

ARAŞTIRMA MAKALESİ



Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi

The Journal of International Social Sciences

Cilt: 30, Sayı: 1, Sayfa: 357-371, OCAK – 2020

Makale Gönderme Tarihi: 11.11.2019 **Kabul Tarihi:** 10.01.2020

MALATYA'DA YER ALAN AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZLERİNDE SAĞLIK İLETİŞİMİ UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR ÇALIŞMA¹

A Study on Health Communication Practices at Family Medicine Centers in Malatya

Mehmet Barış YILMAZ²

Mustafa ŞİRECİ³

ÖZ

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 Merkezleri'nde hizmet kalitesini ve hasta-hekim-ölgüven üçgenini tamamlayan, bu bağlamda önemli bir unsur olarak karşımıza çıkan sağlık iletişiminin sorunlarını incelemektir. Yapılan araştırmada aile hekimliği modelinin başarısı ve hekim-hasta iletişimi 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

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 with in the frame of health communication. Communication in health is more efficient in family medicine compared with others as family doctors spare more time perpatient and firts 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 Centerssserving 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 leve lwas low due to some impediments during the practice and the acceptance of the model of family practice by the public was low.

Keywords: Communication, HealthCommunication, FamilyMedicine

¹ İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Bilimleri Ana Bilim Dalı'nda Hazırlanan Yüksek Lisans Tezi'nin Özetidir.

² Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi İletişim Fakültesi,

e-mail: baris.yilmaz@inonu.edu.tr , **ORCID :** <https://orcid.org/0000-0003-0928-2481>

³ İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Mezunı,

e-mail: sireci6644@gmail.com , **ORCID :** <https://orcid.org/0000-0003-4858-2938>

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 ve habitat döngüsünde canlılar için iletişime olmaktadır. İletişim, bütün kuramlarıyla bireyde başlayıp kitlesel yol gösterici olarak devam eder. Ayrıca bireylerin kişisel 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 Birinci 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 gelişme 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 yapılmaya çalışılmıştır. 2005 yılında pilot uygulama olarak aile hekimliği sistemi Düzce’de uygulanmaya başlanmış ve 2011’de ülke genelinde aile hekimliği sistemine geçilmiştir.

Sağlık iletişimi çerçevesinde yapılan bu çalışmada hastaların aile hekimliği sistemine bakış açısı, aile hekimleri ile yüz yüze (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 Aile Sağlığı Merkezleri (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.

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 geçişken hale gelmiş durumdadır. Bunun sonucu olarak da sağlık bilimcileri ve sosyal bilimciler birbirleriyle daha fazla etkileşim içinde olmaya başlamışlardır (Gürsoy, 2001:11). Bu etkileşimlerin sonucu olarak da sağlık iletişimi disiplini ortaya çıkmıştır.

Wilbur Schramm, “İnsan topluluğu ve davranışları ile ilgili her bilim dalının iletişim ile ilgilenmesi zordur.” der. Sağlık iletişimi de iletişimin 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 (1994: 208-209). Sağlık iletişimi toplumsal geçmiş, sosyokültürel yapı gibi daha birçok etkenle değişim ve gelişim sürecindedir. Güdülenme olgusu da bu bağlamda bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen unsurların başında gelir.

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 özellikle olmalıdır, çünkü bu tür motivasyonları oluşturan negatif çekiciler pozitiflere göre daha fazla ve daha etkileyicidir. Bu durumun kontrol altında tutulmaması geri dönüşü oldukça zor bir hal alabilir. Kitle iletişim araçları bu noktada geniş insan topluluklarına hitap ettiği için sağlık iletişiminde istenilen sonucu elde etmek açısından önem göstermektedir (Aba, 2009: 85). Kitle iletişim araçlarının sağlık iletişimindeki rolü söz konusu araçların tek bir mesajı aynı anda çok geniş bir kitleye ulaştırabilme yeteneğiyle ilgilidir. Bununla birlikte tek başına bütün problemleri çözmesi beklenemez, zira hekim-hasta iletişimi olmadan sadece kitle iletişiminin başarıya ulaşması beklenemez.

