**KONU 5: HEKİM HASTA İLETİŞİMİNE GİRİŞ**

İnsanlar genellikle doktora bir semptom bularak gitmez, semptomla ilgili **fikirler**, **endişeler** ve **beklentilerle** giderler. Bunu basit bir örnekle açıklayalım. Boğazınızda şiddetli bir acıyla uyandığınızı hayal edin, boğazınızda büyük şişlikler var ve boynunuz kopacak gibi hissediyorsunuz. Ne yaparsınız? Muhtemel soruların(m)ıza bakalım

-Ne oluyor? (virüs olabilir)

-Neden oldu? (çok çalıştım, direncim azaldı vs)

-Neden ben? (böyle şeyler de hep beni bulur… bugün sınavım var)

-Ne yapmalıyım? (aspirin?, antibiyotik?, doktor?)

-Ciddi bir şey olabilir mi? (Tate, 1998: 1-5)

Bu soruları kendimizce yanıtlarız ve hekime gitmeye karar veririz. Unutmayın ki doktora giden hasta kafasındaki sorularla gider. Hastanın kafasındaki soruları (kaygısını, beklentilerini vd) gidermenin en iyi yolu etkili bir iletişimdir. Bu iletişime girmeden önce muhtemel sorunları ve muhtemel davranış spektrumlarını anlamak için yapılan araştırmalara ve örneklere bakacağız.

Doktorların ve sağlık çalışanlarının davranışlarıyla ilgili çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Doktorlar hastalarla iletişim kurarken hasta merkezliden -doktor (hastalık) merkezli tayfında bir davranış sergilerler. Tate bunu konsültasyonda güç değişimi modeli ile açıklamaktadır. (Tate, 1998: 10-11).



Burada sağdaki kolonda doktor sadece hastanın şikayetlerine odaklanmaktadır. Sola doğru ilerledikçe gündem hastaya doğru kayar. Ancak doktorların çoğunluğu konsültasyon esnasında doktor merkezli olma eğilimindedirler (Tate, 1998: 11).

**ÖRN: Doktor- merkezli konsültasyon davranışı**

 DR- Günaydın Ayşe Hanım. Aile hekiminiz tiroid bezinizde bir sorun var gibi göründüğünü söylüyor. Söyleyin, bu sıralar zayıfladınız mı?

AYŞE- Hayır

DR- Yüksek ateş var mı?

AYŞE- Hayır

DR- Yorgunluk ve halsizlik hissediyor musunuz?

AYŞE- Belki biraz

DR- Bağırsaklarınızda bir sorun var mı? Kabızlık çekiyor musunuz?

AYŞE-Hayır doktor. Şeyi merak ediyordum…

DR- Sizi muayene etmem gerek, sırtınızı açın lütfen…(Tate, 1998: 11’den uyarlanmıştır.)

Yukarıdaki örnekte gördüğümüz konuşma tamamen doktor merkezlidir. Ayşe Hanımın düşüncelerini öğrenemediğimiz konuşma esnasında doktorun hikaye alma edimini görüyoruz.

**ÖRN: Hasta- merkezli konsültasyon davranışı**

DR-Günaydın Ayşe Hanım. Aile hekiminiz tiroid bezinizde bir sorun var gibi göründüğünü söylüyor. Bana biraz şikayetinizden bahseder misiniz?

AYŞE-Ah tabi Doktor. Şişliği ilk kez birkaç hafta önce fark ettim. Fakat bir süre hiçbir şey yapmadım.

DR- Neden

AYŞE-Ah, bilirsiniz, bir taraftan en kötüsü olabileceğinden korkuyor diğer taraftan da geçer diye düşünüyordum.

DR-En kötüsü mü?

AYŞE- Kanser… Başka ne olabilir ki Doktor?

DR- Bu ürkütücü bir düşünce. Hala kanser olabileceğini düşünüyor musunuz?

AYŞE- Evet, ama bunu bana söyleyebileceğinizi umuyorum Doktor.

