

**T.C.**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İLETİŞİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI**



**MALATYA'DA YER ALAN AİLE HEKİMLİĞİ  
MERKEZLERİNDE SAĞLIK İLETİŞİMİ  
UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR ÇALIŞMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman:**  
**Dr. Öğt. Üyesi Mehmet Barış YILMAZ**

**Hazırlayan:**  
**Mustafa ŞİRECİ**

**MALATYA, 2019**

**T.C.**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İLETİŞİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI**

**MALATYA'DA YER ALAN AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZLERİNDE SAĞLIK  
İLETİŞİMİ UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR ÇALIŞMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman:**

**Dr. Ögt. Üyesi Mehmet Barış YILMAZ**

**Hazırlayan:**

**Mustafa ŞİRECI**

**35173527012**

**MALATYA, 2019**

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA' DA YER ALAN AİLE HEKİMLİĞİ  
MERKEZLERİNDE SAĞLIK İLETİŞİMİ UYGULAMALARINA  
YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

HAZIRLAYAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ MEHMET BARIŞ YILMAZ

MUSTAFA ŞİRECİ

Jürimiz 06.09.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda bu yüksek lisans tezini (oybirliği /oyçokluğu) ile başarılı bulunarak İletişim Anabilim dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyelerinin Ünvan Ad Soyadı

İmzası

1. Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Barış Yılmaz (Danışman)

2. Doç. Dr. Hasan Topbaş (Üye)

3. Dr.Öğr.Üye. Tamer KAVURAN (Üye)

İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun ..... tarih ve .....sayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.(12 punto)

Prof.Dr.

Mehmet KUBAT

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## ONUR SÖZÜ

Dr. Öğt. Üyesi Mehmet Barış YILMAZ'ın danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak hazırlamış olduğum “Malatya’da Yer Alan Aile Hekimliği Merkezlerinde Sağlık İletişimi Uygulamalarına Yönelik Bir Çalışma” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlâka aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün kaynakların hem metin içinde hem de kaynakçada yöntemine uygun bir biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Mustafa ŞİRECİ



## ÖNSÖZ

Çalışmamın yürütülmesi ve yüksek lisans eğitimim boyunca her aşamada verdiği destek ve gösterdiği anlayış için tez danışmanım olan Saygıdeğer Hocam Dr. Ögt. Üyesi Mehmet Barış YILMAZ'a, eğitimim süresince bana verdikleri moral ve destekleri için kardeşim Fatma'ya, aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Mustafa ŞİRECI



# MALATYA'DA YER ALAN AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZLERİNDE SAĞLIK İLETİŞİMİ UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

**Mustafa ŞİRECİ<sup>1</sup>**

## ÖZET

İnsanlar bir arada yaşayabilmek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için birbirleriyle iletişim kurarlar. İletişim, başka alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da başat faktörlerden biridir. Bu alandaki çalışmalar sağlık iletişimi kapsamında yeni bir disiplin olarak karşımıza çıkmıştır. Sağlıkta iletişim, aile hekimlerinin hasta başına ayırdığı zamanın daha fazla olması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar işlevi görmesi sebebiyle aile hekimliğinde diğerlerine göre daha etkilidir. Bu çalışmanın amacı Malatya'da hizmet veren Aile Hekimliği Merkezlerinde hizmet kalitesini ve hasta-hekim-özgüven üçgenini tamamlayan, bu bağlamda önemli bir unsur olarak karşımıza çıkan sağlık iletişiminin sorunlarını incelemektir. Yapılan araştırmada aile hekimliği modelinin başarısı ve halk tarafından hangi derecede kabul gördüğü konularına değinilmiştir. Bu çalışma sonucunda uygulamada yaşanan bazı aksaklıklardan dolayı memnuniyet oranının düşük çıktığı ve iletişimde aksaklıkların yaşandığı, aile hekimliği modelinin halk tarafından kabulü konusunda memnuniyet oranının düşük olduğu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İletişim, Sağlık İletişimi, Aile Hekimliği

<sup>1\*</sup> İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans

# **A STUDY ON HEALTH COMMUNICATION PRACTICES AT FAMILY MEDICINE CENTERS IN MALATYA**

## **ABSTRACT**

People communicate in order to live together and meet their needs. Communication is also one of the main factors in the field of health just like in many fields. The studies in this field have emerged as a new discipline within the frame of health communication. Communication in health is more efficient in family medicine compared with others as family doctors spare more time per patient and first step health services function as the key role. The aim of this study is to examine the communication problems. The aim of this study is to examine the problems of health communication which completes the triangle of patient-doctor-self confidence and the service quality at the Family Medicine Centers serving in Malatya and emerges as a significant factor in this respect. In the study performed, the success of the model of family medicine and at which degree it is accepted by the public have been mentioned. As a result of the study, it was noticed that the satisfaction level was low due to some impediments during the practice and the acceptance of the model of family practice by the public was low.

**Key Words:** Communication, Health Communication, Family Medicine

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONUR SÖZÜ.....	iii
ÖNSÖZ .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
Giriş .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK İLETİŞİMİ.....	3
1.1. Sağlık İletişim Düzeyleri.....	7
1.2. Kişilerarası İletişim.....	10
1.2.1. Yansımali Etkileşim Modeli.....	11
1.2.2. Tabu İletişimi Yaklaşımı.....	11
1.2.3. Empatik (Terapötik)İletişim Yaklaşımı.....	12
1.3. Sağlık İletişim Modelleri.....	13
1.3.1. Retorik Model.....	14
1.3.2. Semiyotik Model.....	14
1.3.3. Fenomenolojik Model.....	15
1.3.4. Siberetik Model.....	16
1.3.5. Sosyo Psikolojik Model.....	16
1.3.6. Sosyo Kültürel Model.....	17
1.3.7. Eleştirel Yaklaşım.....	17



## İKİNCİ BÖLÜM

<b>2. AİLE HEKİMLİĞİ.....</b>	<b>18</b>
<b>1.4. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....</b>	<b>21</b>
<b>1.5. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Durumu.....</b>	<b>26</b>

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>3. MALATYA’DA AİLE HEKİMLERİ İLE YAPILAN DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELER.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1. Derinlemesine (Yüzyüze) Görüşme Tanımı.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2. Hipotez ve Amaç.....</b>	<b>30</b>
<b>3.3. Yöntem ve Kapsam.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4. Bulgular.....</b>	<b>31</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>51</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>54</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
ŞEKİL 1: İletişim Düzeyleri .....	9
ŞEKİL 2: Kişilerarası İletişimin Sınıflandırılması .....	10
ŞEKİL 3: Leary'nin Yansımali İletişim Modeli .....	11
ŞEKİL 4: Empatik (Terapötik) İletişim Modeli.....	13
ŞEKİL 5: Hekimlerin Demografik Özellikleri ve Mesleki Çalışma Süreleri.....	31



## KISALTMALAR LİSTESİ

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**AHM:** Aile Hekimliği Merkezi

**H:** Hekim

**BAKANLIK:** Sağlık Bakanlığı



## GİRİŞ

Sağlık, demokratik ve sosyal hukuk devleti yapısı içerisinde insanların hizmet olarak devletinden aldığı temel haklarından biridir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hakkı daha sistemli ve adil bir şekilde kullanılırken, daha kapitalist devlet modelinin yerleştiği ülke toplumlarında bu hak, sosyal hak olarak çok etkin bir şekilde kullanılamamaktadır. Bu hakkın olması gereken düzeyde kullanılamaması domino etkisi yaparak toplumda eşitsizliği daha fazla arttırıp insanların diğer haklarından yararlanmasını da olumsuz etkiler.

Yaşamın kaynağı su ve oksijen olarak gösterilirken bu yaşamın sürekliliği bütün ekolojik niş ve habitat döngüsünde canlılar için iletişimle olmaktadır. İletişim, bütün kuramlarıyla bireyde başlayıp kitlesel yol gösterici olarak devam eder. Ayrıca bireylerin bireysel ve toplumsal kabul görmesini sağlayarak sağlıklı iletişim sürecinde uzlaşma zeminini tesis eder. Sağlık alanındaki birçok problemin temelinde iletişim sürecinin olması gerektiği gibi gerçekleştirilememesi sağlık iletişimi disiplini ortaya çıkarmıştır. Sağlık iletişimi, sağlık çalışanlarının hastalar, hasta yakınları ve diğer çalışanlarıyla kurdukları iletişimdir. Sağlık iletişimi, yeni bir alan olarak karşımıza çıkar ve birçok sağlık probleminin kaynağına inerek bu problemleri çözmeyi amaçlar.

Türkiye’de sağlık alanındaki gelişmeler son 100-150 yıl içerisinde hız kazanmış ve daha sistemli bir hale getirilmeye çalışılmıştır. 1920 yılında Sağlık Bakanlığı kurulmuş, 1930’da ise Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanun çoğunlukla halka koruyucu sağlık hizmetlerini sunmayı amaçlamıştır. Sonrasında 1. 10 Yıllık Sağlık Planı açıklanmıştır. O dönemde Sağlık Bakanlığı görevinde bulunan Dr. Behçet Uz sağlık hizmetlerini merkezi sistem kapsamına almış ve sağlık hizmetlerini yurt geneline yaymayı amaçlamıştır. Ancak Behçet Uz’dan sonra bu planlama sağlık alanı bulamamıştır. 1970’lerde dünyada ortaya çıkan neoliberal politika uygulamaları 1980’lerden itibaren kamusal alanda ve sağlık alanında yapılan reformları da beraberinde getirmiştir. Bu reformların Türkiye’deki sağlık sisteminde görülen yansıması ise aile hekimliği sistemidir. Aile hekimliği ilk olarak 1983’te bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve sonrasında da gelişme göstermiştir. 2003’te Sağlıkta Dönüşüm Programı yürürlüğe girmiş ve bu alanda çözüme yönelik daha fazla uygulama uygulanmaya çalışılmıştır. 2005 yılında pilot uygulama olarak aile hekimliği sistemi

Düzce’de uygulamaya başlanmış ve 2011’de ülke genelinde aile hekimliği sistemine geçilmiştir.

Fenomenolojik iletişim modeli baz alınarak yapılan bu çalışmada hastaların aile hekimliği sistemine bakış açısı, aile hekimleri ile yüzyüze (derinlemesine) görüşme (mülakat) yöntemi ile aile hekimlerine sorular sorularak öğrenilmeye çalışılmıştır. Aile hekimlerine 8 soru sorulmuştur. Malatya ilinde Yeşilyurt ve Battalgazi merkez ilçelerine bağlı 9 farklı ASM’de bulunan 38 aile hekimi ile görüşülmüştür. Bunlardan 21 tanesi görüşmeyi kabul etmiş ancak 3 tanesi verilen cevapların yetersiz olması sebebiyle kayıt altına alınamamıştır. Ses kaydı alınmasına izin veren 2 aile hekiminin ses kaydı alınmış, izni olmayanların ise cevapları not edilmiştir. Genel anlamda olumsuz cevaplar alınmıştır ve bu durumun sebepleri arasında; hastanın aile hekimlerine bakış açısı, aile hekimliği çalışma ortamının yetersiz olması, medyanın genelde hekimlik mesleğini özelde ise aile hekimliğini itibarsızlaştırması ve bu olumsuzluklar neticesinde de iletişimin kısıtlı olması dile getirilmiştir.

## 1. SAĞLIK İLETİŞİMİ

Günümüzde insanlar mevcut sağlık problemlerine ek olarak birçok yeni sağlık sorunuyla da karşı karşıya kalmıştır. Bunun yanı sıra yaşam şartlarının, toplum yapısının, teknolojinin gelişmesi gibi insanları farklı açılardan etkileyen durumların olması sonucu tıp dünyası bunlarla tek başına mücadele etmekte yetersiz kalmıştır. Bu durumun sonucunda birçok disiplinler arası oluşum meydana gelmiştir. Özellikle bilimsel gelişmelere paralel olarak son 20-30 yıl içinde sağlık bilimleri ile sosyal bilimler arasındaki alan daha da geçirgen hale gelmiş durumdadır. Bunun sonucu olarak da sağlık bilimcileri ve sosyal bilimciler birbirleriyle daha fazla diyalog içinde olmaya başlamışlardır (Gürsoy, 2001:11). Bu etkileşimlerin sonucu olarak da sağlık iletişimi disiplini ortaya çıkmıştır.

Sağlık iletişimi (health communication) disiplini ABD’de ortaya çıkmıştır. ABD halen bu alanda yapılan araştırmalarda başı çeken ülke konumundadır. Bu konudaki öncü kurum Ulusal Kanser Enstitüsü’ne (National Cancer Institute) bağlı Kanser Enformasyon Servisi’dir (CIS-Cancer Information Service). CIS kanser hastalığının nedenlerinin ortaya çıkarılması, hastalığın önlenmesi ve tedavisi için ABD’nin en uzun süre devam eden sağlık iletişimi programlarından biri olan Ulusal Kanser Hareketi’ni (National Cancer Act) kullanarak sırasıyla toplumu, bilim adamlarını, doktorları ve diğer sağlık personelini bilgilendirmeyi hedeflemektedir. Uzun yıllar devam eden çalışmalar sonucu CIS, 2010 yılı hedef alınarak hazırlanan “US Healthy People 2010” programının vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Aynı şekilde yine ABD’de 1975’te ilk kez Uluslararası İletişim Derneği’ne (International Communication Association) bağlı olan bir Sağlık İletişim Bölümü (Health Communication Division) kurulmuştur. Bu kuruma bağlı aynı isim altında bir başka bölüm de 1985’te kurulmuştur (Çınarlı, 2008:41).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, sağlık iletişimini “sağlığı geliştirmek, bireysel ve toplumsal bağlamda alınan sağlık kararları ile ilgili insanları bilgilendirmek ve etkilemek için çeşitli iletişim stratejilerinin kullanılması” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık iletişimi ile ilgili çeşitli tanımlar mevcuttur. Bu tanımların ortak özelliği birey ve kamu sağlığının geliştirilmesidir. Sağlık iletişimi sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunur. Aynı zamanda sağlık problemlerin tespiti ve bu problemlere yönelik çözümlere

de odaklanır. Bu bağlamda sağlık iletişimi; sosyal pazarlama, halkla ilişkiler ve medyada savunuculuk yöntemlerini kullanır.

Sosyal pazarlama yöntemi kısaca reklam ve pazarlama ilkelerinin *olumlu sağlık davranışı sağlamak* için kullanılmasıdır. Sosyal pazarlamanın amacı; sigara tüketimini azaltmak, kimi kanser türlerinin erken teşhisi için test yaptırmak, AIDS taşıyıcı ve hastası sayısı artış hızının yavaşlatılması olabileceği gibi, trafik kazalarının azaltılması da olabilmektedir (Tıǧlı ve Günyaydın, 2002:93) Sosyal pazarlama temelde iletişim ve sosyal psikoloji kuramlarını ve pazarlama tekniklerini kullanarak insanların para gibi kaynakları çıkar sağlamak için pozitif bir ürünle değiştirmesi varsayımı esasına dayanır. Sosyal pazarlamanın ana ilkesi tüketici ile davranış arasındaki psikolojik, sosyal, ekonomik ve pratik uzaklığı azaltmaktır (Çınarlı, 2008:55).

Lawrence Wallack'a göre medyada yer alan sağlık yazıları sağlıkla ilgili farkındalığı ve bilgiyi arttırma amacı güder. Sosyal pazarlama, sosyal reklam ve sağlık iletişimi kampanyaları genellikle bu amaca hizmet ederler. Medyada savunuculuğun esası bu işlevin de ötesindedir ve halkın politikalar üretme sürecine katılmasını sağlar. Micheal Pertschuk'a göre ise medyada savunuculuk; medyanın sosyal ve kamu politikası inisiyatifini geliştirmek amacıyla stratejik olarak kullanılmasıdır. Medyada savunuculuk kişinin riskli davranışını direkt olarak değiştirmez ama sorunu bir kamu sağlığı sorunu olarak gösterir. Sigaranın satışının durdurulmamasına karşın sigara paketlerinin üzerinde uyarıcı yazılar bulunması bu duruma bir örnek olarak gösterilebilir.

Halkla ilişkiler kaynağını geçtiğimiz yüzyılın başlarındaki sosyo-ekonomik gelişmelerden almıştır. Halkla ilişkiler kapsamındaki anlayış oluşturmak, önyargıları ortadan kaldırmak, bilgilendirmek, farkındalık yaratmak, bir algılamayı doğrulamak ve belirli bir doğrultuda hareket etmek gibi amaçlar sağlık iletişiminin de amaçları arasındadır. Bu açıdan bakıldığında kamu yararına yönelik sağlık iletişimi uygulamalarında halkla ilişkiler girişimleri iletişim öncesinde aktiftir ve amaç insanların istenilen yönde düşünmelerini ve eyleme geçmelerini sağlamaktır.

Wilbur Schramm, "İnsan topluluğu ve davranışları ile ilgili her bilim dalının iletişim ile ilgilenmesi zordur." der. Sağlık iletişimi de insan iletişiminin alt dalıdır. Sağlıkla ilgili her türlü işlemler ve bu işlemlerin etkileşimde bulunduğu diğer

parametreleri kapsar. Yazılı, sözlü, beden ve işaret dili, birincil ya da ikincil olarak refakat sistemi kişisel ve kişisel olmayan konularla benzerlik göstermektedir. Rogers sağlık iletişimini ‘içeriği sağlık olan her türlü insan iletişimi’ olarak tanımlamaktadır (Rogers, 1994: 208-209). Sağlık iletişimi toplumsal geçmiş, sosyokültürel yapı gibi daha birçok etkenle değişim ve gelişim sürecindedir.

Sağlık iletişimi belirli kriterleri kapsar. Doğru sağlık davranışının gerçekleşmesinde yalnızca sağlık bilgilerinin doğru şekilde iletilmesi etkili değildir. Hedef kitleye bilginin en üst düzeyde kazandırılması bireylerin sosyal, kültürel, psikolojik, fiziksel ve ekonomik özellikleri ile bağlantılıdır. Etkili bir sağlık iletişimi sağlık riskleri ve çözümleri konusunda farkındalığı artırır, bu riskleri mümkün mertebe azaltmak amacıyla motivasyon ve yetiler sağlar. Benzer durumlar karşısında oluşan tutumları etkiler ya da güçlendirir. Ayrıca hastalık ve sağlık riskleri ile ilgili bireylerin bilinç düzeyleri arttıkça bilgi edinme motivasyonu ve tutum değişikliğine yönelme de artmaktadır. Riskle ilgili beş durumda bilgiye dayalı tutum değiştirme hızlandırmaktadır: riskin sezilmesi, riske karşı duyarlılığın algılanması, riskin gerçekten daha yakında olması, riskle doğrudan ilişkili olmak ve riske müdahale edebilmek.

Özellikle çocukluk ve gençlik dönemlerinde hastalık, acı, sakatlık, ölüm gibi durumlara karşı görülen “benden uzak olsun da” tutumu, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda yapılan iletişim ve eğitim çalışmalarına engel teşkil etmektedir. Örneğin gençler obezite sebebi ile oluşacak sağlık sorunlarından ziyade bu durumun estetik yönü ile ilgilenirler.

Güdülenme, iç gücün iç ve dış uyarıcıların etkisiyle harekete geçmesi olarak tanımlanabilir. Kişinin ihtiyacına göre şekillenen sağlık mesajı güdülenme ve tutum değişikliğine sebep olabilir. Günümüzdeki iletişim toplumunda sağlık mesajı sağlık karşıtı motivasyonlarla mücadele edebilecek güçte ve özellikte olmalıdır. Çünkü bu tür motivasyonları oluşturan negatif güzellikler pozitiflere göre daha fazla ve daha etkileycidir. Bu durumun kontrol altında tutulamaması geri dönüşü oldukça zor bir hal alabilir. Kitle iletişim araçları bu noktada geniş insan topluluklarına hitap ettiği için sağlık iletişimde istenilen sonucu elde etmek açısından önem göstermektedir (Aba, 2009: 85).



