

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE KİŞİLERARASI İLETİŞİM SORUNSALI: DIŞ HEKİMLERİNİN İLETİŞİM DENEYİMLERİ*

Güler FİDAN**, Faruk TEMEL***

Gönderim Tarihi: 19.01.2025 - Kabul Tarihi: 28.03.2025

Fidan, G. & Temel, F. (2025). Sağlık iletişimde kişilerarası iletişim sorunsalı: Diş hekimlerinin iletişim deneyimleri. *Etkileşim*, 15, 124-149.
<https://doi.org/10.32739/etkilesim.2025.8.15.286>

Bu çalışma araştırma ve yayın etiğine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Öz

Sağlık iletişimi, kitlesel ve kişilerarası ölçekte sağlık davranışının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi süreçlerini tanımlamaktadır. Sağlık iletişimi alanı, kişilerarası iletişim düzeyindeki çatışma ve uyum süreçlerindeki problem alanlarını tanımlaması ve çözüm önerileri sunması bakımından önem taşımaktadır. Literatürde hekim-hasta ilişkileri odağında farklı perspektiflerde çeşitli çalışmalar yer alsa da diş hekimi-hasta ilişkisini ele alan çalışmalar son derece yetersizdir. Bu çerçevede çalışma kapsamında diş hekimlerinin hastalarla kurdukları iletişim sürecinde ortaya çıkan sorun alanlarının diş hekimlerinin bakış açısıyla tespit edilmesi araştırmanın temel amacını teşkil etmektedir. Bu bağlamda araştırma, odak grup görüşmesi tekniği uygulanarak diş hekimleriyle yapılan görüşmeler doğrultusunda diş hekimi-hasta arasında, iletişim sürecindeki problem alanlarını belirlemekte ve çözüm önerileri sunmaktadır. Araştırmanın yalnızca diş hekimlerinin görüşlerine dayalı biçimde inşa edilmesi çalışmanın sınırlılığını gösterse de iletişim sürecindeki problem alanlara ilişkin önemli veriler ortaya konulmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde diş hekimlerinin statülerinin, kullandıkları dilin, iletişim becerilerinin ve hastaya yaklaşım biçimlerinin hasta ile iletişim sürecinde belirleyici rol oynadığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda sağlık politikaları, hastanın demografik özellikleri, hastane koşulları ve medya olgusu iletişim sürecini etkilemektedir. Diş hekimlerinin hasta ile iletişim sürecinde soft-otoriter bir yaklaşımı benimsemesinin kişilerarası düzeyde nitelikli bir sağlık iletişimini sağlayacağı araştırma kapsamında önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık iletişimi, kişilerarası iletişim, diş hekimi, hasta bilgilendirme, soft-otoriter yaklaşım.

* Bu makale, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde, Doç. Dr. Faruk Temel danışmanlığında, Güler Fidan tarafından hazırlanan "Diş Hekimi-Hasta İletişimini Etkileyen Unsurlar Üzerine Yorumlamalı Bir Yaklaşım" adlı doktora tezinin bir bölümünden üretilmiştir.

** Doktora Öğrencisi, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri, Türkiye.
gulerfidan038@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-4167-4207

*** Doçent Doktor, Erciyes Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Kayseri, Türkiye.
faruktemel@erciyes.edu.tr ORCID: 0000-0001-7103-0790

THE PROBLEMATIC OF INTERPERSONAL COMMUNICATION IN HEALTH COMMUNICATION: EXPERIENCES OF DENTISTS*

Güler FİDAN**, Faruk TEMEL***

Received: 19.01.20258 - Accepted: 28.03.2025

Fidan, G. & Temel, F. (2025). Sağlık iletişiminde kişilerarası iletişim sorunsalı: Diş hekimlerinin iletişim deneyimleri. *Etkileşim*, 15, 124-149.
<https://doi.org/10.32739/etkilesim.2025.8.15.286>

This study complies with research and publication ethics.

Abstract

Health communication defines the processes of developing and improving health behaviors on both mass and interpersonal scales. The field of health communication is significant in identifying problem areas and proposing solutions within the conflict and adaptation processes at the interpersonal communication level. Although the literature includes various studies focusing on physician-patient relationships from different perspectives, studies specifically addressing the dentist-patient relationship remain highly insufficient. Within this framework, the primary aim of this study is to identify the problem areas that arise in the communication process between dentists and patients from the perspective of dentists. In this context, the study employs the focus group discussion technique to determine the communication challenges between dentists and patients through interviews conducted with dentists, while also offering solution-oriented recommendations. Although the study is limited to the perspectives of dentists, it provides significant insights into the problem areas within the communication process. The findings indicate that dentists' professional status, language use, communication skills, and approach to patients play a decisive role in shaping the communication process. Additionally, health policies, patient demographics, hospital conditions, and media influences also impact this process. The study suggests that adopting a soft-authoritarian approach in dentist-patient communication can foster a more effective and qualified health communication at the interpersonal level.

Keywords: health communication, interpersonal communication, dentist, patient information, soft-authoritarian approach.

* This article is based on a section of the doctoral dissertation titled "An Interpretive Approach to the Factors Affecting Dentist-Patient Communication," authored by Güler Fidan under the supervision of Associate Professor Faruk Temel at Erciyes University, Social Sciences Institute.

** PhD Candidate, Erciyes University, Social Sciences Institute, Kayseri, Türkiye.
gulerfidan038@hotmail.com ORCID: 0000-0003-4167-4207

*** Associate Professor, Erciyes University, Faculty of Communication, Kayseri, Türkiye.
faruktemel@erciyes.edu.tr ORCID: 0000-0001-7103-0790

Giriş

Sağlık iletişimi, kitle iletişimi ve kişilerarası iletişim düzeyinde sağlık davranışının geliştirilmesi, doğru bilginin yayılması ve sağlıkla ilgili tutumların doğru noktaya taşınması gibi hedefleri içeren disiplinler arası bir alanı temsil etmektedir (Çınarlı, 2020, s. 52). Sağlık iletişimin kişilerarası boyutu özellikle hekim-hasta ilişkileri odağında tartışılmaktadır. Bu çalışma sağlık iletişiminde, diş hekimi ve hasta ilişkilerini kişilerarası iletişim düzeyinde ele almaktadır.

Hasta ile iletişim, şüphesiz sağlık alanının en önemli konularından biridir. Her hastaya ve diş hekimine göre iletişim-ilişki boyutu farklılık göstermektedir. Hasta merkezli bakım gereği diş hekiminin sadece hastayla değil, aynı zamanda hasta yakınlarıyla da iletişim kurması, onları doğru bilgilendirmesi gerekmektedir. Hasta merkezli bakım uygulaması diş hekiminin hastası ile etkili iletişim kurması gerektiği varsayımına dayanmaktadır. Etkili iletişim ile tedavi çıktıların iyileştirilmesi, hastanın hekim önerilerine uyumunun kolaylaştırılması, tedavi hatalarının azaltılması ve hasta memnuniyetinin artırılması hedeflenmektedir (Nowak ve diğerleri, 2018). Bu çerçevede diş hekimi ve hasta ilişkisini tanımlayan bazı modeller öne çıkmaktadır. Hekimin hasta ile ilişkisini açıklayan günümüzde de geçerliliğini koruyan Emanuel ve Emanuel'in hekim-hasta ilişkisinde tespit ettiği dört model bulunmaktadır. Bu modeller; paternalistik, bilgi verici, yorumlayıcı ve müzakereci modeller şeklinde adlandırılmaktadır. Hekim ve hasta ilişkisi, hekimlerin sorumlulukları, hasta değerlerinin etkisi ve hasta özerkliği kavramı bu modellerin kurgusunu oluşturmaktadır (Emanuel & Emanuel, 1992). Paternalist yaklaşım olarak da bilinen ataerkil modelde hekim karar verir ve hastayı bu karara uymaya zorlar. Ataerkil modelde hekim, hastanın sağlık ve iyiliğini en iyi sağlayacak müdahalenin yapılmasını garanti etmektedir. Hekim, hastaya gerekli olan tedaviyi belirlemede kendi becerisini kullanmakta ve uygun bulduğu yönteme razı etmek için hastayı seçici bilgilendirmektedir. Bilgi verici modelde hekim hastaya teknik ayrıntıları bir öğretmen-öğrenci ilişkisi gözeterek verir. Hekimin bütün bilgileri hastaya sunması, hastanın istediği tıbbi yöntemi seçmesi ve seçilen yöntemi hekimin uygulamasıdır. (Emanuel & Emanuel, 1992). Yorumlayıcı modelde hekim planlanan müdahalenin avantajları, dezavantajları, gelişebilecek komplikasyonları vb. konularda hastaya bilgi verir ve hasta onayını alır (Okay, 2020, s. 104). Görüşmecisi modelde ise tedavi sürecine hekim ve hasta birlikte karar verirler. Hekim, hastasına en iyiyi ve olması gerektiğine inandığını önerir, hastasını ikna etme yolunu seçerek hastasının sorularını cevaplar, bunun sonucu olarak da hastasının tatmin olmasını sağlar (Atıcı, 2007).

Bu çalışma kapsamında diş hekimlerinin hastalarla kurdukları iletişim süreci anlaşılacak istenmektedir. Araştırmada aktif olarak hasta kabul eden araştırma görevlisi/diş hekimi grubu ile odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Diş hekiminin bakış açısı doğrultusunda hasta ile ilişkilerinde ortaya çıkan iletişim problemleri tanımlanmaktadır. Araştırma, diş hekimlerinin hasta ile iletişim deneyimlerinin belirlenmesi çerçevesinde odak grup görüşmeleri yoluyla elde edilen bulgular çerçevesinde yapılmaktadır.

Literatür İncelemesi

Türkiye’de henüz yakın bir geçmişe sahip olan sağlık iletişimi alanında Türkçe literatürdeki ilk doktora tezi İnci Çınarlı’nın (2004) “Sağlığın Geliştirilmesine Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak, Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk ve Halkla İlişkilerin Etkisi” başlıklı çalışmasıdır. Çınarlı’nın tez çalışması 2008 yılında “Sağlık İletişimi ve Medya” adıyla kitaplaştırılmıştır. Ruhi Selçuk Tabak’ın (1999) “Sağlık İletişimi” ve Ayla Okay’ın (2009) “Sağlık İletişimi” adlı kitapları, Türkiye’de sağlık iletişimi alanındaki diğer yayınlardan bazılarıdır. Anahtar kavramlarla YÖK Ulusal Tez Merkezi’nde yapılan taramada araştırmaya katkı sağlayacak doktora tezleri belirlenmiştir. Belirlenen doktora tezlerinde doğrudan diş hekimi ve hasta iletişimi üzerine bir çalışmaya rastlanmamıştır. Diş hekimliği uzmanlık tezlerinde diş hekiminin hasta ile ilişkisini irdeleyen çalışmalarda ise ağırlıklı olarak dental anksiyete veya oral hijyen gibi konuların ele alındığı görülmektedir. Literatür ayrıca *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus* ve *Google Scholar* gibi geniş veri tabanlarında da tarandı. Birçok bilimsel makale platformundan, diş hekimi ve hasta iletişimi, sağlık iletişimi, diş hekimliğinde hasta merkezli bakım gibi konularda makaleler incelenmiştir.