“Bu örnekte, hastanın düşünceleri başlangıçta epeyce ortaya çıkmış, doktorunkilerse henüz ifade edilmeye başlanmamıştır”. İdeal bir doktor davranışlarını hastanın ihtiyaçlarına ve durumun gereklerine göre ayarlamak üzere değiştiren doktordur. 16 yaşındaki endişeli bir hastaya, 50 yaşında ağrılı menstürasyonu olan kadına ya da 80 yaşında rahim kanseri olan kadına aynı şeyi söylememeli ve uygulamamalısınız. Ancak genelde yapılan araştırmalar çoğu doktorun bütün hastalara aynı şekilde davrandıklarını gösteriyor. Ayşe Hanım’a geri dönelim. Doktor muayenesini tamamladı ve açıklama yapıyor.

DR- Ayşe Hanım, endişelenecek bir şey yok. Multi-nodüler guatrınız var; ama bu iyicil bir durum. Durumun iyi olduğundan daha emin olmak için yapmamız gereken birkaç test daha var. Bu şişlik için özel bir tarama ve biyopsi yapacağım. Tamam mı?

AYŞE- Öyleyse ciddi bir şey olmadığından eminsiniz, değil mi Doktor?

DR- Ah evet, hazırlıklar için lütfen hemşireyle konuşun ve sizinle bu ay içinde tekrar görüşelim. Güle güle.

AYŞE- Pekâlâ Doktor hoşçakalın, teşekkür ederim.

Aslında kibar görünse de bu eksik bir iletişimdir. Bağlamı tam bilmiyoruz. Ayşe Hanım’ın nasıl biri olduğu çok önemli olsa da genel olarak düşündüğümüzde Ayşe Hanım’ın kafasında **multi-nodüler, guatr, iyicil, biyopsi, özel tarama** sözcüklerine takılacağını söyleyebiliriz. Hepsinin tam olarak ne anlama geldiğini bilmemektedir ve korku içinde eve dönecektir. (Tate, 1998: 11-14).

Hasta merkezli ya da doktor merkezli konsültasyon davranışını düşündüğümüzde, diyagramın sağ tarafında (doktor merkezli) doktorun kontrolü daha fazla elinde tuttuğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Bu davranışı güç değişimi modeli olarak ifade etmemizin nedeni, sola doğru gittikçe doktorun iktidarını elinden kaçırmasıdır. Bu durum, hasta merkezli bir konsültasyonda doktorun hiç iktidarı olmadığı anlamına gelmemektedir. Sadece hastayı daha az kontrol altında tutmaktadır ve daha az otoriterdir. (Tate, 1998: 14-15). Ancak yine de doktor bir iktidara sahiptir. Bunu anlamak için otorite kavramına biraz bakalım.

Hasta hekim ilişkisinde üç tip otoriteden söz etmemiz mümkündür.

**Akılsal Otorite (Bilgi ve uzmanlık):** Doktorlar hastalıklar ve tedavi yöntemleri hakkında bilgiye sahiptirler. Bu aynı zamanda hastalıkla ilgili tanı koymayı ve karşıdaki kişinin belki de geleceğini etkilemeyi getirir.

**Törel Otorite (Gelenek, görenek):** Her ne kadar değişmeye başlasa da doktorlar toplumda saygı görürler. Doktor açısından da hastanın iyiliği için hareket etmesi gerekir.

**Karizmatik Otorite (Kişinin olağanüstü gibi görünen nitelikleri):** Daha önceli haftalarda sizi Allah gibi görecekler demiştim. İşte o biraz buradan geliyor. Aslında eskinin büyücüleri gibi.

Bu üç otorite biçimi bütün doktorlarda bulunur. Sadece bazılarının yoğunlukları farklı görünebilir. Örneğin bir hoca ve pratisyen hekimi karşılaştırın. Hasta-merkezli bir doktor olduğunuzda ve hastayı yeterince aydınlattığınızda karizmatik otoriteniz biraz zayıflayabilir. Çünkü muhtemel tanı ve tedavinin üzerindeki esrar perdesi ortadan kalkacaktır. Hatta önlük, bilmediğimiz aygıtlar, yanında çalışanlar, geniş masa ve arkasındaki büyük koltuklar vb. Bunlar karizmatik otoriteyi arttırır. Ancak tıbbi otoritenin bu yapay uygulanışındaki sorun, bu üslup hastanın durumu daha fazla anlamasını sağlamaz.