Sağlık iletişiminin başarısında hekim-hasta ilişkisi de oldukça önemlidir. Hekim-hasta etkileşiminde hekimin cinsiyeti, karakteri, deneyim süresi; hastanın cinsiyeti, karakteri, sosyal sınıfı, eğitimi, yaşı ve enformasyon eğitimi almaya yönelik isteği, her iki tarafın benzerlik ve farklılıkları ve birtakım durumsal faktörler iletişimi etkiler. Bu temel faktörler çerçevesinde hekim- hasta uyumu sağlanırsa iletişim süreci de aynı oranda başarı ile sonuçlanmış olur (Özensel, Koçak: 2004: 109-110).

Bireyin sağlığa olan eğilimi, endişesi ve korkuları dolayısıyla oluşan farklılıklar doktoru ile kurduğu iletişimde değişkenlik gösterir. Hasta bu faktörlerin de etkisiyle doktoruna güvenmek ister. Güven ortamının oluşmadığı bir süreçte hasta hekimle tam olarak bir iletişime girmekten kaçınır. Hekimin hastaya güven verdiği durumlarda ise hasta hekimi bir nevi sırdaşı olarak görür ve hiç kimseye söylemek istemediği problemlerini hekimiyle rahatlıkla paylaşabilir. Hasta ihtiyacı olduğu zamanlarda hekimine kolayca ulaşırsa bu durum hastaya psikolojik destek sağlar, ona güven verir ve onu rahatlatır. Özellikle sonuç alınması uzun zaman alan kanser gibi patolojik durumlarda bu durum daha da önem kazanır. Örneğin kısırlık (infertilite) gibi insanların genel itibarıyla başkalarıyla paylaşmaktan çekinebildiği rahatsızlıklarda tedavi süreci uzun sürebilir. Oldukça yıpratıcı olan bu süreçte tedavinin tekrarlanabilme ihtimalinin de yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa hekim-hasta ilişkisinde güven oldukça önemlidir (Gordon ve Edvards, 1995: 8).

Muayene ve tedavi sürecinde hekime de birtakım sorumluluklar düşmektedir. Hekim hastanın yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyokültürel durumunu dikkate almalıdır. Hekim terminolojik terimleri daha az kullanarak hastanın anlayabileceği bir dil ve üslupla iletişim sürecini şekillendirmelidir. Ancak bu durum bazen göz ardı edilebilmektedir. Bazı durumlarda hasta hekimin söylediğini anlayamamasına rağmen utandığı, çekindiği veya korktuğu için hekime tekrar sormaz veya soramaz. Bu durum hekim-hasta iletişiminde bir engel teşkil eder. Bu yüzden hekimin muayene sürecinde hastaya birçok soru yöneltmesi, hastayı dikkatle dinlemesi gibi farklı yöntemlerle bu problemleri çözmesi gerekmektedir (Henzel, 2009: 27).

## 1.1.Sağlık İletişim Düzeyleri

“Sağlık iletişimin düzeyleri kendi işleyiş ve akış sistematğine göre kişilerin kendi arasında oluşturduğu hasta-hekim, hasta-hasta, hasta-hasta yakını ve hastanın kendi iç dünyasında oluşturduğu içsellik sonucunda oluşur. Sağlık kuruluşlarının ve bu çatı altına hizmet veren tüm sağlık personelinin (hekim, yardımcı sağlık personeli, büro memurları, hizmetli personeller ve yönetim) kendi arasında oluşagelen modele de örgütsel düzeyde sağlık iletişimi denilir. Ve bütün yansımaların karşılık bulduğu toplumda cereyan eden iletişimi de toplumsal iletişim olarak adlandırılır.

Sağlık iletişim düzeylerini farklı araştırmacılar farklı şekillerde sınıflandırmıştır. Thomas bu düzeyleri ‘bireysel, sosyal ağ, organizasyon, cemiyet ve toplum’ şeklinde sıralarken(Thomas, 2006:3); Kreps, sağlık iletişiminin düzeylerini kişinin kendi zihninde oluşan (intrapersonal), kişilerarası, grup, kurumsal iletişim sorgusu şeklinde sıralamaktadır.(Kreps, 2003:355). Ratzan ve diğerleri ise Kreps’in sınıflandırmasına ek olarak iletişim disiplinde geçerli olan kamu ve kitle iletişimini de eklemiştir. Ratzan sağlık iletişiminde özellikle kitle iletişim düzeyleri ve kişinin kendi zihninde oluşan sorguların kullanıldığını söylemiştir.

Thomas bir iletişimde uygulanan şeyin bir düzeyi etkileme potansiyelinin artışı sonucunda, bu iletişim sürecinin istenen değişimi yürütme ve sürdürme olasılığının da arttığı fikrini savunmuştur. Yani sağlık iletişiminde de sağlıkla ilgili problemlerin çözülmesi tek başına sadece sağlık sorununu çözemez; yoksulluk, çevresel bozulma ve sağlık bakımına girişteki eksiklikleri gideremez. Ama sağlık iletişimi programları bu faktörleri etkileyebilecek güçteki noktaların sistemli bir biçimde araştırılmasını gerektirebilir (Thomas, 2006:3). Yapılan bu araştırma ile de sorunlara çözümler üretilebilir.

Barnes, müşteri odaklı olarak ele aldığı sağlık iletişimi modelini yedi aşama şeklinde açıklamıştır:

- 1- *Sorunu tanımlamak ve tarif etmek*
- 2- *Hedef kitle ile alakalı bilgileri toplamak:* Pazarın özellikleri ve hedef kitleye ulaşmada en uygun kanalların analizi de gerçekleşir.

3- *Stratejilerin saptanması*: Bu aşama ayrıca iletişimin ana rol veya destekleyici bir role sahip olup olmadığını belirler. Örneğin göğüs kanserine yönelik farkındalığı arttırmayı amaçlayan bir kampanya(ana rol stratejisi), tütün mamullerini yönelik yasal düzenlemeleri organize etmeye çalışan bir kampanyadan(destekleyici strateji) daha farklı araç ve yöntemleri gerektirir.

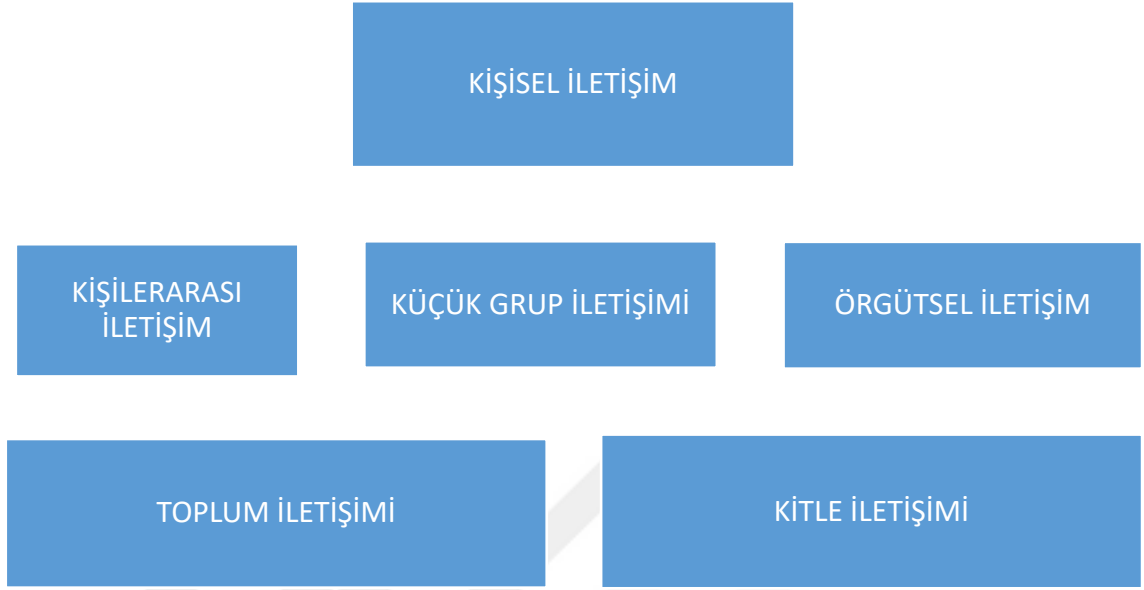
4- *Mesaj oluşturmak*

5- *Ortam seçimi*: Örneğin göğüs kanserinden etkilenebilecek olan kadınlar işyerlerinde, evlerinde ve komşuluk ilişkileri içerisinde yakalanabilmektedir. İkinci aşamadaki analiz neticesinde bu aşamadaki veriler elde edilir. Bu bakımdan “sağlık iletişim süreci her yere uygulanamaz çünkü ortamlar duruma göre değişkenlik göstermektedir.

6- *Uygun iletişim kanalının tespiti*: Bireylerin özellikler ve içinde buldukları ortama göre uygun iletişim kanalı değişkenlik göstermektedir.

7- *Uygun yöntem seçimi*: Kişilere yapılan basın konferansı ile seslenilmesi veya bir web sitesini tamamen belli bir sağlık sorunu yaşayan insanları birbirleri ile iletişim kurmak için devreye sokmak gibi farklı şekillerde olabilir (Okay, 2012:69-71).

Plimpton ve Rooth sağlık davranışlarının başarılı bir şekilde uygulanmasında sağlık bilgilerinin yeterli bir şekilde alınması gerektiğini savunurlar. Bu nedenle etkili bir sağlık iletişiminin önemini vurgularlar. Günümüzde etkili sağlık iletişimi, bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerine katkı sağlar. Bu yönüyle de sağlığın geliştirilmesinde önemli bir rolü vardır. İletişimin zayıf veya güçlü olması sağlık davranışının sonucunun niteliği ile doğrudan ilişkilidir.



**Şekil 1:** İletişim düzeyleri

Yeni iletişim teknolojilerinin yaygınlaşması ve insanların sağlıkla ilgili bilgilere bu kaynaklar vasıtasıyla daha kolay ve eşit bir şekilde ulaşabilmesi sağlık iletişimi kapsamına girer. Sağlık iletişiminin hedefleri arasında bilinçlendirme, sağlık hizmetlerinde etkinliği artırma, sağlık sorunlarına ve bu sorunların çözümlerine yönelik farkındalık yaratma örnek olarak verilebilir.

Sağlık eğitimi bireysel ve toplumsal düzeyde olabilir. Sağlık iletişimi, sağlık eğitimine ve sağlığın korunması amacıyla farklı düzeylerde olabilir. Bu düzeyler:

*-Hekim-hasta iletişimi:* Bu iletişim düzeyi hasta ve hekimin yüz yüze, aracısız ve karşılıklı etkileşimini içerir. Davranışsal değişim amacı (Bulduklu, Koçak, 2013:8) taşır. Hasta ve hekim arasında iki tarafında birbirlerini dikkatle dinlemesi ve açık bir şekilde konuşmasıyla güvenli bir iletişim ortamının oluşması sağlanır.

*-Grup iletişimi:* Özellikle ortak bir amaç etrafında toplanan gruplara yöneliktir. Bu gruplar iletilerini grup içerisindeki bireylere aktararak üyelerin yaşam şartlarını değiştirebilir. Mesela diyabet hastalarının oluşturduğu bir grup bu gruplara örnektir.

Grup iletişimi, belli amaçlar çerçevesinde toplanan gruplar oluşturduğu için farkındalık yaratmada daha etkili olabilir ve bu gruplar kendi bünyesinde üye olan hastalara yardım ve dayanışma anlamında destek olabilir (Bulduklu, Koçak, 2013:8).

*-Kitle iletişimi:* Sağlık iletişimini kitle iletişim araçları vasıtasıyla sağlar. Kitle iletişim araçları, kabul görmüş sağlık davranışlarını tek başına değiştiremeyebilir. Ancak kamuoyu oluşturması açısından kişiler arası iletişime göre daha etkilidir ve günümüzde sağlık iletişiminin en önemli boyutu olarak nitelendirilmektedir (Bulduklu, Koçak, 2013:8).

## 1.2.Kişilerarası İletişim

Etkileşimde bulunan gruplar arasındaki güven temeline dayanan iletişim süreci genellikle çift yönlü gelişen bir gözlem ve etkileşim sürecidir. Kaynak ile alıcı aynı zaman ve mekânı paylaşırlar. Sözlü ve sözsüz çok sayıda kanal kullanılır. Kişilerin öz geçmişleri, günlük aktivite ve ruhsal yapılarıyla orantılı olarak karşılık tutumları iletişimin gerçekleşmesini ve başarı durumunu etkiler.

Kişilerarası iletişim sağlık hizmetinin her aşamasında hizmeti yürütenlerle hizmeti alanlar veya potansiyel olarak alacaklar arasında gerçekleşmektedir. Kişilerarası etkileşim farklı etkileşim düzeylerinde, farklı fiziksel ve sosyal ortamlarda ve farklı yaklaşımlarla gerçekleşebilir.

Kişilerarası iletişim ve kitle iletişimi birbirinin etkisini artırır. Ancak bu iki iletişim türünün birbiri ile karıştırılmaması gerekmektedir.

Kişilerarası İletişim					
Sözlü İletişim		Sözsüz İletişim			
Dil	Dil ötesi	Yüz ve Beden	Bedensel Temas	Mekân Kullanımı	Araçlar

### *Şekil 2: Kişilerarası iletişimin sınıflandırılması.*

Kişilerarasında sağlık iletişiminde özellikle bazı yaklaşım türleri iletişimin başarısının üst düzeyde görülmesi açısından önemlidir.

### 1.2.1. Yansımali Etkileşim Modeli:

Leary'in (1955) tanımladığı bu yaklaşımı, Leary kendi hastalarının terapisi sırasında değişik oturumlarda kendi davranışlarının farklılıklar gösterdiğinin bilincine varması üzerine geliştirmiştir. Leary burada baskınlık - uysallık, nefret – sevgi denkleminde hareket eder. Baskın veya uysal davranışın karşı tarafta zıt etkiler oluşturmaya karşın nefret ya da sevgi yaklaşımlarının benzer etkiler oluşturduğunu gözlemlemiştir ve dolayısıyla tepkilerimizin bir yansımının sonucu olarak istem dışı gerçekleştiğini savunmuştur Leary (Tabak, 2006:33).

Yansımali etkileşim modeli taraflara verilen rollerin eksiksiz biçimde yapılması sonucunda sağlık iletişimi alanında da uygulanabilmektedir. Bu etkileşimin başarı göstermesi için hizmeti sunanların kontrollerinden ve otoritelerinden belli ölçülerde vazgeçmeleri gerekmektedir.



*Şekil 3: Leary'nin yansımali iletişim modeli*

### 1.2.2. Tabu İletişim Yaklaşımı

Toplumda gizli ya da yasak olarak nitelenen mesajların ([www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr)) paylaşıldığı kişiler arası iletişime “tabu iletişimi” denir. Sağlık iletişiminde de oldukça yoğun olarak görülen bu yaklaşımda kaynak ve alıcı genellikle birer kişi ile sınırlıdır ve arada bir güven ortamının bulunması gerekir. Bilgi akışı yavaş ve zordur. Böyle bir ortamda mesajın iyi değerlendirilmesi sonucunda iletişimin inandırıcılığı ve ikna ediciliği daha kolay ve etkili olur (Tabak, 2006:34).

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki bireyler yakın ilişki kurabileceği insanlarla bile sağlık ile ilgili sorunlarını yeterince rahat bir şekilde paylaşmamaktadır. Sağlık ile ilgili bilgi paylaşımında kardeşler, anne-baba gibi çok yakın akrabalar az tercih

edilmesine rağmen eşlerden sonra yakın arkadaşlarla bilgi paylaşımı oldukça şaşırtıcıdır. Bu tür iletişim kınanma, ayıplanma gibi düşünceler sebebi ile daha gizli, daha dar ancak daha güvenilir ve etkili ortamlarda gerçekleşir. Ve mesajdan çok alıcının önemli olduğu görülür.

Toplumda tabu mesajların şekillenmesinde dini, kültürel, toplumsal vb. kurallar önemlidir. Birey bu kurallar karşısında AIDS, uyuşturucu kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sorunlarını ifade etmekte oldukça zorluk çeker. Dini ve toplumsal açıdan bakıldığında ise Türk- İslam toplumunda kadınların kadın jinekologları, erkeklerin erkek ürologları tercih etmesi bu duruma örnek olarak verilebilir.

Sağlık çalışanları tabu mesajları içeren kişilerarası iletişimde anahtar kişilerdir. Savunucu değil destekleyici bir iletişim ortamı oluşturarak aradaki buzları kırmak zorundadır. Hekim hastanın değerini öne çıkararak, sorunları hasta ile birlikte tanımlayarak, hastaya alternatif bakış açıları kazandırarak ve aynı zamanda mesleki deneyimlerinden de faydalanarak hasta ile destekleyici bir iletişim ortamı kurar (Tabak, 2006:35).

### **1.2.3. Empatik (Terapötik) İletişim Yaklaşımı:**

Bu yaklaşım 1951 yılında Carl Rogers tarafından tanımlanmıştır. Bu yaklaşım, sağlık çalışanları ve bireyler arasında ilişkilerin empati, uyum, saygı olmak üzere üç koşulda gerçekleştiğini savunmaktadır (Tabak, 2006:37). Terapötik yaklaşımın uygulandığı iletişimde her şeyden önce bireyler kendilerinin anlaşıldığını hissederler ve kendi sorunlarıyla daha etkili bir şekilde ilgilenirler. Empati, önceleri psikiyatrik alanlarda kullanılırken günümüzde eğitim ve iletişim alanlarında da kullanılmaya başlanmıştır. Bunun sonucunda ortaya çıkan empatik yaklaşım, mesajın etkili ve güvenilir bir şekilde iletimini sağlayarak biçimsel iletişim sürecini kolaylaştırır ve hızlandırır.

İnsanın yalnız kalmama ve bilgi edinme isteği, kişilerarası iletişimlerin niteliğini belirleyen en önemli etmendir. Bu bağlamda genel itibariyle üç tür iletişimden söz edilebilir: Çatışmalı iletişim, çatışmasız iletişim ve empatik iletişim. Çatışmalı iletişimde taraflar yeterli bilgi edinemezler ve bu durumun sonucunda yalnız kalırlar. Çatışmasız iletişimde ise taraflar arasında yeterli bilgi alışverişi olmasına karşın yine de yalnızlık hissi vardır. Empatik iletişimde bunlardan farklı olarak yeterli bilgi alışverişi bireyleri birbirlerine yaklaştırır ve yalnızlık hissi de oluşmaz (Tabak, 2006:38).

Alıcının iletişim süresinin tam katılımı sağlanmadığı takdirde kontrol eğitime ihtiyacı olan kişinin elinde olur ve mesaj yüzeyde kalarak derinlere ulaşamaz. Sonuçta kısır bir iletişim oluşur ve bu iletişimden istenilen sonuç alınamaz. Ancak sağlık personeli empatik iletişim sürecinde karşısındakinin rolüne girdiğini aklından çıkarmamalı, nesnellliğini korumalı ve güvenli bir iletişim olmasını sağlayarak iletişimi istenilen şekilde oluşturabilmelidir.

Gerekli koşullar	İletişim	Katılımcı Açısından Çıktılar
<ul style="list-style-type: none"><li>• Empati</li><li>• Uyum</li><li>• Saygı</li></ul>	Sağlık personeli ----- Katılımcı	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anlaşıldığını hissetme</li><li>• Etkili çaba</li></ul>

*Şekil 4: Empatik (Terapötik) İletişim Modeli*

### 1.3. Sağlık İletişim Modelleri

Bireyler hayatları boyunca sağlıklarıyla ilgili olarak birtakım davranışlar sergilerler. Bu açıdan bakılınca sağlık iletişim modelleri, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını hangi ölçütlere göre sergilediklerini açıklamaya çalışan iletişim modelleridir. Her bir model kendi dayanağı olan noktadan hareketle insanların sağlık davranışlarının sebeplerini ortaya koymaya çalışmaktadır (Yılmaz, 2018:89). Sağlık iletişimi ve önemi henüz yeni gelişen bir alan olduğu için iletişim modellerinin tanımlanması konusunda fikir birliği tam olarak sağlanamamıştır. Bu bağlamda sözü edilecek modeller:

- Retorik Model
- Semiyotik Model
- Fenomonolojik Model
- Siberetik Model
- Sosyopsikolojik Model
- Sosyokültürel Model
- Eleştirel Yaklaşım



şeklinde ele alınacaktır (Bulduklı, 2010:132).

