlgili Tanımlayıcı Veriler	74
--	----



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1 : Ebeveynlerin Yılda Sağlık Kuruluşuna Müracaat Etme Durumu	56
Grafik 2 : Ebeveynlerin Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı	56
Grafik 3 : Ebeveynlerin Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarını Tercih Nedenleri .	57
Grafik 4 : Ebeveynlerin Marmara Üniversitesi Hastanesini Tercih Nedenleri.....	57
Grafik 5 : Ebeveynlerin Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Dağılımı ..	58



ÖZET

Doktor hasta ilişkisi, hem hasta tatmini hem de hasta hakları açısından son derece önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Doktor hasta ilişkisinin niteliği teşhis ve tedavi kararlarında yaşamsal rol oynamaktadır. İyi bir doktor hasta ilişkisi, hastanın doktorla işbirliği yapmasını ve doktorun talimatlarını yerine getirmesini kolaylaştırmaktadır.

Bu araştırmada, hekim hasta iletişimine farklı bir boyuttan yaklaşmaya çalıştık. Bir üniversite hastanesinin pediatri servisinde yatan çocukların ebeveynleri ile çocuk doktorları arasındaki iletişimi irdelemeye çalıştık. Bu araştırmanın amacı; pediatri servisinde yatan çocukların ebeveynleri ile hekimler arasındaki ilişkileri ve bu ilişkilerin boyutlarının ebeveynler tarafından nasıl algılandığını ve bu algılamanın hastaların sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır. Bu amaçla, İstanbul Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Servisi'nde 15 Eylül 2003-15 Nisan 2004 tarihleri arasında yatan 0-15 yaş grubu 334 hasta çocuğun ebeveynine yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin 66(%19,8)'si erkek, 268(%80,2)'i kadındır. Araştırma grubunun %35,3'ünün lise mezunu olduğu, %11,1'inin İstanbul dışında ikamet ettiği belirlenmiştir. Grubun %25,4'ü yılda ortalama 2 kez bir sağlık kuruluşuna müracaat ettiklerini ifade ederken, %53,9'u başvurdukları sağlık kuruluşunu tercih nedeni olarak sigortasını kabul ettiklerini belirtmişlerdir. Toplam skor değerleri ile ebeveynlerin eğitim durumu, gelir, doktorun günlük bilgilendirme süresi, çocuğun yatış gün sayısı, doktor ile günlük görüşme süresi ve ebeveynlerin günlük ortalama soru sorma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırma bulgularının analizi ile, doktorların ebeveynlere daha fazla zaman ayırmalarının, onları daha fazla bilgilendirmelerinin ve onlara daha yakın davranmalarının, doktor ebeveyn ilişkisini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

DOKTOR PATIENT RELATIONSHIP PERCEPTION OF PARENTS OF SICK CHILDREN TREATED AT THE FACULTY OF MEDICINE IN THE MARMARA UNIVERSITY

Doctor-patient relationship has always been an extremely important factor for patients' satisfaction and rights. It plays a crucial role in diagnosis and treatment decisions. A good doctor-patient helps a patient cooperate with the doctor and carry out the doctor's advices.

In our study we tried to approach the doctor-patient communication from a different point of view. Our objectives are: to find out the extent of relationship between the doctors and the parents of the in-patients of our Pediatrics Ward, to determine what parents think of these relationships and if their opinions differ with their socioeconomic and demographic status. For this purpose, with the method of face to face interviewing, a survey was done among the parents of 334 in-patients (0-15 ages), who were receiving treatment in Pediatrics Ward of Marmara University Faculty of Medicine hospital during the period between 15 September 2003 and 15 April 2004.

Among the participants, 66(19.8%) were men and 268(80.2%) women. 35.3% was high school graduates and 11.1% was the residents outside Istanbul. While 25.4% seek medical care an average of twice a year, insurance status plays a main role for 53.9% in their choosing of health care centers. There was found to be a difference of statistically significance between the total score values and parents' education, income, the time a doctor spends with the parent to give information, duration of a patient's stay in hospital, the time spent daily by a doctor with the patient and the average time given to a parent to ask questions.

From the outcome of our data analysis, it is shown that the doctor-patient relationship is affected positively when doctors spend more time with parents, when parents are informed more frequently and when there is a smoother relationship between a doctor and a parent. We can finally conclude that it will be beneficial for a hospital to bring into effect better policies of doctor-patient relationship which is essential for patients' satisfaction and rights.

GİRİŞ VE AMAÇ

İletişim, insan yaşamında giderek artan önem ve yoğunlukta kullanılmaktadır. Son yüzyıllarda hızlı bir şekilde meydana gelen teknolojik gelişmelerin, önemini azaltmadığı sayılı konulardan biridir iletişim. Hatta teknolojik gelişmelerle birlikte iletişimin önemi giderek artmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde de, bu gelişmeler sonucunda, iletişim vazgeçilmez bir unsur haline gelmiştir.

İnsanı konu edinen diğer bilim dallarından farklı olarak tıp, kuramsal veya soyut değerlendirme yerine özel ve somut olan insanı, tek tek hastaları ele alır. Tıp eğitimi ve uygulamasının toplumsal yönü özellikle halk sağlığı ve koruyucu hekimlik alanlarında önem taşırsa da, tıbbın konusunu toplumsal ve bireysel düzeyde olsun tek tek insanlar oluşturur. Bu ayırım, insanlar yerine insanla uğraşan ve başlangıcı bilimsel olmaktan çok bir uygulama alanı olarak gelişen tıp alanında, diğer bilim alanlarında bulunmayan, doktor hasta ilişkisi gibi çok özel ve yakın bir ilişki biçimini ortaya çıkarmıştır.

Doktor hasta ilişkisi konusu, 1980'li yıllardan itibaren örgüt genelinde uygulanan kalite yönetimi programlarında, hastaların hizmetlerle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin ve hasta tatmininin dikkate alınmaya başlanması ile birlikte önem kazanmıştır. Bu yıllarda hasta tatmini konusu, artan rekabet ortamında giderek önem kazanmış ve bunu etkileyen faktörler üzerinde durulmaya başlanmıştır. Donabedian'a göre hasta tatmini, "hasta veya hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden ve hizmet ortamından hoşnut olması veya beklentilerini gerçekleştirilmesi" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım çerçevesinde hasta tatminini etkileyen bir çok faktörden bahsedilebilir. Hizmet sunumunda sahip oldukları önemli rol nedeniyle doktor hasta ilişkisi, hasta tatminini etkileyen önemli faktörlerin başında gelmektedir.

Doktor hasta iletişiminin tedaviyi etkilemesi ve iletişimin başarısızlığı durumunda gerçekleşecek kayıpların insan hayatını doğrudan etkilemesi nedeniyle doktorların hastalarıyla olan iletişimi önemli görülmüştür. Türkiye'de doktorların hastalarıyla kurdukları iletişimin, çalıştıkları yere göre değişiklik gösterdiği bilinen bir gerçektir. Kurulan iletişim biçimi, tedaviyi sürdürme ve kabul aşamalarında etkili olduğu için ve özellikle de hasta çocukları için endişe içinde olan ebeveynler açısından, doktor hasta iletişiminin bir üniversite hastanesinin çocuk hastalıkları

servisinde hangi ölçüde gerçekleştirildiği merak edilmiş ve araştırmaya değer bulunmuştur.



GENEL BİLGİLER

1. İLETİŞİM KAVRAMININ KURAMSAL YAPISI

1.1. İletişimin Anlamı, Tanımı ve Önemi

İletişim kelime anlamı olarak, Latince’de bölüşme anlamına gelen “Communis” kelimesinden çıkarılmış bir terim olup (7), “Communication” sözcüğünün karşılığıdır (8). Bu anlamda iletişim, “mevcut kapsamın bireyler arasındaki bölümünü sağlamak için yapılan çabalar” olarak tanımlanmaktadır (25).

İletişim günümüzde çeşitli anlam, yaklaşım ve modelleriyle bir çok disiplinin kapsam ve uygulamalarında yer almaktadır (25). Bir insan için duyu organlarının ve sinir sisteminin rolü ne ise, bir örgüt için iletişim araçlarının ve iletişim ağının anlamı da odur (6). İnsanların başkalarını anlayabilmeleri, kendilerini anlatabilmeleri ve karşılıklı olarak duyu ve düşüncelerini paylaşabilmeleri kuracakları iletişimin gücüne bağlıdır. İletişim, kişilerarası ilişkileri, örgütleri, toplumları oluşturan ve bir arada tutan temel etmendir. Toplumsal yaşam içinde bireyin benliğini var edebilmesi ve başkalarıyla birlikte bir işi gerçekleştirebilmesi ancak iletişimle olanaklıdır (30).

İnsanın bulunduğu her ortamda iletişimin gerçekleşiyor olması, kavramın kapsam ve boyutlarının büyüklüğünü ortaya çıkarmaktadır. Kapsamı bu kadar geniş olduğu için iletişim teriminin bugüne kadar çok sayıda tanımı yapılmıştır. Yapılmış olan bazı iletişim tanımlarını sunmak, açıklamanın kabul edilmesini sağlayacaktır.

- İletişim, anlamların paylaşılma sürecidir (25).
- İletişim, iletilmek istenilen konunun, ilgili herkes tarafından tümüyle anlaşılabilmesi amacıyla bilgi, kanı ya da düşüncenin yazı, konuşma ve görsel araçlarla ya da bunların bir arada kullanımıyla iletilmesi, alınması ya da değiştirilmesi olarak tanımlanabilir (21).
- İletişim; fikir, bilgi, haber, tutum, duyu ve becerilerin iki veya daha fazla insan arasında paylaşılması sürecidir (19).

- Wilbur Schramm iletişimi, ilişkisel boyutlarıyla “özel ilişkiler düzeni içindeki bilgi işaretlerini hedefleyen eylemler dizisi” diye tanımlarken; L. Lawrence Kincaid iletişimi, insanlar arasında yaklaşma aracı olarak değerlendirmiş ve “karşılıklı anlayışa ulaşmak amacıyla bilginin katılımcılar tarafından paylaşıldığı yakınlaşma süreci” şeklinde tanımlamıştır (25).
- İletişim, bilinçli veya bilinçsiz olarak kullanılan araç veya davranışlar ile diğer insanların algılama süreçlerini etkileyen dinamik bir süreçtir (4).
- Eğitim terimleri sözlüğünde iletişim; “bir düşüncenin, bir duygunun yüz anlatımı, el, kol ve baş hareketleri, konuşma yoluyla ya da yazı, telefon, radyo, televizyon gibi araç ve gereçlerden yararlanılarak bir kimseden başka bir kimseye iletimi” olarak tanımlanmaktadır (20).
- İletişim, bireyler arasında ortak simgeler sistemiyle gerçekleştirilen anlam ve bilgi alışverişidir (24).

İnsan yaşamının tamamını kapsayan bir tanım olan iletişimi, tek bir tanım altında toplamak mümkün değildir. Yapılan tanımlar birbirinden farklı olmakla beraber içerik olarak ortak yanları vardır. Yukarıda yapılan tanımların ortak noktalarından biri; en az iki birey arasında duygu, düşünce ve bilgi alışverişinin olmasıdır. Diğer bir ortak nokta ise; iletişim sürecini başlatan kaynağın, alıcı rolü de üstlenmesidir. İletişimde bireyin sadece mesajı göndermesi yetmez, alıcıdan da geri bildirim alması gerekir. Ancak böyle bir durumda iletişimin varlığından söz edilebilir. İletişim sürecinde bireyler karşılıklı olarak birbirlerinden etkilenir ve etkilerler, buna bağlı olarak da değişirler.

Kan dolaşım sisteminin insan vücudunda oynadığı rol ve önemi ne ise iletişimin insan ilişkilerindeki rol ve önemi aynıdır (25). Bir grubu oluşturan bireyler arasında çekme bağı ne ölçüde güçlü ise grubun o ölçüde güçlü olduğunu belirtmek doğrudur. Bir grup içindeki bireylerin karşılıklı ilişkileri ve bu ilişkinin olumluluğu çekme gücü olarak kabul edilirse, sözü edilen çekme gücünün doğrudan iletişikle ilgili olduğunu; grupların bireyler arasındaki iletişim ilişkisi ile ortaya çıkacağını ve ilişki sürekli olduğu ölçüde var olmaya devam edeceğini kabul etmek gerekir.

1.2. İletişimin İşlevleri

1.2.1. Enformasyon (Bilgilenme-Bilgilendirme):

Kişisel, çevresel, yerel, ulusal ve uluslararası koşulları anlamak, bilinçli tepkiler göstermek ve doğru sonuçlara ulaşmak için gerekli olan haber, veri, bilgi, resim, mesaj, fikir ve yorumların toplanması, depolanması, işlenmesi, paylaşılması ve yayılması iletişimin enformasyon işlevinin kapsamını oluşturur (25).

1.2.2. Sosyalizasyon (Toplumsallaşma):

İletişimin bu işlevi, kişilerin içinde yaşadıkları toplumun etkili bir üyesi olarak işlev yapabilmeleri için gerekli olan toplumsal bağlılığı ve bilinci besleyerek verilerin insanlara aktarılmasıdır. Kısaca, toplum ile kişi arasında bir köprü görevi görerek, kişilerde toplumca istenen tutum ve davranışların gelişmesini sağlar (25).

1.2.3. Motivasyon:

Güdüleme anlamına gelen motivasyon, belli amaç ve hedeflere ulaşabilmek amacıyla şartlandırmaktır. Toplamların yakın ve uzak hedefleri için gerekli koşulların oluşturulması, kişisel ve toplumsal etkinliklerin desteklenmesi, kişisel ve toplumsal beklentilerin uyuşmasının sağlanması ve teşvik edilmesi vb. iletişimin motivasyon işlevi çerçevesinde değerlendirilir (25).

1.2.4. Entegrasyon (Bütünleştirme):

Tüm insanları kaynaştırmak, tanıştırmak, birbirlerini anlamasını sağlamak iletişimin bu görevini oluşturur. İnsanları birbirine entegre eder (25).

1.2.5. Eğitim:

Kişilik oluşumu, kişisel yetenek ve kapasitenin gelişmesi için bilgi, duygu ve becerilerin etkili biçimde aktarımının sağlanması açısından ele alındığı zaman, iletişimin eğitim sürecine katkıda bulunduğu, hatta zaman zaman eğitim işlevi gerçekleştirdiği görülmektedir (25).

1.2.6. Kültürel Gelişme:

Kültürel birikimin aktarılması ve gelişiminin sağlanması iletişimin bir diğer temel işlevidir (25).

1.2.7. Eğlence

İyi bir eğlencenin gerçekleşebilmesi için, iyi bir iletişim sürecinin olması gerekir (25).

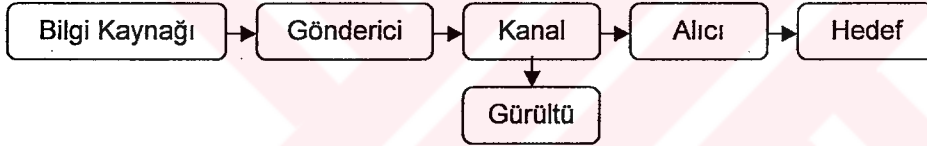
1.2.8. Tartışma:

Çatışma yerine tartışmanın gerçekleşmesi için, insanların özellikle, somut özelliklerinden genellenmiş kavramları anlaşılır biçimde anlatabilmeleri ve birbirlerini doğru anlamaları ancak iletişim kurmaya açık olmalarıyla gerçekleşir (25).

1.3. İletişim Modelleri

1.3.1. Süreç Yaklaşımı:

Shannon ve Weaver'a ait olan bu model beş temel öğeden oluşmaktadır (9). Bu öğeler aşağıda şekil 1'de görülmektedir.



Şekil 1. Shannon ve Weaver'ın İletişim Modeli

Süreç yaklaşımı iletişimi, temel amacı "ileti(mesaj) aktarımı" olan bir süreç olarak görür.

Bu yaklaşım iletişimin teknik yönünü oluşturur. İletişimi, bir iletişim eyleminde kaynak durumundaki iletişimcinin ve alıcının iletiyi kodlaması, iletişim ortam ve kanallarının kullanılması aşama ve öğeleriyle ele alır. Süreç yaklaşımında iletişimin doğru olarak gerçekleşmesi ve etkili olması önemlidir. Bu yaklaşıma göre iletişim bir bireyin, başka bir bireyin davranışlarını ya da zihinsel durumlarını etkileme sürecidir. Bu sürecin sonunda ortaya çıkan etki, beklenenden az veya farklı olursa iletişimde başarısızlık söz konusudur. Başarısızlığın nedeni araştırılmalıdır. Süreç yaklaşımı iletişime sistem yaklaşımını da birlikte getirir. Sistem, belli bir amacı gerçekleştirmek üzere birbirleriyle etkileşim halinde olan öğeler bütünü diye tanımlanmaktadır. İletişim sürecinin temel öğeleri kaynak, mesaj, kanal, alıcı ve geri bildirimdir.

1.3.1.1. İletişimin Temel Öğeleri

İletişimin öğeleri açısından iki önemli iletişim çeşidinden bahsedebiliriz:

- Tek yönlü (doğrusal) iletişim; kaynak, mesaj, kanal ve alıcı öğelerini içerir.
- Çift yönlü (döngüsel) iletişim; kaynak, mesaj, kanal, alıcı ve geri bildirim öğelerini içerir.

Şimdi bu öğeleri teker teker inceleyelim:

Kaynak

İletişim sürecini başlatan, ürettiği anlamlı iletileri simgeler aracılığı ile gönderen kişi, grup ya da bazı iletişimcilere göre kurum. Kaynak, konusuna hakim olmalı, konuya ve alıcıya karşı iyi bir tutum sergilemeli, iletişim becerilerini iyi bilmelidir (25). Kaynak, beklediği bir davranışı gerçekleştirmek üzere alıcı veya alıcılara mesaj üretecektir. Kaynağın etkisini arttırmasında kaynağın örgütsel konumu, toplumsal konumu, anlatım gücü, yeterliliği, coşkulu olup olmaması ve alıcıya karşı açık olup olmaması önemli rol oynar (6). Bu becerilerin yanında güç, güvenilirlik, prestij ve çekicilik gibi niteliklerin de kaynakta olması gerekir (25).

Mesaj

Kaynağın ürettiği ve aktarmayı, paylaşmayı istediği anlam ya da kavramlardır. Daha sade bir dille, kaynağın alıcısı ile paylaşmak istediği düşünce, duygu ve davranışlarını temsil eden sembollerdir. Mesajın anlamı kaynağın alıcıya göndereceği anlamı bozmadan ulaştırmaktır (25). Bir ileti ne kadar anlamlı ve somutsa, alıcının ne kadar çok duyusunu uyarıyorsa o kadar iyi algılanır (6). Mesajın beklenen düzeyde algılanması, anlaşılması ve kavranması mesajın anlamlılığına bağlıdır. Mesaj; anlamlı, doğru, gerçekçi, açık ve anlaşılabilir olmalıdır (25).

Kanal

Kodlanmış iletinin kaynaktan hedef ya da hedeflere (alıcılara) ulaştırılmasını sağlayan tüm doğal ve yapay alıcılardır. İletişimde kanal, duyu organlarını ve bunlarla bağlantılı olan yapıları içerir. İletişimde kullanılan kanal sayısı arttıkça iletişimin etkinliği de o derece artar (5).

Alıcı

Kaynaktan gelen iletileri biyolojik ve psiko-sosyal süreçler yoluyla alıp yorumlayan ve bunlara sözlü-sözsüz tepkide bulunan kişi ya da gruplardır. Alıcının

belli bir algılama gücü vardır. Bu yaşına, eğitimine, kültürüne ve ekonomik durumuna göre değişir. Alıcı mesajı alırken seçici davranır (8).

Geri Bildirim

Kaynağın gönderdiği mesaja alıcının gösterdiği tepkidir. İletişim sürecinde kaynak, alıcısına gönderdiği mesajların alınıp alınmadığını, alındıysa anlaşılıp anlaşılmadığını ya da ne denli anlaşıldığını alıcıdan kendisine yönelecek tepkilerden anlayacaktır. Geri bildirim yoluyla iletişimin etkin olup olmadığı kontrol edilmelidir (21).



2. İLETİŞİM BECERİLERİ

2.1. Sağlık Alanında İletişim Becerilerinin Önemi

Sağlık hizmetleri direkt insan hayatı ve sağlığı ile ilgili olduğu için büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunan kişilerin iletişim sürecini başarıyla yürütmesi gerekir. Bunun sağlanabilmesi için çeşitli iletişim becerilerinin kullanılmasına ihtiyaç vardır.

Çağdaş tıp anlayışı, insan merkezli yaklaşımları içerir. Yapılan çalışmalar bireyin kişisel ve sosyal ihtiyaçlarının, hastalık yaşantıları ile bağlantısının doğru sonuç için zorunlu olduğunu göstermiştir (13). Sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişimin hedeflenen düzeyde olmaması bir çok soruna neden olabilmektedir. Bunlardan en önemlisi tedavi süreci üzerine olan olumsuz etkilerdir. Korsch ve Negrete'in yaptığı bir çalışmada çocuk doktorlarıyla olan ilişkilerinden memnun olan anneler grubunun %53.4'ünün, memnun olmayanların ise yalnızca %16.7'sinin doktorun isteklerine uyduğu görülmüştür. Doktorun iletişim biçiminden hoşlandığını söyleyen annelerin %86'sının, hoşlanmayan annelerin ise yalnızca %25'inin ilişkiden doyum sağladığı belirlenmiştir. Hastaların ilaçlı tedaviye uymamaları, hastaneye yatmalarının önemli bir nedeni olarak gösterilmiştir. Bu konuda yapılan ek çalışmalar, hastaların doktorlarını ikinci ziyaretlerinde reçeteye tedaviye uyma oranlarının %50'ye, beşinci ziyaretlerinde de %30'a düştüğünü ortaya çıkarmıştır (5).

Ülkemizde iletişim becerilerinin kazandırılmasına yönelik yapılan çalışmaların oldukça az olduğu gözlenmektedir. Bu alanda Türkiye'de ilk çalışma Dökmen tarafından yapılmıştır. Yüz ifadelerini teşhis etme becerilerini geliştirmek amacıyla yapılan çalışmanın sonunda, programa katılanların yüz ifadelerini tanıma becerilerinin arttığı ve çatışmaya girme eğilimlerinin azaldığı saptanmıştır (5).

Sağlık ve tıp alanında iletişim becerisi birkaç yönden önem taşımaktadır. İletişim tekniğinin öğrenilerek iletişim becerisinin geliştirilmesi sadece sağlık profesyonelleri ile sağlık hizmeti alanlar arasındaki ilişkinin gelişmesine değil, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin birbirleriyle kuracakları ilişkilerde de, amaçları yönünde sonuç almalarına imkan verir (5).

Sağlık personeli için etkin iletişim becerilerinin kullanılmasından sağlanabilecek yararların bir kısmını şu şekilde ifade etmek mümkündür (13):

- Doktorlar daha doğru bilgi topluyor ve daha doğru tanı koyuyor.
- Hemşireler hastaların gerçek duygularını öğreniyor.
- Hastalar kendilerine bakanlara daha çok güveniyor.
- Hastaların terapi ve yönetime direnci azalıyor.
- Hastaların gerginlik ve korkularını dışa vurmaları kolaylaşıyor.
- Hastaların sağlık personeli ile arasındaki olumsuz sözsüz iletiler azalıyor.
- Hastaların sorunlarının çözümüne yardımcı olunuyor.
- Sağlık personeli, sorunu olan hastalara danışmanlık yapmaları için daha iyi donatılıyor.
- Sağlık personeli, hastalarını kötüleştirecek durumlarla başetmede hastalara daha çok yardımcı olabiliyor.
- Doktorunu dinleyen hasta sayısı artıyor.
- Doktora gitmekten memnun olan hasta sayısı artıyor.
- Hastalar daha erken taburcu ediliyor.
- Hastalar doktorlarını daha seyrek değiştiriyor ve aynı doktora yeniden girme olasılıkları artıyor.
- Hastalar tedaviye daha az direnç gösteriyor.
- Hastaların doktora yanlış tedavi nedeniyle dava açma eğilimleri azalıyor.
- Hastaların iyimserlikleri ve yaşama istekleri artıyor.

2.2. Tedaviyi Etkileyen Faktörler

Hasta-hekim ilişkilerinde hekimin uyguladığı tedavinin özünü oluşturan bilimsel spesifik etkinin yanı sıra, “nonspesifik etkiler”in de belirleyici ve etkili olduğu bilinmektedir. Nonspesifik etkiler sağlık hizmeti alan, sağlık hizmeti veren ve durumla ilgili bütün değişkenlerin genel ifadesidir. Hasta-hekim ilişkilerinde rol oynayan nonspesifik etkenler şunlardır (5):

- Hekimin yaptığı işe olan inancı; hekimin vereceği hizmet konusunda işine, bilgisine ve kendisine olan güvenidir. Bu güvenin dışa yansması sözel ve sözel olmayan iletişim becerileri ile olur. Bunların sonucunda hekime inanılır ve onun söylediklerini yerine getirme, onunla işbirliği yapma konusunda istek duyulur.

- Hekimin gayreti; hekimin koruyucu sağlık davranışlarını kazandırmak ve hastasını iyileştirmek konusundaki gayreti, sağlık hizmeti alanlar tarafından algılanır. Hekimin gayreti ile ilgili olumlu algı, hekime karşı olan inancı ve bağlılığı artırır.

- Tıbbi yardım ortamının yeterliliği ve inandırıcılığı; sağlık hizmeti alanlar ile sağlık hizmeti verenlerin birlikte oldukları ortamın nitelikleri; güveni, inancı ve bağlılığı belirlemede çok önemlidir. Düzensiz, özensiz ve hijyenik yeterlilik açısından kuşku uyandıran bir ortam hasta beklentilerini olumsuz yönde etkiler.

- Sağlık hizmeti alanın sağlığını geliştirme beklentisi; hastaların hekimden ve sistemden sağlayacağı yararın yaşam süresine ve kalitesine katkı sağlayacağı inancı sağlık konusundaki beklentiye yükseltir.

Sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin, bir hekim ile olan görüşmelerinden beklentilerinin farklı olduğu görülmüştür. İnsanların uzman tanılarında ve tedavi girişimlerinden çok, sağlık problemlerinin anlaşılmış olmasına ve kendilerinin her zaman destek alabilecekleri bir hekimlerinin bulunduğuna inanmaya ihtiyaçları vardır. Bu temel beklentilerin karşılanması non-spesifik etki olarak tanımlanan alana aittir (5).

3. MODERN TIBBIN GELİŞİMİ VE DOKTOR HASTA İLİŞKİSİNİN GEÇİRDİĞİ EVRELER

Doktor hasta ilişkisinin gelişimi büyük toplumsal değişim hareketlerine paralel bir çizgi izlemiştir. Kişilerin sosyo-ekonomik düzeylerindeki değişimler tıbbi hizmetlerden beklentilerine de yansımış ve bu durum kişinin sağlık hizmetlerinin sunumundaki en önemli rolü oynayan doktorlarla olan ilişkilerinin de yeni boyutlar kazanmasına yol açmıştır. Özellikle Avrupa'da devrim niteliğindeki büyük toplumsal değişim hareketleri, batı tıbbının değişimine öncülük etmiştir. Bu süreç içinde doktor hasta ilişkisi de dönemin temel niteliklerini yansıtarak değişim göstermiştir. Jewson Avrupa'daki tıbbın aşağıdaki üç aşamadan geçtiğini vurgulamaktadır (12):

3.1. Yatakbaşı Tıbbı

Batı Avrupa'da, Ortaçağ'dan 18. yüzyılın sonuna kadar etkisini sürdüren bu dönemde tıp, genellikle zenginler için mevcut olmuş ve hastaların kendilerine en çok yardımcı olacaklarına inandıkları doktorları seçmelerine dayalı bir sistem içinde gelişmiştir. Bu dönem boyunca tıbbi tedavinin kapsamının en büyük belirleyicisi ve doktor hasta ilişkisi tipi, patron-doktor ilişkisi olmuştur.

Bu dönemde hasta kişi tıbbın odak noktası olmuş ve hasta kendi semptomları ve duyguları göz önüne alınarak bir "bütün" olarak muamele görmüştür. Tıp iki nedenden dolayı hasta odaklı olmuştur: Bunlardan birincisi, tekrar çağrılmama olasılığı nedeniyle doktor, hastanın güvenini kazanmak zorunda kalmıştır. İkincisi ise, tüm hastalıklarının nedeninin organizmanın dengesinin bozulması sonucu ortaya çıktığı varsayımı nedeniyle hastanın kendi hakkında söyledikleri, teşhis için temel gösterge olarak algılanmıştır. Bu dönemde doktor hasta ilişkisi, doktor ve hastanın teşhis ve tedavi kararlarına eşit olarak katıldıkları bir süreç şeklinde gelişmiştir. Doktor, karar verirken hastanın söylediklerini ön planda tutan ve hasta da eşit şartlar altında kararlara katılabilen taraf görünümündedir (12).

3.2. Hastane Tıbbı

19. yüzyılın başında, sanayi devrimiyle birlikte, sağlıksız şehirler yaratılmış ve buna paralel olarak da dünya görüşünde ve tıbbi uygulamada büyük bir değişim yaşanmaya başlanmıştır. Avrupa'da çok sayıda hastane inşa olmuş ve bu hastanelere başvuran çok sayıdaki fakir ve tıbbi bilgiden yoksun insan, doktor hasta

ilişkisinde hastanın üstünlüğünün etkisini kaybetmesine neden olmuştur. Bu dönemde doktorlar daha örgütlü bir meslek şekline dönüşmüş ve hastanelere başvuran hastaların çoğunun işçi olması nedeniyle doktorlar, daha alt statüdeki insanları tedavi eder konuma gelmişlerdir.

Hastalar, artık kendilerine özgü semptom ve problemlere sahip bireyler olarak algılanmak yerine "vakalar" olarak görülmeye başlanmış ve "hastalık" hasta insandan daha önemli hale gelmiştir. Doktorlar, dışarıdan gözlemlenen semptomları (hastalar tarafından bildirilenden daha az önemli hale gelmiştir), kendilerinin keşfedebildikleri vücuttaki bozuk fonksiyonlarla ilişkilendirmeye çalışmışlardır.

Bu dönemdeki doktor hasta ilişkisi, hastanın söylediklerinden çok doktorun kendi bulgularının ön plana çıktığı bir ilişki şeklindedir. Hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması gibi faktörler nedeniyle, karar verici ve ilişkiye hakim olan taraf doktor olmuştur (12).

3.3. Laboratuvar Tıbbı

Bu dönem, doktorların insan vücudunun işleyişi üzerine daha derinlemesine inebildikleri ve bu insanların yaşadıkları sosyal ve ekonomik çevreye giderek daha az önem verdikleri bir dönemdir. Bunun sonucunda tıp, deneysel yöntemin akılcıca kullanımı ile diğer doğal bilimlerle ilişkili bir bilim olarak gelişmeye başlamıştır. Bu görüş, hasta insanın daha da parçalanmış olarak tanımlanmasına yol açmıştır. Bu tür bir biyolojik indirgeme, hasta doktor arasındaki uçurumu daha da açmıştır. Daha da önemlisi bu yaklaşım, hastanın yönlendirilebilecek bir obje olarak görülmesi eğilimini güçlendirmiştir. Neyin yanlış olduğu konusundaki hastanın görüş ve düşünceleri, hissedebilen, gözlenebilen ve test edilebilen herhangi bir organik belirtiden daha az önemli hale gelmiştir.

Temel amaç, hastanın algılamasının ötesindeki organik nedenlerin belirlenmesidir. Bu nedenle sorunu yaşayan kişinin neyin yanlış olduğu konusundaki bildirimini genellikle teşhis için gereksiz görülmektedir. Konsültasyon ya da tedavinin tercih edilen mekanı hastanın normalde yaşadığı çevreden çok uzak olarak belirlenmiştir; bu da doktorların ilgisini hastalığın nedenleri hakkında ortaya çıkabilecek ipuçlarından uzaklaştırmıştır.

Konsültasyonun içeriği organik semptomların tanımlanması ve incelenmesi ile sınırlandırıldığından, hastanın sosyal kimliğine ilişkin bilgiler yani mesleği, medeni durumu, iş yeri, gelişı vs. gündeme tesadüfen gelmeye başlamıştır. Bu dönemde doktor hasta ilişkisinde doktorlar için hasta insan, yerini hastalığa bırakmış ve doktorlar karşılarında incelenecek bir obje varmışçasına hastanın kişı olma özelliğini göz ardı etmişlerdir. Bu nedenle doktor hasta ilişkisi, doktorlar açısından karşısındakine bir şeyler vermesi, hasta açısından ise sadece basit bir alıcı olma şekline dönüşmüştür. Bu durum doktor hasta ilişkisinin giderek zayıflamasına ve hastanın tatminsizliğine yol açmıştır (12).



4. DOKTOR HASTA İLİŞKİSİNİN ÖNEMİ

Hekim ile hasta arasında bir ilişkinin kurulması çoğu zaman beklenmedik bir şeydir. Hiç programda olmayan bir hastalık veya sakatlık sonucu hekime başvurmak zorunda kalınmıştır. Tamamen zorunluluktan doğan bir ilişkidir. Oysa evinize bir eşya almaya çıktığınızda, genellikle bunu daha önceden düşünüp, karar vermişsinizdir, bunun için gerekli bütçeyi ayırmışsınızdır, bu alış veriş için ödediğiniz bedel sizi incitmez, çünkü karşılığında daha önceden sahip olmadığınız ve sizi mutlu kılacak bir şeye sahip olacaksınız ve her şeyden önemlisi gönüllü olarak gidip satıcıyla ilişki kurarsınız. Halbuki, hastalık durumunda bırakın yeni bir şey elde etmeyi eski sağlığınıza yeniden kavuşmamak gibi bir riskle karşı karşıyasınızdır.

Amerikalı bir aile hekimi olan Stephens, tıpta hekim-hasta ilişkilerinin önemini anlatmak için şöyle diyor: “tıbbın birinci görevi, hasta ile ilişki yaratmaktır; ikincisi ise bu ilişkinin ne gösterdiğini kavramayı öğrenmektir”(2).

Hasta-doktor iletişimde, “hasta” hizmet edilen rolü üstlenmiş kişidir. Hizmet eden rolünü de “doktor” oynamaktadır. Bu iki taraf, rolleri gereği amaçları doğrultusunda, birbirlerinden belirli isteklerde bulunmakta ve isteklerinin en iyi şekilde yerine getirilmesini istemektedir. Doktor-hasta etkileşiminin amacı, hastanın hastalığının nedenlerinin teşhis edilmesi ve tedavide etkinlik; hastalık nedeni ile hastanın içinde bulunduğu belirsizlik, endişe ve korkulardan kurtulması ve sonuçta fiziksel ve ruhsal sağlığına kavuşmasıdır. Bu nedenle doktor-hasta etkileşimi, diğer hizmet etkileşimlerine göre daha önemli ve karmaşık bir nitelik taşımaktadır. Bu etkileşim sırasında doktor hastanın şikayetlerini dinleyerek bilgi toplamakta, hastayı muayene etmekte ve son olarak da koyduğu teşhise göre tedavi önermektedir. Büyük ölçüde doktorun kontrolü altında gerçekleşen bu etkinlikler doktorun hastaya sunduğu hizmetlerdir (1).

Doktor hasta ilişkisini önemi, esas olarak iki açıdan ele alınabilir. Bunlardan birincisi; bu ilişkinin doktor açısından önemidir. Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşabilme olasılığını azaltmak için doktorun hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi gerekmektedir. Diğer taraftan, hastanın doktoruna yeterince bilgi vermesi için doktora güvenmesi ve doktordan tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir. Buradan da

anlaşılabacağı gibi, doktor hasta ilişkisi, karşılıklı güven esasına dayandırılmalıdır (14).

Gerçekten hekimlerin hastalarıyla kurdukları iletişim, hekimden hekime çok değişmektedir. Hekimin başarısı, hastasının onun verdiği hizmetten memnun olmasıdır. Doğal olarak, hasta memnuniyetinin asıl nedeni, sorunun giderilmesi, hastanın iyileşmesidir. Ancak şifa hekimin tek başına elde edebileceği bir sonuç değildir. Bir hastalık veya sakatlığın iyileşmesi ve hastanın eski sağlığına kavuşabilmesi, hekimle hastanın yakın işbirliğiyle mümkün olabilir. Hekim hastasını muayene eder, teşhis koyar ve hangi tedavinin uygulanması gerektiğine karar verir, ama tedaviyi uygulamak hastaya kalmıştır. Uygulanmayan bir tedavi asla başarılı olamaz. Hekimin tanı-tedavi sürecinde sarf ettiği emek ve zamanın amaçlanan sonucu verebilmesi için, hastanın tedaviyi doğru ve eksiksiz olarak uygulaması gereklidir. Bu da, ancak hastanın tedaviyi nasıl uygulayacağını bilmesiyle olur. Hastaya bunu öğretecek olan kişi de hekimdir. Hekimin hastasıyla sağlıklı bir iletişim kurması ve yakın işbirliği yapması sadece hasta için değil, hekim için de bir ihtiyaçtır. Çünkü, hekimin başarılı olması buna bağlıdır (22).

Doktor ile hastanın konsültasyon sırasındaki etkileşiminin en önemli noktası, nihai çıktı olarak görülebilecek hastanın iyileşmesi üzerindeki etkisidir. Bu etki otoritelerce de kabul edilmekte ve plasebo etkisi ile açıklanmaktadır. Plasebo etkisi; hastanın tıbbi müdahaleden, örneğin ilacın içindeki kimyasal maddeden, ameliyatın fizyolojik etkisinden veya bir başka işlemde kaynaklanmadan faydalanmasıdır. Bazen hiç bir aktif bileşeni olmayan hapı kullanmak hastayı iyileştirmektedir. Hatta bazı hastalıklar sadece bu tür haplarla tedavi dahi edilebilir. Bu etki; hastanın aldığı bakıma karşı tutumu, doktorlarına duyduğu güven ve yapılan işlemlerin gücüne duyduğu inançlarından kaynaklanıyor görünmektedir.

Muayene sırasında hasta ile doktor arasındaki ilişkinin, hastanın iyileşmesi üzerindeki olumlu etkisi birçokları tarafından kabul edilmekte ve yaygınlaşmaktadır. Beecher'in ifadesine göre, plasebo etkisinin herhangi bir ilaç veya işlemin başarısının üçte biri kadar olduğu tahmin edilmiştir. Bu nedenle yeni bir ilacın değerini tam olarak anlayabilmek plasebo etkisi yüzünden güçleşebilmektedir. Bazı durumlarda, plasebo etkisinden dolayı gerçekte etkisiz bir ilaç etkili gibi görünebilmektedir. Bu durumu daha iyi ortaya koyabilmek için aynı gruptan iki hastaya birisine sadece yeni bir ilaç, diğerine ise bu ilaca ilave olarak plasebo etkisi

uygulayarak karşılaştırma yapmak gerekmektedir. Plasebo etkisinin gücü, doktorun yeteneği ve hastanın tedaviden umutlu olmasıyla doğrudan ilişkilidir.

Bir araştırmada bir grup hasta dört alt gruba ayrılmış ve bir grupla “olumlu görüşme”, bir grupla “olumsuz görüşme” yapılmıştır. Olumlu görüşmenin özelliği teşhisin ve prognozun iyi açıklanması ve daha insancıl yaklaşım olarak ifade edilmiştir. Üçüncü gruba tedavi verilmiş, dördüncüye ise tedavi verilmemiştir. Bir süre sonra değerlendirme yapıldığında, en yüksek oranda iyileşme(%64) “olumlu görüşme” yapılanlarda gözlenmiştir. “Olumsuz görüşme” grubunda iyileşme oranı %39 bulunmuştur. Tedavi verilenlerde %53, verilmeyenlerde ise %50 oranında iyileşme kaydedilmiştir. Başka çalışmalarda da olumlu konuşmanın/tavrın hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu, insancıl olmayan yaklaşımlarla hekim-hasta iletişiminin ve dolayısıyla hasta memnuniyetinin sağlanamayacağı dile getirilmiştir. Ayrıca, hastaların en önemli kriterlerinden birinin “hekimin dinlemesi” olduğu ifade edilmiştir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, bu konuda hekimlerin hastalarla aynı düşündükleri, hatta hastalardan daha (öz)eleştirel yaklaştıkları görülmüştür (26). Hasta doktor arasındaki sosyal ilişkiler tedavinin başarı şansını arttırmaktadır (14).

Doktor ile hastası arasındaki ilişki, teşhis ve tedavi kararlarında da önemli rol oynamaktadır. Fitton ve Acheson'un belirttiklerine göre, örneğin hastanın sormak istediği bazı soruları ve kuşkuvarı doktorundan saklaması doktorun katı ve cana yakın bir tutum sergilememesi ile doğrudan ilişkilendirilebilmektedir. Bazı vakalarda hastanın çekingen olması ve bu nedenle şikayetlerini anlatamaması, doktorun doğru bilgi alamamasına ve gerçek problemi bulamamasına neden olmaktadır. Bu gibi durumlarda Balint, doktorun, hastanın ne söylediğini ve bunun ne anlama geldiğini kavramasının onun en önemli görevi olduğunu ileri sürmektedir. Karşılıklı bilgi alışverişine uygun bir ortam yaratmak doktorun hastalığı teşhise yardımcı olmasının yanı sıra, bazen hastanın çekingenliğini üstünden atmasını da sağlayabilir. Bu tür bir ortam özellikle kronik hastalıklarda daha da önemlidir.

Doktor hasta ilişkisi, aynı zamanda tıbbi bakım sürecinin etkililiğini de belirleyen bir faktör olarak görülmektedir. Falvo ve Tippy, doktorların hastaya verdikleri bilginin, özellikle doktorun hastanın önerilerini benimseme ve yerine getirmesi üzerinde büyük etkisi olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde, Freeman ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada da, doktor hasta arasındaki iletişimin, hastanın doktor tavsiyelerini takip etmesini etkilediği, doktorların arkadaşça, samimi

biçimde hastaya yaklaşmalarının, hastaya zaman ayırmalarının ve zamanın bir bölümünü tıp dışı sosyal konuları konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi göstermelerinin ve hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak tanımalarının doktor tavsiyelerine uymada etkili olduğu bulunmuştur. Hekime muayene olup, reçete alıp dışarı çıkan hastalarla sağlık ocağı kapısında yapılan bir anket sonuçlarına göre; “hastaların %35’inin kendilerine konan tanıyı, %61.3’ünün prognozu (iyileşip iyileşmeyeceklerini, hastalığın kronik olup olmadığını), %36.7’sinin kaç ilaç kullanacaklarını, %35.2’sinin ise, tedavinin ne kadar devam edeceğini bilmediğini” ortaya çıkarmıştır (23).

Doktor hasta ilişkisi, aynı zamanda hizmet veren doktorlar açısından da önem taşımaktadır. Doktoru ile olumlu ilişki kuran hastaların, aynı doktoru tekrar tercih etmelerinin mümkün olduğu söylenebilir. Bu konu üzerinde Vouri ve arkadaşları (1972) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, hastaların doktorun teknik yeterliliğine önem verdikleri, bunun yanında, teknik yeterliliğinin, hastaların aynı doktoru tekrar tercih etme eğilimlerini etkilemediği, hastaların aynı doktoru tercih etmelerinde, doktorun ilgi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu saptanmıştır (17).

Hasta-doktor etkileşiminde hastanın algıladığı hizmet onun istek ve beklentilerini karşıladığı derecede kalitelidir; diğer bir ifade ile, kalite hasta gereksinimlerinin doyurulmasıdır. Etkileşim sırasında doktorun hastaya yaklaşımı ya da davranışları ise hastanın, verilen hizmet hakkındaki duygularını, tutum ve davranışlarını, diğer bir ifade ile kalite algılamasını ifade etmektedir. Brown ve Swartz, doktor hasta etkileşiminin algılanan hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktör olduğunu saptamışlardır. Diğer bir araştırma ise hasta doyumunu etkileyen beş faktör içerisinde en önemli dört faktörün “teşhisin doğruluğu; hastaya verilen bilgi miktarı; doktorun yeteneği ve doktora duyulan güven ile doktorun hastayı dinleme isteği” olduğunu ortaya koymaktadır. Bu faktörler incelendiğinde doktor-hasta iletişimi ile ilgili oldukları görülmektedir. Bazı görgül araştırmalar, hasta – doktor iletişimde hastaların çoğunluğunun, “doktorların kendilerine karşı şefkatli ve anlayışlı olması, ilgi ve yakınlık göstermesi ve kendilerine yeterli zaman ayırmaları” gibi iletişimin kişilerarası ilişkiler boyutuna, diğer bir ifadeyle hizmetin verilmiş biçimine, daha çok önem verdiklerini ortaya çıkarmıştır. Diğer birtakım araştırmaların sonuçları ise etkileşim sürecinin uzunluğu ve doktorun bilgi verme

davranışının hasta doyumunu daha fazla etkileyen faktörler olduğunu göstermektedir. Bir araştırma ve uygulama hastanesinde yapılan araştırmaya göre, hastaların hizmete ilişkin beklentilerinin “doktorların kendilerine hastalıkları ile ilgili doyurucu bilgi vermesi, bu bilgilerin anlayabilecekleri bir dilde olması, uzun uzun muayene edilmeleri ve bu sırada gerekli açıklamaların yapılması” yönünde yoğunlaştığı söylenebilir (28).

Doktor hasta ilişkisinin doğasını irdelemeye yönelik olarak yapılan araştırmalar, doktor ile hasta arasındaki ilişkinin doğasının teşhis ve tedavi kararlarında önemli rol oynadığını göstermektedir. Hastalar zaman zaman doktorların sergiledikleri olumsuz tavır nedeniyle öğrenmek istedikleri şeyleri soramamakta ya da endişelerini gizleyebilmektedirler. Bazı durumlarda da hasta kendini ifade edebilmekte zorlanabilmektedir. Bu nedenle doktorun önemli bir görevi de, hastaların söylediklerinin ötesine geçip ne ifade etmek istediklerini anlamaktır. Bu tür bir iletişim özellikle kronik hastalıkları olan ve özürlü insanlar için önem kazanmaktadır. Bu nedenle, doktorun hastasına karşı görevinin sadece bilimsel değil aynı zamanda sosyal ve moral olduğu söylenebilir (17).

Hekimin görevi; hastasını sabırla ve aktif olarak dinlemek; onun sorununu ve sorunun onun yaşamını nasıl etkilediğini anlamak; yakınmaları ne olursa olsun, onu tepeden tırnağa muayene etmek; gerek yakınmalarıyla ilişkili ve gerekse bunlardan bağımsız her türlü hastalığa ait bulguları saptamak; klinik olarak öngördüğü teşhisi, gerekli test ve tetkiklerle kanıtlamak, olası diğer nedenleri elemek; hastası için en uygun tedaviyi belirlemek; eğer tedavi ayaktan uygulanabilecekse hastasına bu tedaviyi nasıl uygulaması gerektiği konusunda yeterince bilgi ve beceri sahibi kılacak şekilde eğitim vermek; hastasının tedaviye uyumunu sağlayacak ölçüde onu motive edip yüreklendirmek ve onun endişelerini, korkularını gidermek, yaşama bağlamaya çalışmaktır (22). Doktor hasta ilişkisinde, doktorun sorumlulukları olarak da ifade edebileceğimiz, doktorun dikkat etmesi gereken noktalar aşağıda özetlenmiştir (17):

Öncelikle sağlık bir erdem olarak kabul edilerek, insanları hastalıktan korumak amaçlanmalıdır.

- Hastalar çevreleri ile bir bütün olarak algılanmalıdır.
- Hastalar ayrı bir varlık olarak algılanmalıdır. Kişiliği ve sırlarına saygı gösterilmelidir.

- Hastanın tanı ve tedavinin tüm aşamalarında katılımı sağlanmalı, yol gösterici ve bilgi verici olma rolünü benimsemelidir.

- Hastadan tüm uygulamalar için onun bilgilendirildiğini gösteren onayı alınmalıdır.

- Doktor, hastalarına karşı güler yüzlü davranmalı ve şefkatli olmalıdır.

- Doktor, hastasına yaklaşırken hastanın içinde bulunduğu ruh halini de göz önüne almalıdır.

- Doktor, hastalarına ilaçların kullanımı, diyet gibi bütün konularda kesin, net ve hastanın anlayabileceği bir dille açıklama yapmalıdır.

- Doktor, klinik tanıda gereksiz iyimserlik veya kötümserlikten kaçınmalıdır.

- Doktor, hastalığın seyrini hastaya veya yakınlarına gerekli hallerde uygun bir dille anlatmalıdır.

- Doktor, bütün hastalarına eşit muamele etmelidir.

- Doktor, sır saklamasını bilmeli ve bu konuda güven verici olmalıdır. Aksi takdirde hasta hastalığı ile ilgili olsa bile bazı sırlarını söylemekten kaçınabilir.

- Doktor, hastasıyla konuşma sırasında uygun kelimelerin seçimine özen göstermelidir.

- Doktor, yazılı ya da kaydedilmiş bilgilerle desteklenen bir konuşma tarzını seçmeye özen göstermelidir.

- Doktor, hastasıyla konuşurken mesleki terminolojiden kaçınmalıdır, mümkün olduğu kadar tıbbi terim kullanmamaya özen göstermelidir.

- Doktor, hastasını soru sormaya teşvik etmelidir.

- Doktor, hastasına karmaşık bilgi vermekten kaçınmalıdır.

- Doktor, hastasını dinlemelidir ve hastasına gerekli olan zamanı ayırmalıdır.

- Doktor-hasta ilişkisinin bütün aşamalarında açık ve dürüst davranılmalıdır.

- Doktor, hastasına sıcak davranmalı ve anlatımı güçlendirici öğelere de zaman zaman başvurmalıdır.

Hekimin amacı hastalığı yok etmek değildir, hastaya yardımcı olmak, onun sorununu çözmektir. Ona rağmen veya onu yok sayarak hastalığın tanı veya

tedavisine odaklanmak hekimliğin hasta için değil, hekim için yapılandırıldığı anlayışın tipik bir örneğidir. Hiçbir zaman göz ardı edilmemesi gereken bir gerçek şudur ki, hastalar hekimler için var olmamıştır, hekimler hastaları için vardır. Hekimlik, hasta olduğu için var olmuştur ve hastanın sorununu çözmek içindir. Hekimliğin misyonu hastaya yardımcı olmaktır. Hastanın lehine olmayan, hastayı mutlu etmeyen, hastanın beklentilerini karşılamayan, hasta memnuniyetini esas almayan bir hekimlik amacından saptırılmış olmaz mı?

Görüldüğü gibi, hastanın tedavi sürecinde oldukça etkin rolü olan doktor hasta ilişkisi, türü ve kalitesi hem hastaya hem doktora bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bu ilişkiyi açıklamaya ve yorumlamaya yardımcı olmak amacı ile çeşitli modeller geliştirilmiştir. Aşağıda literatürde önemli yer tutan ve temel kabul edilebilecek doktor hasta ilişkisi modelleri açıklanmaktadır



5. DOKTOR HASTA İLİŞKİSİ MODELLERİ

Hekim merkezli tıp uygulamalarında, teşhis-tedavi süreci tamamen hekim dominansı altında yürür. Hasta genellikle edilgen bir konuma itilir, inisiyatif kullanmasına fırsat verilmez. Hekim hastasına sorular sorar, komutlar verir, tetkikler ister ve tedaviyi uygular. Bu aşamalarda hasta ve hasta yakınlarına genellikle açıklama yapılmaz, soruları ise ya yanıtsız kalır veya kısa, sert ve daha fazla soru sorulmasını engelleyen bir üslup ve tonlama ile cevaplanır.