Hastaların bu otoriteyi nasıl algıladıklarını anlamak için Aslan’ın çalışmasına bakalım. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesinde hekim- hasta iletişimini araştıran Arslan, hastalarla görüşme yapmıştır. Bu görüşmelerden elde ettiği sonuçları başlıklar halinde sıralayalım:

* **Mecburiyet? (Uzman bilgiye/beceriye duyulan ihtiyaç**)

Aslan (2005: 65-67) hastaların bilgiye/beceriye duyulan ihtiyaç nedeniyle hekim karşısında muhtaç durumda olduklarını ve hekime gönüllü bir üstünlük atfettiklerini açıklamaktadır.

“Beni bu hastaneye getirdiklerinde durumum çok kötüymüş, doktorlar benim için çok uğraşmışlar. Onlar olmasaydı belki hayatta olmazdım. Onların sözünü dinlemeye mecburum, sağlığım söz konusudur”

“Biz onlara muhtaç olarak hastaneye geldik, ne derlerse yapmak zorundayız, derdimizi kendi kendimize çözebilsek zaten buraya gelmezdik.”

“Ona muhtacım, eğer zıt gidersem benim tedavimle ilgilenmez diye düşünürüm, Askeriye gibi komutana zıt düşersen askerlik boyunca çekersin”

Görüşme yapılan hastaların çoğu muayene sırasında **soruları hekimin sormasını beklediklerini,** çünkü onun neyin anlatılması gerektiğini daha iyi bildiğini söylemişlerdir. Bu hastalara, “sizin sormak istediğiniz ya da anlatmak istediğiniz bir şey olmuyor mu?” diye sorulduğunda, hekimlerin yoğun çalıştıklarını ve çoğu zaman sordukları sorulara cevap alamadıkların söyleyerek merak ettikleri konuları daha sonra kendileri araştırmaya çalıştıklarını ya da uygun zamanı bekleyip hekime sorduklarını anlatmışlardır (Arslan, 2005:67-68).

Hastaların bir kısmı ise hekimlerin kullandıkları **tıbbi terminolojiyi** anlayamadıkları için hekime soru soramadıklarını ve onun karsısında suskun kaldıklarını söylemişlerdir. Bu konuda bir hasta:

 “Doktorlar başımda toplandı ve beni operasyona alacaklarını söyleyip aralarında anlamadığım bir sürü şey konuştular, ne dediklerini anlamadım ama önemli bir şey konuştuklarını düşündüm. Daha sonra operasyonun ameliyat demek olduğunu öğrendim, biz onların kullandıkları kelimeleri bilemiyoruz, onlar okumuş adamlar.” (Arslan, 2005:68).

Arslan’ın yaptığı görüşmelerde hastaların gözünde de hiyerarşik yapılanmanın yer ettiği anlaşılmaktadır. Hastalar arasında hiyerarşi- hocaların daha çok şey bildiği algısı bulunmakta ve bu durum akılsal otoriteyi arttırmaktadır. Bu nedenle hastaların hekim karşısındaki davranışları da değişiklik göstermektedir.

“Hekimin rütbesine göre değişir. Hocaların karşısında daha gergin olurum”

“Hocalara karşı daha dikkatli hareket ederim”

* **İnanma ve güvenme ihtiyacı**

Arslan çalışmasında hastaların doktorlara inanma ve güvenme ihtiyacı hissettiklerini tespit etmiştir. Hasta, hekimin güçlü dolayısıyla da bilgili olduğuna ve bu nedenle kendisini iyileştireceğine ya da bunun için çaba harcayacağına inanmak istemektedir. Hekimle iletişim de bu inanç üzerine kurulmaktadır.