Diş hekimi ve hasta iletişimi konusunu esas alan yerli ve yabancı literatürde sayıca az çalışmaya ulaşılmıştır. Farklı algoritmalar kullanılarak yapılan taramalarda diş hekimliği anabilim dallarına ait girişimsel işlemlerde özel grup niteliğindeki hastaların (yaşlılar, çocuklar, engelliler vb.) konu edildiği gözlenmiştir. Hyejin Choi ve arkadaşları, “Determinants of Dentist-Patient Relationship: A Scoping Review” başlıklı çalışmalarında alana ait literatür taraması ile 1727 kayıt belirlemişlerdir. Ancak bu çalışmalardan sadece 16 makale diş hekimi-hasta ilişkisini konu edinmiştir. Üstelik makalelerin ikisi hariç hepsi meseleye hasta perspektifinden yaklaşmışlardır (Choi ve diğerleri, 2024). Benzer şekilde Jasmine Cheuk Ying Ho ve arkadaşları yine 2024 yılında “Strategies for Effective Dentist-Patient Communication: A Literature Review” adlı çalışmalarında diş hekimi-hasta iletişimi konusuna literatürde oldukça az yer verildiğinden yakınmışlardır. Her iki çalışmada da alanda diş hekimi ve hasta iletişimi konularına öncelik verilmesi yönünde önerilerde bulunulmuştur. Bu çalışmalardan daha önce yapılan diş hekimi-hasta iletişimi konulu çalışmalara bakıldığında da konuya ilişkin kaynak yetersizliğine değinildiği görülmektedir. Marta Justyna Nowak ve arkadaşları (2018), İngiltere’de kamu kurumunda çalışan diş hekimlerinin hasta ile iletişim becerilerine yönelik “You have to treat the person, not the mouth only: UK dentists’ perceptions of communication in patient consultations” başlıklı çalışmasında alanın ihmal edildiğine değinmişlerdir. Nihayet 2025 yılına gelindiğinde “An Overview of Dentist-Patient Communication in Quality Dental Care” başlıklı çalışma ile diş hekimleri ve hastalar arasındaki etkili iletişimin önemi, zorlukları, stratejileri ve eğitimi kapsamlı olarak incelenmiştir. Geniş bir literatür tarayan bu çalışma, diş hekimlerine iletişim becerilerini geliştirmeleri yönünde öneride bulunmaktadır (Ho ve diğerleri, 2025).

Amaç ve Yöntem

Literatürde sağlık iletişimi alanında tıp hekimleri ile ilgili çok kapsamlı çalışmalar mevcut iken diş hekimleri ile ilgili çalışmaların yetersizliği dikkat çekmektedir. Diş hekimi-hasta iletişimi üzerine yapılan çalışmaların sınırlı ve bilhassa diş hekimlerinin perspektifinden sunulan çalışmaların sayıca çok az olduğu bilinmektedir (Nowak ve diğerleri, 2018). Alana katkı sağlaması amacıyla mevcut sağlık politikaları çerçevesinde diş hekiminin yasal sorumlulukları ve hastaya tanınan haklar göz önünde bulundurularak, diş hekimi ve hasta iletişimini etkileyen unsurlar diş hekimlerinin bakış açılarıyla belirlenerek iletişim sorunlarına çözüm önerileri sunulması amaçlanmıştır. Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastaneleri'nde çalışan 18 araştırma görevlisi/diş hekimi ile 6'şar kişilik üç oturumdan oluşan odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Gruptaki bireylerin birbirleriyle etkileşimleri sorulara verilen cevapları daha kapsayıcı kılmıştır. Gruptan bir bireyin sorulan soruya verdiği yanıtın diğer bireyler tarafından duyulması, onlara kendi düşüncelerini oluşturma fırsatını vermiştir. Zaten bu teknik ile katılımcılar birbirlerini sorgulayabilir ve yanıtlarını birbirlerine açıklayabilmektedirler (Neuman, 2020, s. 732). Toplanan veriler zengin olduğundan daha fazla bireye ulaşip farklı odak grup görüşmeleri yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır. Odak grup görüşmesi gayri resmi formatta homojen grup üyeleri ile gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmelerinde analiz yaparken ve rapor hazırlanırken konuşma dilinin olduğu gibi kalması önerildiğinden, katılımcının kullandığı ifadeler aynen verilmeye çalışılmıştır (Çokluk ve diğerleri, 2011). Odak grup görüşmelerinde deneyimlerini paylaşan diş hekimlerinin demografik özelliklerinin incelenmesi neticesinde, 11 katılımcının kadın, 7 katılımcının erkek, bunlardan 5 kişinin evli ve 13 kişinin bekâr olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan 23-30 yaş aralığında 12 kişinin, 30-45 yaş aralığında ise 6 kişinin olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 12 kişi 1-5 yıl aralığında, 3'er kişi ise 6-10 yıl ve 11-15 yıl aralığında mesleki tecrübeye sahiptir. Odak grup görüşmesine; Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Ortodonti ve Pedodonti olmak üzere Diş Hekimliği Fakültesinin 4 farklı kliniğinden, araştırma görevlisi/diş hekiminin katılımı sağlanmıştır. Bu görüşmede 18 araştırma görevlisi/diş hekimine toplam 7 ana sorudan oluşan açık uçlu sorular yönlendirilmiş ve görüşme farklı açılardan iki kamera aracılığı ile sesli-görüntülü kayıt altına alınmıştır. Çalışmada katılımcılar oturum ve katılım numarası verilerek kodlandırılmıştır. Örneğin; O1K1- Birinci oturumdaki birinci katılımcıyı temsil etmektedir. Katılımcılardan elde edilen veriler, MAXQDA 2020 programı aracılığıyla kod ve alt kod frekansları ile görselleştirilerek haritalandırılmıştır. Kodların yani temaların oluşturulması, katılımcıların açık uçlu sorulara verdiği cevapların derinlemesine analizi ile sağlanmıştır. Verilen her cevabın bir tema kapsamında alt kod içinde yer almasına itina edilmiştir. Bilimsel bakış açısı ile çalışmayı ileriye taşıyan kod ve alt kodlardır. Kod ve alt kodlar konuyu sistematik bir şekilde ele alarak araştırmanın kavramsallaştırılmasına katkıda bulunmaktadırlar (Creswell, 2009, s. 187). Odak grup görüşmelerinin yanı sıra kliniklerde uzun süreli katılımlı gözlemlerden de veriler elde edilmiştir.

Çalışmada, Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ilkesi gereği katılımcılardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurul'dan 29.11.2022 tarihinde 511 başvuru numarası ile onay almıştır.

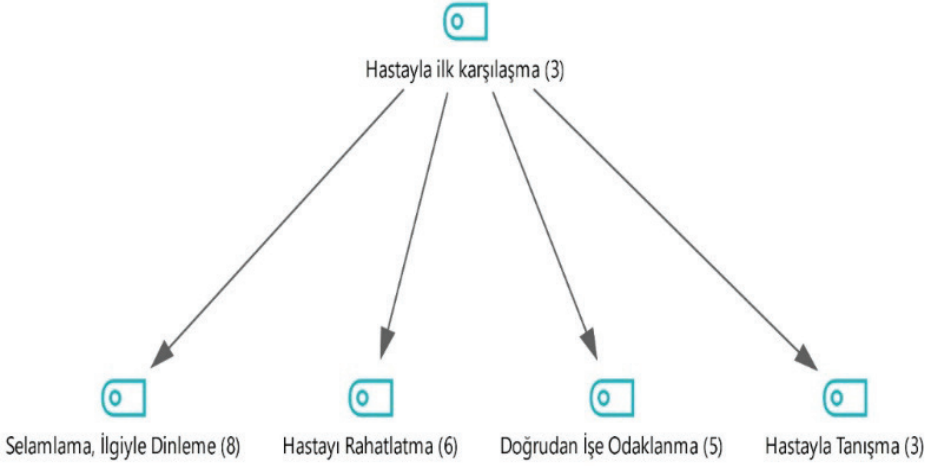
Bulgular: Hasta ile İletişim Sürecinde Diş Hekimleri

Diş hekimlerinin hastalarla iletişim sürecindeki deneyimleri doğrultusunda iletişim sürecindeki problem alanları çeşitli kategoriler altında tanımlanmaktadır.

Hastayla İlk Karşılaşma

Kişilerarası iletişim bilgi verme, ikna etme, problem çözme ve stres giderme gibi birçok amaca hizmet etmektedir. Kişilerarası iletişimin her alanında iki insanın ilk karşılaşması çok önemlidir. İnsanların sınırlı bilgi ve ipuçları ile başkaları hakkında izlenimler oluşturması evrensel bir eğilimdir. İnsanlar sadece birkaç dakika gördüğü kişinin birçok özelliği ile ilgili yargılarda bulunabilirler (Freedman ve diğerleri, 1998, s. 95). Kişilerin birbirleri hakkındaki ilk izlenimleri çok kısa sürede oluşmaktadır. Hasta ve diş hekiminin ilk karşılaşmasında hastanın diş hekimi ile ilgili düşüncelerinin şekillenmesi ile iletişimin seyri belirlenmektedir. İlk karşılaşmada hasta, diş hekiminin mesleğinde başarılı olup olmadığına, diş hekiminin davranış ve iletişim becerilerini kullanma durumuna bakarak karar vermektedir. Bu bakımdan özellikle belirli periyotlarla yürütülen Ağız ve Diş Sağlığı (ADS) hizmetlerinde ilk karşılaşma hasta açısından son derece önemlidir. ADS hizmeti almak isteyen hastaların çoğunda; diş hekiminden, diş hekiminin kullandığı el aletlerinden ve diş tedavi koltuğundan (ünit) korkuların olduğu bilinmektedir. Hastanın her ne kadar ADS hizmeti deneyimi olsa da ilk defa geldiği klinik ve diş hekimi onun üzerinde anksiyeteye yol açabilmektedir. Güven ilişkisinin inşası ve hastanın anksiyetesini azaltmaya yönelik psikolojik ve enformasyonel ihtiyaçların her adımda karşılanması gerekmektedir. Böylece hastanın, tedavi sürecine uyumu kolaylaşır (Gökgöz, 2017). Dolayısıyla diş hekimi, hastanın anksiyetesinin farkında bir yaklaşım modeli ile hastasını karşılamalıdır. "Hastayla İlk Karşılaşma" teması, selamlama-ilgiyle dinleme, hastayı rahatlatma, hastayla tanışma, doğrudan işe odaklanma olmak üzere 4 kod başlığında ele alınmıştır.

Şekil 1. Hastayla ilk karşılaşma teması ve kod frekansları



Hastayı günün saatine göre selamlamak ve hastayı ilgiyle dinlemek beraberinde diş hekiminin hastayla tanıştığını da düşündürmektedir. Ama genellikle selamla ve ilgiyle dinleme olsa da tanışma ihmal edilebilmektedir. Katılımcılardan 8'nin hastayla selamlaştığı Şekil 1'de verilmiştir. Bununla birlikte sadece 3 katılımcı, ilk karşılaştığı hastası ile tanıştığını ifade etmiştir. "Genelde, hoş geldiniz ve nasılsınız, iyi misiniz? Şikâyetiniz nedir? Buraya gelmekte ki amacınız nedir? Bu şekilde sorular sorarak başlıyorum. Daha sonra hastanın derdini anlatmasına müsaade ediyorum ve onu sabırla dinliyorum. Sonrasında branş planımda yapacağım tedaviyi hastaya anlatıyorum". (O1K1); "hoş geldiniz, nasılsınız" gibi karşılama sözcüklerini her zaman, her hastada değil genellikle kullandığını belirtmiştir.