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). Tüm iletişim türlerinin içerisinde yüz yüze iletişim ikna edicilik seviyesi açısından bireye yönelik etkisi en yüksek olan iletişimdir. Sağlık iletişiminde bu süreç hekim-hasta iletişimiyle sağlanabilmektedir.

Bireyin sağlığa olan eğilimi, endişesi ve korkuları dolayısıyla oluşan farklılıklar, doktoru ile kurduğu iletişimde değişkenlik gösterir. 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 patolojik durumlarda bu faktör 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 Edwards, 1995: 8). Dolayısıyla hekimin hasta üzerinde kurduğu güven duygusu aynı zamanda sağlık iletişiminin de başarısına direk etki edecektir.

Muayene ve tedavi sürecinde güven duygusunu inşa ederken hekime 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). Aksi takdirde hekim ve hasta arasında istenen düzeyde iletişim sürecinin sağlanması çok da mümkün olmayacaktır.

1.1 Sağlık İletişim Düzeyleri

“Sağlık iletişiminin düzeyleri kendi işleyiş ve akış sistematığına 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 oluşa gelen 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 (2006:3); Kreps, sağlık iletişiminin düzeylerini kişinin kendi zihninde oluşan (intrapersonal), kişilerarası, grup, kurumsal iletişim sorgusu şeklinde sıralamaktadır (2003:355). Dolayısıyla sağlık iletişimi iletişimin bir türü olarak karşımıza çıkar ve toplumsal iletişim düzeyleriyle de yakından ilişkilidir.

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 (2006:3). Yapılan bu araştırma ile de sorunlara çözümler üretilebilir.

Barnes, müşteri odaklı olarak ele aldığı sağlık iletişimi modelini yedi aşama şeklinde açıklamıştır: (Barnes’tan aktaran Okay, 2012:69-71).

- 1- Sorunu tanımlamak ve tarif etmek,
- 2- Hedef kitle ile alakalı bilgileri toplamak,
- 3- Stratejilerin saptanması,
- 4- Mesaj oluşturmak,
- 5- Ortam seçimi,
- 6- Uygun iletişim kanalının tespiti,
- 7- Uygun yöntem seçimi.

Müşteri odaklı sağlık iletişiminin yanı sıra sağlık eğitimi de bireysel ve toplumsal düzeyde sürece son derece önemli katkılar sağlayabilir. Sağlık iletişimi, sağlık eğitimi ve sağlığın korunması amacıyla farklı düzeylerde yol göstericidir. 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). Grup dinamikleri gözetilerek doğru bir sistemle oluşturulan bu yapılar, bireylerin kendilerini daha rahat ifade edebilmelerine olanak sağlayabilir.

-*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). Bu noktadan hareketle kitle iletişiminin sağlık iletişimine yönelik bilgilendirici ve kamu oyunu etkileyici boyutu önem arz etmektedir.

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.

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 olduğunu bilincinde olan hekimdir (İlgün, Şahin, 2016:118). Söz konusu tanımlamanın uygulamada doğru bir şekilde kendisini gösterebilmesi için hekimin hasta ve hasta yakınlarıyla kuracağı doğru iletişim yöntemi önemini bir kez daha göstermektedir.

Çağdaş aile hekimliği, entegre sağlık anlayışından kaynaklanmaktadır(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 yeterli zaman ayrılmasını sağlamış olacaktır (Starfield vd. ,2003:8-14). Dolayısıyla doğru zaman yönetimi açısından kurulacak iletişim boyutu bir kez daha hekim ve hasta açısından önemini ortaya koymaktadır.

Aile hekimliğinin disiplinler arası 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 bütüncüleştirici, 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 kuruluşlarının 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. Böylece yukarıda bahsedilen amaçların doğru bir şekilde gerçekleştirilmesi sağlanabilir.