“Bu bölümün bütün doktorları çok bilgilidir. Ben doktoruma çok güveniyorum hastalarına çok güzel moral veriyor ve çok sabırlı. O öyle davranınca biz de, ne derse yapıyoruz”

3 Yıldır kanserle mücadele ettiğini söyleyen ve görüşme sırasında kemoterapi alan hasta T.K. “doktora güvenmek çok önemli, güven duymak zorundasınız, bu sizi yaşama bağlayan şey. Yoksa (kolundaki serumu göstererek) acılara katlanmak zor ve gereksiz olurdu. Bu ilaçları doktor yazıyor, zehir bunlar, yavaş yavaş vücuda zehir veriyorlar. Doktorların iyileştirebileceğine inanç olmasa kim kendini zehirletmek ister. Önce Allah’a sonra onlara güveniyoruz, güvenmek zorundayız.” (Arslan, 2005: 70)

Öte yandan aşağıdaki muayene konuşmasında görüldüğü gibi bazen, hastaların hekime duyduğu inanç ve güven kendi tercihlerinin ve duyularının önüne geçebilmektedir. Hasta, hekimin kendisinden çok şey bildiğine inandığı için, kendisi için en iyi olana da onun karar verebileceğini düşünebilmektedir. (Arslan, 2005: 70-71)

“-**Hekim**: Şimdi gözünüze farklı camlar takacağım, siz hangisiyle daha iyi gördüğünüzü bana söyleyin.

- **Hasta**: Olur doktor hanım.

- **Hekim**: Bu camla iyi görüyor musun?

- **Hasta**: Sen bilirsin doktor hanım.

- **Hekim**: Ben sizin nasıl gördüğünüzü bilemem ki, bunu siz söyleyeceksiniz.”

“Hastalık nedeniyle oluşan kaygı duygusunun da hastalarda güven arayışına neden olan faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Kaygılı hastanın hekimden beklediği en önemli şey kendisiyle konuşması ve rahatlatmasıdır. Hekimlerinin konuşması sonrasında kaygılarından uzaklaştıklarını anlatan bazı hastalar, kendilerine psikolojik destek veren hekimlere daha fazla güven duyduklarını ve uygulanan tedaviye daha çok inandıklarını anlatmışlardır. Hastasının moralini düşünen ve düzelten hekimin, onu iyileştirmek için de elinden gelen her şeyi yapacağına inandığını söyleyen hasta T. hekimin çok şey bilmesi biz hastalar için önemli ama bu, her şeyi halletmiyor, hastaya moral vermek ve korkularını gidermek de çok önemli demiştir.” (Arslan, 2005: 70-71)

Arslan çalışmasında hekimlerin düşüncelerini anlayabilmek için onlarla da görüşme yapmış ve “etkin bir iletişim kurulabilmesi için hastalardan beklentileriniz nelerdir?” sorusunu yöneltmiştir. Yanıtlara yine başlıklar halinde bakarsak:

* **- Hasta anlatılanları anlayabilmeli ve sorununu ifade edebilmelidir.**

“hastaya bir ilacı nasıl kullanması gerektiğini anlatıyoruz, bizim yanımızda anlamış gibi görünüyor ve anladın mı diye sorduğumuzda evet diyor. Ancak tedavi sonrasında geldiğinde tamamen yanlış kullandığını görüyoruz, yazarak ellerine verdiğimiz halde yanlış yapıyorlar, bu durumdan hem kendileri zarar görüyor hem de biz” (Arslan, 2005: 100)

* **- Hasta hekimine güvenmeli ve saygılı olmalıdır.**

Hekimler, hastaların güven konusunda hoca-asistan ayrımı yaptıklarını ve bunun zaman zaman kendilerini rahatsız ettiğini söylemişlerdir.

“Elbette hocalar bizden daha tecrübeli ve bilgili, ama hastanın benim verdiğim bilgilerden ikna olmayıp mutlaka hocaya da gitmesi bana karşı güven duymadığını gösteriyor. Bu durumda ben de o hastaya daha fazla açıklama yapmıyorum, nasıl olsa hocaya gideceğini düşünüyorum.»

Hekimlerden biri “hasta, bana saygı duymalı, ne söylersem onu yapmalı ve uygulamalarımın dışına çıkmamalıdır. Ben onun hekimiysem bana güvenmelidir” demiştir. (Arslan, 2005: 102)

* **- Hasta hekimden ilgi beklentisini abartmamalıdır.**

“Ben sanki onların çocuğuyum birinci dereceden akraba gibi ilgi bekliyorlar, annen-baban gibi” (Arslan, 2005: 103)

“Hastalara karşı gösterilecek ilgi düzeyini çok iyi ayarlamak gerekiyor, çok ilgili olduğunuzda sürekli peşinizde oluyorlar ve çalışmanızı engelliyorlar, ilgilenmezseniz de içlerine kapanıp, hekimin de işini zorlaştırıyorlar”