Diş hekiminin hastayı selamlaması ve ilgiyle dinlemesi, hastayı kısmen rahatlatmış olsa da hasta kendisine uygulanacak tedavi hakkında bilgi alarak, kullanılacak aletleri tanıyarak, işlem esnasında ağrı ve başka problemlerin olması durumunda diş hekiminin tedaviyi sonlandıracağını bilerek rahatlayabilmektedir. Diş hekiminin, hastayı tedavinin merkezine alarak yaklaşımı ve bu durumu hastaya hissettirmesi son derece önemlidir (Dinkel ve diğerleri, 2019). "Ben de 'geçmiş olsun' diyerek başlıyorum. Şikâyetini öğreniyorum. Anemnez alıyorum. Daha sonra hızlı bir şekilde kendi işlemimizi yapıyorum. Eğer hasta, çok panik oldu ise onu sakinleştirmeye çalışıyorum". (O1K4), "Daha sonra hızlı bir şekilde kendi işlemimizi yapıyorum" ifadesi, diş hekiminin; hastayı karşılamayı, hasta ile konuşmayı diş hekimliği meslek uygulamasının dışında tuttuğunun göstergesidir. Diş hekimliği uygulamaları içinde hasta ile iletişim de vardır. Hastanın olduğu her alanda iletişim sağlık uygulamalarının parçasıdır (Ho ve diğerleri, 2024). Bu noktada diş hekiminin iş merkezli çalıştığını söylemek yanlış olmayacaktır. Diş hekimleri hasta merkezli çalışmalarını gerektiğinin bilincindedirler. Ancak özellikle kamuya ait ADS alanlarında çalışan diş hekimlerinin has-

tayı değil işi merkeze alma nedenlerini zamanın kısıtlı olmasına bağladıkları görülmektedir (Nowak ve diğerleri, 2018).

Ben de çocukta ilk önce güven tesis etmeye çalışıyorum. Hastane kayıtlarımızdaki çocuğa ait bilgilerden tedavi planını kafamdan oluşturuyorum. Daha sonra hastayı alıyorum ve onunla sohbet ediyorum. Yaş gruplarına göre sorular soruyorum. Mesela 5 yaşındaki bir kız çocuğuna “Elbisen ne kadar güzel, kim aldı bunu sana?” Diyorum. Çocuk rahatlayınca bana sorular sormaya başlıyor. “Senin de elbisen çok güzelmiş” diyebiliyor. Çocukların en güzel özelliği, hemen unutup hemen inanmaları. Sizi tanımasa da ailesinin yanında size güvendiği için hemen bir arkadaş ortamı oluşabiliyor. Çocuk ve ailesi uyumlu ise çocuğun dişlerinde bir hastalık olduğu ve benim de bunu tedavi edeceğimi hissettiriyorum. Daha sonra kullanacağım aletleri tanıtarak tedavi aşamalarından bahsediyorum. Onun anlayacağı şekilde ne dikkatini çekecek şekilde açıklamaya çalışıyorum. Elektrikli diş fırçalarından bahsediyorum. Bu fırçalar bütün çocukların dikkatini çekebiliyor (O2K5).

Doğrudan işe odaklı hasta karşılımlarına O1K6 ve O3K5’in cevapları örnek olarak verilebilmektedir. “Ben de hastanın tavrına göre anestezi yaptıktan sonra beklerken bir süre konuşuyorum, eğer hasta sert veya gıcık, bir an evvel işimi bitirip hastayı gönderiyorum.” (O1K6), hastayla işleme başladıktan sonra konuştuğunu ve bu sırada hastanın “sert ve gıcık” olduğuna kanaat getirdiğinde hızlı bir şekilde işini bitirip hastayı gönderdiğini ifade etmiştir. Diş hekiminin “gıcık” kelimesini kullanması, onu diş hekimliği jargonundan ve profesyonellikten uzaklaştırmaktadır. Yapılan bir çalışma, Türk hekimlerin hastaya profesyonellikten ziyade insani bakış açısıyla yardım gereksinimini karşılamayı yaklaşımı ile sağlık hizmeti verdiklerini göstermiştir (Henzel Olgun, 2009, s. 114).

Ben sirkülasyonun çok yoğun olduğu bir klinikteyim. Çok kısa sürede hastanın muayenesini yapıyorum, hastanın devam eden bir tedavisi bizim klinikte olmuyor. Bu yüzden diğer kliniklerdeki gibi etkin bir iletişimimiz olmuyor. Ama buna rağmen mutlaka hastanın gözüne bakarak “hoş geldiniz, şikâyetiniz nedir” diyorum. Muayeneye geçmeden önce hastayı nasıl muayene edeceğimi anlatıyorum. Ben buna özellikle dikkat ediyorum (O3K5).

O3K5 kliniğin yoğun olduğunu ve ilk muayene kliniği olması nedeni ile hastalarla etkileşiminin kısa sürdüğünü belirtmiştir. Bu nedenle hızlıca işe odaklandığını ama bununla birlikte hastanın birey olma özelliklerine bilhassa dikkat ettiğini belirtmiştir. O3K5, hasta sirkülasyonunun hızlı olduğu kliniklerde bile hastayı merkeze alarak hasta odaklı çalışılabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda O3K5, kişilerarası iletişimde göz temasının önemini farkında olduğunu vurgulamaktadır.

“Ben genelde geçmiş olsun diyerek başlıyorum. “Nasılısınız, iyi misiniz?” kısmı bende çok yok, (güldü) hızlı bir şekilde hastanın ne şikâyeti olduğunu anlamaya çalışıyorum. Daha çok kendi bölümümle ilgili hastanın sorununu çözmek için öneride bulunuyorum. Dişine çekim gerekiyorsa ve hasta çekim istiyorsa başlıyorum”. (O1K2), hastaya iş yoğunluğundan “nasılısınız, iyi misiniz?” sorularını sormadığını gülerek söylemektedir. Burada O1K2’nin aslında hastaya

“nasılsınız, iyi misiniz?” sorularını sormadığı için hatalı olduğunu kabullendiği görülmektedir.

Diş hekiminin hastaya kendini tanıtmaması, hastanın kendisini tanıtmamasını istemesi, hastaya diş hekimi tarafından önemsendiğini ve kendisi ile ilgilendiğini hissettirerek hastada diş hekimine karşı güven duygusunu geliştirmektedir.

Ben de ilk olarak hem aileyle hem çocukla tanışıyorum. Daha sonra tıbbi anemnez alıyorum. Çocuğun sağlık problemi var mı yok mu onu öğrenmeye çalışıyorum. Daha sonra geçmiş tedavileri var mı onu öğrenip klinik muayeneye geçiyorum. Bu aşamada sohbet ederek bilgileri alıyorum. Çocukta güven duygusunu oluşturmaya çalışıyorum, o istemedikçe ona hiçbir şey yapmayacağımı söylüyorum. Ondan sonra tedaviye devam ediyorum (O2K6).

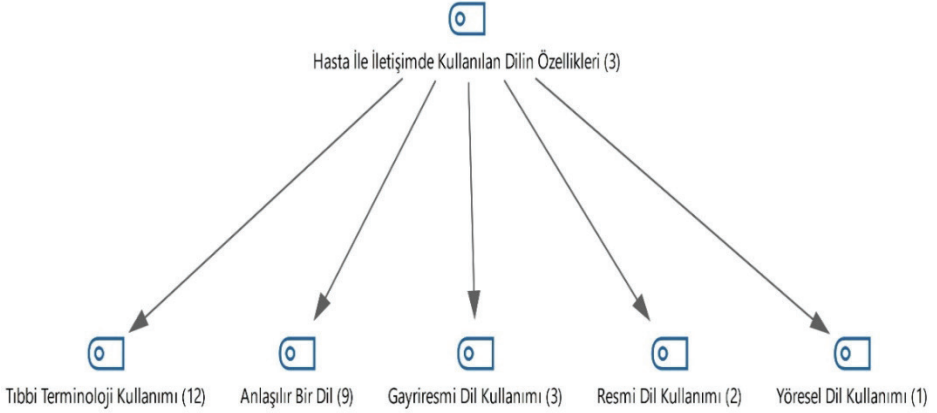
Bir pedodontist olan (O2K6) gibi diğer pedodontist katılımcıların da çocuk hastayı karşılamaları; genellikle hastayı selamlama, hastayla ve ailesi ile tanışma ve hastayı rahatlatma edim ve amacındadır. Bu yaklaşımlarının çocuk hastada güveni inşa edebileceğine inandıkları görülmektedir.

“Kliniğe ilk defa gelen hasta, sekreterlikten adımızı öğrenmiş olarak geliyor. Hastayı, ‘Buyurun, hoş geldiniz’ şeklinde karşılıyorum. Daha sonra şikayetini öğreniyorum. Sistemdeki bilgilerle uyumlu mu diye bakıyorum. Gülümseyerek muayeneye başlıyorum”. (O3K1), hastanın sekreterlikten prosedür gereği yaptırdığı işlemler nedeni ile diş hekiminin ismini öğrenerek geldiği, diş hekimi de zaten hasta belgelerinden ve yazılım programından hastanın ismini öğrendiği için ayrıca bir tanışmayı gerekli görmemektedir. Diş hekimlerinin deneyimlerinden, çocuk hasta ile tanışmaya eğilimli oldukları yetişkin hastalarda ise tanışma eylemine gerek görülmediği anlaşılmaktadır.

Hastayla iletişimde kullanılan dilin özellikleri

Hasta ile iletişimde tıbbi terminoloji kullanımı anlaşılabilirliğin önündeki en büyük engel olmaktadır. “Hasta ile İletişimde Kullanılan Dilin Özellikleri” temasına ait; tıbbi terminoloji kullanımı, anlaşılır bir dil, gayri resmî dil kullanımı, resmî dil kullanımı ve yöresel dil kullanımı olmak üzere 5 kod oluşturulmuştur.

Şekil 2. Hasta ile iletişimde kullanılan dilin özellikleri teması ve kod frekansları



Şekil 2’de tıbbi terminoloji kullanımı 12 frekansı ile katılımcılar arasında iletişimde en fazla tercih edilen dil olduğunu göstermektedir.

Hasta-dış hekimi iletişimde tıbbi terminoloji kullanımı önemli bir iletişim engelidir. Yoğun hastane ortamlarında, mesleki terimler kullanılarak yapılan bilgilendirmede hastanın konuyu anlamama veya yanlış anlaması kaçınılmaz olmaktadır. Hastanın çoğu zaman anlamadığı durumu kişisel özelliklerinden veya ortamın kalabalık olmasından dolayı soru sorma imkânı bulunmamaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 18. Maddesinde hastanın bilgilendirilmesi, sosyo-kültürel düzeyi gözetilerek, onun anlayacağı şekilde açık ve sade yapılması gerektiği belirtilmiştir (Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998 Sayısı: 23420, 2014).

Ben hâlâ halk dilinde anlatmakta zorlanıyorum. (Güldü) Bambaşka bir şey anlatıyor-muşum gibi oluyor. (O1K4)

Mesleğe ilk başladığımda tıbbi terimleri sıklıkla kullanıyordum. Ama daha sonraları tecrübe kazandıkça kullanmamayı öğrendim. Genelde onların anlayabileceği bir dil kullanmaya çalışıyorum. Yani “periapikal” yerine “senin dişinin resmini çekeceğiz” diyorum. Fakat arada yine tıbbi terimleri unutarak kullandığım oluyor. Bazen ailelere “diş teli” yerine “ortodonti” diyerek yönlendirme yaptığım oluyor. Hastanın anlamadığını göz temasında anladığımda bunu düzeltmeye çalışıyorum. Genellikle onların anlayacağı bir dilde konuşuyorum (O2K6).

O1K4 ve O2K6 tıbbi terminoloji kullanımının doğru olmadığını farkındadır. Ancak O1K4 hastanın anladığı dil kullanımında zorlandığını, O2K6 ise tıbbi terimleri unutarak arada kullandığını söylemiştir. Bir bakıma uzun ve yoğun bir eğitim sürecinde tıbbi terminoloji kullanımı alışkanlığa dönüşmüştür.