Hasta merkezli tıp uygulamalarında ise, teşhis ve tedavi ile ilgili kararları daima hasta verir. Hekim, sürecin her aşamasında hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir, neyin niçin yapılması gerektiğini, yapılması veya yapılmaması durumunda ortaya çıkacak sonuçların neler olduğunu ayrıntılarıyla açıklar ama hastanın yerine geçip onun adına karar veremez. Görevinin hastasının en doğru kararı verebilmesi için konu ile ilgili bilmesi gereken her şeyi aktarmakla sınırlı olduğuna inanmıştır (22).

5.1. Parsons'ın Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Parsons, "Sosyal Sistem" adlı kitabında hastanın sosyal rolünü açıklamıştır. Parsons'a göre, sosyal sistemin dengesi, herkesin kendi vazifesini yapması ve rollerini oynamasına dayanır. Bu durumda insanlar sosyal sistemin dengesi içinde ve yükümlülüklerini en iyi şekilde yapmalıdırlar.

Parsons, hastalığı insanlar arası sorumluluğu tehdit eden bir olgu olarak irdemiştir ve bireylerin rollerinin yükümlülüklerini yerine getirmede önemli bir engel olarak görmüştür. Bu nedenle Parsons'a göre, hastalığı engellemek için sistematik bir düzenleme gerekmektedir ve sağlık bir tüketim malı olarak kabul edilemez.

Bu düzenleme, doktorların süreç içinde bir sosyal kontrol kurumu gibi hareket etmesine ve hastanın rolüne baskı yapmasına olanak veren bir ortam yaratır. Hasta rolünde, birey doktora giderek sosyal rolünü yapmasını engelleyen şikayetlerinden kurtulmak isterken, toplum insanı yalnız bırakarak, onu hasta rolünden kaçınması yolunda etkiler. Bu yüzden hasta rolü motive edilmiş insan rolü olarak gözükmüş ve hasta geçici olarak yükümlülüklerini yerine getiremez. Böylece Parsons doktorun rolünü; hastaların sosyal sorumluluklarını yerine getirmelerini sağlayan önemli bir fonksiyon olarak görür. Toplumun devamlılığı, bireyin sosyal rol ve yükümlülüklerini

yerine getirmesine bağlı olduğu için doktor hastasının bir an önce iyileşip toplumsal beklentileri karşılar duruma gelmesinden sorumludur (10).

Parsons doktorun rolünü hastanın rolüne tamamlayıcı olarak algılamaktadır. Parsons'a göre, doktorun hastasını iyileştirme sorumluluğunun yanı sıra hastanın da bir an önce iyileşip toplumun kendisine yüklediği sosyal rolleri yerine getirme sorumluluğu söz konusudur. Bu nedenle bir an önce profesyonel yardım alma ve doktor ile işbirliği yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu ilişkide hastanın doktoruyla tam bir ilişki içinde olması beklenirken, doktorun da tüm uzman bilgi ve becerisini hasta yararına kullanması beklenir (17).

Bu model çerçevesinde doktorun da bazı dev ve hakları bulunmaktadır. Doktor, daha önce de vurgulandığı gibi, tüm bilgi ve becerisini hasta yararına kullanmalı, kendi çıkarlarından çok hastanın ve toplumun yararına çalışmalı, objektif olmalı, duygusal olarak hastasından mümkün olduğunca uzak olmalı ve mesleki kurallara uymalıdır. Bu sorumluluklarını yerine getirirken doktorun hastasını fiziki olarak muayene etme ve kişisel yaşamının ayrıntılarına girme hakkı vardır ve mesleki uygulamalarda olabildiğince özerktir. Parsons'a göre doktor hasta ilişkisinde doktor otorite durumundadır. Bir başka deyişle, doktor hasta arasında doktorun baskın rol oynadığı asimetrik bir ilişki söz konusudur.

Bu modele göre; hastayı duyguları yönlendirir, doktor ise gerçekçi ve kontrollüdür. Hastanın problemi, doktorun ise çözümü vardır. Bu nedenle iki grup arasında mükemmele yakın bir ilişki oluşur ve bu sayede ilişkilerdeki çatışma ihtimali ortadan kalkmış olur. Daha sonra açıklanacak Freidson'un doktor hasta ilişkisi modeli ise, bu görüşün tersine doktor ile hasta arasındaki potansiyel çatışmaya dikkat çekmektedir. Freidson, Parsons modelinin bu ilişkiyi daha çok doktor açısından değerlendirdiğini savunmuş, doktor ve hastanın farklı beklenti, ilgi ve görüş açısından kaynaklanabilecek çatışma ve uyumsuzluklarının bu modelde göz ardı edildiğini ne sürmüştür (10).

Parsons, doktor hasta ilişkisinin anlaşılması için bazı temel öğelerin önemli olduğu fikrini ortaya atmıştır. Parson'a göre, doktor mesleğinin özelliğinden dolayı doktorun tedavisini reddedemez, sorgulayamaz veya öneride bulunamaz. Acil vakalarda hastanın tedaviyi reddetmesi veya tartışması hastanın acilen tedaviye ihtiyaç duyması nedeniyle imkansız hale gelebilir ve doktorun kararı kesindir.

Parsons, doktor ve hasta ilişkisinde ortak hedefler kavramını ortaya atmıştır. Hastalar, doktorları tedavi ve tıbbi kontrol için ziyaret ettikleri zaman, doktorlar çoğunlukla hastanın beklentilerini memnun etmeye yönelik davranışlar gösterirler. Bu durumda hastanın doktorundan bekledikleri ile doktorun hastasına vermek istedikleri aynı hedefe hizmet eden iki yaklaşım olarak ortak noktada birleşirler.

Parsons doktor ve hastanın rollerinin irdelmesini aşağıdaki şekilde özetlemiştir.

5.1.1. Zarar Görme ve Sapma: Hasta Rolünün İki Boyutu

Parsons, hastalık rolünü, sosyal süreçlerle ilişkilendirerek değerlendirmektedir. Birçok insan, hastalığı biyolojik bir olay olarak kabul ederken, Parsons tıpkı meslektaşı Durkheim gibi, hastalığı bir sosyal olay olarak görmekte ve eğer birey intihar edecekse, bu olayı aslında bireyin değil, toplumun bir problemi olarak kabul etmektedir. Parsons, doktorların konumundan dolayı bireylere bilgi, fikir vermeleri gerektiği ve sağlık için gerekli davranışları dikte etmeleri gerektiği fikrini savunmuştur. Doktorlar, hastaları ile olan ilişkilerinde kendi çıkarlarını değil hastanın çıkarlarını ön plana çıkarmalı ve hastasına güven vermelidir.

Parsons'a göre, hastalık insanın sosyal yükümlülüklerini yerine getirmesine engel olmasına karşın, sosyal sorumluluklardan kaçınma ve boş zaman yaratmak için bir fırsat olarak da görülebilir. Hasta "hasta rolü"nü kullanarak sosyal rollerinden uzaklaşabildiği gibi, bu durumu yeni yükümlülüklerden kaçınmak için bir bahane olarak da kullanabilir. Hastalık gerekçe gösterilerek sosyal rollerden ve diğer insanlardan ayrılmak bu model içinde son derece önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (10).

Bu bakış açısıyla, zarar görme ve sapma hastanın sahip olabileceği iki durumdur ve aynı zamanda aynı kişide bulunabileceği düşünülmelidir. Örneğin, hasta kişiye zarar gördüğü bir hastalıktan dolayı toplum tarafından merhamet gösterilebilir ve korunabilir. Eğer bu durum birey açısından önemli ise, sosyal rollerinden "sapma" için hastalığını kullanma yoluna gidebilir.

Parsons, hastalık rolüyle bağdaşan dört normatif beklentiye ayrıntılı şekilde açıklamıştır. Bunlardan ikisi haklarla, ikisi ödevlerle ilgilidir:

Haklar

1.Hastalığın şiddetine dayanır. Hastaya normal sosyal aktivitesinden sıyrılma imkanı verir. Burada, aşırı uçtaki vakaların sosyal aktivitelerinden tamamen soyutlanma hakkı vardır.

2.Hastanın, hastalık ve iyileşme için kişisel sorumluluktan kaçınma hakkı vardır. İyileşmede kişisel isteklerinin meydana gelmesinde bazı hakları vardır. Hasta yardım etmeyebilir ve tedaviye ihtiyaç duyar.

Yükümlükler

1.Hiç bir zaman hasta olmak istenmez. Bunun anlamı hasta mutlaka iyileşmeyi ister. Yani, hastalık durumu hastaya daha fazla ilgilenme veya diğer bir takım avantajlar sağlamaz. Kendisine dikkat etmek ve iyileşmede merkezi görev hastaya aittir.

2.Hastanın, tıbbi tedaviyi aramak ve doktora yardım ve tedavi sürecinde beraber çalışma yükümlülüğü vardır.

Haklar ve yükümlülükler durumsal olarak birbirine bağımlıdır. Hasta her zaman sempatiyi veya ayrıcalıklı olmayı beklememelidir.

5.1.2. Hasta ve Doktorun Karşılıklı Roller

Hasta ve doktorun rolleri diğer rollere benzer. Bu roller çeşitli haklar ve ortak hedeflerden oluşan öğretmen, baba gibi rollere benzer. Parsons, doktor hasta rollerini "ideal tip" modelinin parçaları olarak analiz etmiştir. İdeal tip modeli, özel bir sosyal örgütün veya sosyal rolün temel özelliklerinin oluşumu olarak düşünülür ve karmaşık sosyal ortamların açıklanmasında ve analizinde kullanılır. Parsons, hastanın geçici veya uzun süreli hastalığından kurtulmak için gösterdiği çabaları hastanın rolü olarak tanımlar. Bu çabalar, hastaların doktor tarafından bazı aktivitelerden men edilmesini ve hastanın normal aktivitelerden vazgeçmesini ve iyileşmeden de sorumlu olmasını içerebilir. İyileşme sorumluluğu, hastayı harekete geçirir ve hasta bunun için doktorun yardımına başvurur; doktor hasta beraber çalışarak iyileşmeyi sağlarlar. Parsons'ın vurguladığı gibi; bireyin hastalığı özel beklentilerini etkiler ve hastanın normal aktivitelerden vazgeçmesine yol açar. Ancak bazı durumlarda hasta insan, normal sosyal rollerden vazgeçmeyebilir ve hastalık konumunu koruyabilir. Örneğin, önemsiz hastalıklara yakalanan insanlar

doktorların önerilerini dinler fakat çoğunlukla normal hayat şekillerinden vazgeçmek durumuyla karşılaşmazlar.

Tablo 1: Hasta ve Doktor Rollerinin Analizi

Hasta: Hastalık Rolü	Doktor: Profesyonel Rolü
Zorunluluklar ve Ayrıcalıklar	Beklentiler
1. Mümkün olan en kısa sürede iyileşmek isteği 2. Doktorun kontrolünden geçmek ve doktorla beraber çalışmak. 3. Bazı normal aktivitelerine ve sorumluluklarına izin verilmesi beklentisi. 4. Tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünmesi ve hastanın kendi kendine iyileşemeyeceğine karar vermesi.	1. Hastalıkla ilgili problemlerde bilgi birikimine ve uygulama becerisine sahip olmalıdır. 2. Doktor, kendi çıkarından çok hastanın refah düzeyini ve toplumun refahını düşünmeli, para ve çikara önem vermemelidir. 3. Doktor objektif olmalı ve duygularından sıyrılmalıdır (hastaların kişisel özellikleri doktorun işine yansımamalıdır). 4. Kurallara ve mesleki çalışmalara uygun iş yapmalıdır. HAKLAR Hastanın fiziksel incelemesinde doktorun muayene hakkının kabul edilmesi gerekir. Mesleki özerkliğe sahip olduğu kabul edilmelidir. Mesleki pozisyonunun otoritesini hastayla olan ilişkide korumalıdır.

Parsons, hastanın rolünü, doktorun rolünün tamamlayıcısı olarak gözlemlemiştir. Hastanın doktorla beraber çalışması beklenirken, doktorların uzmanlık bilgilerinin uygulanması ve becerilerini hastanın yararına kullanması isteniyorsa iletişim şarttır. Doktorun, hastanın teşhis ve tedavisinde kesinlik sağlayabilmesi için hastaların, kendileri hakkında yabancıların bilmediği yönleri, doktora içtenlikle anlatması gerekir. Örneğin, fiziksel testlerde hastanın korkuları sorulmalı ve bilgi alınmalıdır.

Doktorun ve hastanın sosyal sorumlulukları ve hakları muayene sırasında oluşabilecek potansiyel çatışma tansiyonunu düşürmede önemlidir. Ancak Parsons, bu noktaya hiç değinmemiştir. Buna ek olarak bütün doktorlar ve hastalar kendi rollerinde belirsizlik gösterebilirler. Birçok hasta, doktor tarafından muayene edildiğinde şikayetlerini ve ağrılarını saklamakta veya tam olarak ifade edememektedir. Doktorların tecrübe eksikliği teşhis ve tedavide önemli rol oynayabilir. Doktorun zamanına uygun, tam ve doğru bilgiye sahip olmaması veya tıbbi bilginin kendisinin sınırlarını aşması, doktoru belirsizliğe itebilir.

Parsons, ortaya koyduğu doktor hasta ilişkisi modelinde, doktor ve hastasının ortak amacının, hastanın bir an önce sağlığına kavuşması olduğu fikrini işlemiş ve modelini bu çerçevede dahilinde ortaya koymuştur. Doktor hasta ilişkisini Parsons'un bu modeline dayalı olarak inceleyerek geliştirilen başka modeller de bulunmaktadır. Bunların bir kısmı aşağıda özetlenmiştir (10).

5.2. Parsons'ın Doktor Hasta İlişkisi Modeli Işığında Geliştirilen Modeller

Parsons'ın hasta rolü fikrini ortaya atmasından sonra, bu modeli temel alarak doktor hasta ilişkisini inceleyen modeller geliştirilmiştir. Bunlar; Szasz ve Hollender, Hayes-Bautista ve Byrne-Long'un doktor hasta ilişkisi modelleridir (10).

5.2.1. Szasz ve Hollender'in Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Szasz ve Hollender, hasta ve doktor arasındaki ilişkinin, yere ve tıbbi problemin içeriğine göre değiştiğini düşünmüşler ve doktor hasta ilişkisini üç modelde incelemişlerdir. Bunlar; aktif- pasif model, rehberlik- işbirliği modeli ve çift taraflı katılım modelleridir.

5.2.1.1. Aktif- Pasif Model:

Bu model; birey ciddi şekilde hasta olduğunda, acil tedaviye ihtiyaç duyduğunda ya da hayati tehlikesi olduğunda ortaya çıkar. Bu modelde hasta tamamen edilgen durumdadır. Doktor hastanın tamamen iyileşmesi için, hasta hakkındaki tüm kararlarda üst düzeylerde kontrole sahiptir. Karar verme ve ilişkideki güç doktorun tarafında iken hasta pasif durumdadır ve tedavinin şekline katılımı minimum düzeydedir veya hiç yoktur. Buradaki ilişki türü, ebeveyn-bebek ilişkisine benzemektedir.

5.2.1.2. Rehberlik-İşbirliği Modeli:

Bu model ise çoğunlukla, bireyin akut veya enfeksiyon hastalığı olduğunda gerçekleşir. Hasta tedavinin ne şekilde yapıldığını bilir ve doktorun rehberliği doğrultusunda işbirliği yaparak tedaviyi uygular. Doktor hastaya uygulanması gerekenleri öğreten ve yol gösteren, hasta ise doktor önerilerini kabul eden ve uygulayan kişi konumundadır. Bu model, günümüzde bir çok uzmanlık alanında varlığını sürdürmektedir. Burada doktor karar verici durumdadır. Bu ilişki türü, ebeveyn-yetişkin çocuk ilişkisine benzemektedir.

5.2.1.3. Çift Taraflı Katılım Modeli:

Bu modelde, doktor ile hastası arasında eşitlik söz konusudur. Doktorun görevi hastanın kendisine yardım etmesini sağlamaktır. Bu tip bir ilişkide taraflar, eşit güçte olmalı ve her ikisi için de tatmin edici bir ilişki düzeyi olmalıdır. Bu tip bir ilişki, diyabet, hipertansiyon, psikiyatrik rahatsızlıklar, astım gibi kronik hastalıklarda görülür. Bu modelde hasta periyodik kontrollerden geçer. Örneğin, diyabet hastaları doktorun uzmanlığına güvenmekle birlikte, beslenmesi, kan şekeri seviyesinin tespiti ve insülin iğne ve haplarının kullanımından kendisi sorumludur. Bu modeldeki ilişki şekli yetişkin-yetişkin ilişkisine benzemektedir.

Szasz ve Hollender ilişkinin tiplerinin hem hastanın durumuna, hem de doktorun düşündüğü uygun tedavinin oluşumuna dayandığını vurgulamaktadır. Hastanın tedavisinin farklı aşamalarında bu ilişki tipleri farklı olabilmektedir. Szasz ve Hollender'in yaptıkları analize göre; tedavinin başarılmasında doktorun daha önemli bir rol oynadığı gözlemlenmektedir. Çünkü, doktor ve hasta arasındaki görüşmenin konusu, yapılan uygulamaların içeriğine dayanır. Doktor hastanın tüm

istek ve taleplerini karşılamalı ve bunları hastaları tanımak açısından not etmelidir. Szasz ve Hollender'in ortaya attıkları bu üç model aşağıdaki Tablo 3'de doktorun rolü ve klinik uygulama ışığı altında irdelemişlerdir.

Tablo 2: Szasz ve Hollender'in Doktor Hasta İlişkisinde Üç Temel Modeli

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

Doktor hasta ilişkisi, yükselen bir eğilim şeklinde, çift taraflı katılım modeline doğru gitmektedir. Bu model, sadece iletişimi teşvik etme ve sağlık eğitimi yapılandırma şeklinde değil, ayrıca hastaya gerçekler ve beklentileri konusunda yardım etmeyi de amaçlamaktadır. Hastalara gerçekleri öğretmek ve kronik hastalıklarla nasıl mücadele edileceğini bildirmek gerektiği önemli bir konudur. Doktorun bu modeldeki amacı, insanların hastalıklarla başa çıkabilme olanağını arttırmak olmalıdır. Bu nedenle çağdaş tıp, çift taraflı katılım modeli için bir örnektir.

5.2.2. Hayes ve Bautista'nın Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Bu modelin görünümü, doktorun tedaviye yönelik direktifler vermesi ve hastanın bu direktifleri otomatik olarak vurgulamasından ziyade, hasta ve doktorun karşılıklı görüş alışverişinde bulunduğu bir süreç şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bazı durumlarda hasta tedaviden memnun kalmayabilir ve doktoru tedavinin değiştirilmesi için ikna etmek isteyebilir. Hayes ve Bautista, hastanın hayatını doktorun reçetesi doğrultusunda değiştirmesi konusunda odaklanmışlardır. Doktorun uyguladığı tedavinin hastayı iyileştirmemesi durumunda ikaz edilmesi konusu ele alınmış olup, tedavinin değiştirilmesi veya kaldırılması konuları açıklanmıştır. Doktorlar uzmanlıkları doğrultusunda karar verirler ve eğer tedavi

devam ettirilmezse hastanın hayatı tehlikeye girebilir. Tedavi doğru olabilir ancak uygulama yavaş veya hastanın tedaviye uyumu zayıf olabilir.

Bu modele göre, acil olmayan durumlarda ise, hastalar doktorla sağlık sorunları hakkında iletişim kurdukları zaman, pasif rol oynamazlar. Hasta soru sorar ve doktordan tedavinin uygunluğu hakkında açıklamalar ve kararlar duymak ister. Fakat bu iletişim, çeşitli sosyal düzeydeki insanlara göre farklı olabilir. Alt sosyo-ekonomik gruptaki insanlar kendilerini tamamen doktora bırakıp, pasif bir görünüm içinde olabilirler. Burada doktor otoriter bir konumdadır ve bu konumundan dolayı hasta kendi hastalığı konusunda şikayetlerini tam olarak belirtmeyebilir. Orta ve üst sosyo-ekonomik gruptaki insanlar, daha çok tüketici yönelimli insanlardır ve doktor hasta iletişimine aktif şekilde katılabilirler.

Hayes ve Bautistaya göre, doktora gelen hastalar tıp bilimiyle ilgili bilgiye sahip olmadıkları için alınan kararlarda tamamen doktora bağımlıdırlar. Doktorlar bazen hiç bir neden olmaksızın, hastanın beklentileri doğrultusunda bir tedaviyi onaylayabilir. Ayrıca yapılan çeşitli testler ve işlemlerde doktorların gereksiz tedavi şekilleri uygulama olasılığı vardır. Bu olumsuzluklar, doktor hasta ilişkisinde, doktorun konuya hakim kişi konumunda olmasından kaynaklanabilecek problemlerdir (10).

5.2.3. Bryne ve Long'un Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Parsons'un modelini temel alan bir diğer alternatif sınıflandırma Bryne ve Long tarafından geliştirilmiştir. Bu modelin temel görünümü Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Bryne ve Long'un Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Sessiz durma, dinleme ve düşünce açıklama	İletişimi netleştirmek	Araştırmayı analiz etmek	Bilgi toplamak
Hastanın bilgi ve tecrübesini kullanmak			Doktorun bilgi ve tecrübesini kullanmak
Hasta-Merkezli			Doktor-Merkezli

Bu modelde Bryne ve Long, doktor hasta ilişkisini "hasta merkezli" ve "doktor merkezli" olmak üzere iki ayrı noktada ele almışlardır. Hasta merkezli, doktor hasta ilişkisi yaklaşımında, doktor hastanın durumuna göre hastanın bilgi ve tecrübelerini teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilmektedir. Yani hastanın ilişki sürecine aktif

bir katılımı gözlenebilir. Doktor merkezli yaklaşımda ise, doktorun birinci görevi zamanı iyi kullanmaktır. Eğer doktor, hastalara durumlarını detaylı açıklama fırsatı verirse zaman kaybedecek ve tüm zamanı onları dinlemekle geçirecektir. Bu nedenle doktor hastasının bilgi ve tecrübelerini değil, kendi bilgi ve tecrübelerini ön plana çıkarabilmelidir.



21.yüzyılı yaşarken, doktor hasta ilişkisinde ortak görüş; Szasz ve Hollender'in çift taraflı katılım görüşüne yaklaşmaya başlamıştır. Çift taraflı katılım modeli, tedavi kararlarında sorumluluğu doktor ve hasta arasında paylaşmaktadır. Modern toplumun temel sağlık problemleri olan kronik hastalıkların önlenmesi için hasta grubundan taleplerin yükseldiği göze çarpmaktadır. Kronik hastalıklar uzun dönemli tedavi isteyen ve değişimlere neden olan hastalıklardır. Aynı zamanda doktor ve hasta arasında sıkı bir işbirliğini gerektirmektedir (10).

Yukarıdaki bilgilere ilave olarak Parsons'a dayalı olarak geliştirilen diğer bir model ise "Waitzkin ve Stoecke'nin doktor hasta ilişkisi" modelidir. Waitzkin ve Stoecke "mikropolitik durum" kavramını ortaya atmışlardır. Bu kavrama göre, doktorun çalışmalarında kesin bir hakimiyet rolü vardır. Hasta ise, bu hakimiyet tarafından sınırlandırılmış ve sadece kendisinden enformasyon alınan birey haline gelmiştir. Buna ek olarak ilişkideki temel amaç "hastayı iyileştirmektir" ve bu durum doktorlar tarafından mesleklerini idame ettirmek şeklinde algılanmaktadır. Bu modelin en kritik noktası ve özelliği, hasta bakımında ideal yaklaşımlardan ziyade gerçek ve mevcut duruma göre hareket etmesidir. Bu bakış açısından hareket eden araştırmacılar hastaların doktorlar üzerinde hem bireysel hem de kolektif yük olduğuna inanmaktadırlar.

5.2.4. Freidson'un Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Freidson'un ileri sürdüğü doktor hasta ilişkisi modeline göre, doktor hasta ilişkisinde "kesin veya tam davranışlar yerine ideal beklentiler olmalıdır". Freidson'un görüşüne göre, doktor ile hastanın amaç farklılığı potansiyel bir çatışma ortamının oluşumuna sebep olur. Bunun sonucu olarak da doktor ile hastanın değişik prospektiflerinin çelişmesi gündeme gelmektedir. Freidson'a göre, doktor hasta ilişkisinde Parsons modelinde olduğu gibi, bir asimetri yerine bütün tarafların kabul edebileceği bir yaklaşım tarzı olmalıdır. Bu ilişki modelinde, hastalar hem ilişkinin içeriğine girmeyi arzu ederler, hem de ilişkide pay sahibi olmayı isterler (10).

Bu model, Parsons modelinin gerçek davranışlardan ziyade, ideale ve beklentilere dayandığını savunmuş ve her doktor hasta ilişkisinde görüş açısı farklılıklarından kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu ileri sürmüştür. Freidson'a göre, doktor ile hasta arasındaki çatışma farkı ilgi ve

önceliklerden kaynaklanmaktadır. Hasta sadece kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgili iken, doktor çok sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu ile karşı karşıyadır. Örneğin, hastanın problemlerini doktoruyla daha ayrıntılı tartışmak için konsültasyonu uzatma isteği ya da taburcu olmadan önce hastanede bir süre daha kalma isteği, doktor tarafından göz önüne alınarak engellenmelidir. Bu durum da doktor ile hasta arasında önemli bir çatışma nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu modele göre, doktor ile hasta arasındaki bir başka çatışma kaynağı ise hastalığın ciddiyetine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır. Hasta, kendi yaşadıkları nedeniyle hastalığını çok ciddiye alırken, doktor tıbbi bilgisi nedeniyle aynı derecede ciddiye almayabilmekte ve bu durum da çatışma kaynağı olmaktadır.

Hastanın muayenesi sırasında gerçekleşen olaylar çatışma ortamının doğmasına neden olabilir. Freidson'un belirttiği gibi tipik bir konsültasyon, hastanın sorunları veya şikayetleri ile ilgilidir. Konsültasyon sırasında hasta stres altında olmayabilir ve içtenlikle kişisel problemini açıklayabilecek durumda olabilir. Şikayetlerin ve ağrıların yoğun olduğu durumlarda rutin işlerde dahi çatışmanın olması doğaldır. Böyle bir ortamda doktor sempatik olmaz ve hasta da aşırı tepkili olursa, çatışma olasılığı yükselir.