“Özel muayene faktörünün hastaların ilgi beklentisinde etkili olduğunu düşünen asistan hekimler, hocaların özel hastalarının daha fazla ilgi beklediklerini, bu hastaların ödedikleri para karşılığında herkesten özel bir hizmet ve ilgi gösterilmesini istediklerini söylemişlerdir. Çoğu zaman iş yoğunluğu nedeniyle hastaların ilgi beklentisine karşılık veremedikleri gözlenen asistan hekimlerin hastaların bu taleplerini karşılamayı, kendileri için fazladan bir iş yükü olarak gördükleri saptanmıştır. (Arslan, 2005: 103)”

* - **Hasta hekimlerin çalışma koşullarına anlayış göstermelidir.**

“Biz aynı anda çok yerde olmak zorundayız, bir taraftan hocanın bizden beklediklerini yapmaya çalışırken, bir taraftan da sorumluluğumuzdaki hastalarla ilgilenmeye çalışıyoruz, bazen yetişemiyoruz ama hastayı etkileyecek aksaklıklar da yaşanmıyor, hastaların hekimlere bu konuda anlayış gösterip sabırlı olmaları gerekiyor” (Arslan, 2005: 104)

Hiyerarşik bir düzenlerinin olduğunu söyleyen asistan hekimler, hastalarla ilgili kararları tek başlarına vermediklerini, kıdemli asistan hekimlere ve hocalara danışarak çalıştıklarını ve onların talimatlarına göre hareket ettiklerini söylerken

“bazen hastalar, istedikleri bir şeyi hemen yapmamızı bekliyorlar ancak biz tek başımıza hareket etmiyoruz, yaptığımız her iste kıdemlilerimizle ve hocalarımızla görüşüyoruz ve birlikte karar veriyoruz, hastaların bunu anlaması gerekir” (Arslan, 2005: 104) demişlerdir.

Yine hekimlerin hastalar hakkındaki düşüncelerini ve aslında yaşadıkları sorunları araştıran başka bir çalışmada aile sağlığı merkezlerinde görev yapan doktorlarla görüşülmüştür. (Doğan vd. 2017). Araştırmada İstanbul ilinin Anadolu yakasındaki bir ilçede birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler seçilmiştir. Tipik durum örneklemesi kullanılarak bölgedeki 3 aile sağlığı merkezi ve 1 toplum sağlığı merkezi olmak üzere toplamda 4 merkezde çalışan 18 hekim araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada tespit edilen başlıca sorunlar:

* **Endikasyon olmadığı halde hastaların ilaç yazdırmak istemeleri**

“Genelde elinde kupürle geliyor hasta, ilaç kutusunu kesmiş getirmiş. Sağlık bu kadar ciddiye alınıyor ülkemizde. ‘Şunları yaz evladım’ diyor sana.” (28 yaş, kadın, 1,5 yıllık hekim)

“Uygunsuz ilaç yazdıran çok oluyor, antibiyotik kutusunu koyuyor bunu eczaneden aldım bana yazacaksın diyor.” (32 yaş, erkek, 8 yıllık hekim)

“Başkasının ilacını kendi üzerine yazdırmaya çalışıyor. Sorguladığın zaman zaten o ilacı onun kullanmadığını anlıyorsun.’’ (35 yaş, kadın, 10 yıllık hekim)

* **Muayene sırası**

“Mesela 50 kişilik kuyruk varken en son gelenin en öne geçmeye çalışması ve en öne geçirmediğimiz için kavga çıkarması olabiliyor.” (31 yaş, kadın, 8 yıllık hekim)

“Hastanın sıra yüzünden problemleri oluyor. Aşı için gelen bebekler, gebeler ve lohusalar önceliklidir bizde. Hemşire hanımlar gerekli işlemleri yaptıktan sonra muayene için bize gönderiyorlar, onları kapıda bekletmiyoruz. Kapıdaki bazı insanlar müsaade etmek istemiyorlar, kendi aralarında tartışıyorlar. O zaman da çıkıp biz müdahale etmek zorunda kalıyoruz.” (32 yaş, erkek, 8 yıllık hekim)