Açıkçası velilere anlatırken “ortodonti, restoratif” gibi kelimeler kullandığım oluyor. Ama çocukla iletişimde farklı bir ortamda bir sürece başladığınız için mümkün olduğunca onun anlayacağı şekilde ifade etmeye çalışıyorum. Bir çocuğa “dişine kanal tedavisi yapacağım” diyemezsiniz. O bundan bir şey anlamaz. Çocuğa “Tıpkı ağaçlarda olduğu gibi dişlerin de kökleri vardır, bu köklerin içine mikroplar yuva

yapmış bu mikropları temizlemeliyiz” diyorum. Ama veli bilgilendirmesi sırasında buna çok dikkat etmiyorum, terimleri kullandığım oluyor maalesef (O2K5).

Ben de çocuklarla iletişimde mesleki terimleri kullandığımı pek hatırlamıyorum. Onu çocuk olarak gördüğümüz için onun anlayacağı şekilde konuşmaya çalışıyorum. Mesela “sakşın” yerine “fil hortumu” diyorum. Ama velilerle konuşurken mesleki terimleri kullanıyorum. Onlara nasıl anlatacağımı bilemiyorum. Bazen tıkandığım oluyor. Öğrenciyken gebe bir hastaya “kaçıncı trimesterdesiniz?” diye sormuştum. (Güldü) Bunu hiç unutamıyorum, çünkü bayağı bir olay olmuştu. Hasta “anlamadım” deyince fark ettim. Hemen “kaçıncı aydasınız?” Diye sordum. Anemnez kağıdındaki gibi sormuştum (O2K4).

O2K4 ve O2K5 çocuk hastalarda tıbbi terminoloji kullanmadıkları gibi çocukta anlaşılır olabilmek için daha somut ve basit ifadeleri tercih etmektedirler. Ancak yetişkinlerde bu hassasiyetlerinin olmadığını belirtmişlerdir.

Hastayı bilgilendirme, sadece tıbbi terminolojiden ayıklanmış bir anlatımla değil aynı zamanda hastanın yaşı, sosyo-kültürel özellikleri ve eğitimi gibi anlamaya etki edecek durumları göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. “Anlaşılır Bir Dil” kodu altında cevap veren katılımcılar, genellikle çocuk hastalarda daha özenli davrandıklarını belirtmişlerdir.

Hastanın velisine ve çocuğa anlayabilecekleri düzeyde bir dil kullanıyorum. Tedavi sonrası veliden ne işlem yapıldığını anladığına dair geri dönüt almadan aileyi göndermiyorum. Veli bir kararsızlıkla veya belirsizlikle “bu çocuğa ne tedavi yapıldı? bilmiyoruz” gibi bir düşünce ile ayrılmaması için açıklamalarımı yapıyorum (O2K1).

Gayri resmî dil kullanımı, dış hekimi ile hasta arasındaki hizmet veren-hizmet alan ilişkisini ortadan kaldırmaktadır. Hasta-dış hekimi iletişimde gayri resmi dil kullanıldığında, her iki tarafta rahatsızlık olabileceği gibi hastanın beklentileri değişime uğramaktadır. Hasta ve dış hekimi arasındaki ilişki daha kırılgan olmaktadır. “Ben Ankara Üniversitesi mezunuyum. Şu anda teyzelerle ve amcalarla çok sıkı bir iletişim içindeyiz. (Tebessüm ediyor) Biz de hastalarla konuşurken ‘hanımefendi, beyefendi’ hitap şekli öğretiliyordu. Görevlilerle de konuşurken ‘abi, abla’ kesinlikle kullanmayacaksınız denirdi. ‘Siz’ diye konuşacaksınız. Burada çok değişti” (O1K1). Dış hekimliğinde eğitim özellikle kliniklerde bir usta-çırak ilişkisi görünümündedir. Bu nedenle O1K1 hastalarla iletişimde bulunduğu üniversiteye ait kliniğin benimsemiş olduğu dili kullanmaktadır. Ankara Üniversitesi’nde hastalarla iletişimde daha resmî bir dil kullanılan O1K1, Erciyes Üniversitesi’nde hastalara “amca, teyze” gibi gayri resmî hitap biçimlerini kullandığını ifade etmektedir.

Dış hekimi, resmî dil kullanımını, genellikle resmî kıyafet giymiş, dış görüntüsü ile varlıklı olduğunu hissettiren hastalarda tercih etmektedir. Bu durum kliniklerde sıklıkla gözlemlenebilmektedir. Genellikle varlıklı olduğu düşünülen hastalara, “... Hanım, ... Bey ve siz” diye hitap edilmektedir. Köy yaşantısına uygun veya eski kıyafetler giymiş hastaya ise “... Amca, ... Teyze ve sen” diye seslenilmektedir. Dış hekimi, hastasının kılık kıyafetine bakarak hitap şeklini belirlediğinde varsıl ve yoksul hasta ayırımı yapmaktadır. Bu durum hastanın

eşit hizmet alma hakkı ile çelişmektedir. Kendisine “teyze” diye hitap edilmesinden rahatsızlık duyduğunu bildiren şikâyet vakaları da yaşanmaktadır.

“Ben Çapa’dan geldim orada tam tersine bu şekilde konuşmuyorduk, buraya geldikten sonra son bir yıl içerisinde çok değişti hastalarla konuşma tarzım. Özellikle Kayseri’de olmakla ilgili. Amcalarla teyzelerle konuşa konuşa bu durumu aştım. “Amca, teyze” kesinlikle söylenmiyordu”. (O1K2), “Özellikle Kayseri’de olmakla ilgili” diyerek coğrafyanın resmî veya gayri resmî dil kullanımında son derece etkili olduğunu açıkça ifade etmiştir. Gayri resmî dil kullanımı kodu altında O1K1 de aynı şekilde Ankara Üniversitesi’nde resmî üslup kullanılması-na dikkat edildiğini belirtmiştir.

Yöresel dil kullanımı, Kayseri ili dışında gelen dış hekimleri için hastayı anlamakta ve hastaya anlatmakta zorlayıcı bir unsur olmaktadır. Hasta ve dış hekim arasındaki iletişimi engellemektedir.

Başlarda tıbbi terimleri ayıklayamıyordum ama şu anda, halkla iç içe olmayı öğrendim. Özellikle Kayseri’deki bazı kelimelerden dolayı çok geç öğrendim ama şu anda hastayla daha efektif şekilde konuşabiliyorum. Yani yöresel bir değişime uğradım açıkçası. Kayseri, Nevşehir şeyisini aldım (O1K1).

Hastaların şikâyetlerini dinlerken oradaki tıbbi terimleri nasıl çevireceğimi düşünüyorum. Acaba neden bahsediyor, yöresel kelimeler çok kullanılıyor. Tam bilmiyorum karşılığını, birilerine sorarak öğreniyorum nasıl anlatabilirim acaba diyorum? Biraz zaman kaybediyoruz ama anlaşıyoruz sonunda. Özetle tıbbi literatür kullanmıyorum hastanın anladığı dilde devam ediyoruz (O1K5).

O1K5, yöresel dil kullanan bir hastayla iletişimde çok zorlandığını bunun için birilerinden destek aldığını söylemiştir. O1K5, bir taraftan tıbbi terimleri açıklamakta diğer taraftan açıklamaların hastanın anlayacağı yöresel biçimde ifade etmekte zorluk yaşamaktadır.

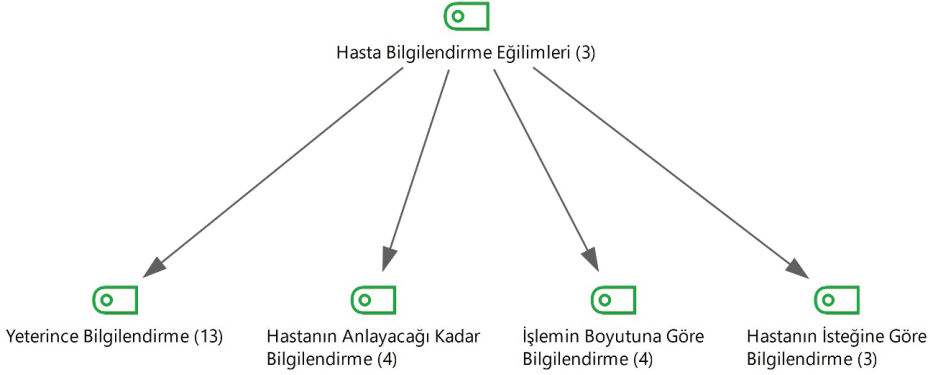
“Ben biraz daha resmîyim hastalarla ama şuna çok dikkat ederim. Tıbbi terim kullanmamaya öğrencilere de buna dikkat etmelerini söylerim. Benim için artık antikoagülan değil kan cıvıtcıdır” (O1K3) (Kendisi ve diğer katılımcılar yüksek sesle güldü). Terminolojide sıklıkla kullanılan kelimenin halk arasında anlaşılır olması için genellikle en yaygın kullanımı tercih edilmektedir. Klinik gözlemlerinde ya da hasta ile görüşmelerde “antikoagülan” olarak bilinen ilacın yöreye uygun biçimiyle “kan cıvıtcı” şeklinde kullanımı ile sıklıkla karşılaşmıştır. Bununla birlikte “kan sulandırıcı” kelime öbeğinin de kullanıldığı gözlemlenmiştir.

Hasta bilgilendirme eğilimleri

Hasta bilgilendirme, Hasta Hakları Yönetmeliği’nin üzerinde en fazla durduğu konulardan biridir. Bununla birlikte hastanın hekim konulu şikâyetlerinde en fazla dile getirilen sorun “hasta bilgilendirme” ile ilgilidir. Dış hekimlerinin ifadeleri ile hasta bilgilendirme eğilimleri; yeterince bilgilendirme, hastanın anlayacağı kadar bilgilendirme, işlemin boyutuna göre bilgilendirme ve hasta-

nın isteğine göre bilgilendirme olmak üzere 4 kod oluşturulmuştur. Katılımcıların bu kodlardan en çok hastayı “yeterince bilgilendirme” eğiliminde oldukları görülmektedir.

Şekil 3. Hasta bilgilendirme eğilimleri teması ve kod frekansları



Hastanın veya hasta yakınının yapılacak tedavi hakkında kafalarında hiçbir soru işareti kalmadan bilgilendirilmeleri yeterince bilgilendirildiği anlamına gelmektedir. Şekil 3'te görüldüğü üzere 13 katılımcı ifadesinde, hastayı yeterince bilgilendirdiklerini aktarmışlardır.

Elimizden geldiğince veliyi aydınlatmaya çalışıyoruz zaten işlem öncesinde aydınlatma formunu zaman ayırarak okumalarını istiyoruz. Ayrıca sözlü olarak da formun içeriğini anlatıyoruz. Tedavi, tedavi süresinde yaşanabilecek durumlar, tedavi sonrasında ortaya çıkacak komplikasyonlar ve tedavinin kaç seansta biteceği hakkında bilgi veriyoruz. Bunlara göre tedaviye başlayıp başlayacağına karar vermesini istiyoruz. Her hastaya aynı tedaviyi uygulamaya biliyoruz. Bazılarının ekonomik ve sosyal durumu buna elverişli olmayabiliyor (O2K1).

Ben alternatif tedaviler, tedaviye kaç seans gelecekleri bir tedavi süresince ve sonrasında oluşabilecek sorunlar hakkında ayrıntılı bilgiler veriyorum. Özellikle travma hastalarında en kötü senaryoyu anlatıyorum ki sonra olumsuz bir durum geliştiğinde neden böyle oldu denilmesin. Bu konuda yeterince bilgilendirdiğimi düşünüyorum (O2K4).

Ben de yapacağım tedaviyi tüm yönleri ile veliye ayrıntılı olarak mutlaka anlatıyorum. Oluşabilecek en kötü sonuçları tedavi öncesinde söylüyorum. En kötü sonuç çekime gidebilir. Bu konularda bilgi vermek için yeterince zaman ayırdığımı düşünüyorum (O2K5).

