

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE DOKTOR – HASTA İLİŞKİSİ MODELLERİ VE İLİŞKİ TARAFLARININ DEĞERLENDİRMELERİNİ TESPİT ETMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA¹

Burcu GÜVEN *

Hatun BOZTEPE TAŞKIRAN*

Özet

Sağlık iletişimi, hastalıklar ve koruyucu önlemler konusunda toplumu bilgilendirme amacı taşıyan, doktor – hasta ilişkisini ve sağlık sektörü çalışanlarının kendi aralarında ve hastalarla olan ilişkilerini düzenleyen bir iletişim disiplini. Sağlık iletişiminin temel amaçlarından olan sağlığın kazanılması ve korunması için doktor – hasta ilişkisinin geliştirilmesi ve başarı ile sürdürülmesi önemli bir konu haline gelmiştir. Bu çalışma hem doktorların hem de hastaların doktor – hasta ilişki modellerine dair görüşlerini ve hangi model tercih ettiklerini tespit etmek amacıyla planlanmıştır. İlişki taraflarının modellere yönelik tercih ve görüş farklılıklarını da ortaya çıkarmak amacıyla olan bu çalışmada doktor – hasta ilişki modelleri arasında en güncel ve kapsamlı olduğu düşünülen Emanuel ve Emanuel’in modeli (1992) temel alınmış ve bu doğrultuda bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma yöntemlerinden anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilen araştırmaya, İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı’na başvuran 400 hasta ve bu anabilim dallarında görev yapan 100 doktor katılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi ve mesleklerinin doktorlarla olan ilişkilerine dair görüş ve tercihlerinde farklılaşmaya neden olduğu, doktorların ise cinsiyet ve mesleki deneyim sürelerinin, hastalarla olan ilişkilerindeki görüş ve tercihlerini farklılaştırdığı ortaya konmuştur. Araştırma bulguları doktor - hasta ilişkisinde her iki tarafın da karşılıklı fikir alışverişinde bulunmaya ve ortak karar verme fikrine dayanan müzakereci modeli daha fazla tercih ettiğine işaret etmiştir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Sağlık İletişimi, Doktor – Hasta İlişkisi, Doktor – Hasta İlişki Modelleri

DOCTOR – PATIENT RELATIONSHIP MODELS IN HEALTH COMMUNICATION AND A RESEARCH TO DETERMINE ASSESSMENTS OF RELATIONSHIP ACTORS

Abstract

¹ Bu makale, Doç. Dr. Hatun Boztepe Taşkiran danışmanlığında İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Kurumsal İletişim Tezli Yüksek Lisans Programı’nda hazırlanan ve 27.12.2018 tarihinde kabul edilen aynı adlı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

* Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, burcuguven1991@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9453-8295

* Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, hatun.boztepe@istanbul.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-3447-9174

Health communication is a communication discipline that aims to inform target audiences about diseases and regulates relationship between doctors and patients and relations between healthcare workers and patients. Developing and maintaining a positive doctor - patient relationship has become an important issue in health communication. This study has been planned to determine the opinions of the physicians and the patients on the communication relationship models. Besides it has aimed to reveal which model is preferred by doctors and patients. Within the scope of this study, a research has carried out at Istanbul University Medicine Faculty. 100 doctors and 400 patients from Department of Chest Diseases and Department of Internal Medicine has participated in the research. It has been determined that the gender, education level and occupational groups of the patients cause differentiation in their opinions and preferences about their relationships with doctors, and that the doctors' gender and professional experience period differentiated their opinions and preferences in their relationships with patients. Findings have demonstrated that, both sides of doctor and patient relationships prefer negotiating model which is based on the idea of making a joint decision and exchanging ideas and respecting other relationship partner.

Keywords: Communication, Health Communication, Doctor - Patient Relationship, Doctor - Patient Relationship Models

Extended Abstract

As a communication discipline, health communication which aims to inform target audiences about diseases and regulates relationships in health sector has come into prominence in recent years. Management of relationships in health sector - relationships between doctors and patients and between health workers and patients - is an important issue in health communication. It can be seen that especially doctor – patient relationships are prominent in health communication research. In the literature there can be found many models which try to explain doctor – patient relationships. Doctor – patient model of Parsons, model of Szasz and Hollender, model of Freidson, model of Hayes – Bautista, model of Waitzkin, model of Byrne and Long, model of Emanuel and Emanuel are among these models. Model of Emanuel and Emanuel comes to the forefront because it provides a comprehensive perspective to the doctor – patient relationship.

In their model Emanuel and Emanuel (1992) have mentioned that there are four types of physician – patient relationship: paternalistic, informative, interpretive and deliberative. They have stated that the role of the physician in each type of relationship is different. In paternalistic model the role of the doctor is defined as “*guardian*”, in informative model as “*competent technical expert*”, in interpretive model as “*counselor or adviser*” and in deliberative model as “*friend or teacher*”. The obligation of the physician in each type of relationship has explained by Emanuel and Emanuel as below (1992, s. 2222):

- *“Paternalistic model: Promoting the patient’s well-being independent of the patient’s current preferences,*
- *Informative model: Providing relevant factual information and implementing patient’s selected intervention,*
- *Interpretive model: Elucidating and interpreting relevant patient values as well as informing the patient and implementing the patient’s selected intervention,*
- *Deliberative model: Articulating and persuading the patient of the most admirable values as well as informing the patient and implementing patient’s selected intervention.”*

Model of Emanuel and Emanuel which suggests different physician roles and obligations provides a framework for managing physician – patient relationship. For positive doctor – patient relationship it is important that the parties of the relationship understand each other’s needs and expectations. It can be said that approach of Emanuel and Emanuel can be used to determine needs and expectations of both parties of relationships and to establish a doctor – patient relationship in harmony with these needs and expectations.

Maintaining of successful doctor – patient relationships is essential in health communication. Due to this requirement this study has been planned to determine the opinions of the doctors and the patients on the relationship models of Emanuel and Emanuel. The aim of this study, by conducting research within its scope, is to reveal which model is preferred by doctors and patients. In health communication literature, it can be seen that recent researches center upon health communication campaign management. This article is important in that it focuses on relationships between physicians and patients in terms of health communication.

In light of this information, within the scope of the study, a research has been carried out with the participation of 400 patients and 100 doctors from Department of Chest Diseases and Department of Internal Medicine at Istanbul University Medicine Faculty. In the research quantitative research methods has been used and two different questionnaire forms has prepared for doctors and patients. Participants have been asked to answer the questions which aim to determine assessments of doctors and patients related to paternalistic, informative, interpretive and deliberative relationship models. The data obtained during the research has been decoded and analyzed with Statistical Package for Social Science (SPSS) software.

Findings have demonstrated that, both sides of doctor and patient relationships prefer negotiating model which is based on the idea of making a joint decision and exchanging ideas and respecting other relationship partner. Also, findings reveal that the gender, education level and occupational groups of the patients cause differentiation in their opinions and preferences about their relationships with doctors, and that the doctors' gender and professional experience period differentiated their opinions and preferences in their relationships with patients.

GİRİŞ

İnsan yaşantısı temelde iletişim faaliyetleri üzerine kuruludur ve insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan iletişim bilimi zaman içerisinde yaşanan toplumsal gelişmeler ve ortaya çıkan gereksinimler doğrultusunda farklı konulara odaklanarak kapsamını genişletmiştir. Son yıllarda iletişim bilimi kapsamında ön plana çıkan iletişim disiplinlerinden biri ise sağlık iletişimidir.

Sağlık iletişimi, hastalıklar ve koruyucu önlemler konusunda toplumda farkındalık oluşturmak, hedef kitleleri bilgilendirmek ve kamu bilincinin gelişmesini sağlamak gibi temel amaçlara sahip bir alan olmanın yanı sıra, sağlıkla ilişkili taraflar arasındaki ilişkileri düzenleyen bir iletişim disiplindir. Sağlık iletişimi toplumu ilgilendiren sağlık konularına ilişkin toplumsal düzeydeki iletişim süreçlerini kapsamakta; kişilerarası iletişim düzeyinde ise doktor – hasta iletişimi, hastaların sağlık personelleriyle olan iletişimi, sağlık personelinin kendi aralarındaki iletişim de sağlık iletişiminin kapsamında yer almaktadır.

Sağlık iletişiminin en temel amaçlarından biri sağlığın kazanılması, sağlığı tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması ve sağlıklı halin devam ettirilmesidir. Sağlık iletişiminin bu amacına ulaşabilmesi ise öncelikle bireysel düzeyde daha sonraki aşamalarda ise daha geniş bir boyutta toplumsal düzeyde bir farkındalık oluşturmakla mümkün olmamaktadır. Sağlık iletişiminin söz konusu amacına ulaşılabilmesi, kişilerarası iletişim düzeyinde doktorlar ve hastalar arasında olumlu ilişkilerin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilikten ötürü doktor ve hastalar arasındaki iletişimin sağlık iletişiminin ön plana çıkan temel araştırma konularından biri olduğu söylenebilmektedir.

Doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkiler sağlık iletişiminde en temel ilişki boyutunu oluşturmakta, doktorlar ve hastalar arasında karşılıklı anlayış, güven ve diyaloga dayalı

ilişkilerin tesis edilmesi ve sürdürülebilmesi ise sağlık iletişimi kapsamında irdelenmesi gereken bir konu olarak ilgi uyandırmaktadır.

Sağlık iletişimi literatüründe doktorlar ile hastalar arasındaki iletişimin çeşitli modeller bağlamında açıklandığı dikkat çekmektedir. Parsons (1951), Szasz ve Hollender (1955), Freidson (1970), Hayes – Bautista (1976), Emmanuel ve Emmanuel (1992) doktor ve hasta iletişimine yönelik model öneriyle dikkat çekmektedir. Bu araştırmacıların yanı sıra Waitzkin'in 1979 yılında gerçekleştirdiği çalışmasında doktor – hasta iletişimine yönelik model önerisi getirdiği (Cockerham, 2016; Cirhinlioğlu, 2017) ve ayrıca Byrne ve Long'un da (Gray, 1984; Öngören, 2004) doktorlar ile hastalar arasındaki iletişimi açıklamak üzere bir model önerisinde bulunduğu da görülmektedir.

Sağlık iletişimi literatüründe yer alan modellerin birçoğunun doktorlar ile hastalar arasındaki iletişimi doktorun otoritesini ön plana alarak değerlendirdikleri söylenebilmektedir. Söz konusu modellerden Emmanuel ve Emmanuel'in modeli ise hem hastaların hem de doktorların ilişki sürecinde aktif rol üstlenebilecekleri ilişki boyutlarını öngörmekte ve bu nedenle diğer modellerle kıyaslandığında daha kapsamlı bir yapıya sahip olması yönünden ilgi uyandırmaktadır.

Sağlık iletişiminde önemli bir araştırma ve inceleme konusu olan doktor – hasta iletişiminin ele alındığı bu çalışmada; doktorlar ve hastalar arasında olumlu ilişkiler geliştirilebilmesi ve ilişkilerin başarılı biçimde sürdürülebilmesi için iletişimde bulunan tarafların doktor – hasta ilişki modellerine dair görüşlerinin ve hangi modeli tercih ettiklerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında literatürde doktor – hasta iletişimini incelemek üzere ortaya konan modellerden en güncel ve kapsamlı olduğu düşünülen Emanuel ve Emanuel'in (1992) modeli temel alınarak bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, doktor ve hastaların ilişki sürecinde karşılıklı fikir alışverişinde bulunmaya ve ortak karar verme fikrine dayanan müzakereci modeli daha fazla tercih ettiğine işaret etmiştir. Ayrıca araştırma bulguları doğrultusunda hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi ve mesleklerinin doktorlarla olan ilişkilerine dair görüş ve tercihlerinde farklılaşmaya neden olduğu, doktorların ise cinsiyet ve mesleki deneyim sürelerinin, hastalarla olan ilişkilerindeki görüş ve tercihlerini farklılaştırdığı tespit edilmiştir.

1. Sağlık İletişiminin Kapsamı

Hastalıklar ve koruyucu önlemlere ilişkin toplumsal farkındalığın geliştirilmesi, hedef kitlelerin bilgilendirilmesini amaçlayan sağlık iletişimi sağlığın korunması ve kazanılması için iletişim biliminden yararlanılması sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık iletişiminin sağlık konularına ilişkin toplumsal düzeydeki iletişim süreçleriyle birlikte, kişilerarası iletişim boyutunda doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkilerin, hastaların sağlık personelleriyle olan ilişkisinin ve sağlık personelinin kendi arasındaki ilişkileri inceleme amacını taşıyan bir disiplin olduğu da görülmektedir. Sağlık iletişimi, sağlık sektöründe yer alan kişilerin hastalarla iletişimini konu edinen, sektör çalışanlarının birbirleri ile olan ilişkilerini düzenlemeye yarayan, sağlık mesajlarının daha etkin bir şekilde hedef kitleye ulaşımını amaçlayan bir iletişim dalıdır.

Etkili iletişimin etkili sağlık hizmetlerinin merkezinde yer aldığına yönelik kabul (Berry, 2007, s. 3), sağlık iletişiminin sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından hem kişisel hem de toplumsal boyutta taşıdığı öneme dikkat çekmekte; bundan ötürü de sağlık iletişiminin kapsamının ve sağlık iletişimi uygulamalarının çıktılarının incelenmesini gerekli kılmaktadır.

Kreps ve Thornton'un ifadesiyle sağlık hizmetleri üzerine gerçekleşen insan etkileşimi şeklinde tanımlanabilecek sağlık iletişimi (1992, s. 120); bireysel ve kamusal sağlık çıktılarının geliştirilmesi ve desteklenmesi süreçlerine işaret etmektedir (Schiavo, 2007, s. 4). Çınarlı'nın belirttiği gibi (2008, s. 45) sağlık iletişimi bireysel boyutta sağlığa ilişkin riskler ve bunlara yönelik çözümler konusunda farkındalığı arttırmakla ve ayrıca bu riskleri azaltmak için motivasyon ve yetiler sağlamaktadır. Sağlık iletişimi bireyin benzer durumlarda bulunan diğer kişilerden yardım almasına, tutumlarının etkilenmesi ve güçlendirilmesine katkı sunmakla birlikte, uygun sağlık hizmetlerine talebi arttırmakta uygun olmayanlara ise talebin azalmasına yol açmaktadır. Bu ve benzeri kişisel etkilerin yanı sıra sağlık iletişimi toplumsal açıdan da kamu sağlığının korunması hizmetlerinin yaygınlaşması amacıyla yönelik olarak sağlık ve yaşam kalitesine fayda sunan sosyal normları da desteklemektedir.

Sağlık iletişimi, sağlık alanında kitlelerin bilinçlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, oluşmadan önceki aşamada hastalıkların önüne geçilmesi, oluştuktan sonra ise bununla başa çıkma yollarının tespiti ve sürecin doğru şekilde yönetilmesi gibi açılardan bireysel, toplumsal ve kurumsal boyutlara sahiptir (Hülür, 2016, s. 156). Bu boyutlar açısından bakıldığında sağlık iletişimi içerisinde hem bireysel iletişimi, hem toplumsal iletişimi hem de kurumsal iletişimi bulundurmaktadır. Bireysel iletişim kapsamında hastaların sağlık personeli

ile, sağlık çalışanlarının da birbirleri ile olan iletişim süreçleri yer almaktadır. Kurumsal yönden ise sağlık iletişimi, sağlık kurumunun çalışanlarla ve hastalarla olan ilişki sürecini izlerken aynı zamanda kurumu topluma anlatmaya, toplumsal bilincin gelişmesine yönelik hazırlanan kampanya süreçlerinin yönetimine, verilen mesajların etkinliğini ölçmeye ve uygun yöntemlerle süreci kontrol altında tutmaya çalışmaktadır. Guttman'ın belirttiği gibi (2003, s. 655) sağlık iletişimi çabaları sağlık iletişimi mesajlarında yer alan bilgi ve önerilerin, ulaşılması hedeflenen kitlelerin tüm üyelerince tam olarak anlaşılabilmesini sağlamakla ilgilenmektedir.

Kreps'in ifade ettiği gibi (2003: 354) sağlık iletişimi çabaları sosyal bilimler ile iletişim bilimlerinin dil ve davranış araştırmaları, kişilerarası ilişkiler, grup ve örgüt davranışı, sosyal etki, medya çalışmaları, davranış değişimi, kültürlerarası iletişim ve yeni iletişim teknolojileri gibi önem taşıyan teorilerini, kavramlarını ve yöntemlerini bir araya getirmekte ve uygulamaya aktarmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık iletişimi disiplininin sosyal bilimler ile iletişim bilimlerini temel alan ve pek çok araştırma alanıyla dirsek temasında bulunan bir disiplin olduğu söylenebilmektedir.

Sağlık iletişimi disiplini, sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi, biyomedikal iletişim, davranışsal tıp, davranışsal sağlık ve tıbbi iletişim gibi yeni ortaya çıkan disiplinlerle birlikte gelişim göstermektedir. Aynı zamanda tıp, halk sağlığı, sağlık eğitimi, sosyal çalışma, sosyoloji, psikoloji gibi profesyonel alanlarla da bağlantılı olan sağlık iletişimi, sağlık bilgi ve hizmetlerinin yayılması ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışların geliştirilmesi süreçlerinde yer almaktadır (Tabak, 2003, s. 30). Sağlık iletişimi günümüzde kapsamı açısından pek çok disiplinle bağlantılı bir alan olarak dikkat çekmektedir. Disiplinin ilk ortaya çıktığı 1970'lerden günümüze ulaşmaya dek kapsamını genişlettiği görülmektedir.

Sağlık iletişimi, 1971'de Ulusal Kanser Enstitüsü'ne (National Cancer Institute) bağlı Birleşik Devletler Kanser Enformasyon Servisi'nin (CIS-Cancer Information Service) yapmış olduğu çalışmalarla ortaya çıkmış bir disiplindir. Kanser Enformasyon Servisi, uzun yıllar yürütmüş olduğu çalışmalarla kanser hastalığının nedenleri, önlenmesi ve tedavisi noktasında iletişim stratejilerini kullanarak toplumu, bilim adamlarını, doktorları ve diğer sağlık profesyonellerini, bilgilendirmeyi hedeflemiştir. Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Kanser Enformasyon Servisi aracılığıyla başlatmış olduğu çalışmalar günümüzde yeni teknolojik gelişmeler ve geliştirilen sağlık iletişimi stratejilerini de kullanarak devam etmektedir (Ratzen, 1998, s. 3). Sağlık iletişimi anlayışının ortaya çıktığı 1970'li yıllardan günümüze ulaşmaya dek

kapsamını oldukça genişlettiği, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi amacına yönelik önemli katkılar sunduğu görülmektedir.

Günümüz sağlık iletişimi anlayışının birey ve kamu sağlığını geliştirme çabalarının önemli bir ögesi haline geldiği ve aşağıda yer alan farklı bağlamlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sunduğu dikkat çekmektedir (Çınarlı, 2008, s. 43 – 44):

- Sağlık hizmetlerinde kişilerarası etkileşim bağlamında sağlık personeli ile hastalar arasındaki ilişkiler ve sağlık personelinin kendi arasındaki iletişim
- Sağlık enformasyonun kişisel olarak aranması ve kullanılması
- Klinik tavsiyelerin bireyler tarafından yerine getirilmesi
- Yaşam biçimi ile ilgili kampanyalar gibi kamu sağlığına yönelik mesajların oluşturulması
- Risk iletişimi kapsamında bireysel ve toplumsal sağlık riskine yönelik enformasyonun yayılması
- Sağlık mesajlarının kitle iletişimi aracılığıyla sunumu
- Kamu sağlığı ve sağlığın korunması sistemlerine ilişkin hem bireylerin hem de sağlık personelinin eğitilmesi
- İletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmelerin sonucu ortaya çıkan ve sağlık iletişimi alanında kullanılan tele – sağlık, etkileşimli sağlık iletişimi gibi yeniliklere başvurulması

Hem kişisel hem de toplumsal boyutta değerlendirilebilecek sağlık iletişimi, sağlık enformasyonunun doğru biçimde iletilmesi, sağlıklı davranış biçimlerinin toplum tarafından benimsenmesi ile ortaya çıkabilecek yararların anlatılması, sağlığa zararlı davranışlar ve hastalıkların etkileri hakkında bilgi verilmesi, sağlık hizmetine ulaşım konusunda bireylerin eğitilmesi, kişilerin doğru uzmana, doğru tanı ve tedavi yöntemlerine yönlendirilmesi, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkili iletişimin sağlanması, tedavi sürecinde hasta ile doktor arasındaki işbirliğinin ortaya çıkması gibi önemli amaçlara yönelik bir disiplin olarak ele alınabilmekte (Yılmaz, 2013, s. 97); doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkilerin sağlık iletişiminde ön plana çıkan bir konu olduğu dikkat çekmektedir.