Aile hekimliği, disiplinler içeriğinin birçoğunu diğer klinik dallarla paylaşmaktadır. Bu bilgi paylaşımının yanı sıra ek olarak aile dinamikleri, kişiler arası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi alanlarla da ilişkilidir. 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). Böylece doğru yönetilen bir sağlık iletişimi süreci sadece hekim-hasta ilişkisini üst seviyeye taşımaz aynı zamanda maliyet, zaman ve performans artırıcı bir rol de üstlenmiş olur. Bu noktadan hareketle sağlık iletişiminin bir diğer boyutu olan koruyucu sağlık hekimliğine de değinmekte fayda vardır.

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). Tüm bu koruyucu sağlık uygulamaları temelde iletişim unsurunun doğru kullanılmasıyla başarıya ulaşacaktır.

2.1. 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). 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.

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 ödemelerde 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).

Kringos ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci basamağın politik, ekonomik ve kültürel özelliklerine göre gücünü incelemişlerdir (Kringos'tan aktaran 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:

Çalışmada, genelde hekimlerin ve özelde aile hekimlerinin sağlık iletişimi konusundaki eksikleri, hasta-hekim ilişkilerindeki aksaklıklar ve aile hekimlerinin bu konuya yaklaşım tarzlarının olumlu veya olumsuz yönlerini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Sağlık iletişimi sürecinin hekim-hasta iletişimi açısından önemini ortaya konulması çalışmanın temel amaçlarından bir tanesidir. Bu doğrultuda aile hekimlerinin mesleki tecrübe ve deneyimlerinden yola çıkarak sık karşılaştıkları iletişim sorunları ve çözüm önerileri sonuç ve öneriler bölümünde ele alınacaktır. Çalışmanın amacına uygun hipotezler şu şekilde sıralanabilir:

Hekimlerin lisans eğitimleri sırasında sağlık iletişimi dersi almamaları mesleki hayatlarında hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişime olumsuz yansımaktadır.

ASM'lerdeki teknik ve fiziki altyapılar yetersizlikleri sağlık iletişimini olumsuz etkileyen faktörlerdendir.

Doktorların mesleki tecrübeleri sağlık iletişimi noktasında oldukça etkilidir.

Sağlık iletişimi eğitimlerinin yaygınlaşması hekim hasta ilişkilerini güçlendirici bir unsurdur.

Mevcut aile hekimliği uygulamalarında ki belirsizlikler sağlık iletişimini olumsuz etkileyen bir durumdur.

Hastaların hekimlere yönelik güven eksikliği sağlık iletişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hekim ve hastalar arasındaki sosyo-demografik farklılıklar ve kullanılan dil sağlık iletişimine olumsuz yansımaktadır.

3.3 Yöntem ve Kapsam:

Bu çalışmanın kuramsal kısmında literatür taraması yapılmış, uygulama kısmında ise Malatya'daki Aile Hekimleri ile nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan bilgi toplama tekniklerinden olan derinlemesine (yüzyüze) görüşme tekniği ile bilgiler toplanmıştır. 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 ortalaması 4 yıldır.

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 cevapların bir kısmı ile sunulacaktır.

Tablo-1 Hekimlerin Demografik Özellikleri ve Mesleki Çalışma Süreleri

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

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

Hekim1: 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.

Hekim2: 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 (Sağlık Bakanlığı) bu işe el atmalı. Sağlık iletişimiyle ilgili eğitim programları düzenlenmeli.

Hekim3: 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.

Hekim4: 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.

Hekim5: 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. Doğru ve etkili iletişim kurabilmek bu hizmetleri daha iyi noktalara taşıyacaktır. Bu bağlamda araç, donanım, bina ve benzeri tüm iletişim olanaklarımızın en iyi şekilde sunulması konusunda bakanlık çalışmalarını sıkı tutmalıdır.

Hekim6: 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.

Hekim7: 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.

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

Hekim1: 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.

Hekim2: 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 tanırıyorsunuz. Hastaya nasıl davranmanız gerektiğini öğreniyorsunuz.

Hekim3: Duydum. Bireyleri bilinçlendirmek amaçlı bazı çalışmaların yapılması kişilerin sağlıkla ilgili ulaşmak istedikleri bilgilere ulaşabilecek ortamların sağlanması gibi durumlar diye biliyorum.

Hekim4: Sağlık iletişimi çalışmış olduğumuz yerde hasta ve personelle olan ilişkimiz. Bizim meslekte iletişim çok önemli.

Hekim5: Doktorun sağlık çalışanlarıyla, hasta ile ve hasta yakınlarıyla kurduğu iletişimidir.

Hekim6: Duymadım. Ama hasta, hasta yakını ve hastalıkla ilgili başka birisi veya birkaç kişiyle sağlık üzerine iletişim olduğunu düşünüyorum.

Hekim7: Sağlık iletişimi, hekimlerin hastalarla kurduğu iletişimidir. Gerek hastanın tedavi sürecinde gerek ise muayene sürecinde yaptığımız karşılıklı konuşmalardır. Yani kısaca hasta hekim arasında olan konuşmalardır diyebiliriz.

Soru 3: Hastalarla iletişim kurarken ne tür teknikler uyguluyorsunuz?

Hekim1: Hastayla iletişim eskide kaldı aslında. Bizim yanımıza iletişim amacıyla gelmiyorlar. Doktora çok da gerek yokmuş gibi düşünüyorlar. Tabi bunlar birinci basamak sağlık kurumları için biraz ütöpik kalıyor.

Hekim2: Karşıdaki kişinin kişiliğine göre davranıyorum genelde. Edindiğim tecrübeme göre de hastanın geliş nedenini anlamaya çalışıyorum. İyi bir anamnez almaya çalışıyorum.

Hekim3: 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.

Hekim4: Teknik uygulamıyoruz. Bu konuyla ilgili bir konferansa katılmıştık. 8-9 kişilik farklı insan tipi vardı. Bu tiplere göre davranışlarımız değişiyor. Bukalemun gibiyiz yani.

Hekim5: Öncelikle empati yapıyorum. Hastalara sert bir üslupla yaklaşmak yerine daha ılımlı yaklaşmaya çalışıyorum. Onları anlamaya çalışıyorum ve onlara yardımcı olmak için elimden geleni yapıyorum.

Hekim6: Dinlenme, jest ve mimikler, hikâyeleştirme, somutlaştırma... Ben örnekleri, hastalıkları hikâyeleştirerek anlatıyorum. Hasta da somut bir örnek görünce bir hekim olarak bana daha rahat güveniyor.

Hekim7: 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.

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

Hekim1: 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.

Hekim2: Hastanın kafasında bir plan oluyor genelde. Buraya gelen hasta çoğu zaman aklındaki yaptırma istiyor. “Ben şu tetkiki yaptıracağım, yapın.” tarzında istekleri oluyor. Muayene olmak istemiyor. Bu bakımdan sıkıntı yaşıyoruz. Lisans döneminde bu tarz bir ders almış olsaydık, durum çok farklı olabilirdi.

Hekim3: 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.

Hekim4: 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 sinirlenebiliyorum.

Hekim5: Genç ve eğitilmiş kesimde, özellikle öğretmenlerde zorlanıyoruz. Herkesi öğrenci olarak görüyorlar. Eğitilmiş 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.

Hekim6: 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. Tıp fakültelerinde iletişim dersleri daha ciddi ele alınmalı.

Hekim7: 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 yaşanıyor. Hal böyle olunca iletişim kurarken fazlasıyla zorlanıyoruz.

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

Hekim1: 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.

Hekim2: 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?

Hekim3: 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 çözümleneceğimizi tartışmak ve yol haritası çizmektir. Bunu yıllardır yapıyorum.

Hekim4: Belli bir hastalığı araştırıp geliyorlar. Eğitimli insanlar bunu yapıyor genelde. Bu da hastalarla daha iyi anlaşmamıza yardımcı oluyor.

Hekim5: Teknolojiyi kullanmaya başladıktan sonra özellikle genç hastalarımız yeni hastalıklar bulmaya başladılar. İnternette veya prospektüsten okuyup geliyor, sonra da kendi bulunduğu 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.

Hekim6: 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.

Hekim7: 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.

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

Hekim1: %80 etkili oluyor. Ben mümkün olduğunca anlaşılır bir şekilde anlatmaya çalışıyorum. Hasta anlamadıysa tekrar tekrar anlatıyorum. Anlamadığı yerler olduğunu soruyorum.

Hekim2: 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 güleryüz 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.

Hekim3: 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.

Hekim4: Etkili oluyor. Çünkü hastanın hastalığını karşılıklı tartışarak birlikte çözüm yolu arıyorum ve bunu çok net bir dil ve yüz ifadesiyle anlatıyorum.

Hekim5: 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.

Hekim6: 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.

Hekim7: Evet. Ben hikâyeleştiriyorum durumu. Somut örnek vermeye çalışıyorum. Benzetmeler yapıyorum. Hasta bizi anlamazsa iyileşmesi çok zor. Dilimizin ayarını iyi vermeliyiz.

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

Hekim1: 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 olduklarını düşündükleri zaman aramızda daha ılımlı iletişim olduğunu düşünüyorum.

Hekim2: 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 süreçte uyum sağlamaya çalışıyorsunuz. Davranışlarınız, olaylar karşınızdaki bakış açınız oturuyor. Zamanla psikolojik olarak, sosyokültürel olarak bir bakış açısı kazanıyorsunuz. Nerede, ne yapmanız gerektiğinizi öğreniyorsunuz.

Hekim3: 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.

Hekim4: 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.

Hekim5: Değişmeler oluyor tabi. Başta daha heyecanlı ve istekliydik. Yapım öyle olduğu için de insanlarla daha rahat yakınlık kurabiliyordum ama zamanla bu şekilde davranmam 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.

Hekim6: 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.

Hekim7: Kısmen değişti. İlk zamanlarda tecrübesizlik de oluyor ve bu durumda bazen farkında olmadan kırıcı olabiliyordum. Tabi 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 8: Hasta-hekim ilişkisinde sağlıklı bir iletişim kurmak için mesleki tecrübenizi de göz önünde bulundurarak önerebileceğiniz yöntemler var mıdır?

Hekim1: 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.

Hekim2: Hastanın gerçek hasta olması gerekiyor. Karşıdakini de gerçek hekim olarak görmesi lazım. Bu iletişim sürecinin iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Mesela eskiden en azından aşılar için geliyorlardı. Artık aşılar 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 gelmesi gerektiğini toplumun fark etmesi gerekiyor. Bu anlamda tabi 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.

Hekim3: 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.

Hekim4: 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.

Hekim5: 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.

Hekim6: Kamu spotlarının epey 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.

Hekim7: 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. 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.

4 SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırmada elde edilen analiz sonuçları; aile hekimliğine başvuran kişilerin bu kurumlardaki sağlık çalışanlarına yönelik güven eksikliklerinin sağlık iletişimine olumsuz yansımalarını göstermektedir. Görüşme yapılan hekimler, söz konusu güven eksikliğinin en önemli sebeplerinden birisinin aile hekimliği merkezlerinin bina ve teknik ekipman konusunda da eksiklikler taşıması olduğunu belirtmişlerdir. Konu ile ilgili bakanlığın ivedilikle çalışma yapmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu durumun aile hekimlerinin sağlık iletişimi alanında şikâyetçi olduğu konuların başında geldiği söylenebilir.

Hekimler sağlık iletişimi alanında özellikle kamu spotlarının olumlu sonuçlar doğurduğunu ve arttırılması gerektiğini belirtmişler ve bu duruma en bilinen örnek olarak da antibiyotik kullanımı örneğini vermişlerdir. Kitlelere en kolay yoldan ulaşma imkanı yaratması açısından medya organlarının söz konusu sorunla ilgili çözümler sunacağı düşünülmektedir.

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 önsezilerle 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.

Hekimlerin rahatsızlık duydukları, hastayla iletişimde zorlandıkları konuların başında hastanın şartlanmışlık durumu, farklı dil ve ağızların varlığı ve dolayısıyla anlama sorunu, gibi konular dile getirilmiştir. Bunun yanı sıra uyuşturucu bağımlısı olanlar, psikolojik sorunları olanlar veya internet kaynakları üzerinden bilgi toplayarak gelen hastaların iletişim kurmada hekimleri çok zora soktuğu anlaşılmaktadır. Hekimler bu tarz hastalara 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 eğitim programları çerçevesinde uygulanmasına özen gösterilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Hekimlerin çoğunlukla yeni iletişim teknolojilerinin getirilerinden memnun oldukları anlaşılmaktadır. Buna göre bilgiye ulaşmada yeni iletişim teknolojilerinin çok yararlı olduğu söylenebilir. Bazı hastaların iletişim teknolojilerini yanlış kullanmasının ise hasta hekim ilişkisini ve iletişimini olumsuz yönde etkilediği de görüşmelerden çıkan bir diğer sonuçtur.

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.

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

Hasta hekim ilişkilerinde sağlıklı bir iletişim kurmak için hekimlere yönelttiğimiz sorulara aldığımız yanıtlar sonucunda; sağlık iletişimi eğitimlerinin hem hekimlere hem de hasta ve hasta yakınlarına belli programlar çerçevesinde verilmesi gerekliliği öne çıkmaktadır. Zira hastanın iletişim araçlarını doğru kullanmayı öğrenmesi; hekimlerin ise hasta ve hasta yakınlarına yaklaşımlarının bu eğitimler üzerinden yürütülmesinin çok önemli sonuçlar doğuracağı anlaşılmaktadır. 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.

KAYNAKÇA

- Aba G. (2009),“İş Yaşam Kalitesive Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi”, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Antalya, 2009.
- Akman M. (2014), Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, Türk Aile Hekimleri Dergisi, 18(2), s.70-78.
- Başak O., Saatçi E., Ceyhun G.(2005), Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi, Türk Aile Hekimleri Dergisi, 9(4), s.174-182.
- Buldukluy Y. (2010), Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyici Üzerine Ampirik Bir Çalışma,Doktora Tezi, Konya.

- Buldukluy Y., Koçak A.(2013), Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları, Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 6(3), s.5-17.
- 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..
- Gürsoy A.(Temmuz 2001), "Sağlık ve Sosyal Antropoloji: Çocuk Sağlığının Kültürel Boyutları", Toplum Bilim 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.
- İlgün G.,Şahin B. (2016), Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerin İncelenmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2): 115-130.
- Kahn Robert L., Charles F. Cannell (1983),The Dynamics of Interviewing, Robert E Krieger. Publishing Company, Florida.
- Mc Whinney Ian R, Freeman Thomas, Text Book of Family Medicine, Oxford Universty Press, 2009.
- Okay A. (2012),Sağlık İletişimi, İstanbul, Derin Yayınları.
- Öcek Z., Soyer A.(2007), Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. 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),TheField of HealthCommunicationToday, AmericanBehavioralScientist, Vol: 38, No: 2, November 1994, California, Sage Publications Inc. 208-214
- Starfield B.,Lemke K.W., Bernhardt T., Foldes S.S.,Forrest C. B. andWeiner J.P.(2003) Comorbidity: ImplicationsfortheImportance of PrimaryCare in 'Case' Management. TheAnnals of FamilyMedicine 1(1): 8-14.
- Thomas, K.T. (2006), HealthCommunication, New York:SpringerScience+ Business Media Inc.,p.3
- Wonca (World Organization of FamilyDoctors), (2011), TheEuropean Definition of General Practice/FamilyMedicine. WHO Europe Office, Spain.
- Yıldırım H. (2011), Sağlık Siyaset Makaleleri, Ankara.
- www.absağlık.com/ (erişim tarihi 11.05.2019)
- www.ailehekimligi.org/ (erişim tarihi 14.04.2019)