### **1.3.1. Retorik Model**

Retorik sözcüğü güzel konuşma, belagat ([www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr)) anlamına gelmektedir. Bu iletişim türünde kaynak vermek istediği mesajları özellikle alıcının hoşuna gidecek biçimde sözlü veya sözsüz olarak ifade eder. Kaynak merkezli bir iletişim sürecidir (Tabak, 2006:42). Bu modelde hedef olarak belirlenen birey veya grubu etkileyebilmek için mesaj hedefin özelliklerine göre kurgulanır. Bu modelde sadece sembollerin aktarılması yeterli değildir. Anlamlar kaynak tarafından belirlenir ve kurgulanan mesajın sonunda hedef kitle beklenen davranışları sergilemelidir. Bunun aksi bir durumda iletişimin başarısız olduğu söylenir (Yılmaz, 2018:80).

Retorik iletişim dört amacı gerçekleştirmeye çalışır. Bunların; anlayış oluşturma, tutum geliştirme, tutum güçlendirme ve tutum değiştirme olarak sıralanması mümkündür (Tabak, 2006:43). Retorik iletişim anlayış ve tutumlar açısından çözüm üretmeye yöneliktir ama alanındaki her problemi çözemez.

Retorik model başlı başına bir model olmakla birlikte, diğer iletişim modellerini de bazı aşamalarda tamamlayarak diğer iletişim süreçlerine de dâhil olarak insan yaşamında bütünleştirici bir görev üstlenmiştir. Retorik model sağlık iletişiminde özellikle kaynak ve alıcı arasındaki uyumsuzluk ve gerilimlerin azaltılarak mesajın daha başarılı şekilde iletilmesinde rol alır.

### **1.3.2. Semiyotik Model**

Bu terim, köken olarak işaretlerin yorumlanması ve anlaşılmasına dönük çalışmaları ifade etmektedir ([www.ege-edebi-yat.org/docs/semiotics.docs](http://www.ege-edebi-yat.org/docs/semiotics.docs)). Günlük hayatta kullanılan bilgilendirici ve teşvik edici simgelerin varlığı semiyotik iletişimin temelini oluşturmaktadır. Bu modele göre iletişim, bireylerin zihinlerinde oluşturdukları simgeler vasıtasıyla gerçekleştiği için mesaj *alıcı* üzerinde daha etkilidir (Şanjarhan, 2001:369).

Pek çok bilim alanında kullanılan semiyoloji, sağlık alanında da kullanılmaktadır. Ancak sağlık alanında simgelerin doğru ve yerinde kullanılması hayati önem taşımaktadır. Bireylere gösterilen sembollerin hedeflerine ulaşması gerekmektedir. Eğer kaynak hedeflediği amaca ulaşamazsa hem iletişim sürecinin başarısız olması hem de kaynak ve hedefin bu durumdan sağlık açısından zarar görmesi mümkün olabilir (Babrow ve Mattson 2003:49). Aynı şekilde mesaj veren simgelerin doğru bir şekilde kullanılması da iletişim sürecini kolaylaştırmaktadır.

Günümüzde diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da teknolojik aletler kullanılmaktadır. İnsanların sağlıkları ile ilgili merak ettikleri şeyleri internet sayfalarından öğrenmeye çalışmaları göz önünde olan bir gerçektir. Burada önemli olan nokta bu internet sayfalarının geniş kitlelere sunduğu bilgilerin doğruluğudur. Bu web sayfaların paylaşımlarının profesyonel sağlık çalışanları tarafından düzenlenmesini sağlık iletişim sürecinin olması gerektiği şekilde ilerlemesini kolaylaştırabilmektedir.

### **1.3.3. Fenomenolojik Model**

Herhangi bir aracı olmaksızın birebir iletişim temeline dayanan yaklaşımdır. Bu modelde temel olarak iletişim süreci mesajın içeriğinden çok alıcının mesajdan çıkardığı anlama göre şekil alır. Ve oluşacak bu anlam sürecin sonunda ortaya çıkacaktır. Sürecin sonunda hedefin söyleneni istenilen şekilde anlayıp anlamamış olması bu modelin başarı kriteridir (<http://saglikkutuphanesi.com>).

Bireyler çevresiyle sürekli olarak etkileşim halindedir. Bu durumun bir getirisi olarak da çevrelerinden farklı şekillerde etkilenebilirler. Edindikleri tecrübe ve gözlemlerin de etkisiyle aynı şekilde iletişim sürecini de etkilerler. Sağlık alanında da aktif olarak kullanılan bu modelde iletişimin başarıyla sonuçlanabilmesi için bireylerin ihtiyaçları ve kişisel özellikleri de etkili olur.

Bu modelde iletişim halinde olan kaynak ve hedefin birebir görüşmesi istenir. Araya ne kadar aracı, simge vs. girerse iletişim süreci de o kadar olumsuz etkilenecektir. Sağlık iletişiminde de hasta ve hekim arasındaki iletişimin yüz yüze olması hem iletişim süreci hem de tedavi sürecinin başarı oranını artırır.

#### **1.3.4. Sibernetik Model**

Sibernetik kelime olarak; canlılarda ve makinelerde iletişim, kontrol ve işleyişi inceleyen bilim, güdüm bilimi anlamına gelmektedir ([www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr)) . Sibernetik temelde canlı veya cansız unsurların haberleşme mekanizmalarının konu edinildiği bir alandır (Songar, 1991:3).

Sibernetik modele göre iletişim süreci kodlama, aktarma ve kod çözümü olarak ele alınır. İletişim sürecinin bu şekilde sınıflandırılan farklı aşamalarında birey aile, arkadaş, çevresel vb. dış faktörlerden direkt etkilenmektedir(Yılmaz, 2018:84). Bu etkilenme haline göre de tutum ve davranışlarını değiştirir. Bu yüzden iletişim sürecinin başarıyla gerçekleşmesinde bu etkenleri göz ardı etmemek ihtiyacı doğur.

Sağlık alanında da kullanılan sibernetik iletişim model, bireyi etkileyen alt sistem, sistem ve süper sistemi de incelemektedir. İletişim sürecinde mesajlar bu sistemlerin birey üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak oluşturulmalıdır (Yılmaz, 2018:84). Gerek hekim, gerek hasta ve gerekse de diğer sağlık personeli bir birey olarak ele alındığında çevreleriyle sürekli etkileşim halindedir. Bu etkileşim bireyi ve dolayısıyla iletişim sürecini de etkiler. Bu yüzden bu model bireyi etkileyen etmenlere odaklanarak iletişimin başarılı bir şekilde sonlanmasına katkıda bulunur. Aksi takdirde bireyleri etkilendiği unsurlardan soyutlayarak salt bir birey halinde ele almak pek de doğru bir sonuca ulaştırmaz. Sözgelimi sağlık kurumuna yılın hep aynı ayında başvuran bir hastanın yaptığı işi sormak, yaşam şartlarını öğrenmek veya geçmişte yılın aynı döneminde yaşadığı şeyleri sormak hekimi hem daha çabuk hem de daha doğru bir sonuca ulaştırır.

#### **1.3.5. Sosyopsikolojik Model**

Sosyal ilişkiler üzerine eğilen bu model kişinin inanç, duygu ve düşüncelerini ele alır. Bireyci merkezden uzak olarak sadece kişisel ruhsal yapıyla hareket etmeyerek bireyin bulunduğu toplumsal yapıyı da kapsar. Sadece sosyolojik bir bakış açısı bireyi nesnelleştirmemekte ve kişisel karakter özelliklerini sürecin içerisine pek de dâhil edememektedir. Sosyopsikolojik model ise bu iki çok önemli alanı sürecin içerisine dahil edip değerlendirerek daha doğru yaklaşımlara kapı aralamaktadır (Kağıtçıbaşı, 1988:4).

### **1.3.6. Sosyokültürel Model**

Toplum bireyi birçok açıdan etkiler ve bu etki dolayısıyla da bireyin tutum ve davranışları üzerinde önemli bir role sahiptir. Birey bir toplum içerisine doğar ve başta yakın çevresi olmak üzere diğer insanlarla sürekli etkileşim halindedir. Birey bu açıdan ele alındığında toplumdan soyutlanması beklenemez. Sosyokültürel model de bu bağlamda bireyi toplumsal statüsüne göre ele alır.

Bireye mesaj verebilecek yetideki kaynağın bireyin yaşadığı toplumsal aerodinamiklere haiz olması sosyokültürel modelin olmazsa olmazıdır. Aynı şekilde bu modele göre toplumun bireye vermiş olduğu roller ve bireyin toplum içerisindeki statü durumu da kaynak tarafından dikkate alınır. Çünkü birey, üyesi olduğu toplumun değerlerini ve özelliklerini benimser ve taşır (Bulduklu, 2010:138).

Sosyalleşme çerçevesinde bireyde bazı değişiklikler olmakta, bu değişiklikler tutum ve davranışlar üzerinde etkili olmaktadır. Bu değişikliklerden birisi de sağlık iletişimi ile yakın ilişkisi olan biyolojik değişikliklerdir. Biyolojik değişiklikler beslenme, hastalık gibi davranışlara kadar geniş bir çemberi ifade eder (Gülner, Balcı, 2011:112). Bu durumun en bilinen örneklerinden biri, Asya ülkelerindeki “balık yiyen vejetaryen” olarak bilinen yemek kültürüdür. Asya ülkelerinde kırmızı et ve kümes hayvanları tüketilmemesine karşın deniz mahsulleri fazlaca tüketilmektedir. Bu beslenme tarzı sonucunda da toplumda obezite daha az görülmekte ve yaşam süresi de dünya ortalamasına göre daha uzun olmaktadır. Böyle durumlarda sağlık çalışanlarının toplumun beslenme alışkanlıklarını bilmesi iletişimdeki başarı oranı da artırmaktadır.

Sonuç olarak sosyokültürel modelde bireyin sağlık davranışlarının bulunduğu toplumun özellik ve değerlerine göre şekillendiği varsayılmakta, diğer modellere nazaran mevcut toplumsal değerlere uygun iletilerin sağlık davranışında daha etkili olacağı konusu üzerinde durulmaktadır (Bulduklu, 2010:138).

### **1.3.7. Eleştirel Yaklaşım**

Bu modele göre temelde toplum bireyi olumsuz etkiler. Toplum bireye bazı kısıtlamalar getirir ve bireyin de bu süreci onaylaması sonucunda bireyler belli kalıplara sokulur. Toplumdan bu şekilde etkilenen birey iletişim sürecinde de toplumun istekleri

sonucunda hareket eder, toplumun kendisi için belirlemiş olduğu rolün dışına çıkmaz. Bu durumda toplum dolaylı yoldan da olsa iletişimin sonucunu etkiler.

Belirlenmiş ve kabul görmüş birtakım yaklaşımların herkes için geçerli olamayacağını savunan eleştirel yaklaşım özellikle hasta haklarının ve sorumluluklarının belirlenmesi konusunda mevcut iletişim yapısını eleştirmektedir (Babrow ve Mattson, 2003:53). Temelde bireysel farklılıkların ve toplumda göz ardı edilen bazı yapıların da bu süreç içerisinde ele alınmasının gerekliliği konusunu vurgulayan eleştirel yaklaşıma göre sağlık iletişimi mevcut yapının içerisinde doğru ve net sonuçlar ortaya koyamayacaktır.

## 2. AİLE HEKİMLİĞİ

Türkiye’de sağlık sistemi özel, kamusal ve gönüllü örgütlerden meydana gelmektedir. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerini vatandaşlara sunmaktadır. Sağlık evleri, sağlık ocakları, anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri ve sıtma merkezleri birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, SSK hastaneleri ikinci basamak; eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık kurumlarıdır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı yanında diğer kamu hizmetleri özel kişiler, dernekler ve vakıflar tarafından da gerçekleştirilebilir.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği) Avrupa Bölgesi tarafından yapılan tanıma göre; Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği kendi araştırmaları, eğitim içeriği, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan birinci basamağa odaklı bilimsel ve akademik bir disiplindir. Terminolojide genel pratisyenlik ile aile hekimliği aynı anlamda kullanılıyor olsa da aslında burada anlatılmak istenen, mezuniyet öncesi tıp eğitimini tamamlayan ve pratisyen olarak çalışmakta olan hekimler olmayıp “en az üç yıl süreli birinci basamak

uzmanlık eğitimi almış hekimler”dir (<https://www.tahud.org.tr/page/aile-hekimligi- nedir>). Özetle; aile hekimi koruma, tedavi ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceklerini bilen ve topluma karşı da mesleki sorumluluğunun olduğunun bilincinde olan hekimdir (İlgün, Şahin, 2016:118).

Çağdaş aile hekimliği, entegre sağlık modelidir (Fredericks, 2004: 193-196). Temel hedef çağdaş aile hekimliği ile sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli bir şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, teşhis koyucu tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunmaktır. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitim verilerek geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimlerin ve diğer sağlık elemanlarının özendirilerek, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması yoluyla koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkeler ikinci basamakta yığılmaya engel olacak, bu sayede ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalar için yeterince zaman ayrılmasını sağlamış olacaktır (Starfield, 2003: 8-14). Aile hekimliğinin disiplinlerarası bir sağlık yaklaşımı olduğu düşünüldüğünde bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli oluşunun yanında bütünlleştirici, sürekli, aile ve topluma yönelik olması özellikleri nedeniyle aile hekimliği uygulamasının önemli yapı taşlarından. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili bir şekilde karşılanabilecektir. Birinci basamak sağlık hizmetleri etkili bir şekilde verilebilir ise, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermeleri sağlanmış olacaktır (McWhinney, Freeman 2009: 12-13).

Aile hekimleri üyesi olduğu sağlık disiplinine göre eğitilmiş kişilerdir. Aldıkları eğitim gereği hasta ayırt etmeksizin her hastaya sağlık hizmetini mümkün olan en iyi biçimde vermeye çalışır. Hekim sağlık hizmetini sunarken hastanın bağımsız kişiliğine saygı duyar. Aile hekimi birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak

hastaya sunulan bakımı koordine eder. Hasta ile iletişim sürecinde özel bir sorumluluk üstlenir ve kişi merkezli bir yaklaşım geliştirerek hastanın sağlık ve iyilik durumunu geliştirmeye çalışır.

Aile hekimliği, disiplinler içeriğinin birçoğunu diğer klinik dallarla paylaşmaktadır. Bu bilgi paylaşımının yanısıra ek olarak aile dinamikleri, kişiler arası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi alanlarla da ilişkilidir aile hekimliği. Aile hekimliğinin çalışma alanında tüm yaş, cinsiyet, organ ve hastalıklar vardır.

Aile hekimi hastası ile ilgili birçok bilginin sahibidir ve hastanın tüm sağlık kayıtlarını tutar. Hastayı sevk etmesi gerektiğinde doğru yere sevk eder. Böylece ikinci basamakta yığılma olmasını önler ve zaman kaybına yol açan ve aynı zamanda yüksek maliyetli olan sağlık hizmetlerinin daha doğru kullanılmasını da sağlayarak hastanın sorununu çözer (McWhinney, Freeman 2009: 12-13).

Aile hekimleri genel olarak koruyucu sağlık hekimlik hizmeti vermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri üç başlık altında incelenebilir:

*1-Birincil Koruyuculuk:* Aile hekiminin görevlerinden biri, bireylerin kendi sağlığını korumaları için yapacağı uygulamalar hakkında bireylere önceden sağlık eğitimi vermektir. Bireylerin sağlığını tehdit eden risk faktörlerini ve onların bu risk faktörlerinden nasıl korunacakları konusunda doğrudan bilgi sahibi olabilmeleri konusunda aile hekimi rehber olabilir.

*2-İkincil Koruyuculuk:* Bu aşama erken tanıyı ve tedavi hizmetlerini içerir.

*3-Üçüncül Koruyuculuk:* Komplikasyonlar ve erken kötüye gidiş durumu önlenmeye çalışılır.

Hastaya rehabilitasyon verilir.

En etkili koruyucu hekimlik, birinci basamakta aile hekimleri tarafından kişiye dönük olarak yapılabilir.

Aile hekimi bilgilendirici, destekleyici ve yönlendirici hizmeti diğer basamaklardan bağımsız olarak sunar. Sağlıkla ilgili genel anlamda bilgi eksikliği, aile planlaması, prevalansı yüksek hastalıklar çocuk sağlığı, beslenme konuları ve bulaşıcı

hastalıklardan korunma gibi toplumun genelini ilgilendiren konularda bireyleri bilgilendirir. Herhangi bir konuda yapılacak uygulama veya sevk durumunda planlamayı, sağlanacak yarar ve maliyeti de dikkate alarak hasta ile birlikte yapar (Starfield, 2003: 8-14).

Birinci basamakta yer alan aile hekimi erken tanı ve tedavi açısından etkili olabilirdi, tedavi sürecinin bütününe etkileyebilir. Aile hekimi hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişimini yakından izleyebilme imkânına sahiptir ve bu bakımdan erken tanı avantaj sahibidir. Ancak erken tanı tedavi hizmeti olmadan hastaların yaklaşık %90'ının sorunlarının birinci basamakta çözülmesi mümkün değildir. Bu basamakta aile hekimi bir koordinatör işlevi görür. Gerekli görürse sevk ederken bazı basamakları atlayabilir veya birkaç noktaya aynı anda sevk işlemi yapabilir ( İlgün G., B. Şahin, 2016: 116-117).

## **2.1. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihçesi**

Türkiye’de sağlık alanındaki hizmetlerin gelişiminde ve organizasyonunda, koruyucu ve tedavi edici olan sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönünde yapılan çalışmalar, cumhuriyetin ilanından günümüze kadar uzanan gelişim süresince hız kazanarak ilerlemiştir. Cumhuriyetin ilanının ilk yıllarından bu yana ülkemizdeki bugünkü sağlık teşkilatlanması ve sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır. Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağının genişletilmesi istenirken öte yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir atığa geçildiği görülmektedir.

TBMM’nin açılmasının ardından Sağlık Bakanlığı 3 Mayıs 1920’de yürürlüğe giren 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. Bakanlığın kurulması ile birlikte merkezi örgüt ve taşra teşkilatları yeniden yapılandırılmıştır (Akdur, 1923). Dr. Adnan Adıvar TBMM’nin ilk Sağlık Bakanı olmuştur. Adıvar döneminde sağlık kurumlarında düzenli bir kayıt sistemi olmamıştır. Savaş yaralılarına ve mevzuat alt yapısını geliştirilmesi konusuna odaklanılmıştır. Dr. Refik Saydam’ın Cumhuriyet’in ilanından sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kuruluşuna ve gelişmesine büyük katkıları olmuştur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu(1930)’nda yer alan sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi ve tıp fakültelerine ilginin arttırılmasına yönelik ilkeler var



olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı”/ “dikey örgütlenme” modeliyle yürütülmüştür. Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış; sıtma ve frengi benzeri bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmiş, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenerek, daha o zamanlarda günümüz *Sağlıkta Dönüşüm Programı*’nın temelleri atılmıştır (Çavmak, Çavmak, 2017:49-50).

Dr. Behçet Uz Cumhuriyet dönemindeki ikinci Sağlık Bakanı olmuştur. Behçet Uz “1. 10 Yıllık Sağlık Planı”nı hazırlamış ve 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunmuştur. Bu plan, sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayıp, sağlık hizmetlerini yurt genelinde yaymayı hedeflemiştir. Bu sağlık planına göre sağlık hizmetleri merkezi sistem kapsamına alınmıştır, ülke 7 sağlık bölgesine ayrılmış ve her bölgenin kendi içerisinde yeterlilik göstermesi amaçlanmıştır. Her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin kurularak her bölgenin kendine yeterli gelmesi amaçlanmış ve bu merkezlerin tamamı kurulduğunda ise bölgeye tıp fakültesi kurulması planlanmıştır. Bu planlama Behçet Uz’dan sonra uygulama alanı bulamamış ve her ilçeye 1 sağlık merkezi açılması şekline dönüşmüştür. Bu merkezler de maliyetlerin yüksek olduğu küçük hastanecikler olmaktan öteye geçememiştir. Devletin hekimler için uyguladığı yüksek ücret politikasının da kesilmesi ile hekimler koruyucu hizmet vermekten uzaklaşmaya başlamışlardır. 1978’de çıkarılan *Tam Gün Yasası* ile birlikte bu sağlık merkezleri tekrar işlerlik kazanmıştır. Ancak yasaya son verilince bu merkezler tekrardan hekimsiz kalmıştır.