Freidson'un bu modeline göre, bir tedavinin başarılı olabilmesi için ekip çalışmasına ihtiyaç vardır. Bu ekibin içinde önemli rolü olan hastanın potansiyel gücünün farkında olunması gerekmektedir. Freidson, ayrıca doktor dışındaki diğer bireylerin de hastaların yönlendirilmelerinde etkili olduklarını savunmuştur. Yani hasta, hastalığı ile ilgili herhangi bir tedaviye ihtiyaç duyduğunda, arkadaşlarına, komşularına ve akrabalarına danışabilir, onların yönlendirmeleri de hasta açısından önemlidir. Bu durum 1994'te yapılan bir çalışmayla ölçülmüştür. Bu çalışmaya göre, hastanın tedavisiyle ilgili doktoru seçerken akrabalarından ve arkadaşlarından aldığı tavsiyeler doğrultusunda hareket etme olasılığı %34, hastanın doktor seçmesi hususunda başka doktorun etkisi ise %20 olmuştur.

Bu modele göre, doktorlar tedavinin doğası üzerinde aşırı derecede duygusal veya duygusuz olabilirler, hastaların fikirlerine veya baskılarına önem verebilirler veya vermeyebilirler. Mesleki bağımlılık bir çok çeşide sahip olduğundan, bir hastanın tedavisi sırasında tedaviye katılan diğer sağlık çalışanlarının da fikirlerine önem verilmesi gereklidir. Uzmanlık ve alt uzmanlık, tedavinin insani yönlerinden ziyade teknik bilgilere önem verir. Çünkü;

- Doktorlar hastayı her yönüyle bir insan olarak görmemektedirler,
- Doktorlar genellikle hastayı teşhis, test ve tedavi için bir veya iki kereden fazla görmemektedirler,
- Doktorların saygınlığı, işlerindeki başarısına ve hizmetin kalitesine dayanmaktadır. Hizmetin kalitesinin ölçülmesi de hastaların fikirleriyle değil, diğer doktorların kararlarıyla yapılmaktadır (17).

Freidson ve diğerlerinin yaklaşımları "çatışma" yaklaşımı olarak kabul edilebilir. Bu durum şöyle yorumlanabilir: Doktor hasta ilişkisi, kompleks olmayan tedavilerde azalmaktadır. Doktor hasta ilişkisinin sıfır olduğu boyut yoktur. Fakat hiç bir ilişki de maksimum düzeyde olmaz. Çatışma güç odaklarında ve yerlerinde bitmeyen bir süreç olarak görünür. Eğer "çatışma modeli"nin doktor hasta ilişkisini gerçekten maksimum düzeyde bir yere getirmesi bekleniyorsa, doktor hasta ilişkisindeki gücün asimetrik yerine simetrik olması gerekir.

5.2.5. Emanuel ve Arkadaşlarının Doktor Hasta İlişkisi Modeli

Doktor ile hasta arasındaki ilişkileri inceleyen bir grup model de Emanuel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu modeller aşağıdaki dört ana başlık altında toplanmıştır (10):

5.2.5.1. Peternalistik Model

Bu modelde, doktorun mutlak egemen olduğu bir ilişki söz konusudur ve hastanın özerkliği, doktorun aldığı kararlara rıza gösterme ve uymadan ibarettir. Doktor, sahip olduğu tıbbi bilgi çerçevesinde gerekli bilgileri hastaya anlatır ve hastayı en iyi müdahaleyi yapacağı konusunda inandırır. Doktorun mutlak egemen olduğu bir ilişki türüdür. İlk çağlarda büyüculükle başlayan bu ilişki türünde, doktora kutsallık ve ayrıcalıklar tanınmıştır. Eski Mısır, Yunan Uygarlıkları ve Ortaçağ Avrupası'ndaki doktor hasta ilişkileri, bu türe örnek verilebilir. Bu modelin halen geçerli olduğu durumların mevcut ve hatta bazen de baskın olduğunu söyleyebiliriz.

5.2.5.2. Öğretici (Informative) Model

Bu modeldeki doktor hasta ilişkisinin temel özelliği, hastanın seçeceği veya doktoruna bırakacağı tıbbi müdahale için gerekli bilgileri doktoruyla birlikte sağlamasıdır. Bunun sonunda doktor hastaya durumunu, mümkün olabilecek tedavi

yöntemlerini ve bunların ayrı ayrı yararlarını ve risklerini anlatır. Doktorun buradaki rolü teknik uzmanlıktır. Öğretici modele göre, doktor değerlerinin bir rolü yoktur. Doktorların değerleri sadece hastanın değerinden anladıkları ve muhakemeler sonucu çıkardığı değerlerdir. Bu modelde, tıbbi kararların verilmesi konusunda hastanın özerkliği söz konusudur.

5.2.5.3. Yorumlayıcı (Interpretive) Model

Bu modele göre doktorun; tedavi yönteminin taşıdığı riskleri ve yararları anlatması gerekir. Bu nedenle doktorun bu modeldeki rolü danışmanlık şeklindedir. Doktor amaca uygun bilgileri izah ederek, tıbbi müdahaleler öneren ve bunların hastada bir değer olarak algılanmasını sağlamaya yönelik bir rol üstlenir. Bu modele göre eğer bir zorunluluk yoksa, hastanın değerleri saptanmalı ve bu değerlerden yola çıkılarak hastanın öncelikleri tespit edilmelidir.

5.2.5.4. Uzlaşmacı (Deliberative) Model

Bu modele göre, doktor hasta ilişkisinde amaç; hasta kararlarına yardım etmek ve amaca uygun tıbbi bakımı sağlamaktır. Doktor ve hasta, hastanın sağlığına ilişkin kararları ortak alırlar. Doktor hastaya arkadaş veya öğretmen gibi davranarak yapılan ve yapılacak müdahaleleri, tedavi şekillerini gerekçeleri ile anlatmaya çalışır. Hasta ile hastanın sağlığına ilişkin konulardaki diyaloglarında doktor, hastanın moralini yükseltmeye yönelik bir rol üstlenmektedir

6. SAĞLIK PERSONELİ VE HASTA / HASTA YAKINLARI ARASI İLETİŞİM

Sosyo-ekonomik ve kültürel yönden, özellikle hızlı kalkınma ve gelişme içinde olan toplumlarda sağlık problemlerinin arttığı bir gerçektir. Çoğunlukla da sağlık sorununa sahip olan kişiler bu sorunları kendi başlarına çözmekte güçlük çekmektedirler. Bu sebeptendir ki, sağlıklarıyla ilgili sorunlarının büyük bir bölümünü, sağlık hizmeti sunan kişilerden yardım alarak çözmektedirler. Bu yardımlaşma ve tedavi sırasında da hizmet sunucularıyla bir iletişim akışı içine girmektedirler. Bu iletişim sürecinde konunun insan sağlığı ile ilgili olması ve yapılacak bir hatanın hastanın sağlık düzenini olumsuz etkilemesi veya hayatına neden olabilecek sonuçlar çıkarabilmesi ihtimali, iletişimin oldukça önemli olmasına neden oluyor. Kurulan bu iletişimin önemini maddeler halinde sıralayalım(3):

- Sunulan hizmet bireyin sağlık düzenini ve hayatını direk etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin amacı da, insanları hastalıklardan korumak ve kurtarmaktır. Bu anlamda tüm sağlık çalışanlarının mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra insanlarla iyi ilişkiler kurma yollarını bilmeleri gerekir (3).
- Sağlık alanında iyi ilişkiler kurmak, onları tanımak ve anlamak açısından önemlidir. Olumsuz davranışlar ve iletişim bozuklukları hastanın iyileşmesini geciktirebilir.
- Sağlık, çok hassas bir konudur ve bu sebeple hizmet sunucusu insan ilişkilerinde çok titiz olmalıdır. Çünkü sağlık personelinin karşısındaki kişi hasta ya da hasta yakını olduğu için o anda normal davranmayabilir. Bu nedenle sağlık personeli insan ilişkileri konusunda oldukça başarılı olmalıdır (3).
- Zayıf iletişimin hasta açısından zayıf sonuçlar doğurduğuna dair eldeki kanıtlar artmaktadır (27).
- Yardım ilişkisi kurmada, problemleri tanımlamada, stresle baş etmede, problemleri çözmede ve tedaviyi uygulamada iletişimin büyük önemi vardır.
- Sağlık eğitimi uygularken iletişim kullanılır.
- Hastanın ve hasta yakınlarının hizmet sunucularına karşı saygı duymaları, tedaviyi desteklemeleri ve güven duymaları iletişim gücü ile gerçekleşir.
- İyi bir öğrenme ve öğretme iyi-sürekli bir iletişimin ürünüdür (3)

- Hem bedensel hem de ruhsal hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalarla daha doyum sağlayıcı bir ilişki, iletişim ile kurulur (3).

Sağlık personeli görevi gereği, değişik kişilik özelliklerine sahip çok sayıda insanla ve bununla ilgili sorunlarla karşılaşmaktadır. Sağlık personelinin kullanabileceği bilimsel ve teknolojik gelişmelere karşın iletişim halen hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerinin özü olarak kabul edilmektedir. Çünkü, hastaların sağlık personeliyle ilişkilerinin niteliği, kendilerine yapılan muameleden duydukları memnuniyeti güçlü bir biçimde etkiler (13).

Hasta ve hasta yakınlarının beklentileri, kuşkusuz çok önemlidir. Hekim sadece hastalığın teşhis ve tedavisiyle yetinmemeli, hastanın umudunu canlandırmalı, onu yaşama bağlamalı, hastalığı ile başa çıkacağına inandırmalı, hastalığın yol açtığı depresyon ve yılgınlığın etkilerini gidermeye çalışmalı, hastalığın tedavisi yanında hastalığa bağlı olarak gelişen diğer soruların, korkuların ve endişelerin giderilmesi için de gayret sarf etmelidir. Aslında hastayı hekime getiren de bunlardır. Yani, hastalığın kendisinden çok hastalığın hasta tarafından algılanma biçimi hastayı hekime taşır. Çünkü, hasta çoğu zaman hastalığın ne olduğunu, nerede olduğunu bilmez, hatta hasta olup olmadığını bile bilemez. Sadece ortaya çıkan yakınmalar ve bunlarla ilişkili olarak kafasında oluşan sorulardan kurtulmak için hekime gelir. Eğer, zihninde oluşan sorular yanıtlanmaz, korku ve endişeleri giderilmezse, uygun tedaviye rağmen tatmin olmayabilir (22).

6.1. SAĞLIK PERSONELİ İLE HASTA / HASTA YAKINLARI ARASI İLETİŞİM SORUNLARI

- Sağlık personelinin kullandığı dilin hasta tarafından anlaşılması(13).
- Doktorların muayene sırasında hasta ve yakınlarını tam olarak dinlememeleri ve dinlemek için yeterli zaman ayırmamaları.
- Sağlık personellerinin hasta ve yakınlarına yapılan tedavi hakkında tam olarak bilgi vermemeleri.
- Hasta ve yakınlarına hastalık ve uygulanacak olan tedavi ile ilgili sorular sorabilmesi için yeterince zaman ayrılması veya hiç fırsat verilmemesi.
- Hastanın işbirlikçi olmaması. Bazen hasta çeşitli nedenlerle kendisi için ayarlanan tedaviye uymayabilir.
- Sağlık personelinin hasta sorununa karşı yeterince anlayışlı ve sabırlı olmaması veya hastada böyle bir izlenim bırakmaması.
- Sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarını tedavi konusunda yeterince eğitmemeleri(3).
- Sağlık eğitime ve tedavi sürecine karşı oluşabilecek direnç mekanizmalarını önemsememek(3).
- Hasta ve yakınlarıyla işbirlikçi bir yaklaşım içine girmemek, onların düşüncelerine önem vermemek(13).
- Hastaya odaklanmak yerine hastalığın tedavisine odaklanıp sadece onunla ilgilenmek, hastanın psikolojik durumuna ve hastalığın oluşma nedenine önem vermemek(13).
- Hasta ve yakınlarına karşı empati göstermemek(13).
- Hastaya karşı yeterince sorumluluk duygusu hissetmemek ve kaygı duymamak(13).

7. KONUS İLE İLGİLİ BAZI İLGİLİ ARAŞTIRMA SONUÇLARI

- Yapılan bir araştırmaya göre, muayene sırasında şikayetlerini anlatmaya ya da soru sormaya başlayan hastaların ortalama 18 saniye sonra sözlerinin kesildiği belirlenmiştir (13).

- Büyük bir üniversite hastanesine başvuran hastalardan üçte birinin, doktorların tedavi sırasında düşüncelerinin önemsenmediğinden yakındıkları görülmüştür (13).

- Korch ve meslektaşları yaptıkları 800 hasta ziyaretini banda kaydetmiş ve daha sonra da bu annelerle görüşmüşlerdir. Bu araştırma sonucunda;

- Görüşmelerin teknik ve bilgi merkezli olduğu ortaya çıkmış,

- Selamlaşma ve el sıkışma gibi günlük nezaket davranışlarının, arkadaşça konuşmaların çok az olduğu, annelerin korkulu ve gergin oldukları görülmüş,

- Annelerin dörtte birinin akıllarını kurcalayan bir soruyu dahi sormalarına fırsat verilmediğinden yakındıkları görülmüş,

- Her beş anneden biri, çocuğunun hastalığının kendisine açıkça anlatılmadığı duygusuna kapıldığı görülmüş,

- Annelerin yarısı, hastalığı ile ilgili olarak yeterince bilgilendirilmediklerini düşünüyormuş (13).

- Hastaların %20'sinin doktor muayenahaneleri ve kliniklerde kendilerine nasıl bakacakları konusunda neredeyse hiç bilgi sahibi olmadan ayrıldıkları bildirilmiştir. Bu nedenle sağlık sorunlarının ne olduğunu bile tam anlayamaz ve kendilerine verilen tedaviyi tanıyamazlar (13).

- Ley'in yaptığı literatür araştırması, hastaların %7-53 oranında hekimin söylediklerini anlayamadıklarını, %28-71 oranında hastanın ise sunulan bilgiyi unuttukları ortaya koyulmuştur (3).

- Surstad 1974 yılında, Hadlow ve Pitts'in 1991 yılında yaptıkları araştırmalar sonucunda, doktorların sürekli olarak, hastalarının anlayamadıkları tıbbi terimler kullandıkları görülmüştür (5).

- Byrne ve Long'un yaptıkları araştırmada; doktorların genellikle hastanın kendi hikayesini anlatmak ve sıkıntılarını dile getirmekten çekinmelerini sağlayacak şekilde "doktor merkezci" bir yaklaşım izledikleri sonucu bulunmuştur (5).

- Korch ve Negrete, yaptıkları çalışmada çocuk doktorlarıyla olan ilişkilerinden memnun olan anneler grubunun %53.4'ünün, memnun olmayanların ise yalnızca %16.7'sinin doktorun isteklerine uyduğu görülmüştür (5).

- Doktor adını bilen hastaların doktorun teknik yeterliliği ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu hale gelmektedir (17).

- Doktor adını bilen hastaların doktorun davranış şekli ile ilgili değerlendirmeleri daha olumludur.

- Hastanede kısa süreli kalan hastaların, doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmeleri, hastanede uzun süreli kalan hastalara göre daha olumludur (17).

- Daha uzun süre bilgilendirilen hastaların, doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu hale gelmektedir (17).

- Hastaların doktorunu günlük görme süresi arttıkça, doktoru hakkındaki olumlu izlenimleri artmaktadır.

- Evli hasta grubunun doktora duydukları güven bekarlara göre daha fazladır (17).

- Daha uzun süre soru soran hastaların doktora duyulan güven ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu hale gelmektedir.

- Üniversite mezunu hasta grubunun doktorun kullandığı dil ile ilgili değerlendirmeleri diğer gruplara göre daha olumludur (17).

- Çeşitli araştırmalar, hastaların hekim ile ilişkilerine son vermesinin en önemli nedeninin, hekimin hastaya önem vermemesi olduğunu göstermiştir (2).

- Araştırmalar:

- Hastaların 1/3'ünün tıbbi tavsiye etkiliyse buna uyduğunu,

- Hastaların 1/3'ünün etkili olup olmadığına bakmaksızın tıbbi tavsiyelerin bazılarına uyduğunu,

- Hastaların 1/3'ünün ise tıbbi tavsiyelere uymadığını göstermiştir (15).

- Çeşitli araştırmalar hasta doyumunu etkileyen en önemli etkenin, hekimin duygusal davranışlarındaki başarısı olduğunu ortaya koymaktadır (2).

- Hekim davalarına yol açan “olumsuz hekim davranışlarının; göz göze gelmekten kaçınmak, sert ses tonu, eleştiri, hiç bilgi vermemek ve çok az bilgi istemek, asık bir yüz, sevecen davranmamak ve hastayla kısa temasta bulunmak” olduğu rapor edilmiştir (22).

- Yakın zamanda yapılmış olan bir çalışmada iç hastalıkları asistanlarının hasta ile olan iletişim yetenekleri, bir buçuk günlük bir workshop, altı küçük grup oturumu, altı bire-bir oturum sonunda (yaklaşık 6-8 aylık bir periyot içinde) kazanabildiğini göstermiştir. Asistanlara hasta ile karşılaşmada selamlaşma, hastayı bilgilendirme, hastanın duygulanımsal durumlarına karşı tavır, konsültasyonların amacı hakkında bilgi verme usulleri öğretilmiştir. Görüşme sürecinde formal başlangıçtan sonra görüşmede kat edilecek ilerleme ve düzeyin zamanlaması öğretilmiştir. Asistanlara tetkik sonuçlarının, öngörülen tanılar, etiyoloji, tedavi seçenekleri ve prognoz konusunda detaylı açıklama yapılması bu süreç içinde de hastanın emosyonel durumuna karşı hassas kalınması konusunda eğitim verilmiştir (15).

8. GELİŞMİŞ ÜLKELERDE VE TÜRKİYE'DE DOKTOR HASTA İLİŞKİSİNİ DÜZENLEMeye YÖNELİK ÇALIŞMALAR

Önceki yüzyıllarda yüz yüze ve büyüsel ilişkiden, günümüzdeki sofistike tedaviyle donatılmış hastanelerin şık odalarında gerçekleşen hasta-hekim ilişkisine dönüşen bu ilişkide hastalar çoğunlukla “devasa” miktardaki tıp bilgisine hiçbir zaman nüfuz edemeyecek bir durumdadır. Bu durum günümüzde tıp bilgisindeki büyük artış ve hekimlik mesleğindeki aşırı uzmanlaşma düşünüldüğünde hızlı hastaların aleyhine bilgi eşitsizliği yaratmaktadır. Hasta ihtiyacı olduğu için tıbbi girişim talep eden kişi olarak sağlık kurumunun kapısından adımını attığından itibaren hemen hiç bilmediği bir uygulamalar dünyasına girmiş olur. Yumuşatarak söylesek bile hasta-hekim ilişkisi hekimin her anlamda “otorite” olduğu bir ilişkidir ve bu ilişkide hasta tamamen güçsüz bir durumdadır. Bu güçsüzlük sağlık bilgisindeki karmaşıklıkla, bilgisayarların tıpta kullanımının artması, tanı ve tedavi teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak artmaktadır (16).

Doktor hasta ilişkisi iki taraf açısından da önemli bir konudur. Doktor ile hastası arasındaki ilişkinin düzenlenebilmesi için, hasta hak ve sorumlulukları ile doktor hak ve sorumluluklarının tanımlanması gereklidir. Hasta hakları gelişmiş ülkelerde 1970'li yıllardan başlayarak gündeme gelmiştir. Hasta haklarının ve sağlık çalışanlarının içinde bulunulan döneme göre neleri içermesi gerektiği konusu ele alınmış ve çeşitli düzenlemelere gidilmiştir (17).

8.1. Hasta Haklarının Amaçları

Gerek uluslararası düzeyde, gerekse ulusal düzeyde hasta haklarının geliştirilmesinin temel amaçları hastaların desteklenmesi ve güçlendirilmesidir. Bu amaçlar şunlardır (16):

1.Hastanın bir kişi olarak gelişmesini ve kişinin bütünlük ve itibarının korunması,

2.Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardım etmek ve sistemle ilgili sorunların etkisini hafifletmek,

3.Hastalarla sağlık personeli arasındaki ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek, özellikle de hastaların sağlık hizmeti sürecine aktif katılımını cesaretlendirmek,

- 4.Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yönetimleri arasındaki diyaloglar için yeni fırsatlar yaratmak ve var olanları güçlendirmek,
- 5.Sağlık personelinin mesleki uygulamalarından doğan hatalarını azaltmak,
- 6.Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili ulusal ve yerel programlara katılmasını sağlayarak sağlık hizmeti kalitesini arttırmak,
- 7.Çocuklar, psikiyatrik hastalar, yaşlılar ve mahkumlar gibi özel gruplar için ayrıntılı düzenlemeler getirmek,
- 8.Hasta-hekim ilişkisinde edilgen modeli değiştirerek sağlık hizmetlerinin insancillaştırılmasını sağlamak,
- 9.Hasta eğitimini genel bir uygulama haline getirerek sağlık hizmeti etkinliğini arttırmak,
- 10.Hasta haklarıyla ilgili düzenli başvuru mekanizmaları oluşturarak sağlık hizmeti ortamında oto kontrol sağlamak.

8.2. Hasta Haklarının Kapsamı

Hak sözcüğü, korunma altına alınan menfaatleri ifade eder. Aslında hakları vazgeçilmez ihtiyaçlar doğurur. Sağlık herkesin öncelikli ihtiyacıdır. Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak herkes için, her şeyden önce gelen bir gereksinimdir, çünkü sağlığı iyi olmayan bir kişinin diğer gereksinimleri karşılayabilmesi, menfaatlerini koruyabilmesi veya haklarını kullanabilmesi mümkün olmayabilir. Çağdaş toplumlar geliştirdikleri çeşitli sosyal mekanizmalarla (hukuk, sigorta sistemleri, sosyal güvenlik kurumları, hayır kurumları ve devlet organları...) kişilerin temel ve vazgeçilmez gereksinimlerini kontrol altına alırlar (22).

Hasta hakları esas olarak insan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eden ve üçüncü kuşak insan hakları arasında sayılan hakları kapsıyor. Bu hakların başında insan olarak saygı görme, mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bilgilendirilme, tıbbi işlemler için onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, bakım ve tedavi devamlılığının sağlanması geliyor. Son yıllarda başta Avrupa ülkeleri olmak üzere birçok ülkede hasta haklarına önem veren sağlık hizmeti anlayışı geliyor. Hasta haklarına duyulan ihtiyacın iki ana nedeni bulunuyor. Birincisi tıp biliminin insanlar üzerindeki girişimlerinde yaşanan artış, diğeri ise sağlık hizmetlerine ulaşma sürecinde yaşanan sorunlardır. Son 20 yıldaki toplumsal ve ekonomik gelişmeler sağlık

hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet değerlerine olan ihtiyacı arttırmış ve büyük ölçüde piyasa dinamiklerine teslim olan sağlık sistemi karşısında hastaların korunması gerekliliği ortaya çıkmıştır (16).

Hastaların ihtiyaçları olan kaliteli bir sağlık hizmetine kolayca ulaşabilmeleri ve sağlıklarına geri kavuşabilmeleri için insan onuruna yakışır bir biçimde her türlü desteği almalarını sağlamak üzere tanımlanan hasta hakları, kuşkusuz sağlıklı yaşama hakkının en temel unsurları arasındadır. Geçmişte kabul edildiği gibi, hastalara gösterilecek şefkat, saygı, özen ile verilecek sağlık hizmeti, onlara bir lütuf veya bağış değildir. Hekim veya diğer sağlık çalışanlarının hastalarına verecekleri destek, ulusal mevzuat ve uluslar arası sözleşmelerle güvence altına alınmış hasta hakları içerisinde net olarak tanımlanmıştır (22). Günümüzde hasta hakları denildiğinde; Dünya Doktorlar Birliği'nce (World Medical Association) 1981 yılında kabul edilen Hasta Hakları Bildirgesi (Lizbon Bildirgesi) ve 1948'de ilk defa kaleme alınan, daha sonra 1983'te son şekli verilen Mesleki Bağımlılık Yemini (Cenevre Bildirgesi) ilk akla gelen metin ya da düzenlemelerdir. Bu iki bildirme, içerik olarak yalnızca tedavi hizmetlerini, ilişki olarak ise yalnızca doktor hasta ilişkilerini ortaya koyan metinlerdir. Bunların en önemlilerinden biri olan Lizbon Bildirgesi, aşağıdaki beş madde ile özetlenebilir (29):

1. Doktoru seçme hakkı,
2. Aydınlatılmış onam hakkı,
3. Hasta sırlarını saklama görevi,
4. Saygın bir şekilde ölme hakkı,
5. Teselli edenini/telkinde bulunanını seçme hakkı.