* **Mesai saatleri dışında muayene olmak istemeleri**

“Muayene saati dışında gelip muayene edilmek istiyor; mesela tam öğle arası saatinde gelip muayene edilmek istiyor. İstediğini yapmayınca da gidip seni şikâyet ediyor.” (37 yaş, kadın, 12 yıllık hekim)

“12’ye 5 kala bile değil 1 kala gelenler oluyor ya da saat 5’te gelenler. Muayene olmak istiyor. Sonra bizi şikâyet ederken yalan söylüyor. 2’de geldim 3’te geldim gibi.’’ (35 yaş, kadın, 10 yıllık hekim)

* **İletişim kurmakta yaşanılan problemler**

“Hasta kendini ifade edemiyor. Sıkıntı bu. Kırsaldan gelen çok hastamız var, buraya yerleşmişler, burada ikamet ettikleri için kendini ifade edemiyor, anlatamıyor şikâyetlerini.” (40 yaş, erkek, 12 yıllık hekim)

* **Şiddet**

“AÇSAP’da çalışırken ortam çok kalabalıktı. Bir kadın kucağında oğlu ve bir de yanında gençten bir oğlu daha vardı. Ortam çok kalabalık olduğundan ben ‘biraz açılın zaten çok kalabalık biraz açılın ki rahat çalışalım’ dedim. Genç çocuk bana ‘sen benim annemle nasıl konuşuyorsun seni öldüreceğim akşam kapıda bekleyip dizlerinden vuracağım seni’ dedi. Ben de kovdum ‘burası devlet dairesi beni böyle tehdit edemezsin’ dedim ama 1 ay boyunca her akşam korkuyla çıktım.” (40 yaş, kadın, 16 yıllık hekim)

“Muş’ta görev yaparken silahlı saldırıya uğradım. Daha böyle batıya geldikçe saldırının cinsi değişiyor. Bu tarafa geldikçe o kadar silaha falan cesaret edemiyorlar ama bu seferde işte ben kimim biliyor musun, benim nerde adamım var biliyor musun, sözleriyle karşılaşıyorum. Hatta biri beni siyasi yolla sürdürdü. Şiddetin cinsi değişiyor, gelişmiş yerlere, insan okumuş yerlere gelince şiddetin cinsi değişiyor. Yoksa şiddet geri kalmış ilde de var, ilerlemiş ilde de var.” (30 yaş, kadın, 8 yıllık hekim)

Araştırmada açıklanan sorunların ardından hekimlere nedenleri sorulmuş. Bu sorunların nedenleri olarak da aşağıdaki unsurlar sıralanmış:

* **Sağlık Bakanlığının kendisi ve dolayısıyla uyguladığı politikalar.**

“Sağlık Bakanlığı reklam yapıyor ama yeterince açıklamıyor. Diyorum ki bunu da şikâyet edin siz yanlış reklam veriyorsunuz diye bu durumu da şikâyet edin. Artık devlet hastanesi yüksek para kesiyormuş sırf reçeteye bile sağlık ocaklarına gidin yazdırın di-yorlarmış. Nerdeyse hastayla birlikte yaşamamız talep ediliyor. Her şeyde git aile hekimin yapsın deniyor” (37 yaş, kadın, 12 yıllık hekim)

“Bu aile hekimliğinin reklamlarına bakıyorum, bizim İstanbul’da en büyük problemimiz gebelere ulaşabilmek. Özele gidiyorlar, gelmiyorlar aile hekimlerine. Mesela bu hiç vurgulanmıyor. Hamile olduğunuzda aile hekimine haber verin gibi şeyler hiç vurgulanmıyor.” (30 yaş, kadın, 8 yıllık hekim)

“Hepimizin bildiği gibi devlet politikalarından kaynaklanıyor. Başka bir şey değil. Hastayı hekime düşman ettiler.” (27 yaş, erkek, 1 yıllık hekim)

“Daha çok işte artık herkesin bir aile hekimi var, arayın gelsin, arayın yardımcı olsun. Yanlış politikalar yürüttüğüne inanıyorum Sağlık Bakanlığı’nın. En büyük sorun hastaları yanlış beklentilere sokmak.” (30 yaş, kadın, 8 yıllık hekim)