1961’de kabul edilen *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu*’nun hazırlayıcısı ve öncüsü olan Prof. Dr. Nusret Fişek şöyle der: “ Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bütünleşmiş şekilde yürütülmelidir.”

(<https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,34674/turkiyede-aile-hekimligi.html>). Nusret Fişek, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin finansmanları konusu üzerinde de durmuştur ve sağlık hizmetlerine finansman sağlaması açısından tuz ve pul üzerinden ayrı bir vergi alınması fikrini savunmuştur. Ancak bu tasarısı dönemin Milli Birlik Komitesi’nce (MBK) uygun bulunmadığından dolayı 224 sayılı kanun, MBK’nin görev süresinin son saatlerinde revize edilmiştir (Aksakoğlu, 2008). 1963’te, 1. Beş Yıllık Kalkınma Planlaması’nda sağlık hizmetleri ile ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, personelin dağılımı, ayrıca döner

sermaye sisteminin uygulanması, ilaç endüstrisinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin açılmasının desteklenmesi şeklindeki hedeflere yer verilmiştir (Çavmak, Çavmak, 2017:50-51).

1970'lerde ortaya çıkan neoliberal politika uygulamaları 1980'lerden itibaren kamu hizmetlerinde ve sağlık alanında köklü değişimleri beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda gerçekleştirilen sağlıkta reform, üç başlık altında toplanır:

- *Doğrudan piyasa temelli reformlar:* Hizmeti sunanların arasında rekabet sağlanır ve hizmetten yararlananların hizmet maliyetlerinin bir kısmını karşılaması yaklaşımları olabilir.
- *Dolaylı olarak pazar temelli reformlar:* Hizmet üreticisi ile sunucusunun ayrımını ve sözleşme benzeri rekabeti teşvik edici yöntemleri içerir.
- *Yerinden yönetime yönelik çabalar:* Sosyal devlet uygulamalarından neoliberal politika uygulamalarına geçiş söz konusudur (Balcı,2005:6).

1980 sonrasında Dünya Bankası gibi uluslararası örgütler Türkiye'de de diğer az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi sağlık sektörü reform çalışmalarında etkili olmuştur. Türkiye'de 1982 Anayasasının 56. Maddesine göre devlet; ülke sınırları içerisinde yaşayan herkesin sağlıklı olarak yaşayabilmesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlama konusunda sorumludur. Sağlık Bakanlığı bu görevi yerine getirmekle yükümlüdür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), 2003 yılının Kasım ayında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlamıştır(Aktaş, Çakır, 2012:24). Türkiye'de son 15 yılda aşamalı olarak uygulanan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırılan sağlık reformu programının hedefleri şöyle sıralanabilir (Kanavos, Tatar, 2006:20):

-*Genel sağlık sigortasının uygulanmaya konulması* (2006'da Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu.)

*-Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek aile hekimliği uygulamasının tüm ÷lkede yaygınlaştırılmaya başlanması (2010 yılı sonu itibariyle tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçildi.)*

*-Hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulması (663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’ye göre 2 Kasım 2012’de Kamu Hastaneleri Birlikleri kuruldu.) (Akman, 2014:70-71).*

Sağlıkta dönüşüm programı, temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetkili ve kontrol sahibi olacak şekilde bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Bireylerin ve sağlık çalışanlarının durumlarının iyileştirilmesi, bu konuda yapılması planlanan yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının en belirgin özelliği bireylerin sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, anne-bebek ölümlerinin azaltılması, bulaşıcı hastalıklarla ve kronik hastalıkların risk faktörleriyle mücadele etmenin öncelenmesi, bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerinin geliştirilmesi ve koruyucu hekimlik yaklaşımının sağlığın merkez noktasına tamamen yerleştirilmesidir(Akman, 2014:70-71).

Halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanılarak daha fazla hizmet üretiminin sağlanması ve hakkaniyet ilkesi ışığında bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünce ulaşabilmelerinin gerek kırsal ve gerekse doğu-batı arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması sağlıkta dönüşüm programının temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenerek yaygınlaştırılması ve toplumun tüm bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması sağlanmaktadır. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışma hizmeti alabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelmektedir.

1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak yer almıştır. Aile Hekimliği Anabilim Dalı ilk olarak 1984’te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise ilk olarak 1985

yılında üç büyük ildeki (İstanbul, Ankara, İzmir) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde (toplam dokuz adet) başlamıştır. 24 Temmuz 1990'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur. 16 Temmuz 1993 tarih ve 12547 sayılı YÖK kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak Aile Hekimliği asistan eğitimine başlanmıştır. Aynı yıl İstanbul'da ilk ulusal Aile Hekimliği Kongresi düzenlenmiştir. 1995 Nisan TUS ile “*ilk aile hekimliği asistanı*” Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda eğitime başlamıştır (Özkaya, 2016: 13). 1996 yılında ilk aile hekimliği akademisyenlerimiz Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu ve Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural aile hekimliği disiplinindeki akademik çalışmalarını başlatmışlardır. Ayrıca öğrenci ve asistan eğitimlerinde de aktif şekilde yer almışlardır.

Uluslararası katılımlı *1. Ulusal Aile Hekimliği Günleri* Kasım 2001'de Edirne'de yapılmıştır. 2003 yılına kadar gözlemci üye konumunda olan Türkiye 2003'te Dünya Aile Hekimleri Birliği'ne (WONCA) tam üye olmuştur (Özkaya, 2016: 13).

2010 yılına kadar Dünya Sağlık Örgütü, insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmesini, sağlık hizmetlerinin verimli, hakkaniyetli ve daha etkili bir şekilde sunulabilmesinde; genelde temel sağlık hizmetlerinin, özelde ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi rolüne vurgu yapmaktadır (WHO 1978; Yıldırım 2011). Alma Ata kongresinde de yine alınan kararın devamı olarak 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” anlayışını birincil hedefleri arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ile donanmış beceri sahibi sağlık ekipleriyle, bütünlük bir şekilde sunmayı öngörür. Dünyanın pek çok ülkesinde aile hekimliği sistemi başarıyla uygulanmış olup Türkiye'deki aile hekimliği sistemi uygulamaları da desteklenmektedir. Türkiye'de 5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkındaki kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'na çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Aile Hekimliği

uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkındaki yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılının sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği sistemine geçilmiştir. "30.12.2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı'nca Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında yönetmelik yayımlanmıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK” ile Aile Hekimliği Kanunu olarak isminde ve içeriğinde değişiklikler yapıldığı görülmüştür. Aile Hekimliği uygulamasına geçen illerimizde hasta-hekim ilişkilerindeki memnuniyet oranı ve başarılı bir biçimde yapılan bu bağlamdaki güzel çalışmaların devam ettiği görülmektedir (<https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,34674/turkiyede-aile-hekimligi.html> ).

Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Ekim 2005’te pilot uygulama şeklinde Düzce ilimizde başlanmış, 2011 yılından itibaren de tüm illerde Aile Hekimliği Sistemi uygulamasına geçilmiştir. Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimliği hizmeti verilmeye devam edilmektedir (Aktaş, Çakır, 2012:24).

## **2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Durumu**

Türkiye’de tıp eğitiminin süresi 6 yıldır. Genellikle ilk üç yıl klinik öncesi, dört ve beşinci yıllar klinik dönemi kapsar. Altıncı yıl ise tümüyle uygulama eğitiminin verildiği intörn ya da aile hekimliği dönemidir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, üniversitelerdeki anabilim dallarında, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde ve Sosyal Sigortalar Kurumu eğitim hastanelerinde verilmektedir. Eğitim süresi üç yıldır ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi uluslararası standartlar düzeyinde verilmektedir (Başak, Ceyhun, Saatçi, 2005:176).

Avrupa pratiğinde aile hekimliği tanımı; kendine has eğitim içeriği, araştırmaları, kanıt temeli ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin

ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalı (Yıldırım, 2011: 57) şeklinde ifade edilmektedir.

Çağdaş tıp eğitimindeki yeni yaklaşımların bir sonucu olarak aile hekimliği giderek önem kazanmış ve üniversitelere girmiştir. Aile hekimliği anabilim dallarının üniversitelerde açılması bireysel girişimlerle veya doğrudan YÖK kararıyla olmuştur. Aile hekimliği anabilim dallarının kurulması, uygulamada düşük statülü hekimlik anlayışı olmasına rağmen, diğer anabilim dallarıyla aynı statüde olmuştur. Aile hekimliğinin düşük statülü hekimlik olarak görülmesinin sebebi ise tıp alanında bazı çevrelerce aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olmasından daha çok, bir sistem şeklinde görülmesidir (Algın, Şahin, Top, 2004:252).

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamalarında esas olarak alınan Aile Hekimliği Türkiye Modeli adlı kitapçıkta aile hekimliği disiplini "kendine ait eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetine yönelmiş olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik bir uzmanlık alanı" (Yıldırım, 2011: 57-79) olarak tanımlanmaktadır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve İlgili Yönetmelik'te ise aile hekimi tanımı; "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici olan sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her bireye kapsamlı ve devamlı olacak şekilde belli bir mekânda vermekle yükümlü olan, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri almış olan uzman tabip veya tabip" ([www.ailehekimligi.org](http://www.ailehekimligi.org)) şeklinde ifade edilmektedir. Görüldüğü üzere aile hekimliğine yönelik tanımlar açısından Avrupa ile Türkiye arasında benzerlik görülmektedir. Bu benzerliğin iki temel nedenine bakacak olursak; birincisi aile hekimliğinin bilimsel ve evrensel bir disiplin oluşu, ikincisi ise Türkiye'nin aile hekimliği ile ilgili dokümanları hazırlarken Avrupa deneyimini ve örneklerini net olarak göz önünde bulunduruyor olmasıdır.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri 2005 yılına kadar sağlık ocakları kapsamında sunulmuştur. Ancak 2005 yılında pilot uygulama şeklinde ve 2010 yılında ise tam anlamıyla uygulamaya Aile Hekimliği Sistemi girmiştir. Aile Hekimliği Sistemi'nde kayıtlı hasta uygulamasına geçilmiş ve hizmetlerin kapsamı daraltılmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetleri Aile Hekimliği Merkezleri'nde bireysel, Toplum Sağlığı Merkezleri'nde topluma yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu değişim ile birlikte aile hekimi sadece kendisine kayıtlı hizmet sunacağından hastasını daha iyi tanıma fırsatı bulmuştur. Bu durum verilen sağlık hizmetinin verim ve kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.

Aile hekimliği uygulamasıyla beraber, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kişilerin istihdam edilme şekilleri ile çalışanlara yapılan ödemeler de değişmiştir. Sağlık ocağı uygulamasında devlet memuru kadrosunda çalışan sağlık personeli sözleşmeli olarak çalışmaya başlamıştır. Maaşa dayalı ödeme şeklinden, çalışılan gün sayısı ve performansa dayalı ödeme şekline geçilmiştir. Bu değişimin gerçekleşmesi ile hekimlerin hastalarını kaybetme korkuları artmış, bundan dolayı hastalarını daha fazla sahiplenmeye başlamışlardır (Öcek, Soyer, 2007: 27).

Tarihsel olarak Avrupa ülkelerindeki birinci basamak sağlık hizmetleri, farklı faaliyetleri kapsayan ve farklı eğitimleri olan, farklı sağlık çalışanların tarafından yerine getirilen bir alan şeklindedir. Aile hekimleri farklı düzeylerde ve türlerdeki mesleki eğitimleri almışlardır. Bunlardan bazıları kurul onaylı uzmanlar iken geri kalanları değildir; bazıları hastane rotasyonlarından geçen, diğerleri geçmeyen; bazıları da uzman iken altı ay gibi ek sürelerle eğitimden sonra birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışabilmektedir ([www.absağlık.com](http://www.absağlık.com)). Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilkin 1973 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır (Resmi Gazete 1973). Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi en az 3 yıldır. Müfredatı ile eğitim alanlarının uygunluğu ve yeterliliği tartışmalı olsa da 1985 yılından beri Türkiye'de aile hekimliği uzmanları yetiştirilmektedir (Yıldırım, 2011). Ayrıca bu süre zarfında 2.000 civarında aile hekimi uzmanı da yetiştirilmiştir. Geçen zaman zarfında yeterli sayıda aile hekimliği uzmanına sahip olunamadığından dolayı SDP ile öngörülen aile hekimliği modelinin tedricen tüm Türkiye'de uygulanabilmesi amacıyla yapısal olarak mevcut olan aile hekimliği uzmanlık eğitiminin paralelinde başka bir uygulama daha başlatılmıştır. Bu paralel uygulama SDP kitapçığında, "mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek uygulamaya başlanması ve bunların ayrıca uygulama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile de desteklenmesi en pratik çözüm olacaktır. Böyle bir başlangıç, ülkemizde kimlik ve itibar kaybına uğramış pratisyen

hekimliğinin yeniden saygınlık kazanmasını da sağlamış olacaktır” (Sağlık Bakanlığı 2003) biçiminde savunulmaktadır. Bahse konu olan eğitim uygulaması, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 19. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: “Aile hekimlerinin eğitimleri iki aşama halinde devam ettirilir. Birinci aşama eğitim programı en fazla on (10) gündür. İkinci aşama eğitim; modüler eğitim tarzında birinci aşama eğitimin ardından başlayıp, süresi en az on iki aydır. Birinci ve ikinci aşama eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenmektedir. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlerine katılması zorunlu değildir. Aile hekimliği uzmanları, uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda gerek duyulursa hizmet içi eğitime alınabilir. Aile sağlığı elemanları da Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilirler. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az % 80’ine katılmak zorundadır (Yıldırım, 2011: 57-79).

Hastalara yönelik tüm hizmetlerin kontrol, koordinasyon ve yönlendirmesi işi aile hekiminin elindedir (Yıldırım, 2011: 57-79). Basamaklandırılmış sağlık hizmetleri örgütlenmeleri uygulamasını tam anlamıyla uygulayan ülkelerde aile hekimliği müessesesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur haldedir. Bu organizasyonda hastalar kendi bölgelerindeki istedikleri genel pratisyene kayıt olabilirler. Hastalar sağlık hizmetlerine bir ihtiyaç hissettiklerinde ilk olarak birinci basamağa başvurmak zorundadırlar. Ancak kişi eğer acil sağlık hizmetlerine gereksinim duyarsa doğrudan diğer basamakta yer alan sağlık kuruluşlarına da başvurabilecektir. Eğer kişi acil durum gibi özel durum arz eden istisnalar dışında doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kurum veya kuruluşlara başvurursa, sevk zincirine uymadığı için bedelini cebinden ödemek zorundadır. Buradaki “cepten ödeme” toplumun önemli bir kesimi için caydırıcılık gücü yüksek olan bir önlemdir. Bu anlamda birinci basamak sağlık hizmetleri diğer basamaklar için bir eleme görevi görmektedir. Yani aile hekimi bu bakımdan kapı doktoru / kapı tutuculuk rolünü üstlenmektedir. Türkiye’deki mevcut aile hekimliği modelinde hizmet basamakları arasında sevk sistemi zorunluluğu öngörülmesine (Resmi Gazete, 2006 ) karşın, aile hekimi sayısının yetersiz oluşu ve geçiş dönemi gerekçe gösterilerek bu zorunluluk ertelenmiştir. Dolayısıyla mevcut olan uygulamalarda açık sistem (paralel sistem) yönteminin uygulandığı söylenebilir. Aile hekimliğinin uygulandığı bölgelerde kişilerin



bir aile hekimine kayıtlı olması zorunludur. Kişiler istedikleri sağlık hizmetleri sunucusunu seçme hakkına sahiptirler ([www.ailehekimligi.org](http://www.ailehekimligi.org)).

Kringos ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci basamağın politik, ekonomik ve kültürel özelliklerine göre gücünü incelemişlerdir (Akman, 2014:76). Sağlık giderlerinin vergilerden karşılandığı ulusal sağlık sistemi veya genel sağlık sigortası ile yönetilen sistemler arasında yapısal özellik açısından bir fark bulunamamıştır. Aile hekimliği farklı klinik tabloların uğrak yeri olmaktadır. İlk basamakta aile hekimleri tarafından takip ve tedavi edilebilen hastaların hastaneye başvuru sayısında azalma görülmüştür. Aile hekiminin gerektiğinde hastayı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk etmesi de ayrıca hastaların hekimine güven duymalarını sağlamıştır. Sevk zinciri sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerindeki gereksiz yoğunluğun azalması ve bu sağlık merkezlerindeki sağlık hizmetlerinin daha kaliteli olması amaçlanmıştır. Dolayısıyla ikinci ve üçüncü basamaktaki israf ve gereksiz iş yükü azaltılmaya çalışılmıştır.

### **3. MALATYA'DA AİLE HEKİMLERİ İLE YAPILAN DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELER**

#### **3.1. Derinlemesine (Yüzyüze) Görüşme Tanımı:**

Araştırılan konu ile ilgili detaylı ve daha çok açık uçlu soruların sorulduğu, birebir ve yüz yüze görüşme yapılarak karşıdaki kişinin bilgi ve deneyimlerinden yararlanmayı sağlayan veri toplama tekniğidir. Daha çok tıp, hukuk, gazetecilik ve iş dünyası gibi alanlarda profesyonel bir teknik olarak kullanılır (Kahn, Cannel: 1983: v). Tanımdan da anlaşılacağı üzere sosyal bir sorun teşkil eden çalışmanın konusu gereği derinlemesine görüşme tekniğiyle incelenmeye çalışılmıştır.

#### **3.2. Hipotez ve Amaç:**

ASM'lerdeki teknik ve fiziki altyapılar yetersizdir. Bu yüzden de sağlıklı iletişim kurulamamaktadır.

Doktorların mesleki tecrübeleri sağlık iletişimi noktasında oldukça etkilidir. Sağlık iletişimi eğitimlerinin yaygınlaşması da son yıllarda olmuştur.

Genelde hekimlerin ve özelde aile hekimlerinin, özellikle de aile hekimliği merkezlerinin sağlık iletişimi konusundaki eksikleri, hasta-hekim ilişkilerindeki aksaklıklar ve aile hekimlerinin bu konuya yaklaşım tarzlarının olumlu veya olumsuz yönlerini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

### 3.3. Yöntem ve Kapsam:

Bu çalışmanın kuramsal kısmında literatür taraması yapılmış, uygulama kısmında ise Malatya'daki Aile Hekimleri ile nitel araştırma yöntemlerinden olan derinlemesine (yüzyüze) görüşme yöntemi uygulanmıştır. Malatya merkez ve merkez ilçelerinde toplamda 9 Aile Hekimliği Merkezinde 38 aile hekimi ile görüşülmüş olup, bunlardan 21 tanesi görüşmeyi kabul etmiş; bunlardan 18 tanesi değerlendirmeye alınmış, görüşmelerin ikisi ses kaydı, diğerleri de yazılı olarak kayıt altına alınmıştır. Görüşmede 8 adet soru sorulmuş olup, alınan cevaplar analiz edilmiştir.

### 3.4. Bulgular:

Görüşme yapılan ve araştırmada yer verilen toplam 18 aile hekiminden 14'ü erkek, 4'ü kadındır. Yaşlarının ortalaması 39, çalışma sürelerinin ortalaması 14 yıl, buldukları aile hekimliği konumunun yıl ortalaması 4'tür.

Görüşme verilerinden elde edilen bulgular sağlık iletişimi alanında aile hekimliği merkezlerinde yaşanan sorunlar, hekimlere göre bu sorunların nedenleri ve hekimlerin bu bağlamdaki çözüm önerileri konuları bağlamında hekimlere sorulan sekiz soru ve bunlara verilen cevaplarla sunulacaktır.

	Ortalama	Aralık	Çeyrekler Arası Aralık
<b>Yaş</b>	39	25-53 yaş	9,75
<b>Çalışma Süresi</b>	14 yıl	1-27 yıl	3,5
<b>ASM'deki çalışma süresi</b>	4 yıl	6 ay-8 yıl	1

*Şekil 5: Hekimlerin Demografik Özellikleri ve Mesleki Çalışma Süreleri*

**Soru 1: Kaç yıldır bu işi yapıyorsunuz, Aile Sağlığı Merkezlerinde iletişimi aksatan fiziki eksiklikler sizce nelerdir?**

**H1:** 13 yıldır hekimim. Bu sektörde birçok farklı bölümde çalıştım. Yaklaşık 2,5 yıldır da aile hekimliği yapıyorum. ASM’lerde genel olarak binalar küçük oluyor. Dolayısıyla teknik cihazlar eksik olabiliyor. Bakanlığın gerekli tedbirleri alması şart.

**H2:** 10 yıldır. Elbette sadece kendi çalıştığım yeri kastetmiyorum ama telefon, internet, televizyon gibi iletişim araçlarından biri veya birkaçı eksik olan birçok ASM var diye biliyorum. Bakanlık bu işe el atmalı.

**H3:** 18 yıldır. Ben bu duruma iletişim ve ulaşımı da ayrıca katarak bakıyorum. Maalesef bazı eksikliklerden dolayı sorunlar yaşıyoruz ve özveriyle üstesinden gelmeye çalışıyoruz. Araç eksiklikleri de neden olabiliyor aksaklığa.

**H4:** 25 yıl. Eskiden bu konuda çok zorluklar çekerdik. Ancak şimdi iletişim çağındayız ve devletimiz sağlıktaki her alanda olduğu gibi bu alanda da yeterli desteği vermektedir.

**H5:** 20 yıllık hekimim. Beş yıldır da aile hekimiyim. Bence fiziki olarak çok iyi durumdayız. Ama hastaların anlayışsızlığı iletişimi zorlaştırıyor.

**H6:** 17 yıllık hekimim. Yaklaşık yedi yıldır da aile hekimiyim. Aile hekimliği uygulaması henüz yeni sayılır ülkemizde. Sekiz yıldır yaygınlaşmış durumda. Bu yüzden bazı fiziki eksikliklerin olmasını doğal buluyorum. İhtiyaçlar belirlendikçe aşamalı olarak eksiklikler gideriliyor. Bizler de hekimler olarak her türlü zorluğa karşı mesleğimizi özveri ile yaparsak iletişim problemini aşma konusunda önemli mesafe kaydetmiş oluruz diye düşünüyorum.

**H7:** 25-26 yıllık hekimim. ASM tecrübem sekiz yılı aştı. Bizler aslında ailelerle arkadaş gibi oluyoruz. Fiziki eksiklikler kısmen zorlarsa da çalışma azmi olan bir hekim için belirleyici bir etkisi yoktur.

**H8:** 3 yıldır bu işi yapıyorum. Kısıtlı cihazlarla çalıştığımızdan dolayı bu ortamı gören vatandaş bizleri hafife alıyor ve maalesef hekim gibi görmüyor.

**H9:** 21 yıllık doktorum, 2 yıldır aile hekimliği yapıyorum. Fiziki eksiklikler zamanla giderilebilir. İhtiyaca göre bakanlık çalışmaları hızlıca yapıyor bu konuda.

**H10:** 7 yıl oldu. Binalarımız küçük. Teknik donanım yetersiz. En kısa sürede aşılmalı bu durum.

**H11:** 21 yıldır hekimim, 8 yıldır aile hekimiyim. Binalarımız yetersiz.

**H12:** 8. yılım bitmek üzere. Teknik eksiklikler ve aksaklıklar giderilmeli. Aksi halde vatandaş bizleri her zaman ilaç yazdırma makamı, sekreteryaya vs. görmeye devam edecektir.

**H13:** 10 yıldır. ASM’ler birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Ancak bu hafife alınmasını gerektirmez. Bizler ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının iş yükünü hafifletmenin yanı sıra vatandaşlarımıza asli sağlık hizmeti de veriyoruz. Bu bağlamda

araç, donanım, bina ve benzeri tüm iletişim olanaklarımızın en iyi şekilde sunulması konusunda bakanlık çalışmalarını sıkı tutmalıdır.

**H14:** 20 yıldır hekimim. 7 yıldan beridir de aile hekimiyim. İletişim problemi yaşadığımızı düşünmüyorum. Fiziki anlamda dersek elbette binalarımızın daha büyük ve donanımlı olmasını isteriz ama sonuçta burası birinci derece bir sağlık merkezi. Daha donanımlısı tam teşekküllü hastaneler. Fiziki ihtiyaçlar iletişime engel gibi görülmemeli kanısındayım.

**H15:** 6 yıldır bu işi yapıyorum. Hastaların bizleri sekreteryaya gibi görmemesi için teknik cihazlarımızın biraz artırılması ve burasının bir sağlık merkezi olduğu imajının iyice vatandaşlara aşılması gereklidir.

**H16:** 5 yıldır bu işi yapıyorum. İletişimi aksatacak olanın mevcut fiziki şartlar olduğunu düşünmüyorum.

**H17:** 9 yıldır. Yok, fiziki şartlarımız gayet elverişli. Olay beyinde bitiyor yani. Eğitim şart.

**H18:** 16 yıllık hekimim. Evet, sanırım iletişim konusunda eksiklerimiz bitmiyor. Fiziki eksikliklere bağlamıyorum ben bunu. Elbette bina ve teknik donanım eksikliğimiz var. Bu konuda bakanlık çalışmalar yapmalı tabii.

### **Soru Analizi 1:**

Bu konuda fikirler üç başlık altında toplanmaktadır:

Hekimlerin büyük çoğunluğu fiziki anlamda eksiklerden bahsederken bina ve teknik donanım eksikliklerinden veya yetersizliklerinden bahsederek, iletişim sıkıntılarının fiziki boyutunu buna bağlamaktadırlar. Bu konuda bakanlığın ivedilikle çalışmalar yapmasının gerekliliğini belirten hekimlerin sayısı çoğunluktadır.

Bunun yanı sıra iletişim cihazlarının ve ulaşım araçlarının da azlığından yakınan ve bunu da iletişim sorunu olarak gören hekimler de vardır.

İletişim sorununun fiziki şartlardan kaynaklanmadığını da bazı hekimler dile getirmişlerdir.

Buradan yapılabilecek çıkarım; hekimlerin tabiriyle özellikle teknik donanım ve binalardaki yetersizliklerin hasta veya vatandaş tarafından ASM'lerin küçümsenme sebebi olduğunun görülmesidir.

### **Soru 2: Sağlık iletişimi nedir? Daha önce bu kavramı duydunuz mu?**

**H1:** Duymadım açıkçası. Ama biz burada amirlerimizle, diğer personelle, hastalar ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim halindeyiz. Bence sağlık iletişimi, topluma daha sağlıklı hizmet verebilmek için personel ve hasta arasındaki gerek sözlü gerek yazılı bir biçimdeki etkileşimdir.

**H2:** Evet, duydum. Üniversite yıllarında ve sonrasında bu konuda dersler aldık. Ancak profesyonel hasta-hekim ilişkisi bu çerçevede biraz sığ kalıyor. Tanım olarak bir şey diyemem ama hastayı anlamak ve hastaya anlatmak önemli bir husus.

**H3:** Kısaca özetlemek gerekirse bence sağlık iletişimi empatidir. Duydum, evet bu kavramı.

**H4:** Daha önce duymadım. Ama tahminimce hastalarla olan iletişim olabilir, diye düşünüyorum.

**H5:** Duymadım. Bence sağlıkla ilgili her türlü diyaloga denir.

**H6:** Böyle bir kavram daha önce duymadım. Tecrübe ile olan bir şey. Öğrenciyken normal bir insansınız. Hasta psikolojisi, hastaya yaklaşım tarzı vs. bunların farkında değilsiniz. Mesleğe başlayınca zamanla insanları tanıyorsunuz. Hastaya nasıl davranmanız gerektiğini öğreniyorsunuz.

**H7:** Duymadım. Geniş kapsamlı bir şey. Sağlıkla ilgili iletişim olabilir.

**H8:** Duydum. Bireyleri bilinçlendirmek amaçlı bazı çalışmaların yapılması kişilerin sağlıkla ilgili ulaşmak istedikleri bilgilere ulaşılacak ortamların sağlanması gibi durumlar diye biliyorum.

**H9:** Duyduk. Eğitimini de aldık. Faydalı olacağını düşünüyorum.

**H10:** Sağlık iletişimi çalışmış olduğumuz yerde hasta ve personelle olan ilişkimiz. Bizim meslekte iletişim çok önemli.

**H11:** Doktorun sağlık çalışanlarıyla, hasta ile ve hasta yakınlarıyla kurduğu iletişimdir.

**H12:** Duymadım. Ama hasta, hasta yakını ve hastalıkla ilgili başka birisi veya birkaç kişiyle sağlık üzerine iletişim olduğunu düşünüyorum.

**H13:** Yani duyduk ama tam olarak ne olduğunu biz de bilmiyoruz. Bizim zamanımızda böyle bir şey yoktu. Bu konuda bir bilgi verilmedi bizlere. Sonradan duyduk elbette.

**H14:** Hasta ile olan iletişim sağlık iletişimidir.

**H15:** Sağlık iletişimi, hekimlerin hastalarla kurduğu iletişimdir. Gerek hastanın tedavi sürecinde gerek ise muayene sürecinde yaptığımız karşılıklı konuşmalardır. Yani kısaca hasta hekim arasında olan konuşmalardır diyebiliriz.

**H16:** Tabi ki bu kavramı duyduk. Zaten hasta ile iç içe olduğumuz için bu kavramı da duymamak imkânsız. Sağlık iletişimi hasta-hekim arasında gerek muayene gerek tedavi sürecinde karşılıklı buldukları iletişime biz sağlık iletişimi diyoruz.

**H17:** Sağlık iletişimi hastalıklar hakkında hastayla bilgi paylaşımıdır.

**H18:** Açıkçası duymadım. Ama zaten gayet anlaşılır bir kavram. Sağlık konularının konuşulduğu iletişim türü olabilir mesela tanımlamak gerekirse.

## **Soru Analizi 2:**

Sağlık iletişimi kavramını 18 katılımcıdan 6 tanesi hiç duymamış. Duymuş olanlardan da bazıları tanım konusunda fikir sahibi olmadıklarını belirtmektedir. Sağlık iletişimini tanımlayan hekimler, “Hekim ile hastalar arasındaki teşhis ve tedavi süresi boyunca yapılan karşılıklı bilgi alışverişi ve diyalogdur.” şeklinde ifade etmektedirler.

Sonuç olarak; hekimlerin sağlık iletişimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, tecrübeli olan eski hekimlerin daha çok kendi tecrübeleriyle iletişim sorunlarını çözmeye çalıştıkları ve sağlık iletişimi eğitimine ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır.

## **Soru 3: Hastalarla iletişim kurarken ne tür teknikler uyguluyorsunuz?**

**H1:** Hasta içeri girince önce bir “Geçmiş olsun.” diyorum. Sonra hallerini hatırlarını soruyorum. Elimden geldiğince kibar olmaya çalışıyorum. Yani, bu zaten ilk anda bir güven ortamı oluşturuyor. Hasta değerli olduğunu hissetmek istiyor. Mesela çocuklara şeker ve balon veriyorum ve bu durum çocuklarla iletişimimi oldukça kolaylaştırıyor.

**H2:** Hastayla iletişim eskide kaldı aslında. Bizim yanımıza iletişim maksadıyla gelmiyorlar. Doktora çok da gerek yokmuş gibi düşünüyorlar. Tabi bunlar birinci basamak sağlık kurumları için biraz ütöpik kalıyor.

**H3:** Karşıdakinin kişiliğine göre davranıyorum genelde. Edindiğim tecrübeme göre de hastanın geliş nedenini anlamaya çalışıyorum. İyi bir anamnez almaya çalışıyorum.

**H4:** Daha ziyade iyi bir doktor olduğumu hissettirmeye çalışıyorum. Kendilerine yardımcı olabileceğim izlenimini veriyorum. Aynı zamanda klasik doktor duruşunu da yitirmeden kendime özgü bir yaklaşım da sergiliyorum.

**H5:** Dinliyorum. Göz teması kuruyorum.

**H6:** Öncelikle aynı dili konuşmak çok önemli. Hasta geliyor mesela yöresel dille konuşuyor. Bunları bilmek gerekiyor. Çok farklı ifadeler var, çoğunu ilk defa duyuyoruz. Bunları bir şekilde öğrenmeye çalışıyoruz. Gelen hastanın sosyoekonomik, sosyokültürel, psikolojik durumunu falan sorup öğrenmeye çalışıyoruz. Bunlar önemli şeyler.

**H7:** Teknik uygulamıyoruz. Bu konuyla ilgili bir konferansa katılmıştık. 8-9 kişilik farklı insan tipi vardı. Bu tiplere göre davranışlarımız değişiyor. Bukalemun gibiyiz yani.

**H8:** Öncelikle empati yapıyorum. Hastalara sert bir üslupla yaklaşmak yerine daha ılımlı yaklaşmaya çalışıyorum. Onları anlamaya çalışıyorum ve onlara yardımcı olmak için elimden geleni yapıyorum.

**H9:** Dinlenme, jest ve mimikler, hikâyeleştirme, somutlaştırma... Ben örnekleri, hastalıkları hikâyeleştirerek anlatıyorum. Hasta da somut bir örnek görünce bir hekim olarak bana daha rahat güveniyor.

**H10:** Öncelikle güler yüzle karşılıyorum. Onları dinlediğimi hissettirmeye çalışıyorum. Tedavi sürecini etkiliyor. Bazen amca teyze diye hitap etsek de genel olarak sizli bizli konuşmaya çalışıyoruz. Samimiyet artınca hasta üzerindeki otoritemiz azalabiliyor.

**H11:** Görsel ve sözel iletişim önemli. Bunun yanında yılların vermiş olduğu tecrübe var. Tecrübeye göre iletişim önemli olduğunu da düşünüyorum. Bir de fiziki muayene önemli. Hastanın fiziki muayene olması iletişimi artırıyor.

**H12:** Ciddi olmaya çalışırım. Hastalık ne olursa olsun ciddiye alınmalıdır ve hastayla ciddi bir üslupla konuşulmalıdır. Bende hasta ile ciddi bir şekilde konuşurum ve bu şekilde genellikle hasta ile olan iletişimimin daha anlaşılır oluyor. Ben hastanın şikâyetlerini anlıyorum ve hastada beni anlıyor. Benim tedavi sürecimde önerdiğim ve yapılmasını istediğim şeylerin yapılması gerektiğinin önemini hastada anlıyor ve üstüne düşerek daha titiz bir şekilde davranıyor.

**H13:** Bir teknik uyguladığım söylenemez. Tabi o esnada ne gerekiyorsa o şekilde bir uygulamam oluyor.

**H14:** Özel bir tekniğe gerek yok doğal olarak davranıyorum.

**H15:** Teknik falan yok. Ben ilk hastayı dinlerim ona göre konuşmamı yaparım. Şimdi hastanın konuşmasına göre hareket ederim. Bakarım eğer ki hastanın belli bir şeyden korkusu var, çekindiği bir durum var. Ben onun o çekingenliğini ve korkusunu elimden geldiğince bitirmeye çalışıp daha rahat bir şekilde hastanın kendi durumunu anlatmasına yardımcı olurum. Daha çok biz hekimler hasta ile iletişim kurarken onun bu vaziyette bulunduğu durumlardan çekip almaya çalışırız ki hastayı daha doğru anlayabilmek için. Çünkü durumunu anlattığı zaman bazı şeyleri anlatmaktan çekinebilir ya da anlatmaktan korkabilir. Korkmaktan kastım ben bunu da söylersem ya kötü bir şey çıkarsa bende diye düşünüp de söylemeyebilir. Ve bu durum biz hekimlerce hastalığının tespitini yapalım derken bazen çok farklı şeyler çıkabilir. Çünkü bize neyin olduğunu söylemediği için yani eksik söylediği için biz bu durum da yanlış bir tespit yapabiliriz.

**H16:** Aslında çok farklı kullanılan bir teknik yok. Sadece hastalarla gerekli konuşmaları açık bir şekilde yani hastanın anlayabileceği bir dil kullanıyorum. Böylece hastalar bizim anlatmak istediğimiz şeyleri daha kolay anlayabiliyorlar.

**H17:** Samimi, içten, doğal ve hasta ile hekim gibi değil de bir arkadaş gibi konuşmaya çalışıyorum. Bunun sayesinde hasta bütün şikâyetlerini daha rahat bir şekilde dile getirebiliyor. Hastanın şikâyetlerini açıkça ifade etmesi bana da kolaylık sağlıyor.

**H18:** Teknik uyguladığımız pek fazla söylenemez açıkçası. Normal bir iletişim sürecinde nasıl davranıyorsak ona göre davranıyoruz. Ama tabi bazı farklar var. Burada

biraz daha dikkatli davranmaya çalışıyoruz. Hasta içeri girince fiziksel özelliklerine, duruşuna falan dikkat ediyoruz. Bazı hastalıkların çok keskin belirtileri oluyor. Böyle bir belirti arıyoruz. Normal hayatımızda tabii bu kadar dikkat edemiyoruz. Ama burada bunu yapmak zorundayız. Hastaya ilk anda verdiğimiz izlenim çok önemli. Nasıl ki biz hastayı tartıyorsak hasta da bizi tartıyor. Bilgimizi anlamaya çalışıyor, onun problemini çözüp çözemeyeceğimizi bilmek istiyor.

### **Soru Analizi 3:**

Hasta ile iletişim kurarken uyguladıkları teknikler bakımından hekimler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Nasıl bir teknik uyguladıklarını sorduğumuzda verilen cevapların daha çok mesleki tecrübe veya kişisel önsezelere iletişim kurma çabaları şeklinde olduğu görülmektedir.

Ayrıca yöresel dilin kullanımının da öğrenilmesinin gerekliliği, kişiye özel yaklaşımın sergilenmesi ve sağlık iletişimi düzeyini en yükseğe çıkarabilme düşüncesini hekimlerin benimsediği söylenebilir.

### **Soru 4: Hastalarla iletişim kurarken en çok hangi durumlarda zorlanıyorsunuz?**

**H1:** En çok antibiyotik konusunda zorlanıyorum. Antibiyotiğin zararlı olduğunu anlatamıyorum. Bunun dışında ilaçlarını düzenli kullanmaları konusunda problemler yaşıyorum. Psikiyatrik hastalığı olanlar, madde kullananlar vs. ile iletişim kurmak yine aynı şekilde zor. Hal böyle olunca bir üst kuruma sevkte de bu gibi durumlar birçok sorun doğuruyor.

**H2:** Hastanın kafasında bir plan oluyor genelde. Buraya gelen hasta çoğu zaman aklındakini yaptırmak istiyor. “Ben şu tetkiki yaptıracam, yapın.” tarzında istekleri oluyor. Muayene olmak istemiyor. Bu bakımdan sıkıntı yaşıyoruz.

**H3:** Pek zorlanmıyorum. Hastayı anlamak isteyince iletişim kurabilmek pek de zor olmuyor.

**H4:** Kendisine yardımcı olabileceğimi düşünmediği zamanlarda zorlanıyorum. İyi bir doktor olmadığımı düşünmeyen hasta tipleri ile de iletişimde zorlanıyorum. Çünkü bunu hissettiğim an ister istemez gerginleşiyorum. Ortaya kötü bir hasta-hekim ilişkisi çıkabiliyor.

**H5:** Hastalar sizi dinlemek ve anlamak istemediğinde zorlanıyorsunuz. Kafasındakini size yaptırmak istediği dönemlerde zorlanıyorsunuz.

**H6:** Dilde problem yaşıyoruz. Bazen gelen hasta Türkçe bilmiyor, Kürtçe konuşuyor. Bu durumda bir tercüman arayışı oluyor. Psikiyatrik hastalarda durumu ilk anda anlayamıyoruz. Biraz uğraşmamız gerekiyor ama böyle hastalarla iletişim de



oldukça zor ilerleyen bir süreç. Ya da madde kullanıyor mesela. Bir de kendiliğinden problem çıkarmaya çalışan insanlar var tabi.

Hekim ayna gibidir. Hastanın tavrına göre biz de farklı davranıyoruz. Bize farklı yaş gruplarından farklı karakterlerde insanlar geliyor. Özellikle çocuklar ve yaşlılar agresif oluyor ya da savunmacı oluyor. Bu tür hastalara duruma göre davranıyoruz. Bazen daha yumuşak, bazen daha sert demeyeyim de net konuşuyoruz. Yaşlıların alışkanlıkları oluyor, “Ben yıllardır böyle yapıyorum. Bir şey olmadı.” diyor. Ya da çocuk korkuyor, doğruyu söylemiyor. Hasta şikâyetini tam olarak söylemeyince uğraşıyoruz tabi.

Hasta-hekim ilişkisinde mesafeyi korumaya çalışıyoruz. Genelde sizli-bizli konuşuyoruz. Ama bu durumda bir samimiyetsizlik oluşmasın diye jest ve mimiklerle hastaya samimiyetsiz gelmemeye çalışıyoruz. Jest ve mimikler sayesinde onu hem dinlediğimizi hem de ona değer verdiğimizi göstermeye çalışıyoruz.

Burada biz koruyucu hekimlik yapıyoruz, girişimci değil. O yüzden de farklı şeylere maruz kalıyoruz. Hasta bize istediği şeyi söyleyebileceğini sanıyor. Size güvenmiyor. Arada güven olmayınca da mesela 5 dakika beklediyse 30 dakika beklediğini söylüyor.

**H7:** Konuyu anlatma konusunda problem yaşıyoruz. Hastanın anlayacağı dili kullanabilmek çok önemli.

**H8:** Muayene esnasında hastanın çekingen davranışı ve hasta yakınının sürekli olarak müdahale etmesi yüzünden hasta ile iletişimde zorlanıyorum. Mümkün mertebe muayene esnasında odada hastanın yalnız olmasına dikkat ederim. Ben tabi mesleğin başındayım ama çok farklı tiplerde insanlarla karşılaşıyoruz. Tıpta hastalık yoktur hasta vardır. Ama insanlar bunun ne demek olduğunu bilmedikleri için başka bir hastaya yazılan ilacı yazmamızı istiyor. İnat ettiklerinde ben de bazen sinirlenebilirim.

**H9:** Genç ve eğitimli kesimde, özellikle öğretmenlerde zorlanıyoruz. Herkesi öğrenci olarak görüyorlar. Eğitimli kesimler özellikle öğretmenler her türlü bilgiye internet aracılığıyla doğru yanlış demeden ulaşabiliyor ve öğrendikleri bilginin yanlış olduğunu anlatmak zor. Bu onlarla iletişim kurmamız konusunda bize zorluk çıkartıyor. Yaşlılar ise hekime daha çok güveniyor. Bu nedenden ötürü yaşlılarla daha iyi iletişim kurabiliyoruz.

**H10:** Dil konusunda zorlanıyorum. Buraya gelen hastaların yaklaşık %80’i Suriyeli. Onların dillerini bilmediğim için anlaşmamız zor oluyordu ancak şimdi Suriyeliler daha iyi anlaşabiliyorum. Bunun dışında bazı ruh sağlığı bozuk olanlarla sıkıntı oluyor.

**H11:** Çocuk hastalar ve yaşlı hastalarda daha çok zorlanıyorum. Çocuklar doktor fobisinden dolayı korkuyor, çekiniyor. Çocuklarla iletişim kurmamı zorlaştıran unsurlar bunlar. Yaşlı hastalara dediğinizi anlatamıyorsunuz. Yaşlılarla da iletişim kurarken zorlanmamın esas nedeni sabit fikirleridir. Sabit fikirlerinden dolayı söylediklerimi anlayıp kabullenmelerinde zorluklar yaşıyor. Hal böyle olunca iletişim kurarken fazlasıyla zorlanıyoruz.

**H12:** İletişim kurarken en çok zorlandığım durum yaşlılara hastalığın ne olursa olsun hafife alınmaması gerektiğini anlatamamamdır. Yaşlıların biz hekimleri ciddiye almaması bizim tedavi uygulamamız konusunda sıkıntı meydana getiriyor. Yaşlılar dinlemeyi pek sevmezler. En çok zorlandığım durum olayın ciddiyetini karşı tarafa anlatamamamdır yani.

**H13:** Bazen bazı şeyleri açıklamada zorlanabiliyorum. Mesela bir laboratuvar tahlili baktırıyoruz ve bunları açıklamada zorlanabiliyoruz. Veya bazen şekeri yüksek çıkıyor onda bile hastaya zor anlattığımız oluyor. Hastadan hastaya değişiyor bu durum tabii.

**H14:** Çevresinde öğrendiği bilgileri silememesinden dolayı bir şey izah edemiyorsun. Kendi bildiğini sayıyor. Hasta ile olan iletişimimizde en büyük sıkıntı bu. Bizleri doktor olarak bile görmemeleri. Hastanın aslında önce bize gelmesi gerekiyor. Sonra biz onu gerek duyuyorsak yönlendiriyoruz. Yani aslında böyle olması gerekiyor. Ama biz duyuyoruz bazen. Geliyor hasta, kapıda başka birine diyor ki: “Bu, muayene etmiyor, sadece ilaç yazıyor.” Aile hekimini sadece ilaca ulaşması için bir ara basamak olarak görüyor. Bazı hastalar da geldiğinde muayene edip etmediğimizi soruyorlar. Toplumda artık böyle bir algı var. Aile hekimliği tam olarak insanlara izah edilemediği için aslında biz bu tür problemlerle karşılaşıyoruz.

**H15:** En çok zorlandığım konu hastanın kendi bildiğini okuması. Aslında çok bir bilgisi olmasa bile kulaktan duyma bilgilerle benim herhangi bir durumda söylediğim şeye tepki gösterip “Hayır bu böyle olmaz bilmem bu kişi şuraya şu doktora gitmiş de o ona böyle demiş siz niye böyle demiyorsunuz o zaman sizin söylediğiniz şey yanlış hocam!” diyebiliyor. Biz hekimlerin söyledikleri şeyleri başkalarının dedikleri ile kıyaslıyor. Ona göre kendince karar veriyor.

**H16:** En çok anlatacağım şeyleri söylerken zorlanıyorum. Anlaşıp anlaşılmadığı konusunda tereddüt ettiğimden dolayı bu durumdan zorlanıyorum. Ayrıca hastaların kendi bildiklerini okuduğundan iletişimde fazlaca zorlanıyorum.

**H17:** Doktorluk bilgisi varmış gibi davranan hastalara yardımcı olmakta zorlanıyorum. Benim bilgilerimin doğruluğundan şüphe duyması işimi yapmama engel oluyor.

**H18:** En çok psikiyatrik rahatsızlığı olan takıntılı tiplerle konuşmakta zorlanıyorum. Anlatıyoruz, anlamıyorlar, çoğu zaman umursamıyorlar. Bazen saçmalayıp tehdit ediyorlar. Ve inanın anlatamıyoruz bu insanlara bir şeyleri. O an istediği olmayan bir çocuk gibi davranıyorlar. Siz de bilirsiniz ki böyle zamanlarda çocuklara bir şeyler anlatabilmek inanılmaz zor bir hal alıyor.

#### **Soru Analizi 4:**

Hekimlerin rahatsızlık duydukları, hastayla iletişimde zorlandıkları konuların başında hastanın şartlanmışlık durumu, farklı dil ve ağızların varlığı ve dolayısıyla anlama sorunu, antibiyotik problemi, “Sevkimi yap gideyim.” mantığı gibi konular dile

getirilmiştir. Bunun yanı sıra uyuşturucu bağımlısı olanlar, psikolojik sorunları olanlar veya her şeyi ben bilirim mantığında olan tiplerin de iletişim kurmada hekimleri çok zora soktuğu dile getirilmektedir. Hekimler örnekleri verilen tiplere karşı iletişim teknikleri geliştirdiklerini, ancak bazen bunun da yeterli gelmediğini söylemektedir.

Sonuç olarak; kişisel yöntemler kısmen sağlık iletişiminde başarı getiriyor gibi görünse de, sağlık iletişimi disiplininin uygulanmasına özen gösterilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

### **Soru 5: Yeni iletişim tekniklerinin yaygınlaşması hastalarla kurduğunuz iletişimde ne tür sonuçlar doğuruyor?**

**H1:** Öncelikle kamu spotları bizim için olumlu yönde sonuçlar verdi. Antibiyotik daha az isteniyor. Bütün hastaların bilgilerinin sistemde olması, istediğimiz zaman hastanın hastalıkta aldığı tedavilere, ilacı düzenli kullanmış mı ya da tekrar kontrole geldiğinde elde edilen verilere vs. ulaşmamız çok iyi bir şey. İşimizi fazlasıyla kolaylaştırıyor ve bilgileri doğru kaynaktan alıyoruz.

**H2:** Bu teknolojiler bana biraz saçma geliyor. Mesela whatsapp'tan ilaç yazmamızı istiyorlar. Yani bu mümkün değil. Muayene olmadan ilaç yazılması hem etik değil, hem de ne kadar güvenilir olabilir ki?

**H3:** Açıkçası sinirleniyorum. Hastalar internetten, forumlardan öğrendikleri yanlış bilgilerle bilgiçlik tasladıklarında sinirleniyorum ve odamdan çıkıyorum. Ben aile hekimliği uzmanıyım. Bu konuda bir bilgim var, yılların getirdiği bir tecrübem var. Hasta geliyor mesela affedersiniz liseyi bile bitirmemiş ordan burdan öğrendiği şeyleri onaylamamızı bekliyor. Bu durumda tabii ki normal bir iletişim sürecinin gerçekleşmesini bekleyemeyiz. Bu bizi zorlayan, olumsuz etkileyen bir durum. İşin tadı kaçıyor anlayacağınız bu şekilde.

**H4:** Ben buna “gücü paylaşmak” diyorum. Gücü paylaşmak denen yaklaşım tarzını ben esasen yıllar önceden hekimlik sanatında uyguluyordum. Bir terim olarak yıllar sonra yaygın olarak kullanılan yeni bir iletişim olması beni hem şaşırtmış hem de sevindirmiştir. Gücü paylaşmak hastanın hastalığını kendisiyle beraber nasıl çözümleneceğini tartışmak ve yol haritası çizmektir. Bunu yıllardır yapıyorum.

**H5:** Belli bir hastalığı araştırıp geliyorlar. Eğitimli insanlar bunu yapıyor genelde. Bu da hastalarla daha iyi anlaşmamıza yardımcı oluyor.

**H6:** Teknolojiyi kullanmaya başladıktan sonra özellikle genç hastalarımız yeni hastalıklar bulmaya başladılar. İnternetten veya prospektüsten okuyup geliyor, sonra da kendi bulduğu hastalığı onaylamamızı bekliyor. Bir nevi test ediliyorsunuz. Hasta hekimine güvenmeli. Hastaya plasebo da verseniz eğer arada güven varsa hasta iyileşir. Bu meslekte her şeyi biliyorum diye bir şey yok. Bir doktor her şeyi bilmez ve bunu da hastasına söylemeli. Bunu hasta bilirse, iletişimde bu seviyeyi atlıyorsunuz, yeni bir boyuta taşıyorsunuz iletişiminizi.

Kitle iletişimi bilgi kirliliğine sebep oluyor. Ortak semptomlar olabiliyor hastalıklarda. Ama hasta bilmiyor bunu. Bilmediği için de kendi kendine hastalığını teşhis ediyor, tahlil yapıyor. Size de sadece onaylamak kalıyor. Onaylamazsanız kötü doktor oluyorsunuz, onaylarsanız iyi. Hasta ilaç yazdırmaya geliyor mesela. Problemi söylemiyor. Özellikle yaşlı hastalar aynı ilacı yıllarca kullanıyor. Bu ilacı kullanmamasını söylediğimizde de dinlemiyor.

**H7:** O şekilde bir iletişim kurmuyoruz. Fakültedeyken hocamız derdi ki: “Hastayı görmek tedavinin %50 sini oluşturur.” Hastayı görmemiz gerekiyor. Öyle telefonda falan sormakla olmuyor. Mesela whatsapp’tan mesaj atıyorlar böyle böyle diye. Ben öyle mesaj üzerinden hastayı görmeden bir teşhiste bulunamam. Hastayı göreceksin. Hasta içeri girince bedensel özellikleri, beden dili, duruşu, önemli şeyler. Bunları bir araç vasıtası ile zaten direkt olarak göremezsin.

**H8:** Eskiden sağlık personeli aşı için evleri geziyordu. Ama şu an insanların iletişim bilgilerine rahatça ulaşabildiğimiz için hastaya telefonla veya mesaj ile ulaşma imkânımız var. Aşıya karşı olumsuz bir algı vardı, günümüzde birçok anne veya anne adayı çocuğu için araştırmalar yapıyor ve her duyduğuna inanmıyor. Artık insanlar daha bilinçli. Yanlış bilgiler de çok fazla, ama benim anlatmak istediğim insan tipi biraz daha işi kaynağından öğrenmeye çalışıyor. Teknoloji anneler için çocuklarına daha sağlıklı bir yaşam sağlayabilmek için bir bilgi kaynağı haline geldi.

**H9:** İnternetin faydası olduğu kadar zararları da var. Ben interneti yarım bilgi ile büyük cehalet olarak görüyorum. Çünkü hasta tahlil sonucunu falan istemiyor, kafasında bir şey kurguluyor ve ona göre bize geliyor.

**H10:** Sosyal medyadan ekliyorlar biz de bazen kabul ediyoruz ve buradan reçete isteyenler oluyor. Bunu yapamıyoruz elbette. Hasta doktorla yakın olunca probleminin daha rahat çözüleceğini düşünüyor. Yakın ilişki içinde olmak istiyor o yüzden böyle yaptıklarını düşünüyorum.

**H11:** Özellikle hasta buraya gelmeden internetten bakıyor. Böyle hastalarla konuşurken tıbbi terimleri daha rahat kullanıyoruz. Ama bilgiyi doğru vermek için ek bir çaba sarf ediyoruz. Bu hastalar bazen doktorun tedavisini kendi süzgecinden geçiriyor. Sosyal medyadan edindikleri bilgilerden dolayı hastaların kafası karışıyor. Bu da bize sıkıntı yaratıyor.

**H12:** Olumlu sonuçlar doğuruyor. Hastalar internetten araştırma yapıp olağan çözümler bulmanın yanında doktor tavsiyesini dikkate alınması konusundaki uyarılara da uyuyorlar. İnternetten araştırma yapan hastalarla anlaşmamız daha kolay oluyor.

**H13:** Biz ne söylersek hastalar internetten araştırıyor ya da daha öncesinde araştırıp geliyorlar. Anlatmamız biraz daha zorlaşabiliyor. Yanlış bilgi aldıklarında doğrusunu inandırmakta zorluk çekiyoruz.

**H14:** Hastalar medyada öğrendiği her şeyi doğru bilgi olarak algılıyor. İnsanlar medyatik haberleri tıbbi bilgi sayıyor. Bir de özellikle sabah programlarında doktorlar açıklama yapıyor, her gün farklı şeyleri anlatıyorlar. Bu zaten bambaşka bir konu.

Programı izleyen insan doktor söylüyor diye düşünerek hemen inanıyor; araştırmıyor, kendi hekimine sormuyor. Bize sorulmadığı için de biz hastanın tam olarak neye inandığını bile bilmiyoruz. Bilmediğimiz için çözüm de üretemiyoruz.

**H15:** Aslında bakarsak bizimle kurdukları iletişimde daha çok olumsuz anlamda sonuç doğuruyor. Çünkü bilindiği üzere iletişim araçları yanlış ya da doğru birçok bilgi içermektedir. Fakat bizim hastalar sanki orda ki her şey doğruymuş gibi hareket ediyorlar. Fakat öyle bir şey yok. Öğrendikleri şeylerden birçoğu aslında yalan dolanlarla kurulmuş bilgilerdir.

**H16:** Daha çok olumsuz sonuçlar doğuruyor diyebilirim. Çünkü kendisi birçok durumu internet ya da sosyal medya üzerinden yalan yanlış bilgiler ile okuyup bu bilgilerle karşımıza geçip bizim verdiğimiz cevaptan ötürü bir nevi bize karşı bir hal almış vaziyete geliyor. Bizlere siz bize birçok kişinin söylediğinden farklı şeyler söylüyorsunuz diyebiliyorlar. Bu durum da biz hekimler onların gözünde çok farklı bir doktor olabiliyoruz. Kendi söylediği şeyleri onaylamadığımız için tabi ki.

**H17:** Pozitif sonuçları olduğu gibi negatif sonuçları da oluyor. Pozitif sonuçlar artık insanlar rahatsızlıkları olduğu zaman erkenden bilgi sahibi oluyorlar. Negatif sonucu ise birçok yanlış bilgi edinmeleri. Bu ve buna benzer yanlış bilgiler işimizi yapmamıza engel oluyor.

**H18:** Yani tabi bu biraz da insanın teknolojiyi nasıl, ne amaçla kullandığına bağlı. Telefonu alırsın daha faydalı şeyler için kullanırsın faydasını görürsün, o senin için faydalıdır. Ama amaçsızca kullandığında doğal olarak o telefonun sana getirileri de olumsuz yönde olur. Günümüzde daha çok olumsuz yönde kullanıldığını düşünüyorum. Bizim çalışma alanımızla bağına gelince bu iş çok farklı boyutlarda, farklı şekillerde görülüyor. Hasta geliyor mesela. Kendi çevresinden birkaç kişiyle whatsapp grupları kurmuşlar mesela, herkes kendi kendine doktorculuk oynuyor. Ortada sağlıkla ilgili şeyler dönüyor ama sağlıkçı yok. Ve inanın hiç eğrisini doğrusunu bilmeden direkt olarak yöneliyorlar böyle şeylere. Tahlil, test falan bu insanlar için gereksiz şeyler. Bu sadece whatsapp için değil, diğer sosyal iletişim teknolojileri için de geçerli.

### **Soru Analizi 5:**

Hekimlerin çoğunlukla yeni iletişim teknolojilerinin getirilerinden memnun oldukları anlaşılmaktadır. Buna göre bilgiye ulaşmada yeni iletişim teknolojilerinin çok yararlı olduğu söylenebilir. Bazı hastaların iletişim teknolojilerini kötüye kullanmasının ise hasta hekim ilişkisini ve iletişimini olumsuz yönde etkilediği de görüşmelerden çıkan bir diğer sonuçtur. ‘Ben hekimden iyi bilirim.’ veya ‘Bir şey olmaz, şu ilacı yaz!’ şeklindeki yaklaşımların hekimleri olumsuz yönde aşırı etkilediği söylenebilir.

Kamu spotununun sağlık iletişimde çok etkin olduğu söylenebilir. Bu konuda bakanlığın da önyak olmasının gerekliliği hekimlerce belirtilmektedir.

**Soru 6: Hastanıza teşhisinizi ve tedavi sürecini aktarırken kullandığınız dil karşı tarafın teşhis ve tedavi sürecini anlamasında etkili oluyor mu? Neden?**

**H1:** %80 etkili oluyor. Ben mümkün olduğunca anlaşılır bir şekilde anlatmaya çalışıyorum. Hasta anlamadıysa tekrar tekrar anlatıyorum. Anlamadığı yerler olduğunu soruyorum.

**H2:** Yani tabii ki oluyor. O günkü ruh halimiz vs. iletişimi farklı etkiliyor. Bunun sonucunda doğal olarak bu durum hastaya da yansıyor. Sağlık çalışanı en azından güler yüz gösterse bile hasta rahat bir şekilde yaklaşıyor, güveniyor. Sıkıntısını daha rahat bir şekilde anlatıyor. Saklamıyor mesela. Açık açık söylüyor. Neticede işimize geliyor böyle olunca. İşimizi daha rahat yapıyoruz.

**H3:** Evet, etkili oluyor. Mesela bir KOAH hastasına nebülü nasıl kullanacağını göstermezseniz tedavi %5 oranda bile etkili olmaz. Anlattıktan sonra da iyice anladığından emin olmaya da çalışıyoruz tabii.

**H4:** Etkili oluyor. Çünkü hastanın hastalığını karşılıklı tartışarak birlikte çözüm yolu arıyorum ve bunu çok net bir dil ve yüz ifadesiyle anlatıyorum.

**H5:** Etkili oluyor. Sakin bir ses tonuyla empati kurarak konuştuğunuzda hastanın size olan güveni daha fazla oluyor. Hastayı daha sakin dinlemek hastaya kendini daha kıymetli hissettiriyor. Bu da olumlu sonuçlar doğuruyor.

**H6:** Halk dilinde kullanmaya çalışıyoruz. Ve birçok tıbbi terimi inanın unuttuk. Kullanılmayınca unutuluyor doğal olarak. Zaten kullansak da insanlar bu terimleri anlamayacaklar. Bu yüzden biz de onların anlayacağı şekilde konuşmaya çalışıyoruz.

Bazı faktörler iletişimi oldukça fazla etkiliyor. Az önce söylediğim gibi hastaya tıbbi terimleri söyleyemiyoruz, semptomları söyleyemiyoruz. Bazen yan etkileri bile söyleyemiyoruz. Semptomu söylüyoruz mesela. Bu hastaya yeni hastalık fikrini veriyor. İş iyice içinden çıkılmaz bir hal alıyor. O yüzden sınırlı bilgi veriyoruz. Bunu da yine hastanın iyiliği için yapıyoruz.

**H7:** Oldurmaya çalışıyoruz. Hastalar tıbbi terimleri bilmedikleri için anlatmak zor oluyor. Ama açıklamaya çalışıyoruz. Sonuçta işimizi yaparken karşımızdakinin anlaması işimizi yarı yarıya kolaylaştırmış olacak. Bu yüzden kullandığımız dil önemli, anlaşılır olmak durumundayız.

**H8:** Öncelikle terminolojiye uygun konuştuğum zaman karşı taraf birçok şeyi anlamıyor. Bu nedenden ötürü hastalar anlayabilsin diye daha basit bir dil kullanmak zorunda kalıyorum. Eğer bu şekilde basit bir dil kullanmazsam hasta ile anlaşmam çok zorlaşıyor. Tedavi süresi daha kolay anlaşabildiğimiz bir zaman dilimi. Teşhis süresinde birçok yabancı kelimeyi karşı tarafa uygun anlatabilmek için kendimce ayrı bir çaba içine giriyorum.

**H9:** Evet. Ben hikâyeleştiriyorum durumu. Somut örnek vermeye çalışıyorum. Benzetmeler yapıyorum. Hasta bizi anlamazsa iyileşmesi çok zor. Dilimizin ayarını iyi vermeliyiz.

**H10:** Onlar bize güveniyor. O güveni sağlayınca hasta için en iyi doktor oluyorsun. Daha doğal, günlük bir dil kullanıyoruz. İletişim bizim meslekte başarının yarısından fazlası. Latince vs. kullanamıyoruz. Hastanın anlayabileceği bir şekilde anlatmaya çalışıyoruz.

**H11:** Anlatıyoruz. Tarifini sistem üzerinden yapıyoruz. Hastaları elimizden geldiğince bilgilendiriyoruz. Anlıyorlar zaten. Genel olarak anlasalar da anlamayanlar da oluyor elbette.

**H12:** Bazı noktalarda sıkıntı yaşayabiliyoruz. Teşhis ve tedavi sürecini anlatırken yabancı kelimeleri de kullanma mecburiyetinde kalıyoruz ve hastalarda anlamakta zorlanabiliyor. Bunun yanında bazı kolaylıkları da yanında getiriyor. Hastalar yabancı kelimelerden dolayı daha dikkatli dinliyor ve anlamaya çalışıyor. Bu bizim içinde kolaylık sağlıyor.

**H13:** Oluyor. Güzel bir şekilde anlattıysan karşı taraf da anlıyor. Bazı hastalarda sen ne anlattıysan anlat, istediğin ilacı yaz bir gün iki gün kullanıp geri bırakıyor. Genelde ilaçları verdiklerimiz ilaç bitiminde bir daha kontrole gelmiyor. Ancak %10'luk kısım tekrar kontrole geliyor. Nasıl düzelmiş miyim, kan tahlili baktıralım tarzında hastalar geliyor bize.

**H14:** Oluyor tabi. Yani şimdi bizim burada teşhis olanaklarımız sınırlı zaten. Teşhisten daha çok yönlendirme şeklinde ikna edebilirsek çok daha başarılı olur. Burada zaten direkt teşhis koymalık durum olmuyor pek. Hastayı ikna edebilme becerisi önemli. Hastayı verilen tedaviye ikna edemeyince ilacı alıyor, tekrar 2 hafta sonra geliyor. "Bu ilaç artık." diyor, sana getiriyor.

**H15:** Aslında buna çok dikkat ediyorum acaba hastam tam dediklerimi anlayabilir mi, diye düşünüp ona göre söyleyeceklerimi söylüyorum. Ve bunlardan dolayı hastanın anlayabileceği dilde konuşmaya çalışıyorum. Bu hem benim için hem de hasta için bence gayet iyi oluyor.

**H16:** Yeterince yeterli olmuyor olsa da çoğu zamanlarda yettiği kadarı ile hastamızın anlayabileceği bir dil kullanmak için elimden geldiğince çabalıyorum. Her bu iki süreçte de daha çok hastamızın anlayabileceği bir dil kullanmaya özen gösteriyor onların anlayabileceği bir şekilde telaffuz ediyorum. Bu hem onlar için hem de bizim için daha iyi bir durum teşkil etmektedir.

**H17:** Bazen etkili oluyor bazen de zorlanıyorum. Çünkü hastalarla samimi konuştuğum vakit güven hissinden dolayı hasta anlattığımı tamamiyle anlamasa bile tedavi süresince elinden geleni yapmaya çalışıyor.

**H18:** Oluyor tabi. Hastayı terslerseniz, anlamadığı bir şeyi sorduğunda cevap veremezseniz hasta bir dahaki sefere pek gelmiyor, son gelişi o olabiliyor yani. Ve bu durumda verdiğimiz ilacı ne kadar kullanıyor ya da kullanıyor mu burasını da tam olarak bilemiyoruz.

### **Soru Analizi 6:**

Hekimlerin hemen hemen tümü kullandıkları dilin hastayla iletişim konusunda yeterli verimi sağladığı görüşündedir. Kimi hikayeleştirerek, kimi bilimsel açıklamalarla, kimi hasta ile empati kurarak sağlık iletişimini sağladığını, bu uygulamalarının teşhis ve tedavi sürecinde hastaya yararlı olabilme adına olumlu sonuçlar verdiğini belirtmektedirler.

Verilen yanıtlardan bilimsel bir iletişim kurma yönteminin tam olarak uygulanmadığı, ancak; hekim yaklaşımının ve tecrübenin de sağlık iletişimindeki rolünün büyük olduğu söylenebilir.

### **Soru 7: Hastalarla iletişiminiz yıllara göre değişti mi? Nasıl değişti?**

**H1:** Değişen bir şeyim yok. Mesleğe başladığımda da aynıydı şu anda da her şey aynı.

**H2:** Evet, tabi ki değişti. Eskiden hastaya bir şeyler anlatmaya çalışıyorduk. Şu an hastanın işini yapıp gönderiyoruz. Bu pek de sağlıklı bir iletişim olmuyor.

**H3:** Evet, değişti. Hastanın gösterdiği saygı şehir merkezleri ile periferde aynı değil. Hastaların sağlık merkezlerine ulaşması kolaylaştıkça bilgiçlik taslamaları ve saygısızca tavırları arttı. Mesleğimizin ilk yıllarındaki haz ve doyum hissimiz azaldı.

**H4:** Değişti. Yıllar geçtikçe daha da çok gerginleşiyorsunuz. Kabullenemesem de mesleki tükenmişlik sendromu denen şeyi artık anlayabiliyorum.

**H5:** Aslına bakarsanız değişimin esas nedeni benim tecrübe kazanmamdır. Çünkü mesleğe ilk başladığım yıllarda biraz çekingendim. Nedeni doğru mu yanlış mı yaptığım konusunda tereddütlerim oluyordu. Hastalarla iletişim konusunda tecrübe kazandıkça daha iyi bir iletişim sağlamaya başladığımı düşünüyorum. Hastalar ile konuşurken bana karşı bilgimin yeterli olduğu konusunda güvende olduklarımı düşündükleri zaman aramızda daha ılımlı iletişim olduğunu düşünüyorum.

**H6:** Değişti tabi. Ben birçok farklı pozisyonda çalıştım. Acil serviste, toplum sağlığı merkezlerinde, ilçe sağlık müdürlüğünde çalıştım. Tecrübe kazandım. Bu değişim, kazandığım tecrübenin doğal bir sonucu olarak oluştu.

Başlarda havalı oluyorsunuz. Normal bir insansınız. Ama zamanla özellikle de aile hekimiyseniz insanlar sizi asgari bir düzeyde görüyor. Siz de doğal olarak değişiyorsunuz, bu sürece uyum sağlamaya çalışıyorsunuz. Davranışlarınız, olaylar karşınızdaki bakış açınız oturuyor. Zamanla psikolojik olarak, sosyokültürel olarak bir bakış açısı kazanıyorsunuz. Nerede, ne yapmanız gerektiğini öğreniyorsunuz.

**H7:** Bence değişmedi. Her zaman doğru bildiğimi yaptım. Olması gerekenin de bu olduğuna inanıyorum.

**H8:** Mesleğimin ilk yılında daha heyecanlıydım. Bu heyecanım zamanla yerini sakinliğe bıraktı. İkisi de hasta ile iletişimimde pozitif bir iletişim kurmamı sağlıyor.



Değişmesinin nedenine gelecek olursak tecrübe diyebilirim. Kazandığım tecrübeler sayesinde hastalar ile daha sakin bir iletişim kurarak hastaların da sakin kalmasını sağlıyorum. Bunun sonucunda iletişimimiz daha pozitif oluyor.

**H9:** Çalıştığımız alanla ilgili birikimleriniz artıyor. Acil, sosyal hizmetler, huzur evi gibi farklı yerlerde çalıştım. Bunların hepsi bana ayrı bir tecrübe kazandırdı. Huzurevinde çalışmam sayesinde yaşlılarla iletişimim eskisine göre daha başarılı.

**H10:** Değişmeler oluyor tabii. Başta daha heyecanlı ve istekliydik. Yapım öyle olduğu için de insanlarla daha rahat yakınlık kurabiliyordum ama zamanla bu şekilde davranmamam gerektiğini öğrendim. Hastayla iletişimde arada bir sınır olması gerekiyor. Hasta geldiğinde mesela gerekli spesifik soruları sormaya çalışıyorum. Belirli şeylere odaklanmaya çalışıyoruz iletişimde sınır yoksa hasta uzun süre konuşabiliyor.

**H11:** Sözel ve görsel ileti çok değişmiyor. Ancak önceden söylediklerimiz daha etkiliydi. Şimdi o söylediklerimiz değer kaybettiği için hekimin önemi azalıyor. İletişimde de bazı sorunlar meydana gelebiliyor. Hasta ile iletişimimiz de böylece daha fazla zorlaşabiliyor.

**H12:** Pek değiştiğini söyleyemem ama ufak tefek değişikliklerde olmadı değil. İlk yıllarımda hata yapma konusunda korkularımdan dolayı hastalarla iletişimim şu ana göre daha zordu. Ama zamanla özgüvenim yerine geldikçe hastalarla olan iletişim kurma konusunda hemen hemen bütün zorlukları aştığımı düşünüyorum.

**H13:** Tabii, biraz daha tecrübe kazandıkça iletişim daha da iyileşiyor.

**H14:** Bizim değişmedi de hastaların bize karşı tavrı değişti. Ama bu durum iyileştirilebilir. Bu iyileştirme tıbbi manada bir iyileştirme değil, daha çok hastaya yönelik bir iyileştirme şeklinde olabilir. Aile hekimleri olarak bizler buraya gelen her hastayla zaten ilgileniyoruz, mümkün mertebe vereceğimiz bilgiyi açıklamaya çalışıyoruz. Bizim zaten bu noktada yapabileceğimiz pek bir şey olduğunu düşünmüyorum.

**H15:** Elbette değişti. Değişen yıllara göre bize gelen hastalarda da birçok değişim oldu. Daha çok bir şeylerden haberi olan, bilgisi olan hastalarımız olduğu için hasta ile kurulan iletişimde de bunların etkisi oluyor elbette.

**H16:** Hayır değişmedi. Hastaların tutumu değişiyor olsa dahi benim sergilediğim tutum ve iletişimimde bir değişiklik olmamıştır.

**H17:** Hayır. Hekimlikten önce de, mesleğimin ilk yıllarında da ve şu anda da insanlarla sürekli aynı şekilde iletişim içinde bulundum.

**H18:** Kısmen değişti. İlk zamanlarda tecrübesizlik de oluyor ve bu durumda bazen farkında olmadan kırıcı olabiliyordum. Tabii bunu hastayı kırmak istediğim için değil, karşımdaki insanın hasta olduğunu unuttuğum için yapıyordum. Bir birey hasta olduğunda sadece fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da etkileniyor bu hastalık halinden. Bunu unuttuyordum ve bu yüzden karşı tarafta biraz umursamaz ve

vicdansızmışım gibi bir izlenim oluşuyordu. Çok şükür bu durumu atlattım. Olumlu yönde değiştim.

### **Soru Analizi 7:**

Hekimlerin hastalarla iletişiminin olumlu veya olumsuz yönde değişimine bakıldığında; hekimler olumlu yönde, tecrübe kazanarak, değiştiği konusunda hemfikir olmuşlardır.

Verilen yanıtlara bakıldığında; tecrübe eksikliği durumunda hekimlerin biraz daha gergin olabileceği, tecrübenin, mesleki ve akademik eğitimlerin hekimlerin hastayı anlama ve hastalara yardımcı olabilmesi açısından önemli ölçüde ilerleme kaydettiklerini söylemek mümkündür.

### **Soru 8: Hasta-hekim ilişkisinde sağlıklı bir iletişim kurmak için mesleki tecrübenizi de göz önünde bulundurarak önerebileceğiniz yöntemler var mıdır?**

**H1:** Sivil toplum kuruluşlarının özellikle kanser hakkında halkı bilgilendirmek için programlar, konferanslar düzenlemesi gerekiyor. Daha çok göz önünde olduğu için billboardlara afişler asılabilir. Kamu spotları artırılabilir. En az 6 ay aralıklarla kontrol amaçlı otomatik olarak randevu verilebilir. Aksi takdirde bu süre 2 yıla kadar uzayabiliyor. Ya da hasta hiç gelmiyor kontrole.

**H2:** Hastanın gerçek hasta olması gerekiyor. Karşıdakini de gerçek hekim olarak görmesi lazım. Bu iletişim sürecinin iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Mesela eskiden en azından aşılardan bahsiliyorlardı. Artık aşılardan da yalan odu. Bizi sadece sekreter olarak görüyorlar. Hekim gözüyle bile bakmıyorlar. Önce bu bakış açısının değişmesi gerekiyor. Buranın birinci basamak sağlık kurumu olduğunu, en azından bir üst basamağa gitmek için önce buraya gelinmesi gerektiğini toplumun fark etmesi gerekiyor. Bu anlamda tabii ki sosyal medyada reklam olarak bu içerikte olan reklam, görsel, video, tanıtım filmi vs. olabilir. Kamu spotları birçok alanda etkili oluyor, bu anlamda da kullanılabilir. Mesela Tik Tok videoları yerine Youtube gibi çok kullanılan bir uygulamada bu konuda videolar paylaşılabilir ve bu daha etkili olabilir.

**H3:** Her hastanızı kendi aile ferdi gibi görürseniz ve geliş nedenini anlamaya çalışırsanız başarıya ulaşırsınız. Derdine derman olduğunuz birinin sonraki gelişinde size nasıl dualar ettiğini gördüğünüzde tüm yorgunluğunuz biter.

**H4:** Sürekli kendinizi yenilemelisiniz. Önce kişisel olarak sonra da mesleki anlamda kendinizi yenilemelisiniz. Her gün tıp konuları anlatan dergiler ve makalelere bakmanız gerekiyor. Çünkü kullanılmayan bilgi giderek azalıyor.

**H5:** Hasta ile konuştuğum zamanlarda daha önce aynı şikâyetleri bulunan hastaların tedavi sürecini anlatarak olumlu sonuçları örnek vererek hastaların rahatlamasını sağlamaya çalışıyorum. Bu yöntem sayesinde hastalar biz doktorlara karşı daha sıcak ve samimi bir şekilde şikâyetlerini açıklayabiliyorlar. Bu şekilde hastalar ile

ilgilenmemiz daha kolay olabiliyor ve hem bizlere hem de hastalara daha kolaylık sağlanıyor.

**H6:** Daha çok kişisel gelişimle alakalı. Çoğu zaman iş doktorda bitiyor. Hastanın durumunu bilmek gerekiyor. Hasta sizinle aynı şartlarda yaşamıyor, aynı şartlarda yetişmiyor. Hastayı farklı bir birey olarak görürsek, bu durumu normal bir durum olarak kabullenirsek iletişim süreci daha iyi ilerliyor.

Şimdilerde “piyasa hekimliği” dediğimiz bir “şey” çıktı. Hasta ne istiyorsa onu yapıyor, onu söylüyor. Enfeksiyon yoksa bile varmış gibi hastanın istediği antibiyotığı yazıyor mesela. Sonra bu doktor iyi doktor oluyor. Diğerleri kötü oluyor. Böyle bir şey yok! Böyle bir doktorluk olmaz, olamaz da.

Bize okulda ilk olarak öğretilen şey: “Önce zarar verme!”. Burada da antibiyotik vermemeye çalışıyoruz. Tabi tedavisinde varsa veriyoruz, o ayrı. Hasta antibiyotığın zararını bilmiyor. Bilmediği için de istiyor. Tabi son yıllarda kamu spotları bu konuda bayağı faydalı oldu. Kamu spotları daha da artırılabilir.

Hekimin yapması gereken bence hastaya yaklaşımını netleştirmek ve aradaki seviyeyi korumak. Arada bir saygı olmuyorsa hasta sizin sınırlarınızı zorlayabiliyor. Bunu zaten hissettiğinizde bunu hastaya söylersiniz ve noktayı koyarsınız.

**H7:** Hasta ile yüz yüze konuşmak lazım. Yarım doktor candan eder. Bu meslekte hata yapma şansın yok. Dikkatli olmak gerekiyor. Deneme yanılma olmaz. İyi bir anamnez almak lazım. Hastayı göreceksin.

**H8:** Hasta ile birebir konuşmak şart. Bunun yanında hekimin de kendini geliştirmesi gerekiyor. Hasta-hekim ilişkisi tüm ilişkilerde olduğu gibi çift taraflı bir süreç. Tüm sorumluluğu da hekime yüklememek gerekiyor. Biraz daha hasta odaklı çalışmalar yapılması gerektiğini düşünüyorum.

**H9:** Gerçekten önemsemek, güler yüzlü olmak, hastanın yüzüne bakmak. İnsanlar önemsenmek istiyor. Değerli olduğunu hissetmek istiyor. En basitinden hastanın yüzüne bakmak, hasta üzerinde çok daha iyi bir izlenim oluşturuyor. Bu sayede hasta bize güveniyor. Sorunlara bakış açımız duruma göre değişiyor. Hasta durumun ciddiyetinin farkında değilse uyarıyoruz. Bazen de sorunu küçümsüyoruz. Kayıp olanı değil de elinde var olanı görmesini söylüyoruz.

**H10:** Bey ve hanım olarak hitap etmek gerekiyor. Hasta gelince güler yüz göstermeli sert olmayan bir ses tonu kullanmalıyız. Buraya gelen bir birey hasta olduğu için geliyor. Hastanın keyfi değil mecbur kaldığı için geldiğini düşünüyorum bu yüzden onları kırmamaya çalışıyorum. Empati kurmaya çalışıyorum. Tedavide güven de önemli ona güven vermeye çalışıyorum.

**H11:** Hastaya fiziki muayene bu işin %90'ı. Hastanın şikâyetine göre muayene edilir. Hastayı önemsemek gerekiyor. Hastanın onu önemsedığımızı hissetmesi çok önemli. Hastayı dinlemek ve anlamak lazım.

**H12:** Özgüven. Özgüvenimiz yerinde olduğu zaman daha rahat ve net kararlar alınır. Bu yüzden özgüvenimiz oturduğunda hastalarla olan iletişimimizde daha kolay olmaktadır.

**H13:** Kamu spotlarının baya faydası oluyor. TV’de bazı şeyler yayınlanıyor veya billboardlara asılan afişlerin de faydası oluyor. İnternet sitelerine sınır konulması bana daha uygun geliyor çünkü orda her şey doğru değil ve okuyanların anladıkları ile bizim bildiklerimiz aynı şeyler değil. Doğrusunu anlatmakta sorun zorlanıyoruz.

**H14:** Bu, hekimliği sevme ile ilgili bir şey. Öğretmen de mesleğini sevmediği zaman dersi tam anlatamaz. Önce insanı seveceksin. Hekimlik tamamen sevme üzerine kuruludur. Bu yüzden de hekimlik meslekten ziyade sosyal bir iletişim becerisidir. Çünkü diğer mesleklerde yapacağın şeyler bellidir, belli kategoriler halinde olur. Ama hekimlikte kategori yoktur. Karşına kimin geleceğini bilemezsin. O yüzden sosyal iletişim daha önemli.

Yapılması gereken şeyleri düşününce sosyal medya veya konferanslar aracılığıyla hastanın bilinçlendirilmesi gerekiyor. Hekim zaten bilinçli. Başka türlü bir yöntemle hasta ve hekim arasındaki iletişim sorununu çözmek mümkün değil. Hasta zaten bu noktada hekimden daha çok medyayı takip ediyor ve gerçekten medyadaki şeyleri iyi algılıyor. Bu yüzden medya tarafından halka yansıtılan bilgilerinin güvenilirliği kontrol edilmeli.

**H15:** Elbette vardır. Karşıdaki kişiyi anlayarak konuya bakarsak daha rahat hem de daha da kolay sorunlarını çözmüş oluruz. Böylece hem hasta yorulmamış olur hem de biz hekimler daha rahat bir şekilde işimizi yapmış oluruz. Yani kısaca hekim ve hasta birbirini anlayarak hareket ederlerse karşılıklı olarak işi kolay yönden halletmiş olurlar diye düşünüyorum.

**H16:** Yönteme gerek yok. Sadece her iki tarafında anlaşabileceği bir iletişim olması yeterli. Tabi bu iletişimde ortak anlaşabilecekleri bir dilin kullanımı söz konusu olmalıdır.

**H17:** Tek söyleyeceğim şey samimiyet ve karşı tarafa güven hissi vermeye özen gösterilmeli.

**H18:** Bence hekim hasta ilişkisinde sadece hekim değil, hasta odaklı da değişiklikler yapılmalı. Doktora şiddet haberlerini duyuyoruz mesela. Yani biz daha çok duyuyoruz bu sektörün içinde olduğumuz için. Diğer insanların böyle haberleri öğrenebilme imkânları biraz daha medyanın elindedir. Medya ne isterse o oluyor. Genelde cinayet ya da direkt olarak bir saldırı olursa insanlar duyuyor doktora şiddet haberlerini. Bence bu konu üzerine düşülmesi gerekiyor. Yani ne değişti de hekime saygı duyan bir toplumdansa ona şiddet uygulayan ve hatta onu öldüren bir toplum meydana geldi. Bunun ana kaynağına inmek gerekiyor. Burada yine işin büyük kısmı medyaya, kitle iletişim araçlarına düşüyor.

Sağlık Bakanlığı bu konuyla ilgili daha fazla kamu spotu yapabilir, kısa film yarışmaları düzenleyebilir. Sokaklarda, parklarda dikkat çekici tiyatrolar yapılabilir. Bu

sayede daha fazla insana hitap edilmiş olur ve belki de bu şekilde çözüm yolu bulunur ve sorun çözülebilir.

### **Soru Analizi 8:**

Hasta hekim ilişkilerinde sağlıklı bir iletişim kurmak için hekimlere yönelttiğimiz sorulara aldığımız yanıtlar sonucunda;

- Bakanlığın ve STK'ların çeşitli seminerler, kısa filmler, tiyatrolar ve benzeri çalışmalarla kamu spotu oluşturmasının,
- Hastaların kontrole gelmesinin sağlanmasının,
- Tik Tok ve You Tube benzeri siteler aracılığı ile halkın bilinçlendirilmesinin,
- Hekimlerin de sürekli kendilerini yenilemelerinin gerekliliğinin,
- Medyanın hekimlik mesleği ile ve sağlık iletişimi ile ilgili eğitici programlar yapmasının ve hekimleri karalayıcı yayınlardan kaçınmalarının gerekliliğinin,
- Genel olarak bu bahsettiğimiz tüm çözüm önerilerinin bakanlık eliyle yürütülmesi veya desteklenmesinin,

Gerekliliği sonuçlarının ortaya çıktığını söylemek mümkündür.

#### 4. SONUÇ

Yapılan araştırmada elde edilen analiz sonuçlarına göre; aile hekimleri aile hekimliğine başvuran kişilerin bu kurumlardaki sağlık çalışanlarını uzmanlık alanlarında yetersiz gördüklerini ve aile hekimliği merkezlerinin bina ve teknik ekipman konusunda da eksiklikler taşıması sebebiyle aile hekiminden talebi var olanın da olmayanın da aile hekimliğine olumsuz baktığını belirtmişlerdir. Konu ile ilgili bakanlığın ivedilikle çalışma yapmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu durumun aile hekimlerinin sağlık iletişimi alanında Őikyeti olduğu konuların başında geldiği söylenebilir.

Aile hekimleri, ASM'lere başvuran hastaların birçoğunun tedavi amacından ziyade reçete yazdırmak için başvurduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca aile hekimlerinin normal doktor statüsünde görülmediği ve çoğu zaman önerilerine itibar edilmediğini ifade etmişlerdir. Aile hekimleri medyanın kullanım amacına göre çok ciddi boyutlarda olumlu veya olumsuz etkileri olduğunu da ilave etmişlerdir. Bu örneklere bakılınca da yine hasta hekim ilişkilerinde hekim gözüyle farklı açıdan bir iletişim sorununun varlığına işaret edildiği söylenebilir.

Hekimler sağlık iletişimi alanında özellikle kamu spotlarının olumlu sonuçlar doğurduğunu ve arttırılması gerektiğini belirtmişler ve bu duruma en bilinen örnek olarak da antibiyotik örneğini vermişlerdir.

Ayrıca hekimler, eğitim seviyesindeki artışla birlikte bireylerin sosyal hayatın içerisinde daha aktif yer alarak ve medyanın da etkisiyle sorunları daha iyi bir Şekilde gözlemlediklerini düşünerek birçok alanda olduğu gibi aile hekimliği sistemindeki eksiklikleri de görebildikleri düşüncesiyle hekimlere aşırı derecede müdahalede bulduklarını belirtmişlerdir. Bu durum sonucunda eğitimi kişiler bilgiye kendileri ulaşmak istemişler, dolayısıyla da aile hekimlerinin inandırıcılığının bundan olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Bu nedenle, sağlıkta dönüşüm programının en önemli sacayaklarından biri olan aile hekimliği sisteminde uygulamada yaşanılan aksaklıklardan dolayı halkın memnuniyet leğinin düşük seviyede olduğu söylenebilir.

Araştırmada hekimlerle yapılan görüşmeler sonucunda elde ettiğimiz sonuçlara bakarak bazı aksaklıkların sebepleri şöyle sıralanabilir:

- Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan personelin sayısı yetersizdir.

- Hükümetin AHM uygulamasına oldukça yetersiz bir aile hekimi uzmanı sayısı ile başlamış olduğu bilinen bir gerçektir.

- Hekim sayısının az oluşundan dolayı etkili, kaliteli, verimli ve hastaların beklentilerine cevap verecek bir birinci basamak sağlık hizmeti üretebilmeleri çok da mümkün görülmemektedir.

- Öncelikle bu alanda görev, yetki ve sorumlulukların tanımının net olarak yapılması gereklidir. Aile Hekimliği sisteminde yardımcı eleman olarak çalışanların mevzuatta aile sağlığı çalışanı olarak gözüktüğü bilinmektedir. Mevcut durumda aile sağlığı çalışanı kapsamında ebe, hemşire veya sağlık memurları bulunmaktadır. Sistemdeki bu belirsizlik sonucu halkın sağlıklı bir hizmet alabilmesi zorlaşmaktadır.

- Türkiye'de Aile Hekimliği Merkezi kapsamında kırsala hizmet götürebilmek amacıyla kurulan gezici sağlık hizmetlerine alışma konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Çünkü aile hekimliğinin gezici sağlık hizmetleri, mevcut durumdaki ASM çalışanlarının iş yüklerinin çok fazla oluşundan dolayı aksayabilmekte, bu yüzden bu hizmetler yeterince etkili ve verimli olamamaktadır.

- Sevk sisteminde de yine aksaklıklar olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan aksaklıklardan dolayı sevk işlemi sağlıklı bir şekilde yürütülememektedir.

- Üniversitelerin eğitim müfredatları aile hekimleri dikkate alınarak hazırlanmadığından dolayı; sahada hizmet veren aile hekimleri donanım yönünden yetersiz kalmakta ve bu anlamda aksaklıklar yaşanmaktadır. Hükümet, aile hekimliği uygulamalarında eğer başarılı olmayı istiyorsa; belirtilen eksiklikleri giderecek ve aksaklıkları çözecek radikal ve kalıcı kararlar alması gereklidir.

Buraya kadar geldiğimiz noktadan hareketle; aile hekimliği sisteminin istenen başarıyı elde etmesi için yapılacak uygulamaların öncelikle toplum tarafından kabul edilmesi gerekmektedir denilebilir. Aile hekimlerinin mevcut duruma nazaran toplumla

daha fazla iç içe olması gerekmektedir. Bakanlığın sağlık iletişimi eğitimleri amaçlı aile hekimliği sistemi kapsamında okullara düzenlenen programları arttırmasının gerekliliği söylenebilir. Düzenli olarak aile hekimleri ile öğretmenler, öğrenciler, çocuklar, yaşlılar, anne-babalar bir araya getirilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta hekim ilişkisi açısından sağlık iletişimi konusunda aile hekimlerinin aktif rol aldığı projeler yapılabilir.

Aile hekimleri ile vatandaşları bir araya getirecek olan projelerin yaygınlaştırılması kapsamında birçok çalışma yapılabilir. Tüm iletişim teknolojileri bu konuda seferber edilebilir. Sağlık hizmetlerinin sosyal içeriklerle halka sunulması cezbedici ve dikkat çekici olduğundan, aile hekimleri aracılığıyla yapılması da hasta ile aile hekimini yakınlaştırıcı ve aile hekimliğinin asli görevinin ne olduğu hususunda bireylerin daha bilinçli olmasına ve hekimlere daha saygılı yaklaşmasına da faydalı olacağı söylenebilir. Böylece de sağlık iletişiminin ulaşmak istediği amaca daha da yaklaşabileceği söylenebilir.

Kamu spotu etkisi inkâr edilemeyecek derecede çok önemlidir. Sağlık toplumun tüm bireylerince önemsenmesinin bakanlık düzeyindeki projeler, tiyatrolar, filmlerle vb. sağlanması bu konuda atılabilecek büyük adımlardır. Bu konuda da yine bakanlığın yanı sıra STK'ların da sağlık iletişimi konusunda çalışmalarının olmasının önemi üzerinde durulabilir.



## KAYNAKÇA

- Aba G. (2009), “İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi”, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Antalya, 2009.
- Akdur R. (1923), Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık Politikaları, Rona Z. Bilanço, 1998, s.10-12.
- Akman M. (2014), Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, Türk Aile Hekimleri Dergisi, 18(2), s.70-78.
- Aksakoğlu, G. (2008) Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü, Memleket Siyasi Yönetim Dergisi, 8, 7-62.
- Aktaş E.Ö., Çakır G. (2012), Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması, Ege Tıp Dergisi, 51(1), s.21-29.
- Alemdar K., Erdoğan İ. (1990), İletişim ve Toplum, Ankara, Bilgi Yayınevi.
- Algın K., Şahin İ., Top M. (2004), Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3), 249-273.
- Arslan A. (2004), Medyanın Birey, Toplum ve Kültür Üzerine Etkileri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1 (1)
- Aydın E. (2002), Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 31(3), s.187-191.
- Aziz A. (2010), İletişime Giriş, İstanbul, Hiperlink Yayınları
- Babrow, S.A., Mattson, M., Theorizing About Health Communication, In, T.L, Thompson
- A, Dorsey K.I Miller, R Parrot (Eds.), (2003), Handbook Of Health Communication, (SS.25-61) NJ:Lawrance Earl Baum Associates
- Balcı, A. (2005), Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yapılandırılması, Nobel, Ankara, s.6.
- Baran A.G. (1997), İletişim Sosyolojisi, Afşaroğlu, Matbaası s.55-59
- Barret & Braham(1995), Media, Knowledge and Power, London:Routledge

- Başak O., Saatçi E., Ceyhun G. (2005), Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi, Türk Aile Hekimleri Dergisi, 9(4), s.174-182.
- Bulduklu Y. (2010), Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyici Üzerine Ampirik Bir Çalışma, Doktora Tezi, Konya.
- Bulduklu Y., Koçak A. (2013), Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları, Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 6(3), s.5-17.
- Cılızoğlu G. Y., (2011), Kitle İletişim Araçlarında Yer Alan Kurgusal Sosyal Mesajlar: Televizyon Dizilerinde Kitleselleştiren Değerlere Yönelik Bir Analiz, Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 6(4).
- Çavmak Ş., Çavmak D. (2017), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programları, Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(1), 48-57.
- Çınarlı İ. (2008), Ankara, Nobel Yayınları.
- Ecevit F. (2006), Genel İletişim, Kitle İletişimi ve İletişim Toplumu, Ed: Uğur Demiray, Ankara, Pegem A Yayıncılık,101.
- Fredericks E, (2014)Short Report: How Family Physicians Can Support Discussions About Menstrual Issues.Canadian Family Physician 60(3): 194-196
- Gordon T ve Edvard W.S., (1995), Doktor Hasta İşbirliği, (Çev.: E. AKSAY), İstanbul: Sistem Yayıncılık..
- Gökçe O. (2010), İletişim Bilimine Giriş, Konya, Dizgi Ofset.
- Gülner B., Balcı Ş. (2011), Yeni Medya ve Kültürleşen Toplum, Konya, Literatür Yayınları, 112.
- Güngör N. (2011), İletişime Giriş, Ankara, Siyasal Kitabevi, 30-204.
- Gürsoy A. (Temmuz 2001), “Sağlık ve Sosyal Antropoloji: Çocuk Sağlığının Kültürel Boyutları”, Toplumbilim Dergisi (Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı), S:13, p.11.
- Henzel, Z. O., (2009), Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Adana: Dissertation Paper.
- Ilgaz B. C. (2012), Kitle İletişim Araçları ve Toplumsal Yaşam, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. (<http://dergipark.org.tr/iuifd/issue/22868/244243>)

- İlgün G., Şahin B. (2016), Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerin İncelenmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2): 115-130.
- İnuğur M.N. (1992), Basın ve Yayın Tarihi, İstanbul, Der Yayınları,122-126.
- Kağıtçıbaşı Ç. (1988), İnsan ve İnsanlar, İstanbul, Evrim Basın Yayın.
- Kağıtçıbaşı Ç. (2008), İnsan ve İnsanlar, Evrim Yayınevi, İstanbul, 32.
- Kahn Robert L. (1983), The Dynamics of Interviewing, Robert E Krieger. Publishing Company, Florida.
- Kanavos P., Tatar,M., (2006), Health Care Reform in Turkey. Eurohealth, 12(1):20-2.
- Lasswell, H. (1948), The Structure and Functions of Communication. In Society. In:W. Schramm, (1960) (Ed.) Mass Communication, Urbana: University os Illionis Press, S. 117-130
- Mc Bride S. (1993), Bir Çok Ses Bir Dünya, İletişim ve Toplum Bugün ve Yarın, Unesco Milli Komisyonu, Ankara.
- McWhinneyI. R. And FreemanT. (2009) Textbook of Family Medicine. Oxford University Prerss, United Kingdom.
- Okay A. (2012),Sağlık İletişimi, İstanbul, Derin Yayınları.
- Özkök T. (1985),İletişim Kurumları Açısından Kitlelerin Çözülüşü, Tan Düşünme, 1.Baskı
- Öcek Z., Soyer A. (2007), Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Özensel E. ve Koçak A. (2004), Hekimler ve Hekimlik, Konya: Çizgi Kitabevi.
- Özkaya M. B. (2016), Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Tanımı ve Tarihçesi Ders Notu, KTÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Rogers Everett M. (1994), The Field of Health Communication Today, American Behavioral Scientist, Vol: 38, No: 2, November 1994, California, Sage Publications Inc. 208-214
- Rosengren K.E. (1983), “Communication Research: One Paradigm, or Four?”. Journal of .Summer.Pp.:185-207.
- Şanjarhan B. (2001), Semantik Üçgen Etrafındaki Düşünceler, Çev: Emine Atmaca, Turkish Studies-International Periodacial For The Languages And History Of Turkisch Or Turkic, 6(4), ss:(367-372)

- Savaş G. (2004), Kitle İletişim Araçlarına Eleştirel Bir Yaklaşım, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi (Journal of Human Sciences),1(1).
- Severin, W.J. ve J.W. Tankard Jr. (1992), Communication Theories: Origins, Methods, and Uses in The Mass Media. Third Ed.N.Y: Longman, 208.
- Sonaika S.A. (1996), “ İletişim ve Üçüncü Dünyanın Kalkınması: Çıkmaz Bir Sokak Mı?”. İletişim. Çeviren: Haluk Selman. Sayı:1.(7-29).
- Songar A. (1991), Siberetik, İstanbul, Yeni Asya Yayınları, s.3
- Starfield B., Lemke K.W., Bernhardt T., Foldes S.S., Forrest C. B. and Weiner J.P. (2003) Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in ‘Case’ Management. The Annals of Family Medicine 1(1): 8-14.
- Tatar M, Kanavos P. (2006), Health Care Reform in Turkey. Eurohealth:12(1):20-2
- Tabak Ruhi S. (2006), Sağlık İletişimi, İstanbul, Literatür Yayıncılık.
- Tezcan M. (1988), Eğitim Sosyolojisi, Beta Basım Yayım.
- Tıgılı M. ve Günüaydın H. (Ocak 2002), “Sosyal Pazarlama Çerçevesinde Türkiye’deki AIDS’le Mücadele Konulu Reklamların İçerik Analizi”, Öneri Dergisi, C.5, S.17, p.93.
- Thomas, K.T. (2006), Health Communication, New York:Springer Science+ Business Media Inc.,p.3
- Wallack L. (1996), “Media Advocacy: A Strategy for Empowering People and Communities”, Health Promotion: An Anthology, USA: Pan American Health Organization Scientific Publication, No:557, p.269.
- WONCA (World Organization of Family Doctors), (2011), The European Definition of General Practice/Family Medicine. WHO Europe Office, Spain.
- Yaylagül L. (2017), Kitle İletişim Kuramları, Ankara, Dipnot Yayınları.
- Yıldırım H. (2011), Sağlık Siyaset Makaleleri, Ankara.
- Yılmaz M. B. (2018), Doktorum Medya, Konya, Literatür Yayıncılık
- Yurdakul K., Artar D. (2003), Siberetik NLP ve Uzlaşma, Kariyer Yayıncılık, İstanbul, s.57.

## İNTERNET KAYNAKLARI

<http://saglikkutuphanesi.com/> (erişim tarihi 03.03.2019 )

<https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,34674/turkiyede-aile-hekimligi.html/>  
(erişim tarihi 19.05.2019)

[www.absağlık.com/](http://www.absağlık.com/) (erişim tarihi 11.05.2019)

[www.iletisim.nedir.org/](http://www.iletisim.nedir.org/) (erişim tarihi 08.03.2019)

[www.ailehekimligi.org/](http://www.ailehekimligi.org/) (erişim tarihi 14.04.2019)

[www.ege-edebi-yat.org/docs/semiotics.docs/](http://www.ege-edebi-yat.org/docs/semiotics.docs/) (erişim tarihi 25.05.2019)

[https://www.academia.edu/12048194/Sağlik\\_iletisimi/](https://www.academia.edu/12048194/Sağlik_iletisimi/) (erişim tarihi 28.04.2019)

<https://www.fikriyat.com/galeri/yasam/dunya-uzerindeki-iliginc-beslenme-aliskanliklari/>  
(erişim tarihi 11.04.2019)

<https://www.tahud.org.tr/page/aile-hekimligi-nedir/> (erişim tarihi 21.04.2019)

[http://www.prndergi.web.tr/index.php?cat=mag\\_contents&PID\\_sel=94/](http://www.prndergi.web.tr/index.php?cat=mag_contents&PID_sel=94/)  
(erişim tarihi 08.05.2019)