Hasta haklarının yalnızca bunlarla sınırlı olamayacağı tartışma götürmez bir gerçektir. Yine benzer bir düzenleme Dünya Doktorlar Birliği'nin bir bütünlük içeren kararları olarak göze çarpmaktadır. Bu bildirgeler birlikte incelendiğinde, hasta hakları ve insan hakları kavramına bir bütünlük içinde yaklaşıldığı ve çeşitli bildirgelerle konunun bir çok yönünün açıklanmış olduğu görülmektedir. Hasta haklarına verilen önem çeşitli ülkelerin sağlık politikalarında da ortaya konmakta ve bu hakları düzenleyici gelişmeler gerçekleşmektedir. Buna örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde 1973 yılında yayımlanan Hasta Hakları Bildirgesi ile İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'nde 1990 yılında yayınlanan Hasta Hakları Bildirgesi gösterilebilir. Hasta hakları ve sağlık çalışanlarının hak ve sorumluluklarını içeren

alışmalar da gerek dünyada, gerekse Türkiye’de dünyadaki bu gelişmeler paralelinde bir değişim süreci izlemiştir. Türkiye’de de dünyadaki bu gelişmeler paralelinde Türk Standartları Enstitüsü öncülüğünde hasta hakları ve sorumluluklarını belirlemeye yönelik bir çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmanın içeriği üç başlık altında özetlenebilir (17):

1. Hasta Hakları

- a. Hizmetlerden faydalanma hakkı
- b. Saygı ve itibar görme hakkı
- c. Mahremiyet hakkı
- d. Hizmet sunanları tanıma ve bilme hakkı
- e. Bilgi edinme hakkı
- f. Hastadan rıza alınması
- g. Planlanan tedaviyi reddetme hakkı
- h. Fatura detayını isteme hakkı
- ı. Dini hizmetlerden faydalanma hakkı
- i. Uğradığı zararın tazminini isteme hakkı
- j. Hizmetlerle ilgili bilgilendirilme hakkı.

2. Hasta Sorumlulukları

- a. Bilgi verme sorumluluğu
- b. Önerilere uyma sorumluluğu
- c. Planlanan tedaviyi reddetmekten hasta kendisi sorumludur
- d. Kural ve uygulamalara uyma sorumluluğu,
- e. Gerek hizmet sunanlara, gerekse diğer hastalara saygı gösterme,
- f. Uygunsuz taleplerden kaçınma sorumluluğu,
- g. Verdiği zararı tazmin sorumluluğu.

3. Personel ile Hasta İlişisini Düzenleyen Temel Kurallar

- a. Personel hastaya nezaket kurallarına uygun şekilde davranmalıdır,
- b. Hastaya uygulamalar hakkında bilgi verilmelidir,
- c. Hastanın zel hayatına saygı gösterilmelidir,
- d. Hasta eğitimi konusuna gereken önem verilmelidir.

Görüldüğü gibi, hasta hakları konusunun önemli bir bölümü, personel ile hasta arasındaki etkileşime ilişkin düzenlemelerden oluşmaktadır ve sağlık hizmetlerinin özelliğinden dolayı, sağlık personeli arasında doktorlar ön plana çıkmaktadır. Günümüzde doktor hasta ilişkisinde, hastalık sosyal bir olgu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, doktor hasta ilişkisi, bireye özgü bir durum olmaktan çıkarılmalı ve hasta bütün yönleriyle bir insan olarak ele alınmaya başlanmalıdır. Ankara, Gazi ve Hacettepe Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde okuyan öğrencilere yapılan bir araştırmada, geleceğin doktorlarının hastalara yaklaşımının, yukarıdaki açıklamaları destekler yönde olduğu söylenebilir. Bu araştırmaya göre, araştırma kapsamındaki öğrencilerin %76.2'si hastayı bütün yönleriyle bir birey olarak görmekte iken, sadece %9.0'luk bir kısmı, hastayı sadece bir vaka olarak görmektedir.

Doktor hasta ilişkisinde, önemli olan bir diğer nokta da hastanın doktora olan güveninde hayal kırıklığına uğramamasıdır. Doktorlar hastanın gereğinden fazla bilgilendirilmemesine özen gösterirler. Örneğin, bir tıbbi uygulamanın ilk aşamalarında bu uygulamanın başarılı sonuçlar verebileceğini doktor, uymama davranışına yol açabileceği gerekçesiyle reddedebilmektedir. Oysa uygulamanın ilk olumsuz sonuçları alındığında, hastanın doktora olan güveni, bilgi eksikliğinden dolayı büyük ölçüde azalacaktır. Bundan sonraki aşamalarda doktor hastanın yardımını almakta ve tekrar güvenini kazanabilmekte zorlanabilecektir.

9. HEKİM HASTA İLİŞKİLERİNİN ÖĞELERİ

Hekim hasta iletişimde, genel pratisyenin iki tür davranışı önemli bulunmaktadır. Enstrumental (işe yönelik) davranış ve duygusal (afektif) ya da sosyo-duygusal davranış. İki tip davranış da tıbbın hem biyolojik hem de psiko-toplumsal amaçlarına ulaşması açısından gereklidir. Enstrumental davranış, hastaya doğru soruları sormayı gerektirir, çünkü bu sorular sorulmazsa hastanın dünyasına ulaşılamaz. Hekim eğer empati gösteremezse, hasta biyolojik tıbbın gereklerini yerine getiremez. Başka bir deyişle, hekimin işe ilişkin davranışları hastanın duygusal ya da insan boyutuna ulaşmayı; hekimin duygusal davranışı ise sorunun biyolojik çözümüne yönelik hasta uyumunu kolaylaştırır (2).

9.1. Enstrumental (Araçsal) ya da İşe İlişkin Davranış

Enstrumental boyut, bir hizmetin bir dizi sonuç elde etmeyi sağlayan yönleri ile ilgilidir. Genel pratisyenlikte hizmetin asıl amacı sorun çözmedir. Bu amaca ulaşmanın en önemli yolu, bilgi alış veriştir. Tanı koyma sürecinde öykü almanın en önemli aşama olduğuna öteden beri dikkat çekilmektedir. Putnam'a göre % 56-85 oranında yalnızca öykü ile tanı konabilmektedir. Yeterli soru sorma, doğru soruları sorma, biyo-medikal konulara ek olarak; ruhsal, toplumsal ve yaşam biçimi boyutları ile ilgili sorular sorma, kapalı ve açık uçlu sorular sorma, son ikisi arasında iyi bir denge sağlama önemli öğeler olarak değerlendirilmektedir (2).

Öykü almanın yanı sıra, hastaya bilgi sağlama da çok önemlidir. Araştırmalar, hekimlerin genellikle hastanın bilgi alma konusundaki isteklerini göz ardı ettiklerini ortaya koymaktadır. Hekimler büyük ölçüde, kendi bilgi verme süreçlerini fazla önemsemekte ancak hastanın bilgilenme istemini ise yeterince değerlendirememektedirler. Sonuçta, hastalar genellikle aldıkları bilgilerden hoşnut kalmamaktadır. Ley'in yaptığı literatür araştırması, hastanın %7-53 oranında hekimin söylediğini anlamadığını, %28-71 oranında hastanın ise sunulan bilgiyi unuttuğunu ortaya koymuştur (2).

Araştırmalar, hastanın anımsaması ve önerilere uyması konusunda en iyi yaklaşımların, bilgi verme, danışmanlık yapma, kesin ve net açıklamalar sunma olduğunu ortaya koymaktadır. Danışmanlık aynı zamanda hastayı ikna etme ve güdülemeyi de içermektedir.

Bilgi alış-verişi dışında hekim hasta iletişimde başka bir enstrumental davranış biçimi, hasta hekim görüşlerinin sistematik bir biçimde yapılandırılmasıdır. Hekim ile hastanın saptamaları ve değerlendirmeleri çakıştığında, en iyi sonuçlar alınmaktadır. Bu amaçla, hekim hastanın kendisine müracaat nedenini tam olarak öğrenmeli, sorun konusunda hasta ile görüş birliği sağlamaya çaba göstermeli, hastalığı ve tedaviyi tam olarak açıklamalıdır (2). Ancak konu, bebeği veya çocuğu konusunda son derece endişe içinde olan anne-baba olunca durumun biraz daha titizlik gerektirdiği muhakkaktır. Bu konuda hekime düşen en önemli görevin sabır olduğu bilinen bir gerçektir.

9.2. Duygusal (Afektif) Davranış

Enstrumental davranışın bir dizi sonuca yönelik olmasına karşılık, duygusal davranışlar tüketicinin başlı başına sonuç olarak değerlendirdiği özelliklerdir. Örneğin, insan ilişkileri bunların başında gelmektedir. Hekimin duygusal davranışı hiç kuşkusuz hasta doyumunda belirleyici bir önem kazanmaktadır. Çeşitli araştırmalar hasta doyumunu etkileyen en önemli etkenin, hekimin duygusal davranışındaki başarısı olduğunu ortaya koymaktadır. Hekimin bu alanda gösterdiği başarının, aynı zamanda hizmetin sürekliliğini sağlamada belirgin payı bulunmaktadır. Duygusal davranış ile sonraki randevulara gelme ilişkisi oldukça iyi araştırılmış; yapılan çalışmalar, hastanın yeniden gelişini belirleyen en önemli hekim davranışı özelliklerini, hekimin insana önem vermesi, hastaya yeterli zaman ayırması, kendisini dinlemesi ve gerekli açıklamaları yapması, gerektiğinde ulaşılabilir olması gibi nitelikler olduğunu ortaya koymuştur. Hastaların hekim ile ilişkilerine son vermelerinin en önemli nedeninin, hekimin hastaya önem vermemesi olduğunu gösteren araştırmalar vardır (2).

Duygusal ilişkinin amacı, hekimin hastası ile iyi bir ilişki içinde olmasını sağlamaktır. Oysa iyi ilişkinin tanımı da uzmanlara ve mesleklerle göre farklılık göstermektedir. Sosyologlar ve sosyal psikologlar daha çok ilişkinin insani boyutu üzerinde dururken, klinik psikologlar ve psikiyatristler iyi hekim hasta ilişkisinin, karşılıklı güven içeren klinik hekim niteliği olduğu görüşündedirler. İyi ilişkinin temel koşulları arasında sayılan kimi özellikler şöyledir: Empati, saygı, içtenlik, sıcaklık, değer verme, koşulsuz kabullenme, söyleneni dinleme, söylenemeyeni anlamaya çalışma, göz teması sağlama vb. Bunlardan empati, tüm uzmanlarca en önemli öge olarak uygulanmaktadır. Empati, "hekimin hastaya onun sorunlarını gerçekten anlattığını gösterme yeteneği" olarak tanımlanmıştır (2).

9.3. Hasta Merkezli Yaklaşım

Hekim hasta iletişimi özellikleri açısından günümüzde yeni yaklaşımlar söz konusudur. Hekim ve hastanın etken-edilgen konumundan, yol göstericilik-iş birliği anlayışına doğru kayma olduğu gösterilmektedir. Hasta merkezli olarak nitelenen böylesi tıbbi bir görüşmede hekim hastaya kendini tümüyle ortaya koyma olanağı tanımakta; hastalık belirtileri kadar, kişinin korkularını, beklentilerini de kavrayabilmektedir. Bunu yaparken hekim, dünyayı ve hastalığı hastanın gözüyle

görmeye çalışmaktadır, hasta merkezli bu yaklaşım, hekimin hastanın sorununa yetkin bir biçimde egemen olmasını ve çözüm bulmasını sağlamakla birlikte, yapılan çalışmalarda, hasta merkezli davranış ile hasta doyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Hastaya yeterli süre ayrılması, soruna doğru yaklaşım gösterilmesi ve çözüm bulunması açısından yararlı sonuçlar gerektirmektedir. 963 hasta-hekim görüşmesine dayalı bir araştırmada, görüşme süresinin, yetkinliği belirleyen önemli bir ölçü olduğu gösterilmiştir (2).



GEREÇ VE YÖNTEM

1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri servisinde yatan (0-15) yaş grubu hasta çocukların ebeveynlerinin hekim hasta iletişimini algılarını değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

“15 Eylül 2003-15 Nisan 2004” tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hastalıkları Servisi’nde yatan (0-15) yaş grubu tüm hasta çocukların ebeveynleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çocuk hastalıkları servisi; 26 servis, 5 yenidoğan ve 4 yoğun bakım ünitesi olmak üzere toplam 35 yatak kapasitesine sahiptir.

M.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hastalıkları Servisi’nde “15 Eylül 2003-15 Nisan 2004” tarihleri arasında yatan hasta çocukların ebeveynlerinin tamamına ulaşması hedeflenmiş olup örneklem seçilmemiştir. Bu dönem içerisinde, pediatri servisine toplam 342 çocuk yatmış olup, 5 tanesi ex olmuş ve 3 tanesi de araştırmaya katılmayı kabul etmediği için değerlendirmeye tabi tutulamamıştır.

3. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. Anketler, ebeveynlerin etki altında kalmamasını ve gerçekçi yanıtlar vermelerini sağlamak amacıyla ya hastanın taburcu olacağı gün ya da taburcu olmadan bir gün önce uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde hastaların sosyal, demografik, ekonomik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanması özelliklerini belirlemeye yönelik 42 soru yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde ise doktor hasta ilişkisini ölçmede kullanılan 25 soru yer almaktadır. Sorular ve ilgili oldukları boyutlar faktör analizine tabi tutularak belirlenmiştir.

Tablo 4 : Anket soruları ve ilişkili oldukları boyutlar

BOYUTLAR	İlgili Sorular
Danışmanlık-İletişim	22,15,20,14,4,21,2,11,9
Bilgi-Güven	1,5,6
Doktorun Bıraktığı Genel İzlenim	17,18,12,13,16

Doktor ebeveyn ilişkileriyle ilgili boyutların belirlenmesinde kullanılan soruların bir kısmı olumsuz şekilde ankette yer almıştır. Buna örnek olarak 10. soru “Doktoruma sorduğum sorulara yeterli cevap alamıyorum” verilebilir. Bu tür soruların skorları, ters dönüşüme tabi tutularak hesaplanmıştır. Ankette yer alan ve aynı ifadenin doğruluğunu sorgulamak amacıyla sorulan benzer soruların bir örneği değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Ankette yer alan soruların güvenilirliğini belirlemek amacıyla tüm soruları içeren güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Bu katsayının yüksek olması, ölçüm aracının güvenilir olduğunu ifade etmekte ve Cronbach Alfa değerinin 0.50 ve üstünde olması tavsiye edilmektedir. Araştırma sonucunda ankete verilen yanıtlara dayalı olarak yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0.98 olarak hesaplanmıştır. Bu değer ankette yer alan değişkenler arasında iyi bir tutarlılığın bulunduğunu, yani anketin güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır. Veriler toplanmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Yerel Etik Komite Kurulu’nun onayı alınmıştır.

4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket sonuçlarından elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS for WINDOWS paket programı kullanılmıştır.

5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI:

- Hekimlerin araştırmadan haberdar olmasının sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.
- Araştırmacının aynı bilim dalında çalışması BIAS’a neden olmuş olabilir.
- Araştırmaya katılmayı reddeden ebeveynler olmuştur.

- Bu araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Çocuk Hastalıkları servisine tedavi amacıyla başvuran (0-15) yaş grubu çocukların ebeveynlerinin hekim hasta iletişimini algıları ile sınırlıdır.

Bu araştırma veri toplamak amacıyla kullanılan anketin ölçtüğü bilgilerle sınırlıdır.



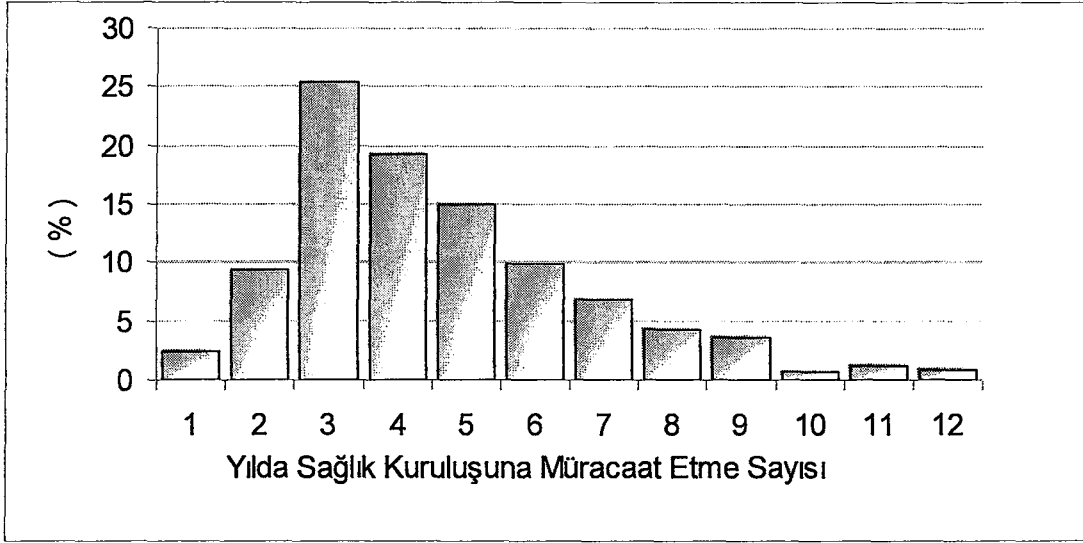
BULGULAR

Tablo 5 : Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	268	80,2
	Erkek	66	19,8
Yaş	0-27	96	28,7
	28-30	92	27,5
	31-34	84	25,1
	35+ yaş	62	18,6
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	6	1,8
	Okur-Yazar	16	4,8
	İlkokul Mezunu	90	26,9
	Ortaokul Mezunu	47	14,0
	Lise Mezunu	118	35,3
	Üniversite Mezunu	57	17,1
Medeni Durum	Halen Evli	312	93,4
	Dul,Boşanmış,Ayrı Yaşıyor	22	6,6
Gelir Durumu	0-450 Milyon	76	25,2
	451-600 Milyon	94	31,2
	601-750 Milyon	57	18,9
	751+ milyon	74	24,6
	Cevapsız	33	
Sosyal Güvence	Var	295	88,3
	Yok	39	11,7
İkamet Yeri	İstanbul İçi	297	88,9
	İstanbul Dışı	37	11,1
Toplam		334	100

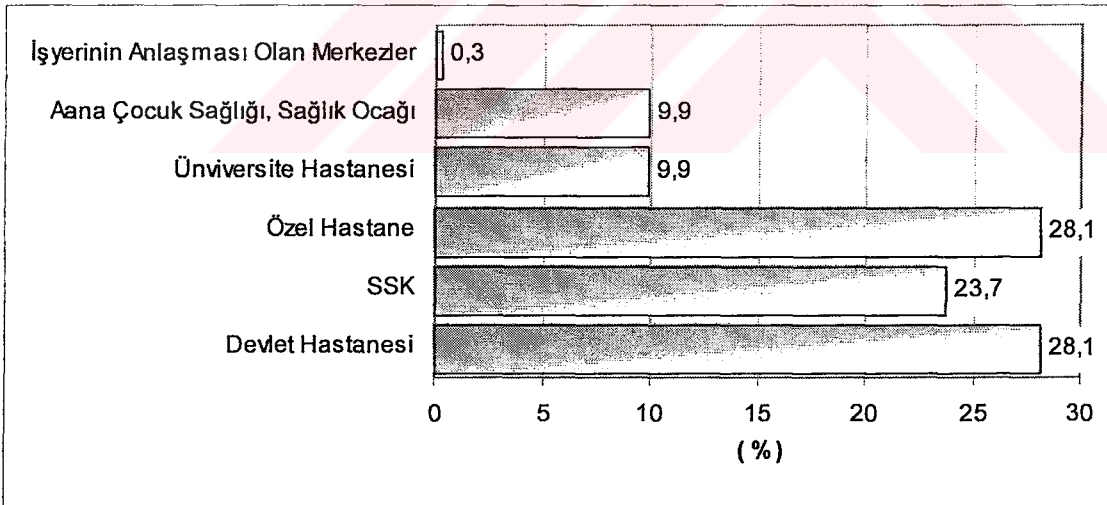
Tablo 5'te, araştırma grubunun bazı sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 66(%19,8)'sı erkek, 268(%80,2)'i kadındır. Araştırma grubunun %35,3'ü lise mezunu iken, %1,8'i okur-yazar değildir. Grubun %88,9'unun İstanbul içinde, %11,1'inin İstanbul dışında ikamet ettikleri görülmüştür.

Grafik 1 : Ebeveynlerin Yılda Sağlık Kuruluşuna Müracaat Etme Durumu



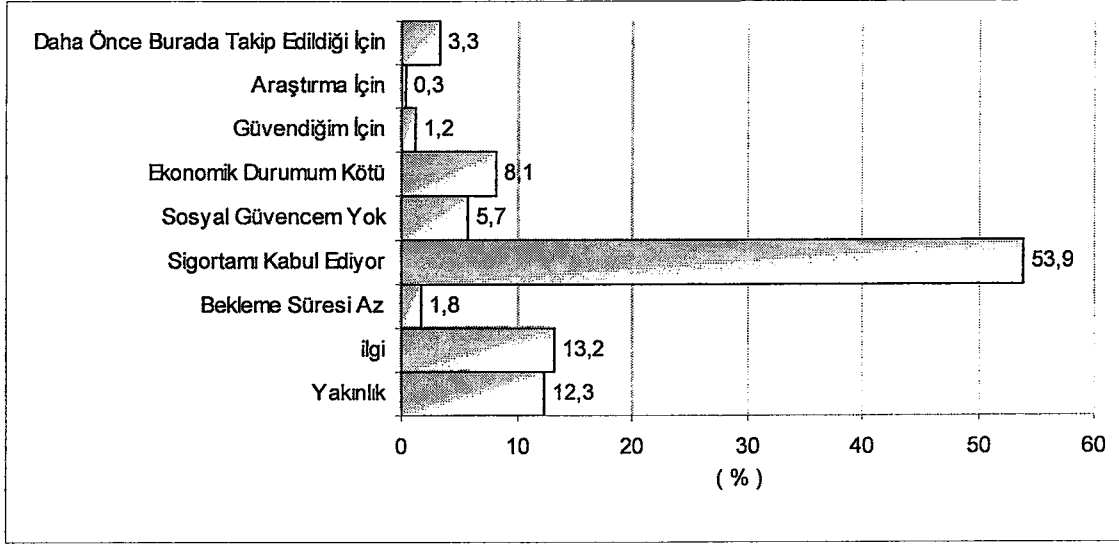
Grafik 1’de, araştırma grubunun yılda ortalama kaç kez bir sağlık kuruluşuna müracaat ettikleri görülmektedir. Grubun % 25,4’ü yılda ortalama 3 kez bir sağlık kuruluşuna müracaat ederken, % 2,4’ü yılda 1 kez sağlık kuruluşuna müracaat ettiklerini ifade etmişlerdir.

Grafik 2 : Ebeveynlerin Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılım



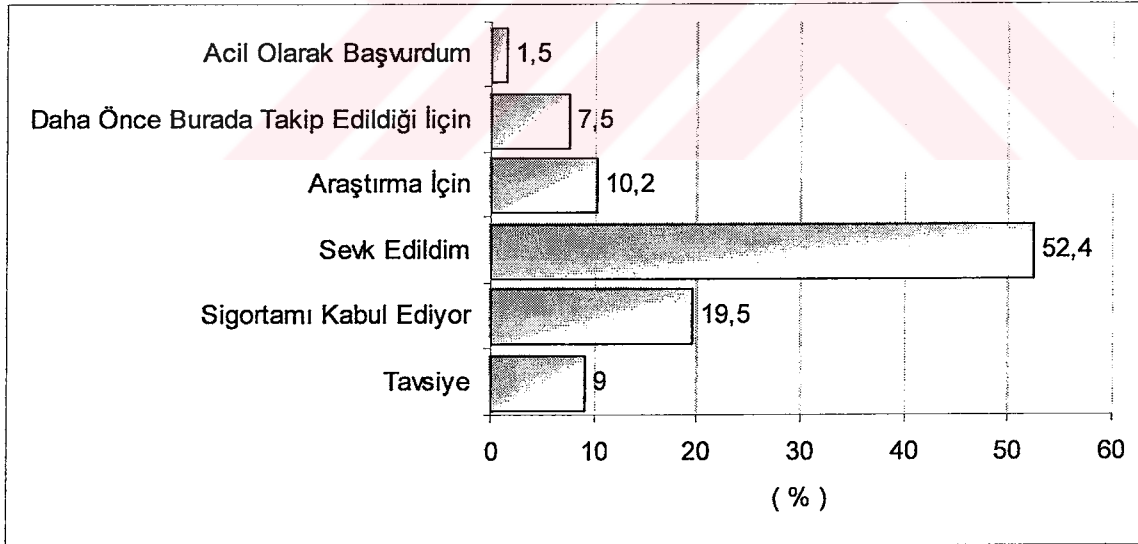
Grafik 2’de, araştırma grubunun başvurdukları sağlık kuruluşlarının genel dağılımı yer almaktadır. Ebeveynlerin devlet hastaneleri ve özel hastanelere %28,1 gibi eşit bir oranda başvurdukları görülürken; üniversite hastaneleri ile AÇS ve sağlık ocaklarına yine %9,9 gibi eşit bir oranda başvurdukları tespit edilmiştir.

Grafik 3 : Ebeveynlerin Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarını Tercih Nedenleri



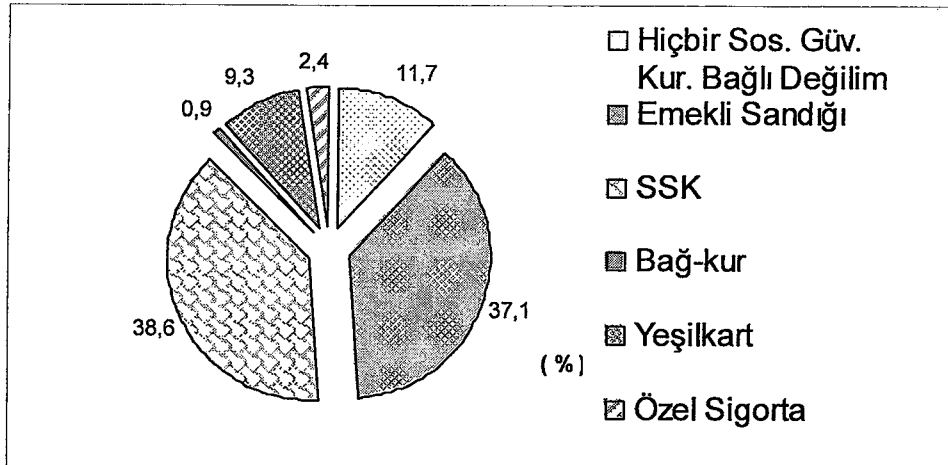
Grafik 3'te, araştırma grubunun başvurdukları sağlık kuruluşlarını tercih nedenleri yer almaktadır. Ebeveynlerin %53,9'u sigortaları o sağlık kuruluşu tarafından kabul edildiği için, %3,3'ü çocukları daha önce burada takip edildiği için müracaat ettiklerini ifade etmişlerdir.