Pedodontist katılımcı olan; O2K1, O2K4 ve O2K5 çocuk hastayı ve hastanın velisini yeterince bilgilendirdiklerini dile getirmişlerdir.

Hastaya genel olarak bir bilgilendirme yapıyorum. Hasta, vaka toplantısında değerlendirilip hocalarımızın görüşlerini aldıktan sonra hastanın tedavisi ne şekilde yürütüleceği kesinleşince, hastayı ayrıntılı olarak bilgilendiriyorum. Braketleme işleminin ne kadar süreceği, ortalama tedavinin ne kadar süreceği, tedavi de diş çekimi olup olmayacağı gibi konularda bilgi veriyorum. Sonradan bir sorun çıkmasın diye

detaylı olarak anlatıyorum. Sonra hasta; “niye bu dişim çekildi, tedavi niye bu kadar uzadı?” şeklinde itiraz eden şikâyetlerde bulunmasın. Çene asimetrisinden şikâyetçi olan bir hastaya cerrahi olmadan düzelmeyeceğini anlatıyorum. Anlamak istemiyor. O ameliyat istemiyor. Ama bunun başka tedavi yöntemi yok. Beklentisi açısından, 30 yaş üzeri öğretmen hasta, bekar ya da boşanmış hasta oldukça zorlayıcı (O3K1).

O3K1, hastasına tedavinin bütün aşamalarını, tedavi esnasında ve sonrasında herhangi bir sorun olmaması için detaylı olarak anlattığını ancak hastanın tedaviden beklentisi yüksek olduğu için aralarına bir bariyer koyduğunu ve hastası tarafından anlaşılacak istemediğini ifade etmiştir. Beklentisi yüksek, zor hastaları ise 30 yaş üzeri, bekar ya da boşanmış, öğretmen hastalar olarak kategorize etmiştir.

Hasta, anlama ve kavrama açısından diş hekimi tarafından değerlendirilmekte ve bu değerlendirme neticesinde hastanın bilgilendirilmesi yapılmaktadır. Türk ve Fransız hekimleri karşılaştıran bir çalışmada Türk hekiminin hasta algısında, hasta; sorununu ifade etmede yetersiz, yardıma muhtaç ve acınacak durumda, sağlık konusunda bilinçsiz, hekimine göre de sosyokültürel düzeyi düşük özelliklerdedir. Türk hekimler, hastaya profesyonellikten ziyade insani bakış açısıyla yardım gereksinimini karşılamalıym yaklaşımı ile sağlık hizmeti vermektedirler (Henzel Olgun, 2009, s. 114). Hasta bilgilendirmelerin çoğunluğu da bu anlayış ile yapılmaktadır.

Kanal tedavisi ile kurtarılacak bir dişe çekim istiyorsa hasta, dışarıya yönlendirdiğim oluyor. Kimisi anlatsan da anlamaz. Ama ben çekim istiyorum diyorsa ve anlayabilecek düzeyde ise yeterince bilgilendirip çekimini yapıyorum. Hasta anlayabilecek düzeyde ise yeterince bilgi veriyorum (O1K6).

Hastanın tedaviyi ne kadar anlayıp anlamadığını sorgulamadan, tedavisini gerçekleştiriyorum. Bu tedavi gerekli mi yoksa alternatifini var mı? Alternatif var ise diğer bölümlere konsültasyon yazıyorum. Tekrar değerlendirilmesini isteyerek gözden kaçan bir durum var mı diye fikir alıyorum. Genelde kliniğin işleyişi böyle sadece ben değil herkes aynı şekilde yapıyor. Özetle bilgilendirme için yeterince zaman ayırıyoruz (O1K5).

Hastaya detaylı anlatmaya çalışıyorum. Hatta hastaya araştırmasını tavsiye ediyorum. Biraz sosyokültürel düzeyi yüksek ise makale falan öneriyorum. Sosyokültürel düzeyi düşük ise çizerek anlatmaya çalışıyorum. O kadar anlatıp hâlâ anlamayan hasta olabiliyor, bu durumda açıkçası ümidimi kesiyorum. Bazı hastalar takıntılı olduğu için aynı soruyu defalarca sorabiliyor. Çünkü özel bir klinikte yanlış bilgilendirilmiş olabiliyor. Özel klinikte asimetrini ameliyatsız düzeltiriz deyip parayı aldıktan sonra bu “Bu kadar olur” diyen birçok hekim var maalesef (O3K2).

O3K2, hastayı bilgilendirirken hastanın bilgileri kavrama yeteneğini çok yönlü olarak değerlendirdikten sonra hastaya izah biçimini belirlediğini aktarmıştır. O3K2, eğer hasta anlama konusunda üst seviyede ise makale önermektedir. Hastanın anlama ve algılamasının güç olduğuna kanaat getirdiğinde ise anlatma tarzını ona göre belirleyerek gerekirse demonstrasyon tekniği ile anlatmaya çalışmaktadır.

Hastaya yapılacak tedavi işleminin komplikasyonu az ise bilgilendirme

daha az ve daha kısa yapılmaktadır. Hatta bazen bu bilgilendirmeler stajyer dış hekimleri tarafından yapılmaktadır. Hastaya yapılacak müdahale ameliyat gibi büyük ve ciddi komplikasyonları olan bir işlemse tüm bilgilendirmeler eksiksiz yapılarak hastanın sözlü ve yazılı onayına sunulmaktadır:

Ben daha çok hastayı risklerin boyutunda bilgilendirmeye çalışıyorum. Sonuçta bilmiyorlar. Genel olarak bir kist hastasına ameliyat sonrasında ya da çekim sonrasında olabilecek komplikasyonları önceden söylüyorum. Bilerek işlemi kabul etsinler. Hiçbir şey olmaz diyemiyorum zaten. O noktada bilgilendirmeye dikkat ediyorum (O1K4).

Ben de işlemin boyutuna göre bilgilendirmeye çalışıyorum. Basit bir diş çekimi ise bilgilendirmeyi kısa tutuyorum. Ama büyük bir işlem ise kist ameliyatı gibi ya da genel anestezi gerektirecek durumlarda daha ayrıntılı bilgilendirerek, komplikasyonları anlatıyorum. Hastanın beklentisi büyük ise zorunlu olarak daha detaylı bilgilendiriyorum. Basit işlemleri uzun uzun anlatmaya zamanımız genelde olmuyor (O1K3).

Genellikle klinikteki bir çekimde yani işlem sonrasında bilgilendirmeyi öğrenciyi bırakıyorum ama lokal ameliyathanede işlem büyükse sinir hasarı yaşanabileceğe öğrenciyi bu durumda fazla güvenim yok kendim bilgilendiriyorum. Hasta yatarak tedavi göreceksin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında bilgilendirmeyi tamamen kendim yapıyorum (O1K2).

Hastanın isteğine göre bilgilendirme de hastanın beklentisi ve anlama düzeyi tespit edildikten sonra hastadan gelen sorulara hastada bir hoşnutluk geliştirmek amacıyla yapılmaktadır. Diş hekimi bu bilgilendirmede isteksizdir ve fazla zaman ayırmanın doğru olmadığını düşünmektedir:

Bir hastayı ne kadar bilgilendirirseniz bilgilendirin hasta tamamen kendi kafasındaki ile hareket eder. Bu durum hastanın beklentisi ve bilinci ile ilgilidir. Ameliyatın boyutu ve büyüklüğü hastanın bilinç düzeyi, hasta bilgilendirme konusunda çok çok önemli. Hasta sizin söylediklerinizin tamamını algılayabilecek düzeydeyse, ameliyatın bütün komplikasyonlarını ve gelişebilecek durumları ayrıntılı bir şekilde anlatırsınız. Tabii kesin bir dil kullanmadan, “Şöyle olabilir, böyle olabilir” diyerek. Bazı hasta tipi de var ki ne anlatırsanız anlatın o kafasındakini uyguluyor. Böyle hastalarla da zamanımız çok değerli olduğu için çok fazla uğraşmıyoruz açıkçası. Bu hastalara “Böyle olacak amcacığım, şöyle olacak teyzeciğim” diyorum (O1K1).

Ben de hastanın tedaviden ne beklediğini öğrenmeye çalışıyorum. Sonuçta olabileceklere hazırlıyorum. Hastanın ütopyik bir beklentisi varsa ona başından hazırlıklı olsun istiyorum. Hangi risklerin olduğu, nelerin olabileceği gibi konuların üzerinde duruyorum. Alt çenesi önde olan bir hastaya yüz maskesi tedavisi uyguladığımda, her 4 hastadan birinin yine ameliyata gittiğini söylüyorum. Diğer konularda da hasta bir soru sorarsa cevaplıyorum (O3K3).

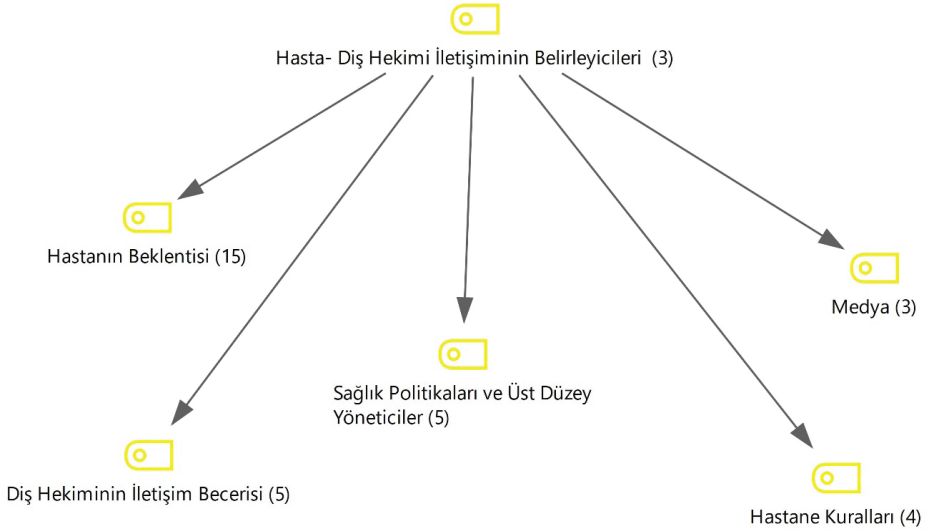
Avrupa’da lisans düzeyinde diş hekimliği eğitimi veren okulların kalitelerini iyileştiren, müfredatlarını olgunlaştıran ve 1975 yılından günümüze kadar faaliyet gösteren *Avrupa Diş Hekimliği Eğitimi Derneği*, mezun bir diş hekiminin profil ve yeterliliklerini belirlemiştir. Buna göre; etik ve hukuk başlıklı yeterlilikte, diş hekiminin ahlaki ve etik sorumlulukları hakkında bilgi ve anlayışa ve diş hekimliği uygulamalarına yönelik mevcut güncel yasalar hakkında bilgiye

sahip olması gerektiği vurgulanmıştır (Plasschaert ve diğerleri, 2005). Hasta Hakları Yönetmeliği, sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır. Bu yönetmelikte hastanın bilgilendirmesine yönelik maddeler, hekimlerin hastaları ile en çok karşılaştığı sorunların çözümlerini içermektedir. Ancak odak grup görüşmelerinde katılımcılar hastayı bilgilendirme eğilimlerini, Hasta Hakları Yönetmeliği ile ilişkilendirmemişlerdir.