2. Sağlık İletişiminde Doktor – Hasta İlişkisi ve Modelleri

Sağlık iletişimi, sağlık sektörünün birçok ögesi arasında iletişimi sağlayan ve sağlığın korunması, geliştirilmesine yönelik yönlendirme çabalarında bulunan bir iletişim alanıdır. Sağlık iletişiminin en büyük hedef kitlesini ise hastalar oluşturur. Sağlık iletişimi sağlık kuruluşları, toplum, medya, sağlık çalışanları gibi sağlıkla ilişkilendirilebilecek pek çok hedef kitle arasındaki ilişkileri düzenleyen bir alan olmakla birlikte, doktor – hasta ilişkisi sağlık iletişimi alanının baskın bir araştırma alanını oluşturmaktadır (Thompson, 2003, s. 91). Sağlıklarını korumak ve sağlıklarına kavuşmak amacıyla olan hastaların doktorlarla iletişim kurmasından ötürü doktor ile hastalar arasındaki iletişim sağlık iletişiminin kişilerarası iletişim boyutu açısından önem taşımaktadır.

Doktor – hasta ilişkileri sağlık iletişimindeki temel ilişki boyutlarından birini oluşturmaktadır ve bu nedenle doktorlar ile hastalar arasında karşılıklı anlayış, güven ve diyaloga dayalı ilişkilerin tesis edilmesi ve sürdürülebilmesi sağlık iletişimi kapsamında irdelenmesi gereken bir konu olarak ilgi uyandırmaktadır.

Sağlık iletişimi literatüründe doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkilerin çeşitli modeller bağlamında açıklandığı dikkat çekmektedir. Parsons (1951), Szasz ve Hollender (1955), Freidson (1970), Hayes – Bautista (1976), Emmanuel ve Emmanuel (1992) doktor ve hasta ilişkisine yönelik model önerisiyle dikkat çekmektedir. Bu araştırmacıların yanı sıra Waitzkin'in 1979 yılında gerçekleştirdiği çalışmasında doktor – hasta ilişkisine yönelik model önerisi getirdiği (Cockerham, 2016; Cirhinlioğlu, 2017) ve ayrıca Byrne ve Long'un da (Gray, 1984; Öngören, 2004) doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkileri açıklamak üzere bir model önerisinde bulunduğu da görülmektedir.

Doktor – hasta rolü üzerinden ilerleyen Parsons'ın doktor hasta ilişki modeli (1951, s. 429), ilişkinin olumlu biçimde seyretmesini doktorun otoritesi odağında ele almakta; modelde hastanın iyileşmesi için doktorla işbirliğine gitmesi ve onun önerilerine uyması beklenmektedir. Cockerham'ın belirttiği gibi (2016, s. 194), Parsons'ın doktor – hasta ilişkisi çocuk ile ebeveyn arasındaki ilişkiye benzemekte; modelde hasta bilgisizliğinden ve çaresizliğinden ötürü doktorun yardımına muhtaç olarak tanımlanmakta, doktor ise sahip olduğu bilgi ve bundan kaynaklı sağladığı otorite ile hastadan çok daha yüksek bir konumda algılanmaktadır.

Szasz ve Hollender geliştirdikleri doktor – hasta ilişki modelinde doktor ile hasta arasında bulunan ilişki dinamiğinin, ilişkinin gerçekleştiği yerin özgünlüğüne ve yaşanan tıbbi duruma göre şekillendiğine dikkat çekmektedir. Modele göre doktor – hasta ilişkisi tarihsel

bağlamda, tıbbi (veya psikiyatrik) duruma ve tarafların yaşadığı sosyal ortama bağlıdır. Tıbbi durum eldeki teknik imkanları ve hastalıklarla başa çıkmak için gereken mevcut araçları ifade eder. Doktorun ve hastanın iletişim kapasitelerinin yanı sıra doktorun özel teknik becerileri de tıbbi durum içerisinde yer almaktadır. Sosyal ortam ise, zamanın sosyo – politik ve entelektüel, bilimsel iklimine bağlıdır (Szasz vd., 1958, s. 522). Szasz ve Hollender’in doktor – hasta ilişki modeli doktorların tıbbi bilgi birikiminin yanı sıra ilişki tarafları arasındaki iletişimin etkinliğine ve ilişkinin gerçekleştiği sosyal ortamla doğrudan bağlantılıdır.

Freidson tarafından geliştirilen doktor – hasta ilişki modeli (1970); doktor ve hasta arasında yaşanan ilişkinin tarafların beklentilerine göre şekillendiğini ifade etmekte ve taraflar arasındaki güç eşitsizliğine dikkat çekmektedir. Roter ve Hall’un ifade ettiği gibi (2006, s. 23), Freidson’ın modeli doktor ile hasta ilişkisinin temelinde çatışmanın olduğunu belirtmektedir. Doktor – hasta etkileşiminin çoğunlukla çatışmalı ve uyumsuz olduğuna işaret eden Freidson, doktor ve hasta arasında bulunan farklılıkların hastalıkların kendisi ve kültürel farklılıklar nedeniyle ortaya çıktığını açıklamıştır (Halpern ve Anspach, 1993, s. 281 – 282).

David Hayes-Bautista tarafından 1976 yılında ortaya konan model, hem hasta hem de doktor tarafının katılım gerçekleştirdiği bir modeldir. Hayes-Bautista modelinin önemi hastaların otomatik olarak doktorun tavsiyesine uymak zorunda olduğu bir ilişki çeşidi olmaktan ziyade müzakere gerektiren bir etkileşim çeşidi olarak görülmesidir. Bu modelde acil durumlar dışında hastaların, sağlık konularında doktorları ile etkileşimde bulunduğu ve ilişki sürecinde pasif kalmadığı öne sürülmüştür. Hastalar sağlıkları ile ilgili sorular sorar, bilgi ister ve tedavinin uygunluğu konusunda yargılarda bulunurlar (Cockerham, 2016, s. 221). Hayes-Bautista tarafından geliştirilen doktor – hasta ilişki modeli temelde tarafların her ikisinin de katılım sergilediği bir ilişki modeli olarak görülse de, doktor – hasta ilişkisinin yine de tarafların sosyal ve sınıfsal farklılıklarından etkileneceği söylenebilmektedir.

Waitzkin’in 1979 yılında gerçekleştirdiği çalışmada doktor ile hasta ilişki modellerine çatışmacı bir bakış açısı ile yaklaştığı görülmektedir. Bu araştırmaya göre doktorlar hastayı ikilemede bırakmaktadır, bunun nedeni hastadan doktora gelmeden önce ve muayene sırasında rahatsızlığını tam olarak tasvir etmesinin istenmesi ve ardından doktorun yorumları karşısında pasif kalmasının beklenmesidir. Dolayısıyla bu çatışma üreten bir ilişki doğuracaktır (Cirhinlioğlu, 2017, s. 58). Waitzkin tarafından geliştirilen doktor – hasta ilişki modelinin

temelde ilişki tarafları arasındaki çatışmaya dayandığı görülmekte ve doktor ile hasta ilişkisinde sınıfsal farklılıkların belirleyici olduğuna yönelik bir kanaat ortaya konduğu dikkat çekmektedir.

Doktor – hasta ilişkisini Byrne ve Long modellerinde “hasta merkezli” ve “doktor merkezli” olmak üzere iki şekilde incelemiştir. Doktor – hasta ilişkisinin hasta merkezli yaklaşımında, doktor hastanın durumuna göre bilgi ve deneyimlerini hastalığın teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilir ve hastanın ilişki sürecine aktif bir katılımı söz konusudur. Doktor merkezli yaklaşımda ise doktorun görevi zamanı iyi kullanmaktır (Öngören, 2004, s. 49). Byrne ve Long’un doktor – hasta ilişki modeline göre, doktorun hem zamanı iyi kullanması hem de bilgi ve deneyimlerini hastalarla etkin biçimde paylaşarak hasta katılımını da ilişki sürecine dahil etmesi gerektiği söylenebilmektedir.

Emanuel ve Emanuel tarafından geliştirilen modelde ise (1992) doktor – hasta ilişkisi dört tür üzerinden incelenmiş ve doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkilerin dört model ekseninden incelenebileceğine dair bir sınıflandırma yapılmıştır. Paternalistik, bilgilendirici, yorumlayıcı ve müzakereci modellere ilişkin bilgiler ise şu şekildedir (1992, s. 2221 – 2222):

- Paternalistik model: Modellerden ilki ebeveyn veya papaz modeli olarak da adlandırılan paternalistik modeldir. Bu modelde doktor ile hastanın iletişiminin amacı, hastaların sağlık ve refahlarını en iyi şekilde geliştirebilecek müdahaleleri almasını sağlamaktır. Bu amaçla doktorlar, hastanın tıbbi durumunu, hastalık sürecindeki aşamasını belirlemek ve hastaya sağlığını kazandırmak için en olası tıbbi testleri ve tedavileri belirlemek için becerilerini kullanırlar. Sonrasında doktorlar, hastayı kendisinin en uygun buldukları tedaviye rıza göstermesi adına seçilmiş ve kısıtlı bilgileri sunarlar. Paternalistik model, neyin en iyi olduğunu belirlemek için doktorun kararının tarafların ortak çıkarı adına olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle doktor, hastanın katılımını sınırlı tutarak hastanın çıkarını en iyi şekilde korur.

- Bilgilendirici model: İkinci model mühendislik ya da tüketici modeli olarak da adlandırılan bilgilendirici modeldir. Bu modelde, doktor ile hasta etkileşiminin amacı, doktorun hastaya, hastalığı ve tedavi seçenekleri ile ilgili tüm bilgileri vermesi, hastanın istediği tıbbi müdahaleleri seçmesi ve doktorun hasta tarafından seçilen müdahaleleri yürütmesidir. Bu amaçla doktor, hastayı hastalık durumu, olası tanı ve tedavi müdahalelerinin doğası, müdahalelerle ilişkili risk ve faydaların doğası ve olasılığı hakkında bilgilendirmektedir. Bu model sayesinde hastalar hastalıkları ve mevcut müdahaleler ile ilgili tüm tıbbi bilgileri öğrenebilir ve kendi beklentilerini en iyi karşılayan tıbbi müdahaleleri seçebilirler.

- Yorumlayıcı model: Bu modele göre doktor ile hasta etkileşiminin amacı hastanın değerlerini ve gerçekte ne istediğini aydınlatmak ve hastanın bu değerleri gerçekleştirecek mevcut tıbbi müdahaleleri seçmesine yardımcı olmaktır. Bilgilendirici doktor gibi, yorumlayıcı doktor da hastaya durumun doğası ve olası müdahalelerin riskleri ve yararları hakkında bilgi verir. Bununla birlikte, yorumlayıcı doktor hastaya değerlerini açıklamakta ve tıbbi müdahalenin beklentileri en iyi şekilde nasıl karşılanacağını belirlemede, aynı zamanda hastanın tüm bilgileri yorumlamasına yardımcı olmaktadır. Yorumlayıcı modele göre, hastanın değerleri ve beklentileri her zaman sabit değildir ya da hasta bu değerlerin farkında olmayabilir. Doktor, hastanın beklentilerini anlamalı ve tedavi seçeneklerini hastaya uyumlu hale getirmelidir.

- Müzakere modeli: Bu modelde doktor – hasta iletişiminin amacı, hastanın klinik durumu ile ilgili gerçekleştirilebilecek tıbbi müdahalelerin belirlenmesine ve hastanın sağlıkla ilgili en iyi kararları vermesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla, doktorun hastanın klinik durumu hakkında bilgi vermesi ve mevcut seçenekler içinde yer alan tedavi türlerini açıklığa kavuşturması gerekir. Doktor ve hasta, hastanın sağlık durumu ile ilgili neler yapabileceği ve nihayetinde uygulanması gereken tedavi yöntemi konusunda görüş alışverişinde bulunurlar. Doktor sadece sağlıkla ilgili değerleri yani hastanın hastalığını ve tedavi sürecini etkileyebilecek durumları tartışır, hastanın etik olarak ikna edilmesinde fazlasını hedeflemez ve hastayı zorlamaktan kaçınır. Müzakereci modelde, doktor bir öğretmen ya da arkadaş olarak hareket etmektedir. Doktor, sadece hastanın ne yapabileceğini belirtmekle kalmaz, aynı zamanda hasta için en iyisini isteyen doktor, hastanın ne yapması gerektiğini ve tedavi seçenekleri arasından hangisini seçmesi gerektiğini göstermektedir.

Paternalistik, bilgilendirici, yorumlayıcı ve müzakereci ilişki modellerinin her birinde hastanın ayrı bir rolünün bulunduğu dikkat çekmektedir. Modelleri ayırt eden ana faktör ise, hastaların sahip olduğu değerler ve beklentilerdir. Emanuel ve Emanuel'e göre kullanımı en uygun olan model, müzakereci model olarak görülmektedir (1992, s. 2221 – 2222). Tarafların ilişki sürecine karşılıklı katılımıyla gerçekleşen müzakereci modelin kullanımının, hastanın eğitim ve bilgi düzeyinin yüksek olmasıyla daha başarılı bir şekilde sonuçlanacağı öngörülebilmektedir. Emanuel ve Emanuel'in modeli diğer modellerden sonra ortaya konulması ve içeriğin daha ayrıntılı bir şekilde kategorize edilmesi sebebiyle söz konusu çalışmanın temelini oluşturmaktadır.

3. Amaç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, sağlık iletişimi kapsamında önemli bir inceleme konusu olarak dikkat çeken doktor – hasta ilişkisinin analiz edilmesidir. Doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkiler, sağlık iletişiminin kişilerarası iletişim boyutu için temel teşkil etmekte ve bu ilişkinin olumlu biçimde sürdürülmesi sağlık iletişiminde başarıya ulaşmak için gereklilik taşımaktadır. Bu bilgilerden hareketle söz konusu araştırmada, doktorların ve hastaların ilişki modelleri bağlamındaki değerlendirmelerinin tespit edilmesi yoluyla, ilişki taraflarının içinde buldukları ilişkiye yönelik mevcut algılarının ortaya konması amaçlanmıştır. İlişki taraflarının ilişkinin olumlu bir biçimde sürdürülebilmesi için önemsedikleri noktaların ve ilişkiden beklentilerinin tespit edilmesi amaçlanan araştırmada, doktor ile hasta ilişkisini etkileyen faktörlerin ortaya konması da planlanmıştır.

Doktor – hasta ilişki modelleri açısından değerlendirildiğinde doktorların hangi ilişki modelini uygulamayı tercih ettiklerine ve hastaların da hangi modelin doktor – hasta ilişkisi içinde uygulanmasını beklediklerine yönelik verilerin toplanması bu araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır. Bu veriler doğrultusunda elde edilecek bulguların doktor ile hasta ilişkisinin daha başarılı biçimde sürdürülmesi için her iki ilişki tarafının değerlendirmelerinin bilinmesi gerekliliğini karşılaması beklenmektedir.

Bu bilgilerden hareketle araştırmanın aşağıdaki sorulara yanıt vermesi amaçlanmaktadır:

- Doktor ve hastaların doktor – hasta ilişki modellerine yönelik genel değerlendirmeleri nasıldır?
- Doktor ve hastalar doktor – hasta ilişkisinde hangi modelin uygulanması gerektiğini düşünmektedir?
- Doktor ve hastaların doktor – hasta ilişki modeli tercihi birbirlerinden farklılaşmakta mıdır?
- Hastaların model tercihleri cinsiyet, eğitim durumu, meslek değişkenlerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Doktorların model tercihleri cinsiyet ve mesleki deneyim sürelerine göre farklılaşmakta mıdır?

3.2. Araştırmanın Önemi

Doktor – hasta ilişki sürecinin, hastanın sağlığına kavuşması ve doktorların sorunsuz bir şekilde mesleklerini icra edebilmelerini sağlamak gibi amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlara ulaşabilmek için doktor – hasta ilişkisinin başarılı bir şekilde kurulması ve sürdürülebilmesi gereklilik taşımaktadır.

Başarılı bir doktor – hasta ilişkisi için ilişki içinde bulunan tarafların birbirlerinin değerlendirmelerinden ve beklentilerinden haberdar olması önem arz etmektedir. Bu gereklilik, doktorların ve hastaların ilişki modellerine ilişkin değerlendirmelerinin tespit edilmesini önemli kılmaktadır. Sağlık iletişiminde başarılı doktor – hasta ilişkileri için hem doktorların hem de hastaların beklentilerini ve değerlendirmelerini ortaya koymayı sağlayacak bulguların elde edilmesini sağlaması araştırmanın önemine işaret etmektedir. Aynı zamanda araştırmanın, doktor ve hastaların beklenti ve tercihleri arasında bulunan farklılıkları tespit etmeye yönelik gerçekleştirilmesi, ilişki taraflarının iletişim sürecinde hangi noktalarda birbirinden farklılaştığını anlayabilmesi açısından önem taşımaktadır.

3.3. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın kapsamını sağlık iletişiminde doktor ile hasta ilişkileri oluşturmaktadır. Sağlık iletişimi çok boyutlu bir yapıya sahip olmasına rağmen araştırmanın doktor – hasta ilişkileri üzerinden gerçekleştirilmesi araştırmanın temel sınırlılığını teşkil etmektedir. Ayrıca araştırmanın sadece İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde gerçekleştirilmiş olmasının ve örnekleme oluşturan katılımcıların da Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı doktorları ve hastalarından oluşmasının da araştırmanın bir diğer kısıtlılığı olduğu söylenebilmektedir.

Sağlık iletişimi kapsamında doktor – hasta ilişkisine yönelen araştırmanın daha geniş bir örneklem ve analiz birimi dahilinde gerçekleştirilmesinin örneklemin evreni temsil gücünü arttıracığı bilinmekle birlikte tüm çalışma evrenine ulaşmanın zaman ve maliyet yönünden mümkün olmaması nedeniyle araştırma İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı ile sınırlandırılmıştır. Anket sorularının cevaplanması sırasında, bilgilerinin saklanmayacağı korkusu ve verdikleri cevaplar nedeniyle doktorlar tarafından olumsuz tepki görebilecekleri düşüncesi ile hareket eden hastaların çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, doktorların ise iş yoğunluğu ve zaman sıkıntısı nedeniyle çalışmaya katılmaya vakit bulamamaları çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Çalışmada, farklı bölgelerden gelen farklı sosyo – demografik özelliklere sahip hastaların araştırmaya katılımının sağlanması ve araştırmanın sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında ön plana çıkan bir kurumda gerçekleştirilmiş olması, araştırmanın temel kısıtlıklarına rağmen önemli ölçüde verinin toplanmasını sağlamıştır. Ayrıca çalışma kapsamında hastaların sadece mevcut doktorlarına yönelik değerlendirmelerinin değil, bugüne kadar sağlık hizmeti aldığı doktorları düşünerek anket formunu yanıtlamaya davet edilmesi de hastaların doktor – hasta ilişkisine yönelik genel değerlendirmelerinin tespit edilmesini sağlayarak araştırmanın kapsamının genişlemesine imkan sunmuştur.

3.4. Araştırma Modeli ve Yöntemi

Araştırmada geçmiş veya mevcut döneme ilişkin var olan bir durumun betimlenmesi ve tanımlanması amaçlandığı için tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modeli kapsamında doktor ile hasta ilişkisinde ilişki tarafları olarak doktor ve hastaların değerlendirmelerini tespit etmek hedeflenmiştir. Bu doğrultuda araştırmada, nicel araştırma yöntemleri kapsamında yer alan anket tekniği kullanılmıştır.

Doktor ve hastaların ilişkiye yönelik değerlendirmelerinin ortaya konması için hem doktorlara hem de hastalara yönelik ayrı anket formları tasarlanmıştır. Doktor anket formunda katılımcıların demografik özelliklerini tespit etmeye yönelik cinsiyet, yaş ve mesleki deneyim gibi soruların yanı sıra hastalarıyla ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik sorular ve ayrıca Emmanuel ve Emmanuel’in doktor – hasta ilişkisi modeli baz alınarak Likert ölçeğine göre hazırlanmış her bir model için dört adet ifadenin bulunduğu bir kısma yer verilmiştir. Doktor anket formunun son kısmında ise katılımcılardan doktor – hasta ilişki modeli kapsamında yer alan alternatifleri derecelendirerek, hastalarıyla ilişkilerinde en çok ve en az hangi modeli uygulamayı tercih ettiklerinin tespit edilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

Hasta anket formunda ise hastaların cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, mesleği ve sağlık güvencesi gibi demografik özelliklerini tespit etmeye yönelik soruların yanı sıra doktorlarıyla ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik sorular ve ayrıca Emanuel ve Emanuel’in doktor – hasta ilişki modeli baz alınarak her bir model için Likert ölçeğine göre hazırlanmış dört ifadenin bulunduğu bir kısma yer verilmiştir. Hasta anket formunun son kısmında ise doktor – hasta ilişki modeli kapsamında yer alan alternatifleri derecelendirerek, doktorlarıyla ilişkilerinde en çok ve en az hangi modeli tercih ettikleri saptanmaya çalışılmıştır. Anket formlarının güvenilirlik düzeyleri incelendiğinde ise çok yüksek bir güvenilirliğe sahip

olmamakla birlikte ($0,80 > \text{cronbach's alpha} > 0,60$) yeterli ölçüde güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.

Araştırma 18 Haziran 2018 – 18 Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 doktor ve 400 hasta üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Toplanan veriler kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve hesaplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler ortalama, standart sapma ve yüzde değer olarak ifade edilmiştir. Değişkenlerin dağılımının normale uygun olup olmadığı Kolmogorov - Smirnov ve Shapiro -Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma sahip olmadığı tespit edildiğinden analiz aşamasında parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Doktor ve hastaların cinsiyet değişkeni bağlamında değerlendirmelerinin karşılaştırılması Mann-Whitney-U test kullanılarak yapılmıştır. Doktorların modellere yönelik tasarlanan ifadelerle ilişkin değerlendirmelerinin mesleki deneyim değişkenine, ayrıca hastaların modellere yönelik tasarlanan ifadelerle ilişkin değerlendirmelerinin meslek türü, eğitim durumu ve sosyal güvenceleri değişkenlerine göre farklılaşp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Verilerin analiz aşamasında $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiş olup anlamlı fark bulunan grupların ikili karşılaştırmaları bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney-U test kullanılarak yapılmıştır.

3.5. Araştırma Bulguları ve Yorumlar

Çalışmaya dahil olan 400 hastanın 128'i (%32,0) erkek, 278'i (%68,0) ise kadındır ve yaş değişkenine göre ortalama değer 41,32'dir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu değişkenine yönelik dağılımları açısından incelendiğinde ilköğretim seviyesinde 138 kişi (%34,5), ortaöğretim seviyesinde 116 kişi (%29), lisans seviyesinde 129 kişi (%32,3) olduğu; 17 kişinin ise (%4,3) kişi lisansüstü düzeyde eğitime sahip olduğu görülmüştür.

Anketi yanıtlayan kişiler meslek grupları açısından değerlendirildiğinde ise 131 kişinin (%32,8) ev hanımı, 38 kişinin emekli (%9,5), 40 kişinin (%10) öğrenci olduğu, 48 kişinin (%12)

serbest meslek kategorisinde yer alığı tespit edilmiştir. Ayrıca 143 kişinin (%35,8) meslek grubu olarak diğer seçeneğini belirttiği, bu kategori kapsamında yer alan meslek grupları arasında ise öğretmenlik, gazetecilik, avukatlık ve akademisyenliğin yer aldığı görülmüştür. Araştırmada mesleklerini belirtmek istemediklerini ifade eden katılımcıların da diğer kategorisindeki meslek grubuna dahil edilmesi söz konusu olmuştur.

Araştırmaya dahil olan hastaların 156'sı (%39) evli iken, 244'ü (%61) ise bekarıdır. Hastaların sahip olduğu sağlık güvencesi incelendiğinde ise SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) sağlık güvencesine sahip olan 288 kişi (%72), Emekli Sandığı güvencesine sahip 43 kişi (%18) kişi, Bağ - Kur güvencesine sahip 39 kişi (%9,8), yeşil kart sahibi 16 kişi (%0,4) bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasına sahip olduğunu ifade eden hasta bulunmaz iken diğer sağlık güvencesine sahip 14 kişi (%3,5) kişi olduğu görülmüştür. Diğer sağlık güvencesine sahip olduğunu ifade eden hasta grubunun ise yurtdışında yaşadığı ve oraya ait sigortası olduğunu belirten hastalar ve sağlık güvencesini açıklamak istemeyen katılımcılar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde kadın katılımcıların sayısının erkek katılımcılardan fazla olduğu, ev hanımlarının en çok katılım sağlayan meslek grubu olduğu ve araştırmaya evli hastaların bekar hastalara göre daha fazla katılım sağladığı görülmüştür. Bununla birlikte katılımcıların büyük çoğunluğunun SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) sağlık güvencesine sahip olduğu ortaya konmuştur.

Aşağıda hastaların doktorlarla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik ifadelere katılım düzeylerini gösterir tablo yer almaktadır. Araştırmaya dahil olan hastaların bu ifadelere yönelik değerlendirmelerini 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde belirtmeleri istenmiştir.

| | Ort. | Standart sapma | n |
|---|------|----------------|-----|
| Soru 1. Doktorumla empati kurabiliyorum. | 4,08 | 1,149 | 400 |
| Soru 2. Doktoruma güvenip verdiği tedaviyi önerilen şekilde uyguladım. | 4,50 | ,934 | 400 |

| | | | |
|---|------|-------|-----|
| Soru 3. Doktorum hastalığımı bana anlatır iken genellikle tıbbi terimler kullandığı için onu anlayamıyorum. | 2,73 | 1,503 | 400 |
| Soru 4. Doktorum hastalığımı benimle paylaşırken anlayabileceğim şekilde açıklar. | 4,05 | 1,184 | 400 |
| Soru 5. Rahatsızlığım ile ilgili ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinip daha sonra internetten araştırmayı tercih ediyorum. | 2,56 | 1,661 | 400 |

Tablo 1: Hastaların Doktorlarla Olan İlişkilerine Yönelik Genel Değerlendirmeleri

Hastaların genel görüşlerini tespit etmeye yönelik ifadeler verdikleri cevapların ortalaması incelendiğinde “Doktorumla empati kurabiliyorum”, “Doktorum hastalığımı benimle paylaşırken anlayabileceğim şekilde açıklar”, “Doktoruma güvenip verdiği tedaviyi önerilen şekilde uyguladım” şeklindeki ifadeler yüksek düzeyde bir katılım sergiledikleri görülmektedir. “Doktorum hastalığımı bana anlatırken genellikle tıbbi terimler kullandığı için onu anlamıyorum” ve “Rahatsızlığım ile ilgili ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinip daha sonra internetten araştırmayı tercih ediyorum” ifadelerine düşük düzeyde bir katılım olduğu dikkat çekmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda hastaların doktorlarıyla empati kurabildikleri, doktorlarına güven duydukları söylenebilmekte ve ayrıca doktorların açık ve anlaşılır bir tarzda kendilerine yaklaştıklarına yönelik kanaate sahip oldukları görülmektedir. Hastalar doktorlarının kendileriyle iletişim kurarken tıbbi terimler kullanmadıklarını ve bu sayede onları anlayabildiklerini belirtmekte ve rahatsızlıklarına ilişkin ayrıntıları muayene esnasında doktora sormaktan çekinme ve daha sonra internetten araştırma yapma gibi duruma başvurmadıklarını bu ifadeye yönelik katılımları doğrultusunda göstermektedirler.

Aşağıda hastaların doktor – hasta ilişki modellerine yönelik değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik ifadeler ve bu ifadeler katılımlarını gösteren toplu ortalama tablosu yer almaktadır.

| Doktor – Hasta İlişki Modeli | Modellere Yönelik İfadeler | Ort. | Std. sapma | n |
|------------------------------|----------------------------|------|------------|---|
|------------------------------|----------------------------|------|------------|---|

| | | | | |
|----------------------|---|------|-------|-----|
| Paternalistik Model | Soru 6. Doktorum tıbbi konularda uzman olduğu için tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesini ve uygulamasını uygun buluyorum. | 2,40 | 1,672 | 400 |
| | Soru 7. Doktorumun tedavi yöntemini bana danışmadan seçmesinden rahatsızlık duymam. | 2,39 | 1,664 | 400 |
| | Soru 8. Tedavi yöntemine karar verilmesinde tek sorumluluğun doktorumda olmasını isterim. | 3,10 | 1,706 | 400 |
| | Soru 9. Doktorum benden daha bilgili olduğu için en doğru tedavi yöntemini seçer. | 3,87 | 1,180 | 400 |
| Bilgilendirici Model | Soru 10. Doktorumun tedavi seçenekleri hakkında bilgi verdikten sonra kararı bana bırakmasını beklerim. | 2,78 | 1,725 | 400 |
| | Soru 11. Doktorumun daha rahat karar verebilmem için tedavi yöntemlerini ve test sonuçlarını benimle paylaşmasını isterim. | 4,80 | ,552 | 400 |
| | Soru 12. Tedavi yöntemime kendim karar verebilmem için doktorumun alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları noktasında beni bilgilendirmesini isterim. | 4,78 | ,643 | 400 |
| | Soru 13. Doktorumdan gerekli bilgileri aldıktan sonra kararı kendim vermek isterim. | 2,72 | 1,627 | 400 |
| Yorumlayıcı Model | Soru 14. Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken benim görüş ve beklentilerimi dikkate almasını isterim. | 4,70 | ,661 | 400 |
| | Soru 15. Doktorumun tüm tedavi seçenekleri hakkında bana bilgi verirken en uygun olan seçeneği tercih etme noktasında beni yönlendirmesini ve kararı bana bırakmasını isterim. | 4,34 | 1,071 | 400 |
| | Soru 16. Doktorumun alternatif tüm tedavi yöntemlerini bana aktarırken kültürel değerlerimi ve psikolojik durumumu göz önünde bulundurmasını isterim. | 4,59 | ,857 | 400 |

| | | | | |
|------------------|---|------|-------|-----|
| | Soru 17. Doktorumun gerekli tüm bilgileri bana vermesini, benim düşüncelerimi öğrenerek yorumlamasını isterim ancak kararı kendim veririm. | 3,73 | 1,460 | 400 |
| Müzakereci Model | Soru 18. Doktorumla ortak bir tedavi yöntemine karar verebilmek için doktorumun öykümü dikkatli bir şekilde dinlemesini isterim. | 4,71 | ,716 | 400 |
| | Soru 19. Tedavi yöntemini doktorumla birlikte seçmek isterim. | 4,49 | ,996 | 400 |
| | Soru 20. Doktorumun benim için en uygun olacağını düşündüğü tedavi yönteminin benim düşüncemden farklı olması halinde, doktorumun kendi düşüncesinin haklılığına ilişkin gerekçeler sunarak beni inandırmasını ve ikna etmesini isterim. | 3,89 | 1,407 | 400 |
| | Soru 21. Doktorumun durumumu ve tedavi seçeneklerini açıklayarak uygun bulduğu tedavi yöntemini benimle paylaşmasını ve benimde uygun bulacağım bir tedavi üzerinde birlikte karar almayı isterim. | 4,58 | ,881 | 400 |

Tablo 2: Hastaların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmeleri

Tablodan da görülebileceği üzere, hastalar paternalistik model kapsamında yer alan ifadelere düşük düzeyde katılım göstermektedir. Paternalistik model dışındaki bilgilendirici model, yorumlayıcı model ve müzakereci modele ilişkin tasarlanan ifadelere yüksek düzeyde katılımları göz önünde bulundurulduğunda, söz konusu modellerin doktorlarıyla ilişkileri açısından hastalar tarafından daha kullanılabilir modeller olarak değerlendirildikleri söylenebilmektedir.

Anket formunda ayrıca modellerin tercih edilme düzeylerini ortaya koymak üzere her bir model için tasarlanan birer ifade yer almıştır. Hastalardan bu ifadeleri birinci sırada tercih edilme, ikinci sırada tercih edilme, üçüncü sırada tercih edilme ve son sırada tercih edilme düzeylerine göre sıralamaları istenmiştir. Aşağıda modeller kapsamında yer alan ifadeler ve hastalar tarafından kaçınıcı sırada tercih edildiklerini gösterir tablo yer almaktadır.

| | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 4. sırada tercih | 3. sırada tercih | 2. sırada tercih | 1. sırada tercih |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|

| | | | | |
|---|--------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Paternalistik Model / Doktorum rahatsızlığım ve tedavi seçenekleri hakkında beni bilgilendirmeden tedavi yöntemine karar vermelidir. | n = 287 (%71,8) | n = 43 (%0,8) | n = 17 (%4,3) | n = 53 (13,3) |
| Bilgilendirici Model / Doktorum hastalığım ve tedavi yöntemleri hakkında bilgileri bana aktarmalı ve tedavi yöntemine ben karar vermeliyim. | n= 239 (%59,8) | n= 65 (%16,3) | n= 36 (%9,0) | n= 60 (%15,0) |
| Yorumlayıcı Model / Doktorum gereksinimlerimi, kültürel değerlerimi ve psikolojik özelliklerimi göz önünde bulundurarak gerekli bilgileri bana verdikten sonra görüşlerimi öğrenerek yorumlamalı ancak kararı bana bırakmalıdır. | n= 72 (%18,0) | n= 69 (%17,3) | n= 94 (%23,5) | n= 165 (%41,3) |
| Müzakereci Model / Doktorum durumum ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de fikir birliğine varması sonucunda en uygun kararı birlikte vermeliyiz. | n= 9 (%2,3) | n= 29 (%7,2) | n= 9 (%2,3) | n= 353 (%88,3) |

Tablo 3: Hastaların Model Tercih Sıralamaları

Doktor – hasta ilişki modellerinden hastalar tarafından en çok tercih edilen modelin yüzde 88,3'lük oranla müzakereci model olduğu, bu modeli sırasıyla yüzde 41,3'lük oranla yorumlayıcı modelin, yüzde 15'lik oranla bilgilendirici modelin takip ettiği görülmekte, en az tercih edilen modelin ise yüzde 13,3'lük katılım oranıyla paternalistik model olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca hastaların modellere ilişkin tasarlanan ifadelerle katılım oranlarının ortalaması da bu yöndeki bulgu için destekleyici bir işlev görmektedir. Hastaların modelleri özetleyen ifadelerle katılım oranlarını gösteren tablo ise şu şekildedir:

| | Ort. | Std. | n |
|--|------|------|---|
|--|------|------|---|

| | | Sapma | |
|---|------|-------|-----|
| Paternalistik Model / Doktorum rahatsızlığım ve tedavi seçenekleri hakkında beni bilgilendirmeden tedavi yöntemine karar vermelidir. | 1,59 | 1,061 | 400 |
| Bilgilendirici Model / Doktorum hastalığım ve tedavi yöntemleri hakkında bilgileri bana aktarmalı ve tedavi yöntemine ben karar vermeliyim. | 1,79 | 1,117 | 400 |
| Yorumlayıcı Model / Doktorum gereksinimlerimi, kültürel değerlerimi ve psikolojik özelliklerimi göz önünde bulundurarak gerekli bilgileri bana verdikten sonra görüşlerimi öğrenerek yorumlamalı ancak kararı bana bırakmalıdır. | 2,88 | 1,137 | 400 |
| Müzakereci Model / Doktorum durumum ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de fikir birliğine varması sonucunda en uygun kararı birlikte vermeliyiz. | 3,77 | ,682 | 400 |

Tablo 4: Hastaların Model Tercih Sıralamalarını Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Toplu Ortalama Tablosu

Toplu ortalama tablosundan da görülebileceği üzere hastalar en çok müzakereci modeli uygun bulmakta, sırasıyla yorumlayıcı, bilgilendirici ve paternalistik modelin uygun olduğu yönünde kanaat bildirmektedir.

Aşağıda doktorların hastalarla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik ifadeler katılımlarını gösteren tablo yer almaktadır. Araştırmaya dahil olan doktorlardan bu ifadelerle yönelik değerlendirmelerini 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum olacak şekilde belirtmeleri istenmiştir.

| | Ort. | Standart sapma | n |
|---|------|----------------|-----|
| Soru 1. Hastalarımınla empati kurabiliyorum. | 4,17 | ,726 | 400 |

| | | | |
|--|------|-------|-----|
| Soru 2. Hastalarım bana karşı güven duyar. | 4,07 | ,769 | 400 |
| Soru 3. Hastalarımın rahatsızlıklarını onların anlayabileceği gündelik dilde anlatmaya dikkat ederim. | 4,26 | ,799 | 400 |
| Soru 4. Hastalarımın rahatsızlıklarını aktarırken genelde tıbbi dil kullanırım. | 2,35 | ,857 | 400 |
| Soru 5. Hastalarımın internetten araştırıp, kendilerine teşhis koyarak gelmesini uygun bulmuyorum. | 4,14 | 1,239 | 400 |

Tablo 5: Doktorların Hastalarla Olan İlişkilerine Yönelik Genel Değerlendirmeleri

Doktorların genel görüşlerini tespit etmeye yönelik ifadelerine verdikleri cevapların ortalaması incelendiğinde “Hastalarımın empati kurabiliyorum”, “Hastalarım bana karşı güven duyar”, “Hastalarımın rahatsızlıklarını onların anlayabileceği gündelik dilde anlatmaya dikkat ederim” ve “Hastalarımın internetten araştırıp, kendilerine teşhis koyarak gelmesini uygun bulmuyorum” ifadelerine yönelik yüksek düzeyde katılım gösterdikleri, “Hastalarımın rahatsızlıklarını aktarırken genelde tıbbi dil kullanırım” ifadesine yönelik ise olumsuz görüş bildirdikleri dikkat çekmektedir.

Bu açıdan değerlendirildiğinde doktorların da hastalarıyla empati kurabildikleri, hastalarının kendilerine karşı güven duyduğunu düşündükleri söylenebilmekte; hastaların internetten araştırma yoluyla kendilerine teşhis koyarak doktora başvurmasını uygun bulmadıkları dikkat çekmektedir. Ayrıca doktorların hastalara rahatsızlıklarını aktarırken genellikle tıbbi bir dil kullanmadıklarına yönelik düşünceye sahip oldukları da görülmektedir.

Aşağıda hastaların doktor – hasta ilişki modellerine yönelik değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik ifadeler ve bu ifadelerle katılım düzeyini gösterir toplu ortalama tablosu yer almaktadır.

| Doktor – Hasta İlişki Modeli | Modellere Yönelik İfadeler | Ort. | Standart Sapma | n |
|------------------------------|----------------------------|------|----------------|---|
|------------------------------|----------------------------|------|----------------|---|

| | | | | |
|----------------------|--|------|-------|-----|
| Paternalistik model | Soru 6. Hastanın tıbbi bilgisi bulunmadığından dolayı tedavi yöntemi ile ilgili en doğru kararı ben veririm ve hastanın uyum sağlamasını isterim. | 3,25 | 1,123 | 400 |
| | Soru 7. Tedavi yöntemine karar verme noktasında hastama danışmam. | 2,10 | ,990 | 400 |
| | Soru 8. Tedavi yönteminin seçilmesinde sorumluluğu ben üstlenirim, hastanın tedavi yöntemine karar verilmesinde hiçbir katkısı yoktur. | 1,97 | ,937 | 400 |
| | Soru 9. Hastalarımın uygun bulduğum tedavi yöntemini sorgulaması beni rahatsız eder. | 2,49 | 1,176 | 400 |
| Bilgilendirici Model | Soru 10. Hastanın daha rahat karar verebilmesi için hastalığını ve test sonuçlarını ayrıntılı bir biçimde kendisine aktarırım. | 4,04 | ,942 | 400 |
| | Soru 11. Hastalarımın tedavi seçenekleri hakkında bilgi veririm ve kararı hastama bırakırım. | 3,81 | 1,051 | 400 |
| | Soru 12. Alternatif tedavi seçenekleri hakkında hastamı bilgilendirir, avantaj ve dezavantajlarını detaylıca açıklar ve tedavi yöntemini seçmeyi hastaya bırakırım. | 3,98 | ,899 | 400 |
| | Soru 13. Gereklili açıklamaları yaptıktan sonra tedavi yöntemini hastamın seçmesini isterim. | 3,69 | 1,051 | 400 |
| Yorumlayıcı Model | Soru 14. Hastama alternatif tüm tedavi yöntemlerini açıklarken, hastamın görüş ve beklentilerini de dikkate alırım. | 4,05 | ,833 | 400 |
| | Soru 15. Hastama tedavi yöntemleri hakkında bilgi verirken en uygun seçeneği tercih etme noktasında kendisini yönlendirip, kararı hastama bırakırım. | 3,74 | 1,031 | 400 |
| | Soru 16. Hastama tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken hastamın kültürel değerlerini ve psikolojik durumunu göz önünde tutarım. | 4,04 | ,803 | 400 |
| | Soru 17. Hastaya gerekli bilgileri verdikten sonra düşüncelerini öğrenir ve yorumlar yine de kararı kendisine bırakırım. | 3,69 | ,929 | 400 |

| | | | | |
|---------------------|---|------|------|-----|
| Müzakereci Model | Soru 18. Hastamla ortak bir tedavi yöntemine karar vermek için hastanın öyküsünü dikkatli bir şekilde dinlerim. | 4,33 | ,652 | 400 |
| | Soru 19. Tedavi yöntemini hastalarımınla birlikte seçerim. | 3,64 | ,882 | 400 |
| | Soru 20. Hastama tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken, kendisi için en uygun olacak tedavi yöntemine karar kılma noktasında ikna edici iletişime başvururum. | 3,69 | ,929 | 400 |
| | Soru 21. Hastaya durumunu ve tedavi seçeneklerini açıklarım kendisi için en uygun bulduğum tedavi yöntemini paylaşıyorum. Daha sonra hastanın da uygun bulunduğu bir tedavi yöntemi üzerinde birlikte karar veririz. | 3,92 | ,825 | 400 |

Tablo 6: Doktorların Doktor – Hasta İlişki Modellerine Yönelik Değerlendirmeleri

Tablodan da görülebileceği üzere, doktorlar paternalistik model kapsamında yer alan ifadelere düşük düzeyde katılım göstermektedir. “Hastanın tıbbi bilgisi bulunmadığından dolayı tedavi yöntemi ile ilgili en doğru kararı ben veririm ve hastanın uyum sağlamasını isterim.”, “Tedavi yöntemine karar verme noktasında hastama danışmam.”, “Tedavi yönteminin seçilmesinde sorumluluğu ben üstlenirim, hastanın tedavi yöntemine karar verilmesinde hiçbir katkısı yoktur.” ve “Hastalarımın uygun bulduğum tedavi yöntemini sorgulaması beni rahatsız eder.” şeklindeki paternalistik modelin kapsamına işaret eden ifadeler doktorların düşük düzeydeki katılımı bu modelin kendileri tarafından desteklenmediği yönündeki bir bulgu olarak değerlendirilebilmektedir.

Paternalistik model dışındaki bilgilendirici model, yorumlayıcı model ve müzakereci modele ilişkin tasarlanan ifadeler yüksek düzeyde katılımı göz önünde bulundurulduğunda, söz konusu modellerin hastalarıyla ilişkileri açısından doktorlar tarafından daha kullanılabilir modeller olarak değerlendirildikleri söylenebilmektedir.

Doktorlara yönelik tasarlanan anket formunda ayrıca modellerin tercih edilme düzeylerini ortaya koymak üzere her bir model için tasarlanan birer ifade yer almıştır. Hastalar da olduğu gibi doktorlardan da bu ifadeleri birinci sırada tercih edilme, ikinci sırada tercih edilme, üçüncü sırada tercih edilme ve son sırada tercih edilme düzeylerine göre sıralamaları istenmiştir. Aşağıda modeller kapsamında yer alan ifadeler ve doktorlar tarafından kaçınıcı sırada tercih edildiklerini gösterir tablo yer almaktadır.

| | 4. sırada tercih | 3. sırada tercih | 2. sırada tercih | 1. sırada tercih |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Paternalistik Model / Hastalarımı rahatsızlıkları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmeden tedavi yöntemine ben karar veririm. | n =78 (%78,0) | n =15 (%15,0) | n =4 (%4,0) | n =3 (%3,0) |
| Bilgilendirici Model / Hastama hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgileri aktardıktan sonra kararı kendisine bırakırım. | n =10 (%10,0) | n =56 (%56,0) | n =18 (%18,0) | n =16 (%16,0) |
| Yorumlayıcı Model / Hastanın gereksinimleri, kültürel değerleri ve psikolojik özellikleri doğrultusunda gerekli bilgileri verdikten sonra görüşlerini öğrenir ve yorumlarım. Ancak yine de kararı hastama bırakırım. | n =7 (%7,0) | n =24 (%24,0) | n =39 (%39,0) | n =30 (%30,0) |
| Müzakereci Model / Hastama durumu ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de uzlaşması sonucunda en uygun kararı birlikte veririz. | n =3 (%3,0) | n =17 (%17,0) | n =24 (%24,0) | n =56 (%56,0) |

Tablo 7: Doktorların Model Tercih Sıralamaları

Doktor – hasta ilişki modellerinden doktorlar tarafından en çok tercih edilen modelin yüzde 56’lık oranla müzakereci model olduğu, bu modeli sırasıyla yüzde 30’luk oranla yorumlayıcı modelin, yüzde 16’lık oranla bilgilendirici modelin takip ettiği görülmekte, en az tercih edilen modelin ise yüzde 3’lük katılım oranıyla paternalistik model olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca doktorların modellere ilişkin tasarlanan ifadeler katılımlarının ortalaması da bu yöndeki bulgu için destekleyici bir işlev görmektedir. Doktorların modelleri özetleyen ifadeler katılımlarını gösteren tablo ise şu şekildedir:

| | Ort. | Std. sapma | n |
|--|------|------------|---|
| | | | |

| | | | |
|---|------|------|-----|
| Paternalistik Model / Hastalarını rahatsızlıkları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmeden tedavi yöntemine ben karar veririm. | 1,32 | ,695 | 400 |
| Bilgilendirici Model / Hastama hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgileri aktardıktan sonra kararı kendisine bırakırım. | 2,40 | ,876 | 400 |
| Yorumlayıcı Model / Hastanın gereksinimleri, kültürel değerleri ve psikolojik özellikleri doğrultusunda gerekli bilgileri verdikten sonra görüşlerini öğrenir ve yorumlarım. Ancak yine de kararı hastama bırakırım. | 2,92 | ,907 | 400 |
| Müzakereci Model / Hastama durumu ile ilgili detaylı bilgiler verdikten sonra ikimizin de uzlaşması sonucunda en uygun kararı birlikte veririz. | 3,33 | ,865 | 400 |

Tablo 8: Doktorların Model Tercih Sıralamalarını Tespit Etmeye Yönelik İfadelerin Toplu Ortalama Tablosu

Toplu ortalama tablosundan da görülebileceği üzere doktorlar en çok müzakereci modeli uygun bulmakta, sırasıyla yorumlayıcı, bilgilendirici ve paternalistik modelin uygun olduğu yönünde kanaat bildirmektedir.

Araştırma kapsamında ayrıca hastaların modellere yönelik görüş ve tercihlerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı Mann – Whitney U testi ile, eğitim düzeyi ve meslek değişkenine göre gruplar arasında farklılaşmaya neden olup olmadığı ise Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Analizler sonucunda $p < 0.05$ sonucuna ulaşıldığından hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi ve mesleklerinin doktorlarla olan ilişkilerine dair görüş ve tercihlerinde farklılaşmaya neden olduğu tespit edilmiştir. Doktorların ise cinsiyet ve mesleki deneyimlerinin hastalarla olan ilişkilerindeki görüş ve tercihlerinden farklılaşmaya neden olduğu Kruskal Wallis testi sonucunda ulaşılan $p < 0.05$ değeri ile ortaya konmuştur.

Hastaların model tercihleri kadın ve erkek katılımcılar açısından incelendiğinde ise; paternalistik (ort= 3,21) ve bilgilendirici (ort= 3,83) modelleri tercih edenlerin çoğunluğunun erkek olduğu, kadınların ise müzakereci modeli daha fazla tercih ettikleri (ort= 3.83)

saptanmıştır. Hastaların doktorlarıyla olan ilişkilerine yönelik genel değerlendirmeleri eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde, ilköğretim seviyesinde eğitime sahip hasta katılımcıların doktorları ile empati kurabildiklerini daha yüksek oranda düşündükleri (ort.= 4.21) dikkat çekmektedir. Hastaların meslek gruplarının karşılaştırılmasında ise emeklilerin doktorlarıyla daha fazla empati kurabildiklerini düşündükleri (ort= 4.21), doktora güven açısından emeklilerin diğer meslek gruplarıyla kıyaslandığında daha olumlu görüş bildirdiği (ort= 4.74), serbest meslek mensuplarının doktorun tıbbi terimler kullanması nedeniyle doktoru anlamadığını ifade ettiği (ort=3.15), emeklilerin doktorun hastalığı anlayabileceği şekilde açıkladığını belirttiği (ort=4.21) görülmüştür. Doktorlar açısından değerlendirildiğinde ise erkek doktorların (ort=3.46) hastanın tıbbi bilgiye sahip olmaması nedeniyle en doğru kararı kendisinin vereceğini ve tedavi seçimindeki tek sorumluluğun kendinde olması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Mesleki deneyim süreleri göz önüne alındığında doktorların mesleki deneyim süresi arttıkça özellikle 9 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip doktorların hastalara karşı daha anlayışlı oldukları ve hastayla ortak hareket etmeye daha istekli oldukları tespit edilmiştir (ort=4,21).

SONUÇ

Sağlık iletişimi kişilerarası iletişim boyutunda değerlendirildiğinde doktor – hasta ilişkisini, hastaların sağlık hizmetlerinde çalışan personel ile olan ilişkilerini, sağlık personelinin kendi aralarında bulunan ilişkiyi düzenleyen bir iletişim alanıdır. Sağlık iletişiminin kişilerarası iletişim boyutunda ilgi alanına giren konulardan ön plana çıkanın ise doktor – hasta ilişkisi olduğu söylenebilmektedir. Bunun nedeni ise sağlık iletişiminin en önemli amaçlarından biri olan sağlığın kazanılması, korunması ve sağlığı tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması açısından doktor ve hastaların hastalık sürecinde sürekli ve olumlu bir ilişki kurmaları gerekliliğinden kaynaklanmaktadır.

Eski çağlardan itibaren doktorlar ve hastalar arasında gerçekleşen ilişkilere sağlık sorunlarının çözümü ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi açısından önem gösterildiği dikkat çekmektedir. Modern tıbbın gelişmesiyle birlikte doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkiler sahip olduğu önemi daha da pekiştirmiştir. Doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkilerin, sağlık iletişiminin kişilerarası iletişim boyutu için temel teşkil etmesinden ötürü ve de bu ilişkinin olumlu biçimde sürdürülmesinin sağlık iletişiminde başarıya ulaşmak için gereklilik taşımasından ötürü doktor – hasta ilişkilerini konu alan çalışmalar önem taşımaktadır.

Doktor – hasta ilişkisinin belirli bir düzen ya da çerçevede ilerlediğini ya da ilerlemesi gerektiğini ortaya koyan farklı araştırmacılarca literatüre kazandırılmış model sınıflandırmaları bulunmaktadır. Farklı araştırmacılar tarafından literatüre kazandırılan doktor – hasta ilişki modelleri değerlendirildiğinde Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel’in geliştirdikleri doktor – hasta ilişki modelleri, günümüzdeki toplum bilinci ile şekillenmiş ilişki dinamiğini tespit etmeye yönelik uygun bir sınıflandırma olması nedeniyle dikkat çekmektedir. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel’in çalışmasında doktor hasta ilişkisi, iletişimle elde edilmek istenen sonuç, doktorun sorumlulukları ve hastaların beklenti ve özgürlükleri kapsamında ele alındığı için günümüz sağlık iletişimi anlayışı açısından uygun bir öneri olma özelliği taşımaktadır. Söz konusu çalışmada bu tespitten yola çıkılarak doktor – hasta ilişkisini analiz etmek üzere Emanuel ve Emanuel’in yaklaşımına odaklanılmıştır.

Doktor – hasta ilişki modelleri açısından değerlendirildiğinde doktorların hangi ilişki modelini uygulamayı tercih ettiklerine ve hastaların da hangi modelin doktor – hasta ilişkisi içinde uygulanmasını beklediklerine yönelik verilerin toplanması bu araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır. Bu veriler doğrultusunda elde edilecek bulguların doktor – hasta ilişkisinin daha başarılı biçimde sürdürülmesi için her iki ilişki tarafının değerlendirmelerinin bilinmesi gerekliliğini karşılaması beklenmiştir.

Doktor ve hastaların ilişki modeli tercihleri ve beklentileri arasındaki farklılıkları saptamak adına yapılan bu çalışmada elde edilen verilere göre, hem hastalar hem de doktorlar modeller arasında müzakereci modeli ilk tercihleri olarak belirtmektedir. Müzakereci modeli her iki ilişki tarafı açısından değerlendirildiğinde sırasıyla yorumlayıcı model, bilgilendirici model ve paternalistik model takip etmektedir. Doktorların model tercihleri açısından müzakereci model ön plana çıkmakla birlikte, paternalist model dışındaki diğer modellere ilişkin de olumlu bir yaklaşıma sahip oldukları görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında doktorların doktor – hasta ilişkisi açısından müzakereci modeli uygun model olarak değerlendirdikleri ancak hastanın özellikleri ya da hastalığın durumuna göre model tercihlerinin farklılaşabileceği öngörülebilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular yorumlandığında, doktor ve hasta ilişkisi bağlamında ilişki tarafları olarak hem doktorların hem de hastaların Emmanuel ve Emanuel’in 1992 yılında yaptıkları çalışmada ortaya koydukları modeller arasından müzakereci modeli daha uygun buldukları ve tercih ettikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Bu noktada önem taşıyan ise, her iki ilişki

tarafı açısından da uygun model olarak tercih edildiği belirtilen müzakereci modeli uygulamada da tüm yönlerden destekleyecek doktor – hasta ilişki süreçlerinin gerçekleştirilmesidir. Ancak bu şekilde hem doktorların hem de hastaların memnuniyet duydukları bir ilişki sürecinin gerçekleşmesi olası hale gelebilecektir. Araştırmadan elde edilen bulguların işaret ettiği gibi, doktor ve hastaların ilişki sürecinde birbirlerinin gereksinimlerini karşılayabilecek türden bir tutuma sahip olmaları, başarılı doktor – hasta ilişkilerinin ortaya çıkmasına zemin oluşturacak ve sağlık sorunlarının çözüme kavuşturulması, daha geniş kapsamlı değerlendirildiğinde ise toplumsal yararın ortaya çıkması daha olası bir hal alacaktır.

Söz konusu araştırma sağlık iletişimi alanında doktorlar ile hastalar arasındaki ilişkilerde hem doktorların hem de hastaların genel değerlendirmelerini ve model tercihlerini ortaya koymaya yönelik bulgular sunması nedeniyle önem taşımaktadır. Literatürde bu yönde veri sağlayacak araştırmaların ve doktor – hasta ilişkisine odaklanan çalışmaların çok fazla olmadığı dikkate alındığında bu çalışmanın alanyazındaki bir boşluğu doldurabileceği söylenebilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular ayrıca gelecek araştırmalara yönelik öneriler geliştirilebilmesi açısından da önem taşımaktadır. Bu araştırma üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Doktor – hasta ilişkisine yönelik benzer çalışmaların birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimliklerinde ve ikinci basamak olan devlet hastanelerinde ve ayrıca özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu açıdan söz konusu çalışma verilerinin aile hekimlikleri ve devlet hastanelerde ve de özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen araştırmalardan elde edilecek verilerle karşılaştırılmasının ve desteklenmesinin gereklilik taşıdığı düşünülmektedir. Söz konusu sağlık kuruluşlarında da geniş katılımlı benzer çalışmaların yapılması elde edilen verilerin yorumunu güçlendirecektir.

Türkiye’deki doktor – hasta ilişkilerine yönelik ilişki taraflarının değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik evreni temsil gücünü arttıracak örneklem gruplarından veri toplanması doktor – hasta ilişkilerine yönelik mevcut durumun diğer sağlık hizmeti sunan kurumlar açısından da ortaya konması için önem arz etmektedir. Böylelikle ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doktor – hasta ilişkilerine yönelik kapsamlı veriler sunulabilecektir.

Kaynakça

Berry, D. (2007). *Health Communication Theory and Practice*. England: Open University Press.

Cirhinlioğlu, Z. (2017). *Sağlık Sosyolojisi* (7. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Cockerham, W. C. (2016). *Medical Sociology* (13th Edition). New York: Routledge.

Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Emanuel, E. J. & Emanuel, L. (1992). Four Models of the Physician Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267 (16), 2221 – 2226.

Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Gray, D. P. (1984). Doctors Talking To Patients. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34 (261), 188.

Guttman, H. (2003). Ethics in Health Communication Interventions. T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott içinde, *Handbook of Health Communication* (s. 651 – 679). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Hayes – Bautista, D. E. (1976). Termination of the Patient – Practitioner Relationship: Divorce, Patient Style. *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 12 – 21.

Halpern, S. & R. R. Anspach (1993). The Study of Medical Institutions: Eliot Freidson's Legacy. *Work and Occupations*, 20 (3), 279 – 295.

Hülür, A. B. (2016). Sağlık İletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14 (1), 155 – 178.

Kreps, G. (2003). Trends and Directions in Health Communication Research. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51 (3 – 4), 353 – 365.

Kreps, G. & Thornton B. *Health Communication Theory and Practice*, USA: Waveland Press.

Öngören, B. (2004). *Doktor – Hasta İlişkisinde Güç ve Çıkar*. Yüksek Lisans Tezi. Muğla: Muğla Üniversitesi.

Parsons, T. (1951). *The Social System: The Major Exposition of the Author's Conceptual Scheme for the Analysis of the Dynamics of the Social System*. New York: The Free Press Paperback.

Ratzan, S. C. (1998). Preface. *Journal of Health Communication*, 3 (1), 4.

Roter, D. & Hall, J. A. (2006). *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors: Improving Communication In Medical Visits*. (2nd Edition). Wesport: Praeger.

Schiavo R. (2007). *Health Communication From Theory To Practice*. San Francisco: John Wiley & Sons.

Szasz, T. S. & Hollender, M. H. (1955). A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor – Patient Relationship. <http://www.conovers.org/fip/The-Basic-Models-of-the%20Doctor-Patient-Relationship.pdf>, Erişim Tarihi: 10. 09. 2018.

Szasz, T. S., Knoff, W. F & Hollender, M. H. (1958). The Doctor – Patient Relationship and Its Historical Context. *The American Journal of Psychiatry*, 115 (6), 522 – 528.

Tabak, R. S. (2003). *Sağlık İletişimi* (2. Baskı). İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Thompson, T. L. (2003). Provider – Patient Interaction Issues. T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott içinde, *Handbook of Health Communication* (s. 91 – 94). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Yılmaz, E. (2013). Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor – Hasta İletişimine Etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, Özel Sayı 3: Sağlık İletişimi, 93 – 108.