Grafik 4 : Ebeveynlerin Marmara Üniversitesi Hastanesi'ni Tercih Nedenleri



Grafik 4'te, ebeveynlerin çocuklarının bu rahatsızlığında Marmara Üniversitesi Hastanesi'ni tercih nedenleri belirtilmiştir. Ebeveynlerin %52,4'ü sevk edildiği için, % 19,5'i sigortaları bu hastane tarafından kabul edildiği için, %10,2'si ise araştırma için başvurduklarını ifade etmişlerdir.

Grafik 5 : Ebeveynlerin Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Dağılımı



Grafik 5'te, ebeveynlerin bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarının genel dağılımı verilmiştir. Ebeveynlerin %11,7'si hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı değil iken; %37,1'i Emekli Sandığına, %38,6'sı SSK'ya bağlıdır.

Tablo 6 :Ebeveynlerin Sağlık İhtiyaçlarının Karşılanması İle İlgili Özellikleri

Özellikler		n	%
Danıştıkları Bir Doktorun Varlığı	Var	121	36,2
	Yok	213	63,8
Daha Önce Marmara Üniversitesi Hastanesine Başvurma Durumu	Evet	127	38,0
	Hayır	207	62,0
Marmara Üniversite Hastanesine Başvurma Şekli	Direkt olarak başvurma	129	38,6
	Tavsiye	4	1,2
	Doktorunun Önerisi	28	8,4
	Sevk	173	51,8
Çocuğunun Tanısını Bilme	Evet	314	94,0
	Hayır	20	6,0
Tanısını Öğrenme Şekli	Doktor	308	99,0
	Hemşire	3	0,3
	Kayıtlar	2	0,7
Çocuğunun Son Durumu	Hiç iyileşme göstermedi	17	5,1
	Kısmen iyileşme gösterdi	221	66,2
	Tamamen iyileşti	96	28,7
Dr. Ayırdığı Süreyi Yeterli Bulma	Evet	230	69,3
	Hayır	102	30,7
TOPLAM	334	100	

Tablo 6'da ebeveynlerin bazı sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin ifadeleri verilmiştir. Ebeveynlerin 121(%36,2)'i hastalandıkları zaman para ödeyerek yardım istedikleri ya da danıştıkları belli bir doktorlarının olduğunu ifade ederken, 213(%63,8)'ü danıştıkları belli bir doktorlarının olmadığını ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin %38'inin daha önce Marmara Üniversite Hastanesi'ne başvurdukları görülmüştür. Ebeveynlerin %38,6'sı hastaneye direk olarak kendilerinin müracaat ettiklerini ifade ederken, %51,8'i sevk edilmişlerdir. Ebeveynlerin %91,3'ü doktorlarının adını bildiklerini ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin %99'u çocuklarının tanımlarını doktorlarından öğrendiklerini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %66,2'si çocuklarının kısmen iyileştiklerini ifade ederken, %5,1'i hiç iyileşmediğini belirtmiştir. Ebeveynlerin %96,4'ü doktorlarının özel muayenehanelerine gitmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 7 : Ebeveynlerin Tıbbi Bakım Çevresi İle İlgili Bulgular

İFADELER	Özellik	N	%
Çocuğunun yatış süresi	0-6 gün	90	27,1
	7-12 gün	80	24,2
	13-28 gün	81	24,5
	28+ gün	80	24,2
Doktoru tanıma süresi	0-7 gün	90	29
	8-18 gün	67	21,6
	19-45 gün	78	25,2
	45+ gün	75	24,2
Doktoru görme süresi	0-5 dk	141	42,2
	6-7 dk	27	8,0
	8-10 dk	96	28,7
	10+ dk	70	20,9
Soru sorma süresi	0-2 dk	102	30,5
	3-5 dk	137	41
	6-7 dk	15	4,4
	8+ dk	80	24
Özel muayenehaneye gitme	Evet	11	3,3
	Hayır	322	96,4
Doktorun adını bilme	Evet	305	91,3
	Hayır	29	8,7

Tablo 7'de ebeveynlerin tıbbi bakım çevresi ile ilgili özellikleri verilmiştir. Çocukların %27,1'i 0-6 gün kadar hastanede yatmışlardır. Ebeveynlerin %42,2'si günde ortalama 0-5 dakika arası doktorunu gördüklerini ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin %96,4'ü doktorunun özel muayenehanesine gitmediklerini, %8,7'si ise doktorunun adını bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 8 : Toplam Skor ve Eğitim Durumu Arasındaki ilişki

Eğitim Durumu	Ortanca	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik
Okur yazar değil	45,95	41,22	51,79
Okur yazar	55,04	51,13	59,09
İlkokul mezunu	49,72	40,36	57,41
Ortaokul mezunu	49,20	37,43	56,66
Lise mezunu	55,37	46,45	58,84
Üniversite mezunu	56,45	52,57	58,44
Man-Whitney U	60		
p	0,007		

Toplam skor ile ebeveynlerin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet skorunun da arttığı görülmüştür.

Tablo 9 : Gelir ve Toplam Skor Arasındaki ilişki

Gelir (milyon TL)	Ortanca	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik
0-450	47,70	36,05	56,20
451-600	51,54	39,22	57,96
601-750	56,45	50,96	58,96
751	55,89	51,43	58,67
Kruskal-Wallis Chi-Square	51,17		
p	<0,001		

Toplam skor ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça çoğunlukla ortanca değer de yükselmektedir.

Tablo 10 :Doktorun Günlük Bilgilendirme Süresi ve Toplam Skor Arasındaki ilişki

Doktorun günlük bilgilendirme süresi(dk)	Ortanca	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik
0-3	45,21	36,78	58,20
4-5	55,24	43,90	58,20
6-10	56,53	51,44	59,09
11 +	56,16	51,40	58,68
Kruskal Wallis Chi-Square	45,45		
p	<0,001		

Doktorun ebeveynleri günlük bilgilendirme süresi ile toplam skor arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Doktorun günlük bilgilendirme süresi arttıkça ortanca değer de yükseldiği görülmektedir.

Tablo 11 : Doktor ile Günlük Görüşme Süresi ve Toplam Skor Arasındaki İlişki

Doktor ile günlük görüşme süresi (dk)	Ortanca	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik
0-5	44,91	37,94	56,42
6-7	56,66	47,29	57,92
8-10	55,23	51,12	58,73
11 +	57,69	53,17	59,09
Kruskal Wallis Chi-Square	51,17		
p	<0,001		

Ebeveynlerin günlük ortalama görüşme süresi ve toplam skor arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Doktorun ebeveynler ile görüşme süresi yükseldikçe ortanca değerin de yükseldiği görülmektedir.

Tablo 12 : Ebeveynlerin Günlük Ortalama Soru Sorma Süresi ve Toplam Skor Arasındaki İlişki

Ebeveynlerin günlük ortalama soru sorma süresi (dk)	Ortanca	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik
0-2	42,81	36,41	51,54
3-5	55,89	48,16	58,81
6-7	55,36	36,34	58,29
8 +	56,85	52,54	59,09
Kruskal Wallis Chi-Square	70,25		
p	<0,001		

Ebeveynlerin doktora günlük ortalama soru sorma süresi ile toplam skor arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ebeveynlerin doktora soru sorma süresi arttıkça ortanca değerin de arttığı görülmektedir.

Tablo 13 : Çocuğun Yatış Gün Sayısı ve Toplam Skor Arasındaki İlişki

Çocukların yatış gün sayısı (gün)	Ortanca	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik
0-6	55,46	47,48	58,94
7-12	55,52	49,21	58,56
13-28	55,20	44	58,47
29 +	44,98	32	55,03
Kruskal Wallis Chi-Square	34,49		
p	<0,001		

Çocukların yatış gün sayısı ile toplam skor arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çocuğun yatış gün sayısı arttıkça ortanca değerin azaldığı görülmektedir.

Çalışmamızda toplam skor ile medeni durum, cinsiyet, doktorun adını bilme, sosyal güvenlik durumu ve yaş grupları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır.

Tablo 14 : Cinsiyet ve Ebeveyn Doktor İlişkileri

Cinsiyet		Boyutlar		
		Danışmanlık-iletişim	Bilgi-güven	Genel izlenim
Erkek	Ortanca	9,67	3,16	6,19
	1.çeyreklik	5,76	3,16	5,71
	3.çeyreklik	11,34	3,16	6,19
Kadın	Ortanca	9,28	3,16	6,19
	1.çeyreklik	4,26	2,57	4,50
	3.çeyreklik	11,54	3,16	6,19
P		0,81	0,051	0,001
Man-whitney U		8679	7747	6792

Tablo 14 incelendiğinde, ebeveynlerin cinsiyetlerine göre, doktorun danışmanlık-iletişim ile bilgi-güven boyutları arasında istatistiksel farkın olmadığı ancak genel izlenim ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmektedir.

Tablo 15 : Gelir ve Doktor Ebeveyn İlişkileri

Gelir (milyon TL)		Boyutlar		
		Danışmanlık-iletişim	Bilgi-güven	Genel izlenim
0-450	Ortanca	6,16	3,16	5,70
	1.çeyreklik	2,69	2,24	3,37
	3.çeyreklik	10,34	3,16	6,19
451-600	Ortanca	8,05	3,16	5,95
	1.çeyreklik	2,73	2,57	3,98
	3.çeyreklik	11,14	3,16	6,19
601-750	Ortanca	10,97	3,16	6,19
	1.çeyreklik	7,88	2,70	6,19
	3.çeyreklik	11,80	3,16	6,19
750 +	Ortanca	9,99	3,16	6,19
	1.çeyreklik	7,91	3,16	5,70
	3.çeyreklik	11,63	3,16	6,19
Krukal Wallis Chi-square		37,53	10,80	25,33
P		<0,001	P=0,013	<0,001

Tablo 15 incelendiğinde, gelir ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğu görülmektedir.

Tablo 16 : Eğitim Durumu ve Doktor Ebeveyn İlişkileri

Eğitim Durumu		Boyutlar		
		Danışmanlık-İletişim	Bilgi-Güven	Genel İzlenim
Okur-yazar değil	Ortanca	6	3,16	4,80
	1.çeyreklik	4,39	2,93	3,75
	3.çeyreklik	7,70	3,16	6,19
Okur-yazar	Ortanca	10,13	3,16	6,19
	1.çeyreklik	7,50	3,16	5,44
	3.çeyreklik	11,77	3,16	6,19
İlkokul mezunu	Ortanca	7,46	3,16	6,19
	1.çeyreklik	3,24	2,57	3,37
	3.çeyreklik	11,34	3,16	6,19
Ortaokul mezunu	Ortanca	7,18	3,16	5,70
	1.çeyreklik	2,70	2,24	3,37
	3.çeyreklik	10,42	3,16	6,19
Lise mezunu	Ortanca	10,16	3,16	6,19
	1.çeyreklik	5,36	3,05	4,48
	3.çeyreklik	11,66	3,16	6,19
Üniversite mezunu	Ortanca	10,51	3,16	6,19
	1.çeyreklik	8,71	3,16	5,70
	3.çeyreklik	11,69	3,16	6,19
Man-Whitney U		52	158	106
P		0,003	0,77	0,13

Eğitim durumu itibarıyla, doktor ebeveyn ilişkisinin boyutları hakkında ebeveynlerin yapmış oldukları değerlendirmeler Tablo 16'da verilmiştir. Ebeveynlerin eğitim durumu ile doktorun bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamış olmasına rağmen, eğitim durumu ile danışmanlık-iletişim boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 17: Hastanede Yatış Gün Sayısı ve Doktor Ebeveyn İlişkileri

Hastanede Yatış Gün Sayısı		Boyutlar		
		Danışmanlık-İletişim	Bilgi-Güven	Genel İzlenim
0-6	Ortanca	10,09	3,16	6,19
	1.çeyreklik	6,41	3,16	5,48
	3.çeyreklik	11,70	3,16	6,19
7-12	Ortanca	10,21	3,16	6,19
	1.çeyreklik	7,29	3,16	5,70
	3.çeyreklik	11,61	3,16	6,19
13-28	Ortanca	9,72	3,16	6,19
	1.çeyreklik	5,33	2,70	4,75
	3.çeyreklik	11,54	3,16	6,19
28 +	Ortanca	5,40	3,16	5,51
	1.çeyreklik	2,01	1,65	2,39
	3.çeyreklik	9,99	3,16	6,19
Kruskal-Wallis Chi-Square		31,93	21,91	31,38
P		<0,001	<0,001	<0,001

Ebeveynlerin çocuklarının hastanede yattıkları gün sayısı ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 18 : Doktorla Günlük Görüşme Süresi ve Doktor Ebeveyn İlişkileri

Doktorla Günlük Görüşme Süresi (dk)		Boyutlar		
		Danışmanlık-İletişim	Bilgi-güven	Genel izlenim
0-5	Ortanca	5,33	3,16	5,70
	1.çeyreklik	2,65	2,24	3,37
	3.çeyreklik	10,71	3,16	6,19
6-7	Ortanca	10,42	3,16	6,19
	1.çeyreklik	6,65	3,16	4,73
	3.çeyreklik	11,28	3,16	6,19
8-10	Ortanca	9,75	3,16	6,19
	1.çeyreklik	7,51	2,70	5,49
	3.çeyreklik	11,65	3,16	6,19
11 +	Ortanca	11,19	3,16	6,19
	1.çeyreklik	9,14	3,16	6,19
	3.çeyreklik	11,80	3,16	6,19
Kruskal-Wallis Chi-Square		57,54	7,01	25,81
P		<0,001	0,71	<0,001

Tablo 18 incelendiğinde, ebeveynlerin çocuklarının doktorları ile günlük görüşme sürelerine göre yapmış oldukları değerlendirmeler verilmiştir. Ebeveynlerin doktorları ile günlük görüşme süreleri ile doktorun danışmanlık-iletişim ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına

rağmen, doktorun bilgi-güven boyutu ile ebeveynlerle günlük görüşme süresi arasında istatistiksel fark bulunamamıştır.

Tablo 19 : Ebeveynlerin Doktor Tarafından Günlük Bilgilendirme Süresi ve Doktor Ebeveyn İlişkileri

Doktorun Ebeveynleri Günlük Bilgilendirme Süresi		Boyutlar		
		Danışmanlık-İletişim	Bilgi-güven	Genel izlenim
0-3	Ortanca	5,28	3,16	5,51
	1.çeyreklik	2,60	2,24	3,37
	3.çeyreklik	10,49	3,16	6,19
4-5	Ortanca	9,63	3,16	6,19
	1.çeyreklik	6,62	3,16	4,73
	3.çeyreklik	11,69	3,16	6,19
6-10	Ortanca	10,54	3,16	6,19
	1.çeyreklik	8,03	2,70	5,70
	3.çeyreklik	11,77	3,16	6,19
11 +	Ortanca	10,63	3,16	6,19
	1.çeyreklik	7,49	3,16	6,19
	3.çeyreklik	11,57	3,16	6,19
Kruskal-Wallis Chi-Square		50,79	12,39	23,17
P		<0,001	0,006	<0,001

Tablo 19’da doktorun ebeveynleri günlük bilgilendirme süresi ile doktor ebeveyn ilişkileri hakkında yaptıkları değerlendirmeler verilmiştir. Doktorun ebeveynleri günlük bilgilendirme süresi ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 20 : Ebeveynleri Günlük Doktora Soru Sorma Süresi ve Doktor Ebeveyn İlişkileri

Günlük Soru Sorma Süresi (Dk)		Boyutlar		
		Danışmanlık-İletişim	Bilgi-güven	Genel izlenim
0-2	Ortanca	4,10	3,16	5,48
	1.çeyreklik	2,18	2,04	3,26
	3.çeyreklik	8,03	3,16	6,19
3-5	Ortanca	10,33	3,16	6,19
	1.çeyreklik	7	2,70	4,99
	3.çeyreklik	11,70	3,16	6,19
6-7	Ortanca	9,69	3,16	6,19
	1.çeyreklik	2,73	2,11	4,05
	3.çeyreklik	11,69	3,16	6,19
8 ve +	Ortanca	10,81	3,16	6,19
	1.çeyreklik	9,02	3,16	5,70
	3.çeyreklik	11,77	3,16	6,19
Kruskal-Wallis Chi-Square		77,48	26,67	24,92
P		<0,001	<0,001	<0,001

Tablo 20'de ebeveynlerin günlük doktora soru sorma süresi ve doktor ebeveyn ilişkileri hakkında yaptıkları değerlendirmeler verilmiştir. Ebeveynlerin doktora günlük soru sorma süresi ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Medeni durum, yaş grupları, doktorun adını bilme ve sosyal güvencenin varlığı ile doktor ebeveyn iletişimi açısından istatistiksel fark bulunamamıştır.

Tablo 21 : Cinsiyete Göre Hekim-Ebeveyn İletişimine Dair Bazı Düşünceler

İFADELER	Cinsiyet	Katılmıyorum (%)	Ernin Değişim (%)	Katılıyorum (%)	p
Doktorum çocuğumun hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahiptir	Erkek		6,1	93,9	
	Kadın	5,6	4,1	90,3	
Doktorumun çocuğuma uyguladığı tedavi hakkında kuşkuvarım var	Erkek	7,8	4,7	87,5	0,191
	Kadın	14,6	8,2	77,2	
Doktorumun çocuğumun hastalığı konusunda yeterince bilgiye sahip olmadığını düşünüyorum	Erkek	6,1	4,5	89,4	0,086
	Kadın	14,6	8,2	77,2	
Çocuğumun doktorunun bana karşı olan tavrı oldukça samimi	Erkek	7,6	16,7	75,8	0,437
	Kadın	13,1	17,5	69,4	
Doktorum bana karşı gerçekten özel ilgi gösterdi	Erkek	27,3	34,8	37,9	0,919
	Kadın	27,2	32,5	40,3	
Doktorum bana karşı soğuk ve samimi olmayan bir tavır sergiledi	Erkek	10,6	6,1	83,3	0,137
	Kadın	10,8	15,3	73,9	
Doktorum beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı	Erkek	12,1	36,4	51,5	0,488
	Kadın	16	29,5	54,5	
Doktoruma sormak istediğim her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim	Erkek	1,6	7,8	90,6	
	Kadın	17,5	4,1	78,4	
Doktorum çocuğuma ve bana yeterince zaman ayırıyor	Erkek	36,4	7,6	56,1	0,576
	Kadın	29,9	9,3	60,8	
Doktorum sorduğum sorulara aydınlatıcı cevaplar verdi	Erkek	9,1	27,3	63,6	0,002
	Kadın	24,6	13,1	62,3	
Doktoruma sorduğum sorulara yeterli cevap alamıyorum	Erkek	13,6	13,6	72,7	0,155
	Kadın	22,4	8,2	69,4	
Doktorum beni çocuğumun hastalığı ile ilgili sorular sormaya teşvik etmektedir	Erkek	24,2	34,8	40,9	0,106
	Kadın	36,6	24,6	38,8	
Doktorum çocuğumun hastalığının olumlu olumsuz bütün sonuçları hakkında yeterince bilgi verdi	Erkek	13,6	24,2	62,1	0,126
	Kadın	25	18,7	56,3	
Doktoruma karşı büyük güvenim var	Erkek	1,5	7,6	90,9	0,48
	Kadın	10,1	10,8	79,1	
Doktorumla bütün özel problemlerimi rahatlıkla paylaşabileceğimi düşünüyorum	Erkek	21,2	30,3	48,5	0,411
	Kadın	28,4	24,3	47,4	
Çocuğumun hastalığının teşhisi sırasında gerekenden fazla laboratuvar tetkiki istendiğini düşünüyorum	Erkek	60,6	6,1	33,3	0,009
	Kadın	41	15,7	43,3	
Doktorumun söylediklerini anlamakta büyük güçlük çekiyorum	Erkek	21,2	4,5	74,2	
	Kadın	32,5	4,1	63,4	
Doktorumun konuştuğu dili anlamakta güçlük çekiyorum	Erkek	27,3	9,1	63,6	
	Kadın	39,9	5,2	54,9	
Doktorumu tüm tanıdıklarına rahatlıkla tavsiye edebilirim	Erkek		9,1	90,9	0,006
	Kadın	9,8	16,2	74,1	
Doktoruma ihtiyaç duyduğum her an rahatlıkla ulaşabiliyorum	Erkek	63,6	22,7	13,6	0,022
	Kadın	55,6	14,9	29,5	
Çocuğumun yeniden hastalanması durumunda yine aynı doktoru tercih ederim	Erkek	6,1	6,1	87,9	0,002
	Kadın	9,7	23,5	66,8	
Doktorumun tüm hastalara eşit davrandığını düşünüyorum	Erkek	3	3	93,9	0,004
	Kadın	12,7	11,9	75,4	
Doktorum kişilik haklarına yeterince saygılıdır	Erkek		1,5	98,5	
	Kadın	1,9	9	89,1	
Tanı konma süreci sırasında gerekenden fazla zaman harcadı	Erkek	37,9	6,1	56,1	0,125
	Kadın	25,7	9,7	64,6	
Hastanede kaldığım sürede zaman zaman unutulduğum hissini yaşadım	Erkek	57,6	18,2	24,2	0,043
	Kadın	59,7	8,2	32,1	

Tablo 21’de cinsiyete göre hekim-ebeveyn iletişime dair bazı düşünceler verilmiştir. Buna göre, erkeklerin çocuklarının doktorlarının bütün hastalara eşit davrandığını düşünme oranı kadınlara göre daha yüksek tespit edilirken, kadınlar çocuklarının doktorlarının kendilerine gerçekten özel ilgi gösterdiklerini ve kendilerini rahatlatmak için ellerinden geleni yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bununla beraber, kadınların çocuklarının hastalığının teşhisi sırasında gerekenden daha fazla laboratuvar tetkiki istendiğini düşündükleri belirlenmiştir. Çalışmamızda, erkeklerin, çocuklarının doktorunu tüm tanıdıklarına tavsiye etme oranı kadınlardan daha yüksek bulunmuş olup yine erkeklerin kadınlara oranla çocuklarının doktorlarına daha fazla güvendikleri tespit edilmiştir.



Tablo 22 : Ebeveynlerin İkamet Yerine Göre Hekim-Ebeveyn İletişimine Dair Bazı Düşünceleri

İFADELER	İkamet Yeri	Katılmıyorum (%)	Emin Değilim (%)	Katılıyorum (%)	p
Doktorum çocuğumun hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahiptir	İstanbul	2,4	4,4	93,3	
	İstanbul Dışı	21,6	5,4	73	
Doktorumun çocuğuma uyguladığı tedavi hakkında kuşkularım var	İstanbul	12,5	7,7	79,8	
	İstanbul Dışı	20	5,7	74,3	
Doktorumun çocuğumun hastalığı konusunda yeterince bilgiye sahip olmadığını düşünüyorum	İstanbul	11,8	7,1	81,1	
	İstanbul Dışı	21,6	10,8	67,6	
Çocuğumun doktorunun bana karşı olan tavrı oldukça samimi	İstanbul	9,8	16,5	73,7	P<0,001
	İstanbul Dışı	29,7	24,3	45,9	
Doktorum bana karşı gerçekten özel ilgi gösterdi	İstanbul	25,6	33,7	40,7	0,156
	İstanbul Dışı	40,5	27	32,4	
Doktorum bana karşı soğuk ve samimi olmayan bir tavır sergiledi	İstanbul	10,1	11,8	78,1	
	İstanbul Dışı	16,2	27	56,8	
Doktorum beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı	İstanbul	12,8	31,3	55,9	0,002
	İstanbul Dışı	35,1	27	37,8	
Doktoruma sormak istediğim her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim	İstanbul	12,5	4,7	82,8	
	İstanbul Dışı	31,4	5,7	62,9	
Doktorum çocuğuma ve bana yeterince zaman ayırıyor	İstanbul	30,3	8,1	61,6	
	İstanbul Dışı	37,8	16,2	45,9	
Doktorum sorduğum sorulara aydınlatıcı cevaplar verdi	İstanbul	19,9	16,2	64	0,103
	İstanbul Dışı	35,1	13,5	51,4	
Doktoruma sorduğum sorulara yeterli cevap alamıyorum	İstanbul	19,5	9,1	71,4	
	İstanbul Dışı	29,7	10,8	59,5	
Doktorum beni çocuğumun hastalığı ile ilgili sorular sormaya teşvik etmektedir	İstanbul	33,1	26,4	40,5	0,373
	İstanbul Dışı	43,2	27	29,7	
Doktorum çocuğumun hastalığının olumlu olumsuz bütün sonuçları hakkında yeterince bilgi verdi	İstanbul	20,9	19,5	59,6	0,043
	İstanbul Dışı	37,8	21,6	40,5	
Doktoruma karşı büyük güvenim var	İstanbul	6,7	10,8	82,5	
	İstanbul Dışı	21,6	5,4	73	
Doktorumla bütün özel problemlerimi rahatlıkla paylaşabileceğimi düşünüyorum	İstanbul	26,3	23,2	50,5	0,006
	İstanbul Dışı	32,4	43,2	24,3	
Çocuğumun hastalığının teşhisi sırasında gerekenden fazla laboratuvar tetkiki istendiğini düşünüyorum	İstanbul	41,8	15,2	43,1	0,003
	İstanbul Dışı	70,3	2,7	27	
Doktorumun söylediklerini anlamakta büyük güçlük çekiyorum	İstanbul	29	4,7	66,3	
	İstanbul Dışı	40,5	0	59,5	
Doktorumun konuştuğu dili anlamakta güçlük çekiyorum	İstanbul	36,4	4	59,6	
	İstanbul Dışı	45,9	21,6	32,4	
Doktorumu tüm tanıdıklarına rahatlıkla tavsiye edebilirim	İstanbul	6,8	13,6	79,7	
	İstanbul Dışı	16,2	24,3	59,5	
Doktoruma ihtiyaç duyduğum her an rahatlıkla ulaşabiliyorum	İstanbul	55,2	17,5	27,3	0,108
	İstanbul Dışı	73	8,1	18,9	
Çocuğumun yeniden hastalanması durumunda yine aynı doktoru tercih ederim	İstanbul	8,1	18,9	73,1	
	İstanbul Dışı	35,3	64,7	0	
Doktorumun tüm hastalara eşit davrandığını düşünüyorum	İstanbul	11,4	9,4	79,1	
	İstanbul Dışı	5,4	16,2	78,4	
Doktorum kişilik haklarıma yeterince saygılıdır	İstanbul	1,7	5,7	92,6	
	İstanbul Dışı	0	21,6	78,4	
Tanı konma süreci sırasında gerekenden fazla zaman harcadı	İstanbul	24,2	8,8	67	
	İstanbul Dışı	59,5	10,8	29,7	
Hastanede kaldığım sürede zaman zaman unutulduğum hissini yaşadım	İstanbul	56,2	11,4	32,3	
	İstanbul Dışı	83,8	0	16,2	

Tablo 22’de ebeveynlerin ikamet yerine göre hekim-hasta iletişimine dair bazı ifadeleri yer almaktadır. Buna göre, İstanbul içinde ikamet eden ebeveynler, çocukların doktorlarının kendilerine karşı daha samimi olduklarını ifade etmişlerdir. Yine, İstanbul içinde ikamet eden ebeveynlerin, çocuklarının doktorlarıyla bütün özel problemlerini rahatlıkla paylaşabileceğini düşündükleri, çocuklarının doktorunun kendilerine daha aydınlatıcı cevaplar verdiklerini, çocuğunun hastalığının olumlu-olumsuz bütün sonuçları hakkında yeterince bilgi verdiğini düşündükleri tespit edilmiştir.