Hasta-dış hekim iletişiminin belirleyicileri

Hekim-hasta ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada; hasta ve hekim ilişkisinin şekli, bütüncül yaklaşım, kişiler arası iletişim becerileri, güven, hekimin doğru tanı koyma ve uygun tedavi etme becerisi yani hekimin mesleki yetkinliği, hekime, hastaya ve hastalığa ait durumlar, sağlık sistemi-sağlık politikaları, teknolojik ilerlemeler ve meslek etiği bilinci gibi unsurların belirleyici olduğundan bahsedilmektedir (Atıcı, 2007). Çalışmanın katılımcı dış hekimlerine göre hasta-dış hekim iletişiminin belirleyicileri; hastanın beklentisi, dış hekiminin iletişim becerisi, sağlık politikaları ve üst düzey yöneticiler, hastane kuralları ve medya olmak üzere 5 başlık altında kodlanmıştır. Bu çalışmanın katılımcısı olan dış hekimleri, 15 kez kullandıkları kod ile dış hekim-hasta iletişiminin en önemli belirleyicisi olarak "hasta beklentisi" kodu üzerinde yoğunlaşmışlardır.

Şekil 4. Hasta-dış hekim iletişiminin belirleyicileri teması ve kod frekansları



Diş hekimi penceresinden oluşturulan “Hastanın Beklentisi” kodu altında hastaya ait özellikler ve hastanın hekime bakış açısı ile ilgili durumlar gösterilmeye çalışılmıştır.

“Hastanın kendisi, hastanın beklentisi. İyi davranan iyi yaklaşan bir hastaya kötü davranmamız mümkün değil ama kötü davranan bir hastaya kötü davranılabilir” (O1K6). O1K6, kötü davranan hastaya kötü davranılabilir derken hastanın iletişimde kullandığı yanlış-kaba dilin diş hekimi tarafından da kullanılabilceğini anlatmak istemektedir.

Bana göre; hastanın eğitim düzeyi çok etkili oluyor. Hasta çok medeni veya çok cahil ise verdiğimiz kararlara ve yaptığımız tedaviye çok saygı duyuyor. Köyden geliyorsa mutlaka bir hediye vermek istiyor. Ama hasta yarım bilgiye sahipse çok tehlikeli oluyorlar. Bu hastalar yaptığımız tedaviye saygı duymuyor. Güvendikleri bir dağ var, sürekli olarak “benim vergimle buradasınız” diyebiliyor (O1K3).

Ben de hastanın kendisiyle ilgili olduğunu düşünüyorum. Daha önce söylendiği gibi yarım bilgi düzeyine sahip, her durumda şikâyet edebilirim bilincinde olan bir hastada çok sıkıntı yaşıyoruz (O1K2).

O1K3 ve O1K2, tedavisi hakkında yarım bilgi düzeyine sahip hastaları, çok tehlikeli bulduklarını, diş hekiminin yaptığı işe saygı duymadıklarını anlatmışlardır. O1K3 bu hastaların bu şekilde davranmalarının sebebi olarak “güvendikleri bir dağ var” ifadesini kullanmıştır.

Ben de hasta bilinç düzeyi diyorum. Burada sadece siyasiler değil topluma yön veren her kurumun etkisi bulunmaktadır. Hekimlere karşı kışkırtmalar oluyor. Hekimin aldığı maaş sürekli göz önünde, hekime şöyle zam yaptık, böyle zam yaptık deniyor. Bir gün tutuklu iki hasta kliniğe getirildi. Klinikte sadece iki hekim vardı ve 70 hasta bakmak zorundayız. Bu yüzden koşturarak çalışıyorduk. Tutukluları getiren görevlilerin başlarında bir komutan vardı, bir kenara oturarak şöyle demişti: “Bunlar ne çok koşturuyorlar burada şimdi ne çok paralar kazanıyorlardır 50 milyar falan alıyorlardı.” Halbuki maaşımız 3,5-4 bin liraydı ve o dönem döner sermayeden bile almıyorduk. Yani hastalar, hekimi çok para kazanan ve üzerine çıkılması gereken kişiler olarak görüyorlar (O1K1).

O1K1, hasta-diş hekimi iletişiminin en önemli belirleyicisi olarak “hasta beklentisi” şeklinde kodlanan hasta bilinç düzeyine değinmiştir. O1K1’e göre hasta bilincinin şekillenmesini siyasiler ve topluma yön veren kurumlar sağlamaktadır. Öyle ki, hekimler çok kazanıyorlar ve doğal olarak da çok çalışmalarını görmektedir algısı toplumun bütün bireylerine yerleştirilmiştir:

Hekimin iletişim becerisi çok önemli ama hastanın da olaylara bakış açısı, hekime yaklaşımı, eğitim seviyesi ve olayları idrak edebilme seviyesinin daha önemli olduğunu düşünüyorum. Bazen çok güzel bir şekilde çok ayrıntılı olarak anlatsanız da karşınızdaki sizi anlamamak için geldiyse hiçbir şey yapamıyorsunuz. Ben mesela acilde şununla karşılaştım. Kapıdan içeri girer girmez “Allah belalarını versin doktorların” diyen hastaları duydum. Hastaya şikâyetin nedir diye sorduğumuzda “dolgu yapılacak” demişti. Aslında dolgu yapılıp yapılmayacağına benim karar vermem gerekiyor. O kadar ezberlenmiş ve kodlanmış bir şekilde geliyorlar ki sizi hiç dinlemiyorlar (O2K4).

Hasta yakınının kodlanmış ve ezberlenmiş davranışlarda bulunmasının hasta-dış hekimi ilişkisinde çok belirleyici olduğunu *O2K4* ifade etmiştir. *O2K4*, bu hasta yakınlarının hastaya yapılacak işleme bile tek başına karar verdiklerini deneyimlediğini aktarmıştır.

İki önemli unsur var. Birincisi hastanın sosyokültürel düzeyi. Biz ne kadar anlatırsak anlatalım hastanın anlamadığı oluyor. Kurumun hasta kabul süreçleri ikinci birim unsur olarak söylenebilir. Hasta bizde tedavi sırasına girdiğinde 6 yıl sonra tedaviniz başlayacak diyoruz. Çok şaşırıyorlar, "Nasıl yani 6 yıl mı bekleyeceğiz?" diye soruyorlar (*O3K1*).

Hastanın sosyokültürel düzeyi ve beklentisi en önemli unsur bence. Bunun yanı sıra hasta randevusuz işlem yaptıracağını düşünerek geliyor. Önyargılarla yani. 6 yıl bekleyeceğini öğrenince bizim üzerimize geliyor (*O3K2*).

O3K1 ve *O3K2*, ortodonti tedavi hizmeti talep eden bir hastanın bu tedaviye başlayabilmesi için 6 yıl beklemeleri gerektiği bilgisini ortodontik muayenesinden sonra hastaya diş hekimi olarak kendilerinin verdiğini dile getirmişlerdir. Ortodonti kliniğine müracaatı ile tedaviye hemen başlanılacağını düşünen hasta, 6 yıl beklemesi gerektiğini öğrenince çok büyük şaşkınlık yaşamaktadır. Bu süre çok uzun olduğu için durumu kabul etmemekte ve öfkesini diş hekimine yansıtmakta sakınca görmemektedir.

Ben de genel olarak söylenenlere katılıyorum. Bunun yanı sıra hastanın tecrübesi de bizim klinikte çok önemli. Daha önce böyle bir durumu tedaviyi deneyimlemiş ise bizim işimizi çok kolaylaştırıyor. Bugün hareketli tedavi için bir grup hasta kliniğe çağırdık. Bunlardan birinde hasta velisi "yine mi çağıracaksınız yine mi aranmayı bekleyeceğiz" dedi. Bir başka hastanın velisi ise "tamam ben süreci biliyorum büyük oğluma da yaptırmıştık bu tedaviyi" diyerek bizi çok sakin ve anlayışla dinledi. Burada tecrübe çok önemli bence (*O3K4*).

O3K4 deneyim sahibi hastalarla ilişkilerinin daha iyi olduğunu, hastanın beklentisine tecrübesinin olumlu katkıda bulunduğunu aktarmıştır.

Ben de yine sosyokültürel düzeyinin çok önemli olduğunu biliyorum. Bunun yanında yaşanmışlıklar da çok önemli. Hekimlerin çok para kazanmak için kendilerini yanılttığını düşünen çok fazla hastayla karşılaştım. Sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi düşük hastaların hayata karşı bir öfkesi var ve bu öfkeyi bize yansıtabiliyorlar. Kültürel ve ekonomik düzeyi yüksek hastalarda da kibirleri biraz ön plana çıkıyor. Bir profesörün muayeneye geldiğinde kendisini, "Ben profesör doktor bilmem ne" diye tanıtarak ünite oturması bana bunu hissettiriyor (*O3K5*).

O3K5, hekimlerin çok para kazanmak için hastaları yanılttığına inanan geniş bir kitlenin olduğunu ifade etmiştir. Bu ifadeden hastalar, hekimin yaptığı veya yapacağı işlemlere şüpheyle yaklaşarak, hastaların hekimlerine güvenmekte güçlük yaşayacakları anlaşılmaktadır. *O3K5*, kültürel ve ekonomik anlamda nüfuz sahibi hastaların ise kibirli tutumları ile karşılaştığını söylemiştir.

Hasta beklentileri; karmaşık, dinamik, hastaya göre bilişsel ve duygusal çeşitlilik gösteren çok boyutlu faktörlerden oluşmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık kuruluşuna girdiği andan itibaren kuruluşun yönetiminden,

sağlık çalışanlarının davranışlarına, tedavi süreçlerinden taburculuk işlemlerine kadar bireysel ve genel beklentileri bulunmaktadır (Durmuş, 2021, s. 109). Katılımcı dış hekimleri çok boyutlu hasta beklentilerinin; hastanın kişisel özellikleri, hastanın deneyimleri, hastanın ön yargıları ve hastanın sosyokültürel özelliklerinden beslendiğini ifade etmişlerdir.

Hekim ve hasta arasında kurulan sağlıklı iletişim, hastanın doğru ve hızlı değerlendirilmesinin yanında hekimin mesleki doyum yaşamasına katkıda bulunmaktadır. Hastalar ile iyi iletişim, dış hekiminin klinik başarısının temel unsurlarından biridir. Dış hekimliğinde iletişim becerilerinin lisans programında kazanılması önerilmektedir. Hastası ile başarılı bir iletişim için dış hekimi, aktif dinleme becerilerini kullanabilmeli, hastadan anemnezi doğru ve yeterli alabilmeli, hastaya açık ve anlaşılır şekilde bilgi verebilmeli ve empati yapabilmelidir (Pekin & Budenli, 2022).

Ben hekimin iletişim becerisinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Hekimin tecrübesini, eğitimini hasta profiline uygun olarak kullanıp hastayı doğru olarak bilgilendirmesini önemsiyorum (O2K1).

Ben de iletişim becerisi olduğunu düşünüyorum. Diğer faktörler olumlu da olsa hekimin iletişim becerisi iyi değilse hiçbiri işe yaramıyor (O2K2).

Hasta velisinin hekime karşı bir ön yargısı yoksa yani bir duvar örmediyse, yani kendisinin sarsılmaz doğruları yoksa tamamen size bağlı. Bazen karşılaşıyorum acil nöbetinde hastanın sadece acil olan dışına müdahale yapıyorum. Hasta velisi, çocuğun ağzındaki tüm çürük dişleri tedavi etmemi istiyor. Ben bunun mümkün olmadığını anlatmakta zorlanıyorum (O2K3).

O2K1, O2K2 ve O2K3 dış hekimi- hasta iletişimde, dış hekiminin iletişim becerisinin hasta ile iletişimde tüm olumsuzluklara rağmen sağlıklı bir ilişki kurulmasını sağlayabileceğini ifade etmişlerdir.

Sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm eylemler sağlık politikası kapsamındadır. Ayrıca sağlık üzerinde etkisi olan tüm kamu, özel ve gönüllü örgütlerin eylemleri de sağlık politikası kapsamında yürütülmektedir. Tüm bu eylemler oldukça hassas yapıya sahip olduğu için devlet kontrolü olmaksızın sağlık politikaları hazırlamak mümkün olmamaktadır (İleri ve diğerleri, 2016). Alt yapı sorunları ya da sağlık politikalarına bağlı olarak tıbbi süreçlerdeki aksamaların sorumlusu olarak hekimlerin gösterildiği süreçler yaşanabilmektedir. Bu durum hekim-hasta ilişkisinde güveni zedelediği için hekim de hasta da birbirlerine sürekli olarak kuşkuyla yaklaşma eğilimi göstermektedir (Henzel Olgun, 2009, s. 117). Bu durum hasta-hekim arasındaki en temel ve vazgeçilmez unsur olan güven duygusunun yara almasına sebep olabilmektedir.

Toplumun hekime verdiği değer en önemli etkidir. Bunun belirleyicisi medya olabilir siyasiler olabilir. Bir hasta randevu alıp size geliyorsa isminize göre gelmelidir. Eğer size değer verilmiyorsa bu ülkede o hastanın geliş şekli dayı dayıdır. Ama sizin çok kıymetli olduğunuz medya veya siyasiler tarafından halka anlatılırsa, sakız edilmez iseniz; hasta saygı duyarak gelir. Baştan bir ön yargı ile değil, ben gidip ve

tedavi olacağım, doktorlar iyidir algısıyla gelir. Ama son durumumuz böyle değil. Gelen giden, eşi ile kavga eden sinirini bizden çıkarmaya çalışıyor. Bir de “siz” yerine “sen” diye hitap ederek konuşuyorlar. Biz bu noktaya nasıl geldik. Ben mesela sosyal statüsü ne olursa olsun hiçbir hastama “sen” diye hitap etmem. Hastanın böyle rahatlıkla “sen” diye hitap etmesi hekimin dezenformasyonu ile ilgilidir. Bunun tamamen siyasi olduğunu düşünüyorum. Özellikle bir ara çıkan, tam gün yasası, muayenehanecilik gibi haberler bu konuda çok etkili oldu. Benim bir dönem muayenehanem vardı. O kadar öcü gibi gösterilmişti ki sanki merdiven altı iş yapıyoruz algısı oluşturulmuştu. Muayenehanem olduğunu söylememe noktasına gelmiştim. Bu arada devlete de giremiyorduk. Alım çok azdı. Bakan Recep Akdağ’dı sanırım. O dönemlerde Reha Muhtar ile başlayan “sapık doktor” furyası vardı. Bu durum çok kullanılmıştı. Üzerine vurdukça toz çıkıyordu, para veya reyting kazandırıyor. Çok oy getiren bir durumdu. Siyasiler bunu çok kullandı. Bu bir süreç aslında, o günlerden bugünlere gelindi. Hem sayımız artıyor hem de yetmiyormuş gibi itibarsızlaştırılıyor. Geçenlerde hastanın biri; “Hocam 3-4 profesöre gittim, bir de sana sorayım dedim” diye gelmişti. 3-4 profesör ne Allah aşkına... Almanya’da bir profesöre ulaşabiliyor musunuz? Ama bizde haftada 3 profesör gören hasta var. Profesörün reçete ettiği ilacı bize soruyor. Bunun anlamı size “güvenmiyorum” demektir. Bu maalesef ciddi sorundur (O1K5).

O1K5, sağlık politikaları ve politika üreticilerin medya aracılığı ile sağlık hizmetlerinin aksayan yönlerinin hekimlerden kaynakladığı düşüncesini yaygınlaştırdığını anlatmaya çalışmıştır. Bunun için “Hem sayımız artıyor hem de yetmiyormuş gibi itibarsızlaştırıyoruz” ifadesini kullanmıştır.

Kamu hastaneleri, hizmet talebinde bulunan her hastanın aynı haklara sahip olduğu bilinci ile hareket etmek, hasta kabul süreçlerini ona göre şekillendirmek zorundadır. Sağlık hizmet talebinin, hizmet arzının çok çok üzerinde olması durumunda hastanın hizmet talebi başvurusunda bulunduğu tarihlere göre hasta havuzları oluşturarak randevu sistemleri geliştirmektedirler. Özellikle ortodonti gibi acil olmayan uzun ve maliyetli tedavilerde oluşturulan hasta havuzlarında hastaların tedaviye başlayabilmek için bekleme süreleri 5, 6 hatta 7 yıl olabilmektedir. Bu sürenin kısaltılması doğrudan hastanelerin müdahalesi ile mümkün olamamaktadır.

Medyada sağlıkla ilgili etik olmayan haberler; habercinin yaptığı ve hekimin veya sağlık kuruluşunun yaptırdığı haberler olarak iki grupta değerlendirilmektedir. Etik olmayan içerikler, haberci tarafından üretildiğinde çok önemli tıbbi sonuçlara ulaşılmış gibi sunumlarla, ilgi, okunurluk ve beğenirliği artırma amaçlanmaktadır. Etik olmayan sağlık haberi hekim sağlık kuruluşu tarafından oluşturulduğunda ise tanıtım, reklam ve kâr amaçlanmaktadır. Bu durumlar hem tıbbi etik açısından hem de yayın etiği açısından ciddi sorunlara sebep olmaktadır (Hülür, 2016).

Açıkçası biraz olumsuz yönde geri dönüşler alıyorum. Tıpkı “alet unuttular” mevzusu gibi “apseli diş çekilmez, diş çekildi hasta komaya girdi” gibi haberler bizi son derece zora sokuyor. Hastanın yanağı hafif şiş şekilde çekime yönlendirdiğimiz de hastanın velisi “apseli diş çekilir mi?” diye itiraz ediyor. Dolayısıyla çocuğun gerekli tedaviyi almasını zorlaştırıyor (O2K5).

Sosyal medya hesaplarında yapılan paylaşımların ve etkileşimlerin bireylere ve kurumlara olumlu katkısının yanı sıra olumsuz deneyimleri de oldukça fazla yaşanmaktadır. Olumsuz deneyimler sosyal medya yoluyla çok hızlı bir şekilde yayılmaktadır. Sağlık sektörü içerisinde sıkı bir rekabetin olması sosyal medya kullanımında sıklıkla kötü niyeti ön plana çıkarmaktadır. Sosyal medya kanalları üzerinde etkin bir denetim mekanizması kurularak kötü niyetli paylaşımlar için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (Öztürk & Vardarlier, 2020).

Herkes sosyal medya kullanıyor ve herkes kendi reklamını yapıyor. Bence yapmalı da zaten. Çok eskiden ünlü bir diş hekimi televizyonda çıkıp bonding tedavisini sanki yeni bir şeymiş gibi anlattı. Bu sefer tüm hastalar "siz bonding tedavisi yapıyor musunuz?" diye sordu. Bonding tedavisi rutinde yapılan, dolgunun yapıştırıcısı yani. Ama öyle bir anlatıldı ki sanki çok yapılmayan özel bir tedaviymiş gibi. Bizim bonding tedavisinin ne olduğunu onlara sürekli anlatmamız gerekti (OZK2).

Odak grup görüşmelerinde katılımcılara yöneltilen sorular ve sıkça kullanılan edat-bağlaçlar ayıklandıktan sonra kelime bulutu oluşturulmuştur.

Şekil 5. Kelime bulutu



Görüşmeler süresince defaatle tekrarlanan kelimelerin oluşturduğu yapı Şekil 5'te kelime bulutu üzerinde görüntülenmektedir. Kelime bulutu üzerinde kelimenin boyutunu, kelimenin kullanım sıklığı belirlemektedir. En fazla kullanılan kelime en büyük olarak bulut üzerinde yerini alırken daha az kullanılan kelimenin ise bulut üzerinde kapladığı alan küçülmektedir. Görseldeki kelimeler iletişim süreçlerindeki temel konulara ait sorun alanlarını anlamlandırmaya yönelik ipuçlarını vermektedir. Kelime bulutunda öncelikle "hasta", sonrasında "benim", "tedavi" ve "iletişim" kavramları baskın bir şekilde yer almakta-

dır. Diş hekimi, kendisinden bahsederken “benim” ifadesini kullanarak bireysel deneyimlerini aktarmıştır. Bireysel deneyimler aktarılırken “ağız-diş”, “klinik”, “muayene”, “anamnez”, “dolgu”, “kanal”, “çekim”, “ameliyat” ve “implant” gibi mesleki terimlere yer verilmiştir. Diş hekimi, mesleki pratiklerinde iletişim sorunlarını “şikâyet”, “olumsuz” ve “yanlış” kelimelerini kullanarak ifade etmeye çalışmıştır. Bu kelimelerin çekinilerek kullanıldığı şekilde görülmektedir. Hasta beklentilerinin şekillenmesinde medyanın etkisi “medya”, “televizyon” ve “reklam” kelimeleri kullanılarak açıklanmıştır. Diş hekimi hasta ile iletişimde “bilgilendirme”, “sosyokültürel”, “açıkçası”, “anlatıyorum”, “başlıyorum”, “çalışıyorum”, “kullanıyorum”, “yapıyorum” ve “diyorum” kelimelerini kullanarak bireysel çabasını göstermeyi istemektedir. Diş hekiminin hasta ile iletişimde temel kavramları kelime bulutu üzerinde görüntülemek birtakım ipuçları vermektedir. Kelimelerin tamlama şeklinde verilmesi ise konuyu daha da açık hale getirmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Hekim-hasta ilişkisine etki eden birçok unsur bulunmaktadır. Hekim ve hasta arasındaki ilişkiye, hizmete erişememe veya tedavi için uzun süre bekleme gibi dış etkenler etki etse de hekim- hasta ilişkisi daha çok bireysel özelliklerden ve kişilerarası iletişimden etkilenmektedir (Mostafapour ve diğerleri, 2024). Bu bağlamda iletişim yöntem ve tekniklerinin doğru seçilmesi diş hekimliği mesleğinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Diş hekiminin güçlü iletişim becerisi, hastası ile kurduğu olumlu ilişki onun girişimsel tedavilerinde istek ve başarı oranını arttırmaktadır. Etkili bir iletişim diş hekiminde; verimliliği ve öz güveni artırır, mesleki stresi azaltır ve şikâyet-dava risklerini en aza indirir (Ho ve diğerleri, 2025).

Diş hekimleri tarafından hasta ile iletişim sürecinde genelde bilgilendirici ve rahatlatıcı bir eğilim sergilense de iş yoğunluğuna göre ve kısmen hastanın sosyo-demografik özelliklerine bağlı olarak iletişim dinamikleri değişebilmektedir. Bu çerçevede hastayı bilgilendirme süreçleri daha çok hastanın anlama durumuna göre şekillenmektedir. Aynı zamanda işlemin boyutu ve risk faktörlerine göre hastayı bilgilendirme kalitesi değişmektedir. Diğer taraftan çocuklarla ilgilenen diş hekimlerinin iletişim sürecinin daha güçlü işlediğini ifade etmek mümkün gözükmemektedir. Hasta ile selamlaşmanın ötesinde tanışma sürecine girilmediği görülürken genel manada diş hekimlerinin hasta ile ilk temaslarında olumlu bir süreç işlediği tespit edilmektedir.

Diş hekimlerinin kullandığı dil, hasta iletişim sürecinde önemli unsurlardan birisi olarak öne çıkmaktadır. Özellikle tıbbi terminoloji hekimler için statü belirleyen bir nitelik taşımaktadır. Dil, ortak paydada buluşmayı sağlayan bir unsurken aktörü farklı bir konuma taşıyan ve ayırt eden bir unsura da dönüşebilmektedir. Araştırma kapsamında diş hekimlerinin zamanla yöresel dili kavrayacak noktaya geldikleri ve diş hekimi hasta arasında belirgin bir iletişim engeli olarak gözükken tıbbi jargondan uzak durdukları saptanmaktadır. Bu sü-

reç çocuk hastalarla kurulan iletişim sürecinde daha hassas bir tablo sergilemektedir. Bu manada çocuk hastalarla iletişim sürecinde dış hekiminin anlaşılır bir dil kullanma isteği öne çıkmaktadır. Tıbbi jargonun dışında hastalarla resmî ya da gayri resmî iletişim süreci de başka bir sorun alanı olarak gözükmektedir. Bu çerçevede dış hekimlerinin amca, teyze, hanım, bey gibi gündelik dilde kullanılan ifadeleri hastanın kılık kıyafeti ve görünüşüne göre kullanmaları doğal iletişim sürecine uyumlu gözükse de eşitlikçi yaklaşımın ötesinde bir tavır göstermektedir.

Kişiler arası iletişim sürecinde belirleyici bir nitelik taşıyan ilk temas ve kullanılan dil, iletişim sürecinin sonunda ortaya çıkan anlamı nitelemektedir. Bu çerçevede dış hekimlerinin hizmet veren sağlık aktörleri olarak hastayla iletişim sürecine başat faktör olarak yön verdikleri görülmektedir. Dış hekimlerinin ilk temasta selamlaşma şekilleri, tanışma ve bilgilendirme tercihleri, kullandıkları dil dış-hekimi hasta iletişiminin ilk adımında belirleyici rol oynamaktadır. Bu anlamda dış hekimin iletişim becerisi önemli bir etken olarak öne çıkmaktadır. Buna karşın dış hekimi-hasta iletişimini etkileyen dış hekimi dışında belirleyici faktörler de bulunmaktadır. Hastanın tavrı ve beklentisi, hastane kuralları, sağlık politikaları ve sağlık yöneticileri ve medya dış hekimi-hasta iletişiminde belirleyici dış faktörler olarak konumlanmaktadır. Bu anlamda hastanın sosyo-demografik özellikleri, sağlık yöneticileri ve politikacıların kararları ve söylemleri, hastane yönetiminin belirlediği kurallar ve medya söylemi sağlıklı ilgili iletişim sürecinde belirleyici bir nitelik taşıyan dış faktörler olarak öne çıkmaktadır. Hasta ve hekim ilişkisinin şekli, hastanın hekim tarafından bir bütün olarak değerlendirilmesi (bütüncül yaklaşım), kişiler arası iletişim becerileri, güven, hekimin doğru tanı koyma ve uygun tedavi etme becerisi yani hekimin mesleki yetkinliği, hekime ait durumlar, hastaya ait durumlar, hastalığa ait durumlar, sağlık sistemi- sağlık politikaları, teknolojik ilerlemeler ve meslek etiği bilincinin hekim-hasta ilişkisini belirleyen unsurlar olarak sıralanmıştır (Atıcı, 2007). Özellikle medya faktörü sağlıklı ilgili enformasyonu yayan önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu çerçevede medyada gündem oluşturan ya da insanlar üzerinde etkili olan içerikler sağlıklı ilgili davranış ve ilişkisel süreçlerde olumlu ya da olumsuz etkiler barındırmaktadır. Sağlık konularına ilgi artıkça medya, bu konulara daha fazla yer vermektedir (Çınarlı, 2004, s. 207).

Hekimin hastaya yaklaşım modelleri kapsamında ataerkil, bilgilendirici, yorumlayıcı ve görüşmecî modeller dört davranış modeli öne çıkmaktadır (Emanuel & Emanuel, 1992). Günümüzde neoliberal politikalar, hastanın hizmet alıcısı, hekimin hizmet sunucusu olarak iki öznenin eşit şartlarda tedaviler hakkında ortak kararlar vererek hareket etmesini işaret etmektedir. Hem hekim hem de hasta; ilişkilerinde hekim “etkin-aktif” hastayı ise “edilgen-pasif” olarak görmektedir. Dış hekim ve hasta ilişkisinde gerek hekimlerde gerekse hastalarda rol bakımından sorunlu bir geçiş süreci yaşanmaktadır. Hekimin paternalist model çerçevesindeki yaklaşımından, müzakereci model anlayışı ile demokratik yaklaşıma evrilmesi gözlenmektedir. Bu çalışma kapsamında, dış hekiminin tanı ve tedavi süreçleri, çalışma ortamları, hastalarının genel özellik-

leri göz önünde bulundurularak hastaya yaklaşım modellerine ek olarak "Soft Otoriter Model" yaklaşım önerilmektedir. Bu modelde, hastaya yaklaşım şekli müzakereci yani görüşmeci modelde olduğu gibi bir öğretmen veya arkadaş ayarındadır. Fakat hastalık ve tedaviye yaklaşımda ise ataerkil modeldeki hekim özellikleri geçerlidir. Yine de tek bir modelin tek başına doğru ve her koşulda tercih edilebilir olduğunu söylemek hatalı olacaktır. Çünkü hasta ve hastalıklar çok çeşitliliğe sahiptir. Diş hekiminin farkındalık düzeyini artırması ve bu doğrultuda değerlendirme yaparak uygun davranış modelini benimsemesi arzu edilmektedir.

Çalışma kapsamında diş-hekimi hasta iletişim sürecinde baskın rol oynayan diş hekiminin iletişim becerilerinin tedavi sürecinin anlayış çerçevesinde kurulması açısından önem taşıdığı ortaya konulmaktadır. Bu noktada diş hekimlerine iletişim sürecine ilişkin eğitim programlarının uygulanması gerekli görülürken doğru sağlık davranışının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Sağlık iletişiminin davranış değişikliği kapsamındaki rolü çerçevesinde hastalara yönelik bilgilendirici ve eğitici uygulamaların da diş-hekimi hasta iletişimine güçlendirici etki edeceği ve aynı zamanda doğru bir sağlık kültürünün oluşmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan yine sağlık iletişiminin politika değişikliğine ilişkin yukarı yönlü iyileştirme çabası çerçevesinde medya ve sağlık hizmeti alanlarında da kişiler arası iletişim sürecini destekleyici nitelikteki yasal düzenlemelerin gerçekleştirilmesinin iyileştirici bir katkı sağlayacağı umulmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın diş hekimlerinin perspektifinden tespit edilen sorun alanları çerçevesinde hastalar, sağlık hizmeti, sağlık politikaları ve medya alanlarına ilişkin yeni çalışmalara kapı araladığı ve bu çerçevede yeni araştırmalara ipuçları sunduğu görülmektedir.

Kaynakça

- Atıcı, E. (2007). Hasta-hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 45-50.
- Choi, H., Kim, R., Park, S., J., L., & Y., S. (2024). Determinants of dentist-patient relationships: A scoping review. *Int Dent J.*, 74(5), 1078-1088. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.02.015>
- Creswell, J. W. (2009). *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. SAGE Publications.
- Çınarlı, İ. (2004). *Sağlığın geliştirilmesinde sağlık iletişimi yöntemleri olarak sosyal pazarlama, medyada savunuculuk ve halkla ilişkilerin etkisi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- (2020). *21. yüzyıl için sağlık iletişimi*. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.
- Çokluk, Ö., Yılmaz, K., & Oğuz, E. (2011). Nitel Bir görüşme yöntemi: Odak grup görüşmesi. *Kuramsal Eğitimbilim*, 4(1), 95-107.

- Dinkel, J., Mirwald, A., & Foltin, V. (2019). Patient-centered care in dentistry. *Clinical Social Work, 15*(3), 22-27. https://doi.org/10.22359/cswhi_15_3_03
- Dönmez, İ., & Erdemir Göze, F. (2020). Hastane temalı dizilerde kişilerarası iletişimin sorunsallaştırılması: Hekimoğlu ve Mucize doktor örneği. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 8*(2), 829-862.
- Durmuş, A. (2021). *Sağlık hizmetleri sunumunda hasta beklentilerinin belirlenmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü.
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). Four models of the physician - patient relationship. *JAMA, 267*(16), 2221-2229.
- Freedman, J., Sears, D., & Carlsmith, J. (1998). *Sosyal psikoloji* (A. Dönmez, çev.). İmge Kitabevi.
- Gökgöz, G. (2017). Sağlıkta demokratikleşmesi, dış hekimliğinin diline eleştirel bir bakış. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi, 25*(2), 80-96.
- Henzel Olgun, Z. (2009). *Hastayı algılama ve hasta kavramı oluşturma bağlamında Türk ve Fransız hekimlerinin karşılaştırılması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ho, J. C., Chai, H. H., Lo, E. C., Huang, M. Z., & Chu, C. H. (2024). Strategies for effective dentist-patient communication: A literature review. *Patient preference and adherence, 1385-1394*. <https://doi.org/10.2147/PPA.S465221>
- Ho, J. C., Chai, H. H., Luo, B. W., Lo, E. C., Huang, M. Z., & Chu, C. H. (2025). An overview of dentist-patient communication in quality dental care. *Dentistry Journal, 13*(1), 31. <https://doi.org/10.3390/dj13010031>
- Hülür, A. B. (2016). Sağlık iletişimi, medya ve etik: Bir sağlık haberinin analizi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14*(1), 155-178.
- İleri, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırma Dergisi, 12*, 176-186.
- Mostafapour, M., Fortier, J. H., & Garber, G. (2024). Exploring the dynamics of physician-patient relationships: Factors affecting patient satisfaction and complaints. *Journal of Healthcare Risk Management, 43*(4), 16-25. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21567>
- Neuman, W. L. (2020). *Toplumsal araştırma yöntemleri nicel ve nitel yaklaşımlar* (Ö. Akkaya, çev.). Siyasal Kitabevi.
- Nowak, M. J., Buchanan, H., & Asimakopoulou, K. (2018). ‘You have to treat the person, not the mouth only’: UK dentists’ perceptions of communication in patient consultations. *Psychology, Health & Medicine, 23*(6), 752-761. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1457167>
- Okay, A. (2020). *Sağlık iletişimi*. Der Yayınları.

- Öztürk, C., & Vardarlier, P. (2020). Sağlık geliştirilmesi ve sağlık iletişimi: Sağlık kurumlarının sosyal medya mecrası kullanımının incelenmesi. *Modern Leisure Studies*, 2(1), 33-56.
- Pekin, S., & Budenli, N. (2022). Diş hekimliğinde iletişim becerilerinin önemi ve kazandırılması. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 43(3), 253-260.
- Plasschaert, A. J., Holbrook, W. P., Delap, E., Martinez, C., & Walmsley, A. D. (2005). Profile and competences for the European dentist. *European Journal of Dental Education*, 9(3), 98-107. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2005.00369.x>
- Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998 Sayısı: 23420. (2014, 05/ 08). *Hasta hakları yönetmeliği*. Nisan 2023 tarihinde Mevzuat Bilgi Sistemi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Topbaş, M., Özlü, T., Çan, G., & Bostan, S. (2005). Hekimler hasta haklarını ne kadar biliyorlar? Bir tıp fakültesindeki asistan ve intern hekimlerin bilgi düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 13(2), 81-85.

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurul'dan 29.11.2022 tarihinde 511 başvuru numarası ile alınan onayı bulunmaktadır.

Çıkar çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal destek: Finansal destek bulunmamaktadır.

Yazar Katkı Oranı: G. Fidan, G. (%50), F. Temel (%50)

Ethics committee approval: The ethics committee approval has been obtained from Erciyes University Ethics Committee with number 511 on 29.11.2022.

Conflict of interest: There are no conflicts of interest to declare.

Financial support: No funding was received for this study.

Author contribution rate: G. Fidan (50%), F. Temel (50%)