* **Hekimlerin iletişim ve bilgi eksiklikleri:**

“Meslektaşlarımdan da şikâyetçiyim. Hasta geldi başlamanız gereken antibiyotiği başladınız ve şunu dediniz ‘bunu alın 2 gün sonra ateşiniz düşmezse gelin’ gelince de başka bir antibiyotiğe geçiyorsun. Başka bir doktor direkt en etkili antibiyotiği veriyor elindeki en güçlü silahı kullanmış oluyor. O antibiyotiği verdiğinde o doktor iyi ben kötü oluyorum.” (27 yaş, erkek, 1 yıllık hekim)

“Vatandaşın bilinçlenmesi lazım ama hekimin de sakin olması daha önemli.” (30 yaş, erkek, 3,5 yıllık hekim)

“Bizim hekimlerimizde suç var diye düşünüyorum, iğneyi önce kendimize batırmamız lazım. Güler yüz, saygı, düzgün bir hitap tarzı, hastanın o anki mevcut durumunu anlayışla karşılayıp, onun çaresizliğinden faydalanmak yerine sakinleştirici bir tavırla yaklaşmak gerekiyor.” (28 yaş, kadın, 1,5 yıllık hekim)

Burada iki nitel çalışma örneği vermiş olsak da aslında hekim-hasta ilişkisine ve iletişimine yönelik olarak 1960’lı yıllardan beri araştırmalar yapılıyor.

* Örneğin Dr. Korsch ve Negrete (1972) pediyatri kliniğindeki 800’den fazla viziti videoya kaydetmişlerdir. Görüşmeleri deşifre ettiklerinde aşağıdaki sonuçlara ulaşmışlardır:

- Görüşmeler «teknik ve enformasyona yönelik»

-Selam vermek ve el sıkmak gibi sıradan nezaket gösterileri seyrek,

-Anneler akıllarındaki soruları sormak için kendilerine fırsat verilmediğini söylüyor. (Akt. Gordon ve Edwards, 2014: 28-29)

* 1. Watzkin (1984) ise araştırmasında 20 dakika süren vizitin bir dakikadan biraz fazlasının hastayı bilgilendirmek için kullanıldığını ancak doktorların bu süreyi dokuz kat fazla algıladıklarını tespit etmiştir. (Akt. Gordon ve Edwards, 2014: 29)
	2. Bütün bu araştırmaları neden sıraladık? Birincisi her iki tarafın da hoşnut olmadığı yönlerin olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle hastalara (aslında kamuya) sağlık okuryazarlığı eğitimi verilmesinin bir gereklilik olduğunu düşünebiliriz. Bu ders kapsamında hekim ve sağlık çalışanı tarafında yapılabilecekleri konuşacağız. Örneğin karşımızdaki hastaya nasıl hitap edeceğiz? Her gelen hastaya aynı şekilde hitap etmemiz mümkün mü ya da doğru mu? Atilla vd.’nin (2012) çalışması belki bir fikir verir. Hastaların hitap konusundaki yorumları:

“Teyzecim, annecim, nasıl isterlerse… İstediklerini desinler... Onlar doktor olmuş, bizi tedavi etsinler de dilediklerini desinler…” (Hasta 3, 68, K).

“Siz diye hitap etsin çünkü daha uygun. Birdenbire samimi olmayı doğru bulmuyorum. Formel olması lazım bence”, (Hasta 6, 32, E).

“Siz desin çünkü daha saygın hissediyorum. Hekim beni küçük görmesin”, (Hasta 9, 51, K).

“Resmiyet olması açısından ‘siz’ demesini tercih ederim. Ben de ona ‘Doktor Bey veya Doktor Hanım’ diyorum çünkü”, (Hasta 4, 30, K).

Görüldüğü üzere bazı hastalar siz denilmesini isterken bazıları için fark etmiyor. Hatta siz denilince soğuk karşılayacak ve samimi bulmadığı için derdini anlatamayacak hastalar olacaktır. Bu nedenle iletişimdeki toplumsal bağlama geri döneceğiz. İletişimde de bağlam çk önemli. Ayrıca hastaların sağlık hakkındaki düşünce ve algıları da önemlidir.