Tablo 23 : Ebeveynlerin Daha Önce Marmara Üniversite Hastanesine Başvurma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişimine Dair Bazı Düşünceleri

İFADELER	Daha Önce Marmara'ya Başvurma Durumu	Katılmıyorum (%)	Emin Değilim (%)	Katılıyorum (%)	p
Doktorum çocuğumun hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahiptir	Evet	0,8	3,1	96,1	0,022
	Hayır	6,8	5,3	87,9	
Doktorumun çocuğuma uyguladığı tedavi hakkında kuşkularım var	Evet	13,4	7,9	78,7	0,98
	Hayır	13,2	7,3	79,5	
Doktorumun çocuğumun hastalığı konusunda yeterince bilgiye sahip olmadığını düşünüyorum	Evet	12,6	3,9	83,5	0,147
	Hayır	13	9,7	77,3	
Çocuğumun doktorunun bana karşı olan tavrı oldukça samimi	Evet	5,5	14,2	80,3	0,004
	Hayır	15,9	19,3	64,7	
Doktorum bana karşı gerçekten özel ilgi gösterdi	Evet	19,7	34,6	45,7	0,044
	Hayır	31,9	31,9	36,2	
Doktorum bana karşı soğuk ve samimi olmayan bir tavır sergiledi	Evet	7,1	7,9	85	0,008
	Hayır	13	16,9	70	
Doktorum beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı	Evet	11	33,9	55,1	0,214
	Hayır	17,9	29	53,1	
Doktoruma sormak istediğim her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim	Evet	7,9	2,4	89,8	0,004
	Hayır	18,5	6,3	75,1	
Doktorum çocuğuma ve bana yeterince zaman ayırıyor	Evet	29,1	5,5	65,4	0,133
	Hayır	32,4	11,1	56,5	
Doktorum sorduğum sorulara aydınlatıcı cevaplar verdi	Evet	17,3	17,3	65,4	0,328
	Hayır	24,2	15	60,9	
Doktoruma sorduğum sorulara yeterli cevap alamıyorum	Evet	12,6	10,2	77,2	0,017
	Hayır	25,6	8,7	65,7	
Doktorum beni çocuğumun hastalığı ile ilgili sorular sormaya teşvik etmektedir	Evet	29,1	24,4	46,5	0,099
	Hayır	37,2	28	34,8	
Doktorum çocuğumun hastalığının olumlu olumsuz bütün sonuçları hakkında yeterince bilgi verdi	Evet	25,2	16,5	58,3	0,441
	Hayır	21,3	21,7	57	
Doktoruma karşı büyük güvenim var	Evet	5,5	10,2	84,3	0,33
	Hayır	10,1	10,1	79,7	
Doktorumla bütün özel problemlerimi rahatlıkla paylaşabileceğimi düşünüyorum	Evet	18,9	26	55,1	0,025
	Hayır	31,9	25,1	43	
Çocuğumun hastalığının teşhisi sırasında gerekenden fazla laboratuvar tetkiki istendiğini düşünüyorum	Evet	33,9	13,4	52,8	0,002
	Hayır	51,7	14	34,3	
Doktorumun söylediklerini anlamakta büyük güçlük çekiyorum	Evet	16,5	3,1	80,3	P<0,001
	Hayır	38,6	4,8	56,5	
Doktorumun konuştuğu dili anlamakta güçlük çekiyorum	Evet	25,2	3,9	70,9	P<0,001
	Hayır	44,9	7,2	47,8	
Doktorumu tüm tanıdıklarına rahatlıkla tavsiye edebilirim	Evet	4,7	8,7	86,6	0,007
	Hayır	9,8	18,5	71,7	
Doktoruma ihtiyaç duyduğum her an rahatlıkla ulaşabiliyorum	Evet	52	19,7	28,3	0,276
	Hayır	60,4	14,5	25,1	
Çocuğumun yeniden hastalanması durumunda yine aynı doktoru tercih ederim	Evet	9,4	11	79,5	0,005
	Hayır	8,7	25,6	65,7	
Doktorumun tüm hastalara eşit davrandığını düşünüyorum	Evet	3,9	7,9	88,2	0,002
	Hayır	15	11,6	73,4	
Doktorum kişilik haklarına yeterince saygılıdır	Evet	0,8	0,8	98,4	
	Hayır	1,9	11,6	86,5	
Tanı konma süreci sırasında gerekenden fazla zaman harcadı	Evet	22,8	3,1	74	0,001
	Hayır	31,4	12,6	56	
Hastanede kaldığım sürede zaman zaman unutulduğum hissini yaşadım	Evet	53,5	10,2	36,2	0,192
	Hayır	62,8	10,1	27,1	

Tablo 23'te ebeveynlerin daha önce Marmara Üniversitesi Hastanesi'ne başvurma durumuna göre hekim-hasta iletişimine dair bazı düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, daha önce Marmara Üniversite Hastanesi'ne başvuran ebeveynler, doktorlarının çocuklarının hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündükleri, yine daha önce Marmara'ya başvuran ebeveynlerin doktorlarının kendilerine karşı olan tavırlarının oldukça samimi olduğuna inandıkları ve bütün özel problemlerini doktorlarıyla rahatlıkla paylaşabileceğine inandıkları tespit edilmiştir. Marmara'ya ilk kez başvuran ebeveynlerin ise, doktorlarının konuştukları dili anlamakta güçlük çektikleri tespit edilmiştir.



Tablo 24 : Ebeveynlerin Doktorun Ayırdığı Süreyi Yeterli Bulma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişimine Dair Bazı Düşünceleri

İFADELER	Doktorun Ayırdığı Süre	Katılmıyorm (%)	Emin Değilim (%)	Katılıyorum (%)	p
Doktorum çocuğumun hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahiptir	Evet	0,9	1,7	97,4	P<0,001
	Hayır	12,7	10,8	76,5	
Doktorumun çocuğuma uyguladığı tedavi hakkında kuşkularım var	Evet	9,1	5,2	85,7	P<0,001
	Hayır	23	11	66	
Doktorumun çocuğumun hastalığı konusunda yeterince bilgiye sahip olmadığını düşünüyorum	Evet	8,3	6,1	85,7	P<0,001
	Hayır	23,5	10,8	65,7	
Çocuğumun doktorunun bana karşı olan tavrı oldukça samimi	Evet	2,2	13,5	84,3	P<0,001
	Hayır	34,3	26,5	39,2	
Doktorum bana karşı gerçekten özel ilgi gösterdi	Evet	13,5	32,6	53,9	P<0,001
	Hayır	58,8	32,4	8,8	
Doktorum bana karşı soğuk ve samimi olmayan bir tavır sergiledi	Evet	10,4	10,4	79,1	0,035
	Hayır	11,8	20,6	67,6	
Doktorum beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı	Evet	7,4	23,5	69,1	P<0,001
	Hayır	33,3	48	18,6	
Doktoruma sormak istediğim her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim	Evet	5,3	4,8	89,9	P<0,001
	Hayır	35,3	4,9	59,8	
Doktorum çocuğuma ve bana yeterince zaman ayırmıyor	Evet	13,9	7,4	78,7	P<0,001
	Hayır	70,6	12,7	16,7	
Doktorum sorduğum sorulara aydınlatıcı cevaplar verdi	Evet	8,7	13,5	77,8	P<0,001
	Hayır	51	21,6	27,5	
Doktoruma sorduğum sorulara yeterli cevap alamıyorum	Evet	10	6,5	83,5	P<0,001
	Hayır	43,1	15,7	41,2	
Doktorum beni çocuğumun hastalığı ile ilgili sorular sormaya teşvik etmektedir	Evet	21,3	28,7	50	P<0,001
	Hayır	63,7	22,5	13,7	
Doktorum çocuğumun hastalığının olumlu olumsuz bütün sonuçları hakkında yeterince bilgi verdi	Evet	10,4	21,3	68,3	P<0,001
	Hayır	51	16,7	32,4	
Doktoruma karşı büyük güvenim var	Evet	3	6,5	90,4	P<0,001
	Hayır	20,6	18,6	60,8	
Doktorumla bütün özel problemlerimi rahatlıkla paylaşabileceğimi düşünüyorum	Evet	15,7	25,7	58,7	P<0,001
	Hayır	52,9	23,5	23,5	
Çocuğumun hastalığının teşhisi sırasında gerekenden fazla laboratuvar tetkiki istendiğini düşünüyorum	Evet	38,7	15,7	45,7	P<0,001
	Hayır	59,8	7,8	32,4	
Doktorumun söylediklerini anlamakta büyük güçlük çekiyorum	Evet	23,9	2,6	73,5	
	Hayır	45,1	7,8	47,1	
Doktorumun konuştuğu dili anlamakta güçlük çekiyorum	Evet	24,8	4,3	70,9	P<0,001
	Hayır	66,7	9,8	23,5	
Doktorumu tüm tanıdıklarına rahatlıkla tavsiye edebilirim	Evet	3,5	8,3	88,2	P<0,001
	Hayır	17,6	29,4	52,9	
Doktoruma ihtiyaç duyduğum her an rahatlıkla ulaşabiliyorum	Evet	45,7	20	34,3	P<0,001
	Hayır	83,3	8,8	7,8	
Çocuğumun yeniden hastalanması durumunda yine aynı doktoru tercih ederim	Evet	4,8	13	82,2	P<0,001
	Hayır	18,6	36,3	45,1	
Doktorumun tüm hastalara eşit davrandığını düşünüyorum	Evet	8,7	8,7	82,6	0,045
	Hayır	15,7	13,7	70,6	
Doktorum kişilik haklarıma yeterince saygılıdır	Evet	0,9	1,7	97,4	
	Hayır	2,9	20,6	76,5	
Tanı konma süreci sırasında gerekenden fazla zaman harcandı	Evet	20,4	9,6	70	P<0,001
	Hayır	46,1	7,8	46,1	
Hastanede kaldığım sürede zaman zaman unutulduğum hissini yaşadım	Evet	47,4	13	39,6	P<0,001
	Hayır	87,3	3,9	8,8	

Tablo 24'te ebeveynlerin doktorun ayırdığı süreyi yeterli bulma durumuna göre hekim-hasta iletişimine dair bazı düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, doktorun ayırdığı süreyi yeterli bulan ebeveynler; doktorun çocuğunun hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu, doktorunun kendisine karşı gerçekten özel ilgi gösterdiğini, doktoruyla bütün özel problemlerini rahatlıkla paylaşabileceğini, doktorunu tüm tanıdıklarına rahatlıkla tavsiye edebileceğini, doktoruna ihtiyaç duyduğu her an rahatlıkla ulaşabileceğini ve doktorunun tüm hastalara eşit davrandığını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 25: Ebeveynlerin Bazı Sosyo-Demografik ve Hastaneden Aldıkları Hizmet İle İlgili Tanımlayıcı Veriler

İFADELER	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma	Min.	Mak.	1.Çeyrek	3.Çeyrek
Ebeveynlerin çocuklarının yatış gün sayısı	25,37	12	35,83	1	240	6	80
Çocuğun yaşı	5,22	3	6,28	1	90	1	8
Ebeveyn yaşı	30,1	30	4,99	20	43	27	34
Gelir (milyon)	714	600	396	200	2000	450	750
Dr. Günlük görüşme süresi (dk)	8,8	7	8,03	0	108	5	10
Doktoru tanıma süresi (gün)	130	18	380	0	2880	7	45
Doktorun günlük bilgi verme süresi (dk)	6,12	5	4,44	0	20	3	10
Ebeveynlerin günlük dr. soru sorma süresi (dk).	5,11	5	4,22	0	30	2	7
Şikayet-tanı süresi	7,71	2	12,87	1	75	1	10

Tablo 25'te ebeveynlerin bazı sosyo-demografik ve hastaneden aldıkları hizmet ile ilgili tanımlayıcı veriler yer almaktadır. Ebeveynlerin çocuklarının hastanede ortalama yatış gün sayısı 25, gelirleri ortalama 714 milyon, doktoru tanıma süreleri ortalama 130 gün ve çocuklarının şikayetlerinin başlaması ile tanı konması arasında geçen ortalama süre 8 gün olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Her iletişim faaliyetinin bir içerik, bir de ilişki olmak üzere iki boyutu vardır. İlişki düzeyi, içerik düzeyine anlam veren çerçeveyi, bağlamı oluşturur. İletişimin ilişki düzeyi, anne-çocuk, baba-çocuk, öğretmen-öğrenci ilişkilerinde olduğu gibi doktor hasta ilişkilerinde de çok önemli bir yer tutar. İletişimin ilişki düzeyi, içerik düzeyine anlam verecek derecede güçlü bir çerçeve oluşturuyorsa hekim ve hastaların birbirini anlaması da o derece kolay ve etkili olacaktır.

Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında, ebeveynlerin cinsiyetlerine göre, doktorun danışmanlık-iletişim ile bilgi-güven boyutları arasında istatistiksel farkın olmadığı ancak doktorun bıraktığı genel izlenim ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmektedir. Sonuçlara bakıldığında, erkeklerin doktorun bıraktığı genel izlenime ait puan ortalamalarının kadınlara ait puan ortalamalarından biraz daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu farkın, kadınların anne olarak biraz daha duygusal bir yaklaşım sergilemiş olabileceklerine bağlayabiliriz. Annelik içgüdüsel bir davranıştır ve her anne çocuğu için kusursuz bir bakım ister. Özellikle de çocuğu hasta olunca durum biraz daha zorlaşır ve sağlık personelinin onları memnun etmesi biraz daha gayret, anlayış ve sabır gerektirir. Dolayısıyla, annelerin çocuklarının doktorlarıyla olan ilişkilerinden beklentilerinin fazla olduğunu ancak istedikleri gibi karşılanmadığını söyleyebiliriz. Yapılan bir çalışmada, hastaların cinsiyetlerine göre; doktorun teknik yeterliliği, davranış şekli, doktorun bilgilendirmesi, doktora duyulan güven, doktorun kullandığı dil ve doktorun bıraktığı genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Yapılan bir başka çalışmada, cinsiyet ile hekimin duygusal, davranışsal ve bilişsel boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (1). Bunu yanı sıra, araştırma ve uygulama hastanelerinde “duygusal” boyutun kaliteyi en fazla açıklayan boyut olarak bulunmasına rağmen, genelde “bilişsel” ve “davranışsal” hizmet boyutlarının algılanan hizmet kalitesinde daha etkili olduğu saptanmıştır (1).Yararlanılan literatür bilgileri cinsiyet ile hekim-hasta iletişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, ebeveynlerin geliri ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur. Ebeveynlerin gelir düzeyleri arttıkça boyutlara ait ortanca değerler de yükselmektedir. Yapılan bir çalışmada, ekonomik açıdan yüksek gelir grubunda bulunan hastaların diğer gruplara oranla, hekimler tarafından kendilerine sunulan hizmeti daha kaliteli buldukları gösterilmiştir (1). Yapılan bir başka çalışmada, hastaların gelir grupları ile hekim hasta ilişkisini belirleyen boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (17). Bu farkın, çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşunun ve hekim hasta ilişkisini belirleyen boyutların farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına bakıldığında, ebeveynlerin çocuklarının hastanede yattıkları gün sayısı ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çocukların hastanede yattıkları gün sayısı arttıkça boyutlara ait ortanca değerlerde düşme görülmektedir. 28 gün ve daha fazla hastanede yatan çocukların ebeveynlerin hekim ebeveyn iletişimine ait düşünceleri daha olumsuzdur. Yapılan bir çalışmada, hastanede kısa süreli kalan hastaların, doktorun bilgilendirmesi ve doktora duyulan güven ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu hale gelmektedir (17). Yararlanılan literatür bilgileri araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

Ebeveynlerin çocuklarının doktorlarıyla günlük görüşme sürelerine göre yapmış oldukları değerlendirmeler tablo 15'te verilmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının doktorlarıyla günlük görüşme süreleri ile doktorun danışmanlık-iletişim ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına rağmen, doktorun bilgi-güven boyutu ile ebeveynlerle günlük görüşme süresi arasında istatistiksel fark bulunamamıştır. Ebeveynlerin çocuklarının doktorlarıyla günlük görüşme süresi arttıkça, doktorun danışmanlık-iletişim ve genel izlenime ait düşünceleri daha olumlu hale gelmektedir. Doktorun bilgi-güven boyutu ile ebeveynlerle günlük görüşme süresi arasında istatistiksel farkın bulunamayışını, ebeveynlerin beklentilerindeki farklılıktan kaynaklanabileceğini söyleyebiliriz. Yapılan bir çalışmada, doktoru günlük görme süresi arttıkça, doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu hale geldiği ayrıca, daha uzun süre bilgilendirilen hastaların doktorun bıraktığı genel izlenim ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu görülmüştür (17).

Çalışmamızda, doktorun ebeveynleri günlük bilgilendirme süresi ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark bulunmuştur. Doktorun ebeveynleri günlük bilgilendirme süresi arttıkça, ebeveynlerin boyutlar ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu hale gelmektedir. Yapılan bir çalışmada doktoru günlük görme süresi arttıkça, doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu olmaktadır (17). Bir araştırmada, doktoru günlük 11 dakikadan daha uzun süre gören hastaların doktorun davranış şekli ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu görülmüştür (13). Başka bir çalışmada, daha uzun süre bilgilendirilen hastaların, doktorun davranış şekli ve doktora duyulan güven ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir (1). Yararlanılan literatür bilgileri araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırma bulgularına bakıldığında, ebeveynlerin doktora günlük soru sorma süresi ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Günlük 8 dakika ve daha uzun süre soru soran ebeveynlerin doktor-ebeveyn iletişimine dair düşünceleri daha olumludur. Bir çalışmada, günlük 5 dakika ve daha uzun süre soru soran hastaların doktorun bıraktığı genel izlenim ile ilgili değerlendirmeleri daha olumludur (17).

Çalışmamızda; medeni durum, yaş grubu, doktorun adını bilme ve sosyal güvencenin varlığı ile hekim ebeveyn iletişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bir çalışmada, evli hasta grubunun doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmelerinin bekarlara göre daha olumlu olduğu görülmüştür (1). Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %93,4'ü halen evli ve %6,6'sı ise dul, boşanmış veya eşinden ayrı yaşadığı için mevcut araştırma literatürü ile benzerlik göstermemektedir. Başka bir çalışmada ise araştırmamızın sonuçlarına benzer şekilde sonuçlar elde edilmiştir (17).

Yapılan bir çalışmada, yaş grupları ile hekim hasta iletişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bahsedilen çalışmada, yaş grubu sınıflaması olarak 18 ile 56 yaş ve üzerini kapsayan bir dağılım söz konusu iken çalışmamızda 18 ile 35 yaş ve üzeri bir dağılım söz konusudur. Görüldüğü üzere çalışmamızdaki yaş grupları birbirlerine çok yakın bir dağılım göstermektedirler. İki çalışma arasındaki bu farkın, yaş gruplarının farklı dağılımlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bir araştırmada, doktorun adını bilen hastaların, doktorun bilgilendirmesi ve doktorun bıraktığı genel izlenim ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu görölmektedir (17). Araştırmamız ile yararlanılan mevcut literatür arasındaki böyle bir farkın, çalışma yaptığımız hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olası nedeniyle, aynı serviste hizmet sunan değişik akademik ünvanlara sahip meslek gruplarının (stajyer, intern, asistan, uzman vb) bulunmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.



SONUÇ

Toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında hekimlik mesleğinin önemli bir rolü vardır ve bu mesleğin icrasında hasta ilişkileri önemli bir yere sahiptir. Hekimlerin kullanabileceği bilimsel ve teknolojik imkanların çeşitliliğine karşın iletişim halen hastalığın teşhis ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Teknolojik gelişmeler hekim hasta iletişimini teknik bir süreç haline getirirse de , hekimler hastalarla iletişimde teknik bilgiye ağırlık vermemeye çalışarak, hastaların kendi sağlıkları hakkında anlatılanı anlamasını istemektedirler. Hekimlerin, teknolojik gelişmelerin hekim hasta iletişimini etkilemesini engellemeye çalışmaları ve iletişime daha çok önem vermeleri, verilen tedavinin etkinliği ve hizmetin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi için de çok önemlidir.

Bu çalışmanın temel amacı, doktor-ebeveyn ilişkisinin temel boyutlarını belirlemek ve bu boyutların ebeveynlerin sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerine göre istatistiksel açıdan önemli fark gösterip göstermediğini belirlemektir. Bunun için öncelikle doktor-ebeveyn ilişkisinin boyutları (faktör analizine tabi tutularak) belirlenmiştir. Bu boyutlar şunlardır:

- Danışmanlık-İletişim
- Bilgi-Güven
- Genel İzlenim

Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre, doktorun danışmanlık-iletişim ile bilgi-güven boyutları arasında istatistiksel fark bulunmadığı, bunun yanında doktorun bıraktığı genel izlenim ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olduğu söylenebilir.

Ebeveynlerin gelirleri ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gelir düzeyi yükseldikçe ebeveynlerin değerlendirmeleri daha olumlu hale gelmektedir.

Ebeveynlerin eğitim durumu ile doktorun danışmanlık-iletişim boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe, ebeveynlerin doktorun danışmanlık-iletişim boyutuna dair düşünceleri daha olumlu hale gelmektedir.

Ebeveynlerin çocuklarının hastanedeki yatış gün sayıları ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çocukların hastanede yattıkları gün sayısı arttıkça boyutlara ait ortanca değerlerde düşme görülmektedir. Dolayısıyla, çocukların yatış gün sayıları arttıkça ebeveynlerin düşüncelerinin daha olumsuz hale geldiğini söyleyebiliriz.

Ebeveynlerin, çocuklarının doktorlarıyla günlük görüşme süreleri ile doktorun, danışmanlık-iletişim ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Günlük ortalama 11 dakika ve daha fazla bilgilendirilen ebeveynlerin değerlendirmeleri daha olumludur. Bununla birlikte, doktorun bilgi-güven boyutu ile doktorun ebeveynlerle günlük görüşme süresi arasında istatistiki fark bulunamamıştır.

Doktorun ebeveynleri günlük bilgilendirme süresi ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Günlük 11 dakika ve daha fazla bilgilendirilen ebeveynlerin değerlendirmeleri daha olumludur.

Ebeveynlerin doktora günlük soru sorma süresi ile doktorun danışmanlık-iletişim, bilgi-güven ve genel izlenim boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Günlük ortalama 8 dakika ve daha uzun süre doktora soru soran ebeveynlerin değerlendirmeleri daha olumludur.

Medeni durum, yaş grupları, doktorun adını bilme ve sosyal güvencenin varlığı ile doktor-ebeveyn iletişime dair belirlenen boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Hekimlerin hastaların sözlerini erkenden kesmemeleri, hastalarının sorunlarını dinlemeleri, hastaların duygu ve düşüncelerine önem vermeleri, teknik anlatımdan kaçınmaları, tedavi konusunda hastalarıyla işbirliği yapmaları, hekim hasta ilişkileri ve tedavi süreci açısından iyi sonuçlar doğuracaktır.

Bir kurumda iletişim ve insan ilişkileri iyileştirilemez ise verimlilik ve kalite elde edilemez. Bu da iletişim çatışmalarını ortaya çıkarabilir (18).

ÖNERİLER

İletişim, bireylerin yaşamları boyunca sağlıklı ilişkiler kurmalarını sağladığı için insan hayatında önemli bir etki yaratmaktadır. Hayatın her alanında diğer bireylerle etkileşim halinde olmaya ihtiyaç duyan insanın, özellikle sağlık hizmetlerinden faydalanırken başarılı iletişim kurabilme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır.

Sağlık alanında, başarılı bir iletişimin kurulabilmesi ve sürdürülebilmesi hem hekimi hem de hastayı olumlu yönde etkiler. Aksi takdirde, hastanın tedavisinde bir takım aksamaların olması ve sonucun hastanın hayatını tehdit etmesi dahi söz konusu olabilir. Yapılan bir araştırmada, hastaların doktorlarıyla olan iletişimi algılayışları değerlendirilmiştir. “yaş”, “eğitim”, “kendini ifade etme” ve “tedaviye güvenme”nin, doktor-hasta iletişimini algılayışı açısından anlamlı bir fark yarattığı sonucuna varılmıştır (5).

Araştırma ile elde edilen sonuçlar, hekim ebeveyn ilişkisi açısından önemli olan ve daha önce açıklanan literatür ile desteklenen hususlara işaret etmektedir. Genel olarak, doktor adını bilme, doktoru günlük ortalama görme süresi, bilgilendirilme süresi gibi değişkenler doktor hasta ilişkisini değerlendirmede önemli değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu değişkenler ise, temelde Bryne ve Long’un önerdiği “hasta merkezli”, Parsons’un önerdiği “karşılıklı işbirliğine” dayalı, Szasz ve Hollendar’ın önerdiği “rehberlik ve işbirliği” modeline dayalı iletişim türünde sağlanabilir. Doktorun çocuğu hasta olan ebeveyne zaman ayırması, ebeveynin soru sormasına izin vermesi ve ebeveyni çocuğunun hastalığı konusunda bilgilendirmesi ebeveyni etkilemekte ve doktoruna duyduğu güveni arttırmaktadır. Bu durumda hastanın aldığı tedaviden sağladığı faydayı arttırmanın yollarından biri olarak hastanede bu ortamı sağlayacak politikaların geliştirilmesi önerilebilir.

Günümüzde geçerlilik kazanan toplam kalite yönetiminin en önemli özelliği, müşteri istek ve ihtiyaçlarının göz önünde tutulmasıdır. Durum, bireyin canından çok sevdiği çocuğunun sağlığı olunca bu memnuniyetin sağlanmasının daha çok uğraş gerektireceği bir gerçektir. Bu açıdan, doktorları hasta çocukları için sürekli endişe içinde olan ebeveynlere karşı daha fazla ilgi göstermelerinin, samimi davranmalarının, iletişimde açık almalarının önemli olduğu vurgulanabilir. Ebeveynlerin doktorun davranış şekli ile ilgili değerlendirmelerini daha olumlu

düzeye çekebilmek için doktorların ebeveynlere daha yakın davranmaları, daha fazla zaman ayırmaları ve daha fazla ilgi göstermelerinin yararlı olacağı söylenebilir. Araştırma sonuçları da doktorun adını bilen, günlük ortalama doktoru göre süresi uzun olan, günlük olarak ortalama daha fazla bilgilendirilen ebeveynlerin doktorun davranış şekli ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırmada, doktorların ebeveynleri yeterince bilgilendirmedikleri tespit edilmiştir. Kuşkusuz, bilgilendirme hekim hasta ilişkilerinin en önemli boyutunu oluşturmaktadır. Hekimlerin ebeveynleri, çocuklarının hastalığının tanısı, tedavisi ve sonuçları hakkında ebeveynin sosyo-kültürel durumuna göre ayrıntılı olarak bilgilendirmesinin, doktor ebeveyn iletişimine önemli katkıda bulunacağı bilinen bir gerçektir. Yapılan çalışmalar, doktorun adını bilen, doktoru günlük ortalama daha uzun süre gören ve günlük ortalama daha fazla bilgilendirilen hastaların doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlardan hareketle, ebeveynlere daha fazla ilgi göstermek, onlarla daha yakın davranış içinde bulunmak ve onlara daha fazla zaman ayırmanın ebeveynlerin doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmelerini daha olumlu hale getireceği ifade edilebilir.

Doktorların kullandıkları dili anlamakta ebeveynlerin tam anlamıyla olumlu bir değerlendirme yaptıkları söylenemez. Ebeveynlerin, çocuklarının hastalığı ve bu hastalığın tedavisi ile ilgili işlemler hakkında bilgi sahibi olmak istemeleri doğal bir ihtiyaç ve hasta hakkıdır. Bu nedenle doktorların ebeveyne, çocuğunun hastalığı ve tedavisi konusunda bilgi verirken, seçeceği sözcüklerin çok teknik olmamasının ve ebeveynin anlayabileceği türden olmasının yararlı olacağı söylenebilir. Bu sayede, hekim ve ebeveyn arasındaki bilgi alış-verişi daha etkin hale gelebilir.

Ebeveynlerin, doktorlarla ilgili genel izlenimleri tamamen yeterli görünmemektedir. Bu nedenle, doktorların ebeveynlerde olumlu bir izlenim yaratacak ilgi, tutum ve davranışları göstermesinin yararlı olacağı ifade edilebilir. Doktor adını bilen, doktoru ortalama daha uzun süre gören, günlük ortalama daha fazla bilgilendirilen ebeveynlerin doktorun genel izlenimi ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu söylenebilir. Buradan hareketle, ebeveynlere daha fazla zaman ayırmak, bilgi vermek ve onlarla daha yakın bir ilişki

içinde olmanın genel izlenim ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu hale getireceği öne sürülebilir.

Hekim-ebeveyn iletişimi ile ilgili görüşlerin kurumsal düzeyde, düzenli olarak ve bilimsel yöntemlerle ölçülmesi sağlanmalı ve sonuçlar dikkate alınmalıdır. Bu sonuçlardan hareketle hekim-ebeveyn iletişiminin; hasta çocuğa, ebeveyne ve tedavi sürecine olan etkileri konusunda hekimlere bilgi verilmesi hekimlerin tutum ve davranışlarında pozitif değişikliklerin oluşmasına ve buna bağlı olarak da iletişimin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesini sağlayacaktır.

Ülke genelinde tıp eğitimi veren okullarda iletişime yönelik derslerin verilmesi, hekimlerin hasta ve hasta yakınlarıyla daha kolay ve sağlıklı iletişim kurmalarını sağlayacaktır.

Hasta ve hasta yakınlarının eğitiminde kişisel planlama yapılması en sağlıklı yoldur. Hastanın hastalığı, hastalığın getirdiği artı yük, bunun hasta ve yakınları tarafından algılanma biçimi, tedavinin süresi, maliyeti, unsurları, hasta çocuğun çevre ve sosyal desteği, ebeveynlerin eğitim durumu gibi pek çok farklı faktör ebeveynin alması gereken eğitimin içeriğini değiştirebilir. İyi bir eğitim programının vazgeçilemeyen iki önemli unsuru olan, ebeveynin sorularının yanıtlanması ve hekimin gerekli gördüğü bilgi, motivasyon ve becerilerin aktarılması. Öncelik kesinlikle ebeveynlerin tüm soru ve sorunları dile getirmesine verilmelidir. Ebeveyn soru sormaya teşvik edilmeli, merak ettikleri her şeyi sorabilmeleri için cesaretlendirilmelidir. Hekim ise, bunların dışında kalan ancak çocuk için önemli olup ebeveynin bilmesi gereken her türlü bilgi ve beceriyi de hastasına aktarmalıdır. Hasta eğitimi sadece hastaya yararlı olmakla kalmaz hekimin de tedavi başarısını arttırarak ona olumlu katkı sağlar. Yani, hekimler hastalıkları konusunda aynı zamanda öğretmeni de olmalıdırlar.

EKLER

EK 1

HASTA ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DEĞERLENDİRMELERİYLE DOKTOR HASTA İLİŞKİLERİ ANKETİ

Bu anket Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün yüksek lisans programı kapsamındaki bir teze yönelik olarak yürütülmektedir. Anketimiz, hastaların bakış açılarıyla doktor hasta ilişkilerini ortaya koymaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Anketteki sorulara verilen cevaplar kesinlikle açıklanmayacak ve doktorunuz bu anketin sonucunu kesinlikle bilmeyecektir.

Yasemin ASLAN

I. Bölüm

1. Cinsiyetiniz

- (1) Erkek (2) Kadın

2. Medeni Durumunuz

- (1) Bekar (hiç evlenmemiş)
(2) Halen evli
(3) Boşanmış
(4) Dul(eşi ölmüş)
(5) Ayrı yaşıyor

3. Öğrenim Durumunuz

- (1) Okur-yazar değil
(2) Okur-yazar (okula gitmemiş)
(3) İlkokula gitmiş(mezun değil)
(4) İlkokul mezunu
(5) Orta okula gitmiş(mezun değil)
(6) Ortaokul mezunu
(7) Liseye gitmiş(mezun değil)
(8) Lise mezunu
(9) Üniversiteye gitmiş(mezun değil)
(10) Üniversite mezunu
(11) Lisans üstü eğitim almış

4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz/para veya mal karşılığı çalıştığınız bir işiniz var

mı?

(1) Evet (6.soruya geçiniz)

(2) Hayır

5. Çalışmama nedeniniz nedir?(Şimdi ne yapıyorsunuz?)

(1) Ev kadını

(2) Öğrenci

(3) Emekli

(4) İşsiz, iş arıyor

(5) İrat sahibi

(6) Diğer (belirtiniz).....

6. Bu işteki durumunuz nedir?

(1) Kendi hesabıma/işveren(7.soruya geçiniz)

(2) Ücretli/maaşlı (8.soruya geçiniz)

(3) Aile işletmesinde ücretsiz.

(4) Düzensiz,(lütfe belirtiniz).....

7. (Kendi hesabına çalışıyor ise) Ne yapıyorsunuz?

(1) Nitelikli serbest meslek sahibi,

(2) 0-5 çalışanlı tüccar,

(3) 6-20 çalışanlı tüccar,

(4) 20+ çalışanlı tüccar

(5) 1-9 çalışanlı şirket imalathane sahibi,

(6) 10-25 çalışanlı şirket imalathane sahibi,

(7) 25+ çalışanlı şirket imalathane sahibi,

(8) Diğer (belirtiniz).....

8. (Ücretli-maaşlı çalışıyor ise) Ne yapıyorsunuz?

(1) Üst düzey yönetici,

(2) 10'dan az çalışanlı orta düzey yönetici,

(3) 10+ çalışanlı orta düzey yönetici,

(4) Nitelikli uzman/mühendis/teknik eleman,

(5) Memur/ofis çalışanı,

(6) İşçi/hizmetli,

(7) Diğer (belirtiniz).....

9. Aylık Geliriniz(TL).....

10. Yaşınız.....

11. İkamet ettiğiniz yer

(1) İstanbul(semi belirtiniz).....

(2) İstanbul dışı(lütfe belirtiniz, il.....ilçe.....köy.....)

12. Herhangi bir sakatlık ya da hastalığınız var mı? Lütfen belirtiniz.

13. Yılda ortalama kaç kez bir sağlık kuruluşuna müracaat edersiniz?.....

14. Hastalandığınız zaman para ödeyerek yardım istediğiniz ya da danıştığınız belli bir doktorunuz var mı?

(1) Evet (2) Hayır

15. Başvurduğunuz sağlık kuruluşu genellikle neresidir?

16. Neden genellikle bu sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz? Lütfen belirtiniz.

17. Sağlık harcamalarınızı kısmen ya da tamamen karşılayan herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?

(1) Evet (2) Hayır

18. Bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşu

(1) Hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı değilim

(2) Emekli sandığı,

(3) SSK,

(4) Bağ-Kur,

(5) Yeşil Kart,

(6) Özel Sigorta,

(7) Diğer (belirtiniz).....

19. Sağlık harcamalarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

(1) Kendi olanakları ile,

(2) Sosyal güvenlik kurumu / sigorta karşılıyor,

(3) Diğer (belirtiniz).....

20. Çocuğunuzun yaşı.....

21. Çocuğunuzun cinsiyeti.....

22. Okul durumu

(1) Gitmiyor

(2) Ana sınıfı

(3) İlköğretim, kaçınıcı sınıf.....

23. Daha önce Marmara Üniversitesi Hastanesi'ne başvurduğunuz mu?

(1) Evet (2) Hayır (25.soruya geçiniz)

24. Daha önceki başvurma nedeninizi-nedenlerinizi belirtiniz.

25. Çocuğunuzun bu rahatsızlığında Marmara Üniversitesi Hastanesi'ne başvurma nedeninizi nedir?

26. Marmara Üniversitesi Hastanesi'ne başvurma şekliniz aşağıdakilerden hangisidir?

(1) Direkt olarak kendim başvurdum,

(2) Komşum-akrabam tavsiye etti,

(3) Daha önce gittiğim doktorum gönderdi,

(4) Sevk edildim(lütfen sevk eden kurumu açıklayınız).....

27. Çocuğunuzun doktorunun adını biliyor musunuz?

(1) Evet (lutfen belirtiniz)..... (2) Hayır

28. Çocuğunuzun doktorunu ne kadar süredir tanıyorsunuz(ay?).....

29. Çocuğunuzun doktoruyla günlük ortalama görüşme süreniz(dakika).....

30.Çocuğunuzun doktoru günlük ortalama size kaç dakika bilgi verir?.....

31. Günlük görüşmenizin ortalama kaç dakikası sizin sorularınızla geçer?.....

32. Çocuğunuz hastanede kaç gün yattı?.....

33. Çocuğunuzun tanısını biliyor musunuz?

(1) Evet(lutfen açıklayınız).....(2) Hayır (33.soruya geçiniz)

34. Çocuğunuzun hastalığının tanısı size kim tarafından söylendi?

35. Sizce çocuğunuzun hastalığını bilmemenizin sebebi ne olabilir?

36. Çocuğunuzun şikayetlerinin başlaması ile tanı konması arasında geçen ortalama süre ne kadardır?.....

37. Çocuğunuzun hastalığının tanısı konulduktan sonra tedaviye ne kadar süre sonra başlandı?.....

38. Çocuğunuz ne zaman iyileşmeye başladı?.....

39. Çocuğunuzun son durumu nedir?

(1) Hiç iyileşme göstermedi,

(2) Kısmen iyileşme gösterdi,

(3) Tamamen iyileşti.

40. Çocuğunuzun hastalığı ile ilgili olarak hekiminizin size ayırdığı süreyi yeterli buldunuz mu?

(1) Ayırdığı süreyi yeterli buldum,

(2) Ayırdığı süreyi yeterli bulmadım,

(3) Diğer (belirtiniz.....)

41. Doktorunuz size başka bir tedavi seçeneği olup olmadığını söyledi mi?

(1) Söylemedi,

(2) Söyledi, başka seçeneğim yokmuş,

(3) Söyledi, başka seçeneğim varmış.

42. Çocuğunuz hastaneye yatımadan önce doktorunuzun özel muayenehanesine gittiniz mi?

(1) Evet

(2) Hayır

II. Bölüm

Aşağıda doktor hasta ilişkisi açısından önemli olduğu düşünülen çeşitli konulara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her sorunun yanındaki ölçek içinden size göre en uygun olanını işaretleyiniz.

NO	İFADELER-DÜŞÜNCELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Doktorum çocuğumun hastalığım konusunda yeterli bilgiye sahiptir					
2	Çocuğumun doktorunun bana karşı olan tavrı oldukça samimi					
3	Doktorum bana karşı gerçekten özel ilgi gösterdi					
4	Doktorum sorduğum sorulara aydınlatıcı cevaplar verdi					
5	Doktoruma karşı büyük güvenim var					
6	Doktorumun çocuğuma uyguladığı tedavi hakkında kuşkularım var					
7	Doktorumun söylediklerini anlamakta büyük güçlük çekiyorum					
8	Doktorum bana karşı soğuk ve samimi olmayan bir tavır sergiledi					
9	Doktorum beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı					
10	Doktoruma sorduğum sorulara yeterli cevap alamıyorum					
11	Doktorumla bütün özel problemlerimi rahatlıkla paylaşabileceğimi düşünüyorum					
12	Doktoruma sormak istediğim her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim					
13	Doktorumu tüm tanıdıklarına rahatlıkla tavsiye edebilirim					
14	Doktoruma ihtiyaç duyduğum her an rahatlıkla ulaşabiliyorum					
15	Doktorum beni çocuğumun hastalığı ile ilgili sorular sormaya teşvik etmektedir					
16	Çocuğumun yeniden hastalanması durumunda yine aynı doktoru tercih ederim					
17	Doktorumun tüm hastalara eşit davrandığını düşünüyorum					
18	Doktorum kişilik haklarına yeterince saygılıdır					
19	Doktorumun çocuğumun hastalığı konusunda yeterince bilgiye sahip olmadığını düşünüyorum					
20	Doktorumun konuştuğu dili anlamakta güçlük çekiyorum					
21	Doktorum çocuğumun hastalığının tedavisinin olumlu-olumsuz bütün sonuçları hakkına yeterince bilgi verdi					
22	Doktorum çocuğuma ve bana karşı yeterince zaman ayırıyor					
23	Tanı konma süreci sırasında gerekenden fazla zaman harcadı					
24	Çocuğumun hastalığının teşhisi sırasında gerekenden fazla laboratuvar tetkiki istendiğini düşünüyorum.					
25	Hastanede kaldığım sürede zaman zaman unutulduğum hissini yaşadım					

EK 2

Ebeveynlerin Doktor-Ebeveyn İletişimine Dair Bazı Düşünceleri

İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Emin Değilim		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktorum çocuğumun hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahiptir	-	-	15	4,5	15	4,5	213	63,8	91	27,2
Çocuğumun doktorunun bana karşı olan tavrı oldukça samimi	2	0,6	38	11,4	58	17,4	182	54,5	54	16,2
Doktorum bana karşı gerçekten özel ilgi gösterdi	6	1,8	85	25,4	110	32,9	112	33,5	21	6,3
Doktorum sorduğum sorulara aydınlatıcı cevaplar verdi	8	2,4	64	19,2	53	15,9	160	47,9	49	14,7
Doktoruma karşı büyük güvenim var	3	0,9	25	7,5	34	10,2	146	43,7	126	37,7
Doktorumun çocuğuma uyguladığı tedavi hakkında büyük kuşkularım var	3	0,9	41	12,3	25	7,5	177	53	86	25,7
Doktorumun söylediklerini anlamakta büyük güçlük çekiyorum	11	3,3	90	26,9	14	4,2	175	52,4	44	13,2
Doktorum bana karşı soğuk ve samimi olmayan bir tavır sergiledi	4	1,2	32	9,6	45	13,5	207	62	46	13,8
Doktorum beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı	4	1,2	47	14,1	103	30,8	164	49,1	16	4,8
Doktoruma sorduğum sorulara yeterli cevap alamıyorum	4	1,2	65	19,5	31	9,3	198	59,3	36	10,8
Doktorumla bütün özel problemlerimi rahatlıkla paylaşabileceğimi düşünüyorum	19	5,7	71	21,3	85	25,4	135	40,4	24	7,2
Doktoruma sormak istediğim her türlü soruyu rahatlıkla sorabilirim	8	2,4	40	12	16	4,8	191	57,2	77	23,1
Doktorumu tüm tanıdıklarına rahatlıkla tavsiye edebilirim	5	1,5	21	6,3	49	14,7	152	45,5	106	32
Doktoruma ihtiyaç duyduğum her an rahatlıkla ulaşabiliyorum	51	15,3	140	41,9	55	16,5	62	18,6	26	7,8
Doktorum beni çocuğumun hastalığı ile ilgili sorular sormaya teşvik etmektedir	22	6,6	92	27,5	89	26,6	109	32,6	22	6,6
Çocuğumun yeniden hastalanması durumunda yine aynı doktoru tercih ederim	10	3	20	6	67	20,1	163	48,8	74	22,2
Doktorumun tüm hastalara eşit davrandığını düşünüyorum	6	1,8	30	9	34	10,2	167	50	97	29
Doktorum kişilik haklarıma yeterince saygılıdır	2	0,6	3	0,9	26	7,8	157	47	146	43,7
Doktorumun çocuğumun hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünüyorum	4	1,2	39	11,7	25	7,5	177	53	89	26,6
Doktorumun konuştuğu dili anlamakta güçlük çekiyorum	12	3,6	113	33,8	20	6	148	44,3	41	12,3
Doktorum çocuğumun hastalığının olumlu olumsuz bütün sonuçları hakkında yeterince bilgi verdi	17	5,1	59	17,7	66	19,8	156	46,7	36	10,8
Doktorum çocuğuma ve bana karşı yeterince zaman ayırıyor	21	6,3	83	24,9	30	9	166	49,7	34	10,2
Tanı konma süreci sırasında gerekenden fazla zaman harcadı	44	13,2	50	15	30	9	139	41,6	71	21,3
Çocuğumun hastalığının teşhisi sırasında gerekenden fazla laboratuvar tetkiki istendiğini düşünüyorum	86	25,7	64	19,2	46	13,8	93	27,8	45	13,5
Hastanede kaldığım sürede zaman zaman unutulduğum hissini yaşadım	47	14,1	151	45,2	34	10,2	89	26,6	13	3,9

KAYNAKLAR

1. Arbak Y., Uyguç N.: Hasta-Doktor Etkileşimi Ve Algılanan Hizmet Kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayınları No:1. 2. Yönetim Kongresi, Kuşadası-1994.
2. Aşut, Ö., Erbaydar, T.: "Hasta Hekim İletişiminde Enstumental ve Afektif Boyut", T.T.B. Genel Pratisyenlik Enstitüsü İletişim Becerileri Eğitimi Ders Notları, 2001, Ankara.
3. Balcı, M.: "İstanbul'da Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Hasta Hekim İletişimine Yaklaşımı", Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Bitirme Tezi, İstanbul-2001 (Danışman: Yrd.Doç.Dr.T.Erbaydar).
4. Balta Peltekoğlu, F.: "İletişim ve Medyada Kalite", Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını, Sayı 8, Ekim 1994.
5. Başaran, H.: "Poliklinik Hizmetinden Yararlanan Hastaların Doktor Hasta İletişimini Algıları", Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Bitirme Tezi, İstanbul-2002 (Danışman: Dr.M.Soyer).
6. Başaran, İ.E.: "Eğitim Yönetimi", Dördüncü Yeniden Yazım, Feryal Matbaa, Ankara 2000.
7. Demirel, Ö.: "Öğretme Sanatı", Pagem Yayınları, Ankara, Ekim 2000
8. Dinççağ, A.: "Beni Anlıyor Musun?" (Sağlıkta Sağlıklı İletişim), İstanbul Tabip Odası Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, Ocak 2001.
9. Dökmen, Ü.: "İletişim Çatışmaları ve Empati", Sistem Yayıncılık, 7. Baskı, İstanbul 1998.
10. Emanuel, E.J.: "Four Models Of The Physician-Patient Relationship", Journal Of The Medical Association, Vol, 267, No:16 Pp. 2221-2226.
11. Erdoğan, İ.: "İşletmelerde Davranış", İstanbul Üniversitesi Yayın No:3456,

İşletme Fakültesi Yayın No:185, İstanbul, Ocak 1993.

12. Fletcher,C.: "Listening And Talking To Patient 1. The Problem", British Medical Journal, Vol,281, 27 September, Pp.845-846. London.
13. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Sağlık İletişimi Ders Notları, 1998.
14. Greene, M.G.: "Older Patient Satisfaction With Communion During An Initial Medical Encounter", Social Science and Medicine, Vol.38. No:9, Pp.1279-1288. Oxford.
15. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Sağlık İletişimi Ders Notları, 1998.
16. Hatun, Ş.: "Hekim Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar", İletişim Yayıncılık A. Ş. 1. Baskı, 2002, İstanbul.
17. İşnas,C.: "Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri", Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara 1998 (Danışman: Doç.Dr.M.Tatar).
18. Köylüoğlu M., Erbaydar T.: Hastanelerde Örgütsel İletişim ve Çalışanların İletişim Sorunlarına İlişkin Düşünceleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 27-28 Eylül 2001, İstanbul.
19. Özden, M.: "Sağlık Eğitimi Ders Kitabı". Ankara 1998.
20. Özgüt, Ş.: "İletişim Becerileri Konusunda Verilen Eğitimin İletişim Çatışmaları Üzerine Girme Eğilimi Üzerindeki Etkisi", Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik Ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı, İstanbul 1991.
21. Özkan, S.: "Sağlık İletişiminde İletişim ve İletişim Teknikleri", Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt 7:5, Mayıs 1998.

22. Özlü,T.: “Hekiminizi Nasıl Alırdınız?”, 1.Basım, Ağustos 2003, İstanbul.
23. Şehsuvaroğlu, B.N.: “Tıbbi Deontoloji”, Bayda Basın Yayın Dağıtım A.Ş. İstanbul.
24. Tabak, R.S.,Özden Y.: “İletişim ve Eğitim Araçları”, T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü, Japon Uluslar Arası İşbirliği Kurulu, Ankara 1996.
25. Tabak, R. S.: “Sağlık İletişimi”, Birinci Basım, Literatür Yayınları:32 İstanbul, Ekim 1999.
26. Taşdemir M.: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı- Uzmanlık Tezi. İstanbul-1998.
27. Tate, P.: “Doktorun İletişim El Kitabı”, Beyaz Yayınları 8, İstanbul 1998.
28. Toker.S.O.: “Doktorlar ve Hastalar Arası İletişim- Etkileşim”, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Sayı:3, Ankara-1994.
29. Vural.G.: “Hasta Hakları”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara-1993.
30. Vuran A. Marmara İletişim Dergisi, Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayınları, sayı:8, İstanbul-1994.

ÖZGEÇMİŞ

1979 Malatya doğumluyum. İlk ve orta öğrenimimi Malatya'da tamamladıktan sonra Elazığ Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünü bitirdim. 1997-2001 yılları arasında Marmara Üniversitesi Özcan Sabancı Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünü fakülte birincisi olarak tamamladım. Şu an Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları Bölümünde yürütülen ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından desteklenen "Basil Müspet Aktif Akciğer Tüberkülozlu Bireyle Ev İçi Teması Olan 0-15 Yaş Grubu Çocuklarda Elispot Projesi" isimli araştırmada görev almaktayım.



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

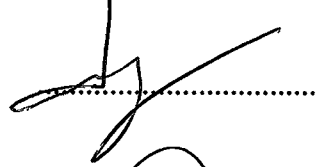
Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin ASLAN'ın, çalışması jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

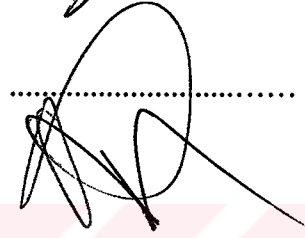
Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Dilşad CEBECİ
Üniversitesi : Marmara



Üye : Prof.Dr.Atıf AKDAŞ
Üniversitesi : Marmara



Üye : Prof.Dr.Münir ŞAKRAK
Üniversitesi : Marmara



ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 27. / ..10. / 2004 tarih ve 163
ayılı kararıyla onaylanmıştır.



Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür