

T.C
ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ
ŞEF: Doç. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ

**ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN HASTALARLA YAPILAN ANKET ÇALIŞMASI
İLE
HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNİN İNCELENMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

DR.ONUR ÖZER

İSTANBUL-2007

İÇİNDEKİLER

Teşekkür	2
Kısaltmalar	3
Giriş ve Amaç	4
Genel Bilgiler	5
Materyal metod	6
Bulgular	27
Tartışma ve Sonuç	37
Özet	43
Kaynaklar	44
Anket Formu	48

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi, beceri ve deneyimimi geliştirmede katkıda bulunan Aile Hekimliği Koordinatörümüz ve 2. Dahiliye Klinik Őefi sayın Doç.Dr. Yüksel ALTUNTAŞ ‘a, 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Őefi sayın Doç.Dr. Melahat DÖNMEZ KESİM ‘e, Psikiyatri Klinik Őefi sayın Doç. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOğLU’ na , Yenidoğan Klinik Őefi sayın Prof .Dr. Asiye NUHOğLU ‘na, 3. Çocuk Klinik Őefi Sayın Doç. Dr. Feyzullah ÇETİNKAYA’ ya, şu an emekli olan 4.Çocuk Kliniği Őefi sayın Uzm.Dr.Tülay OLGUN’a , 2. Cerrahi Kliniği Şef Muavini sayın Op.Dr. Gürkan YETKİN’e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Ayrıca bu uzun maratonda uyum içinde çalıőtığım ve birikimlerini benden esirgemeyen başta Uzm.Dr.Levent Naci AYDIN olmak üzere tüm değerli uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma , birlikte çalışma olanağı bulduğum tüm hemőire ,sağlık memuru , hizmetli ve hastanemizin diğer bölümlerinde görev yapan personele sevgi ve saygılarımı sunarım.

Bu günlere gelmemde sonsuz emekleri geçen babam Ahmet ÖZER ve annem Fazilet ÖZER ‘e, bana tüm desteğini veren ve sonsuza kadar da verecek olan sevgili eőim Ayőe SANCAK ÖZER’ e minnet ve saygılarımı sunar teşekkür ederim.

Dr.Onur ÖZER

KISALTMALAR

AD	: Anabilim Dalı
ES	: Emekli Sandığı
ŞEEAH	: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu

GİRİŞ VE AMAÇ

Hekim-hasta ilişkisi, her iki tarafın da birbirinden karşılıklı olarak etkilendiği bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. Bu görüşmelerin klinik çalışmanın temeli olduğu söylenebilir. Etkili bir görüşme yapabilmek için, doktorun eğitimi, bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, sahip olduğu iletişim teknikleri ve sorun çözme yeteneği de önemlidir. İyi iletişim becerilerine sahip doktorlar, hastalarının problemlerini daha doğru bir şekilde ortaya koyabilmekte; hastalarının uyum ve memnuniyetini daha fazla sağlayabilmekte; mesleki memnuniyetlerini arttırırken iş streslerini azaltabilmektedirler.

Doktorun hastasına zaman ayırması, hastasının soru sormasına izin vermesi ve hastasını hastalığı konusunda bilgilendirmesi hastayı etkilemekte ve doktoruna duyduğu güveni arttırmaktadır. Hekim hastasına ne kadar çok zaman ayırırsa hastanın memnuniyeti de o derece artmaktadır.

Diğer bir konu iletişim konusunda tıp fakültelerinde ve diğer sağlık personeli yetiştirilen yerlerde iletişim konusunda yeterli eğitim verilmemesidir. Tıp fakültelerindeki ders programlarında hasta hekim iletişimi konusunda eğitim ve öğretim verilmesi gereklidir. Aynı zamanda diğer sağlık personelinin de yeterli eğitim almadığı bir gerçektir.

Doktor-hasta ilişkisi hem hasta tatmini hem de hasta hakları açısından son derece önemli bir konu olarak karşımıza çıkmakta ve Türkiye’de de son yıllardaki gelişmeler bu konunun önümüzdeki günlerde sağlık yöneticilerinin gündeminde önemli bir yer tutacağını göstermektedir.

Bu araştırmada sağlık hizmetini alan ile sunan arasında sağlıklı iletişimin kurulması, hekim-hasta iletişiminde yaşanan sorunların saptanması, bu sorunların çözümü ve kurumsal işleyişlerin düzenlenmesi için gerekli koşulların belirlenmesi, hizmetin kalitesi, süresi, amaçlanan hedefe ulaşma, memnuniyetin artırılması ile toptan kalite yönetimi sağlanması amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

HASTA HEKİM İLETİŞİMİ

Hekim-hasta ilişkisi, her iki tarafın da birbirinden karşılıklı olarak etkilendiği bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. Bu görüşmelerin klinik çalışmanın temeli olduğu söylenebilir. Etkili bir görüşme yapabilmek için, doktorun eğitimi, bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, sahip olduğu iletişim teknikleri ve sorun çözme yeteneği de önemlidir. İyi iletişim becerilerine sahip doktorlar, hastalarının problemlerini daha doğru bir şekilde ortaya koyabilmekte; hastalarının uyum ve memnuniyetini daha fazla sağlayabilmekte; mesleki memnuniyetlerini arttırırken iş streslerini azaltabilmektedirler.

Çağımızın bütün teknolojik ilerlemelerine karşın, bir hekimin hastasını muayene ve tedavi edebilmesi için elindeki en güçlü, en etkili araç iyi bir hasta-hekim ilişkisidir.

Olumlu bir ilişki kurulamadan ne üstün teknolojik olanaklar, ne de etkili işimize fazla yaramayabilir. Hasta hekim ilişkileri tıp eğitimi süresince belki en çok sözü edilen, öğütler verilen fakat düzenli, tutarlı ve uygulamalı bir eğitim programı olmayan bir konudur. Hasta-hekim ilişkisine yer veren uygulamalı ders sayısı son derece azdır.(1)

Doktor-hasta ilişkisi hem doktor hem de hasta açısından ele alınabilir. Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığını azaltmak için doktorun, hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde, hastanın doktoruna yeterince bilgi verebilmesi için doktoruna güvenmesi ve doktorundan tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir. Görüldüğü üzere, doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı güven ve iletişim temel öğeler olarak karşımıza çıkmaktadır (2).

Hasta-Hekim görüşmesinde iletişimsizlik; bu konuda yapılmış birçok çalışmaya göre hasta ve doktor arasında bir iletişim sorunu mevcuttur. Hasta-doktor görüşmelerinin %69'unda doktor, hastasının konuşmasını görüşmenin başlangıcından itibaren ortalama 18. saniyede kesmekte ve bu hastaların yalnızca %2'sinden azı konuşmaya devam etmektedir. Görüşmelerin

yarısında hasta ve doktor asıl sorun hakkında hemfikir değildir. Doktorlar, hastaların ilk belirttikleri sorunun asıl sorun olduğunu düşünmektedir. Genellikle görüşmeler doktor-merkezli bir yaklaşım izlenerek yapılmaktadır. Hastaların bilgileri anlama sorunları vardır ve bunun önemli bir nedeni de doktorların tıbbi terimler kullanmasıdır.

Doktor ile hastasının konsültasyon sırasındaki etkileşiminin en önemli noktası bu etkileşimin nihai çıktı olarak görülebilecek hastanın iyileşmesi üzerindeki etkisidir. Bu etki, otoritelerce de kabul edilmekte ve plasebo etkisi ile açıklanmaktadır. Plasebo etkisi; hastanın tıbbi müdahaleden, örneğin ilacın kimyasal içeriğinden, ameliyatın fizyolojik etkisinden veya bir başka işlemde kaynaklanmadan faydalanmasıdır. Bu etki, hastanın aldığı bakıma karşı tutumu, doktorlarına duyduğu güven ve yapılan işlemlerin gücüne inancından kaynaklanıyor görülmektedir. Yapılan araştırmalar, bu etkinin herhangi bir ilaç veya tedavi işleminin başarısının üçte biri kadar olduğunu göstermektedir. Plasebo etkisinin gücü, doktorun yeteneğiyle ve hastanın tedaviden umutlu olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Doktor-hasta arasındaki sosyal ilişkiler tedavinin başarı şansını artırmaktadır (3).

Doktor-hasta ilişkisi, aynı zamanda tıbbi bakım sürecinin etkililiğini de belirleyen bir faktör olarak görülmektedir. Falvo ve Tippy (1988) doktorların hastaya verdikleri bilginin, özellikle hastanın doktorun önerilerini benimseme ve yerine getirmesi üzerinde büyük etkisi olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde Freeman ve arkadaşları (1971) tarafından yapılan bir araştırmada da doktor-hasta arasındaki etkileşimin, hastanın doktor önerilerini izlemesini etkilediği, doktorların arkadaşça ve samimi bir şekilde hastaya yaklaşmalarının, hastaya zaman ayırmalarının ve zamanın bir bölümünü tıp dışı sosyal konuları konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi göstermelerinin ve hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak tanımalarının önerileri izlemede etkili olduğu bulunmuştur.(4,5)

Doktor-hasta ilişkisi, hizmet veren doktorlar açısından da önem taşımaktadır. Doktoru ile olumlu ilişki kuran hastaların aynı doktoru tekrar tercih etmeleri olasılığı da artmaktadır. Bu konu üzerinde Vuori ve arkadaşları (1972) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, hastaların doktorun teknik yeterliliğine önem verdikleri ancak bunun aynı doktoru tekrar tercih etmelerini etkilemediği, hastaların aynı doktoru yeniden tercih etmelerinde doktorun ilgisi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu saptanmıştır. (6)

Doktor ile hasta arasındaki ilişkinin doğası teşhis ve tedavi kararlarında, önemli rol oynamaktadır. Hastalar zaman zaman doktorların takındıkları olumsuz tavır nedeniyle öğrenmek istedikleri şeyleri soramamakta ya da endişelerini gizleyebilmektedirler. Bazı durumlarda da hasta kendini ifade etmekte zorlanabilmektedir. Bu nedenle doktorun önemli bir görevi de, hastaların söylediklerinin ötesine geçip ne demek istediklerini anlamaktır. Bu tür bir iletişim özellikle kronik hastalıkları olan ve özürlü insanlar için önem kazanmaktadır. (7). Bu nedenle, doktorun hastasına karşı görevi sadece bilimsel değil aynı zamanda sosyal bir özellik taşımaktadır. Doktor hasta ilişkisinde, doktorun sorumlulukları olarak da ifade edebileceğimiz, doktorun dikkat etmesi gereken noktalar şu şekilde özetlenebilir: (8,9,10,11).

1.Öncelikle sağlık bir erdem olarak kabul edilerek, insanları hastalıktan korumak amaçlanmalıdır.

2. Hastalar çevreleri ile bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

3. Hastalar ayrı bir varlık olarak algılanmalıdır. Kişiliği ve sınırlarına saygı gösterilmelidir.

4. Hastanın tanı ve tedavinin tüm aşamalarına katılımı sağlanmalı, yol gösterici ve bilgi verici olma rolünü benimsemelidir.

5. Hastadan tüm uygulamalar için onun bilgilendirildiğini gösteren onayı alınmalıdır.

6. Doktor, hastalarına karşı güler yüzlü davranmalı ve şefkatli olmalıdır.

7. Doktor, hastasına yaklaşırken hastanın içinde bulunduğu ruh halini de göz önüne almalıdır.

8. Doktor, hastalarına ilaçların kullanımı, diyet gibi bütün konularda kesin, net ve hastanın anlayabileceği bir dille açıklama yapmalıdır.

9. Doktor, klinik tanıda gereksiz iyimserlik veya kötümserlikten kaçınmalıdır.

10. Doktor, hastalığın seyrini hastaya veya yakınlarına gerekli hallerde uygun bir dille anlatmalıdır.

11. Doktor, bütün hastalarına eşit muamele etmelidir.

12. Doktor sır saklamasını bilmeli ve bu konuda güven verici olmalıdır. Aksi takdirde hasta hastalığıyla ilgili olsa bile bazı sırlarını söylemekten kaçınabilir.

13. Doktor, hastasıyla konuşma sırasında uygun kelimelerin seçimine özen göstermelidir.

14. Doktor, yazılı ya da kaydedilmiş bilgilerle desteklenen bir konuşma tarzını seçmeye özen göstermelidir.

15. Doktor, hastasıyla konuşurken mesleki terminolojiden kaçınmalıdır. Mümkmn olduğu kadar tıbbi terim kullanmamaya özen göstermelidir.

16. Doktor, hastasının soru sormasını teşvik etmelidir.

17. Doktor, hastasına karmaşık bilgi vermektan kaçınmalıdır.

18. Doktor, hastasını dinlemelidir ve hastasına gerekli olan zamanı ayırmalıdır.

19. Gerek doktor gerekse hasta iletişiminin bütün aşamalarında açık ve dürüst davranmalıdır.

20. Doktor, hastasına sıcak davranmalı ve anlatımı güçlendirici ögelere de zaman zaman başvurmalıdır.

Görüldüğü gibi hastanın tedavi sürecinde oldukça etkin rolü olan doktor-hasta ilişkisinin türü ve kalitesi hem doktora hem de hastaya bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bu ilişkiyi yorumlamaya ve açıklamaya yardımcı olmak amacıyla çeşitli modeller geliştirilmiştir. Aşağıda bu modellerin bir kısmı özet olarak sunulmaktadır.

HEKİM-HASTA İLETİŞİM MODELLERİ

Hekim-hasta iletişimi çoğunlukla sosyal bilimcilerin sağlık sosyolojisi alanında incelediği bir konudur. Sosyologlar konuyu değişik açılardan ele alarak incelemişlerdir. Bazıları hekim ve hastanın paylaştıkları ortak değerleri, bazıları tedavi sürecinde her iki tarafın inanç ve beklentileri arasındaki farkları, bazıları ise hekim ve hastanın ideal rolleri üzerine odaklanmışlardır.

1. Parsons'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Parsons, "Sosyal Sistem" adlı kitabında hastanın sosyal rolünü açıklamıştır. Bu modele göre doktorun rolü hastanın rolüne tamamlayıcıdır. Parsons'a göre doktorun hastasını iyileştirme sorumluluğunun yanı sıra hastanın da bir an önce iyileşip toplumun kendisine yüklediği sosyal rolleri yerine getirme sorumluluğu söz konusudur. Bu nedenle, bir an önce profesyonel yardım alma ve doktor ile işbirliği yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu ilişkide hastanın doktoru ile tam bir işbirliği içinde olması beklenirken, doktorun da tüm uzman bilgi ve becerisini hasta yararına kullanması beklenmektedir.

Bu modele göre, hastayı duyguları yönlendirirken doktor gerçekçi ve kontrollüdür. Bir başka ifadeyle hastanın problemi doktorun ise çözümü vardır. Bu nedenle iki grup arasında

mükemmele yakın bir ilişki oluşur ve bu sayede ilişkideki çatışma ihtimali ortadan kalkmış olur. Daha sonra ele alınacak olan Freidson'un doktor-hasta ilişkisi modeli ise bu görüşün tersine doktor ile hasta arasındaki potansiyel çatışmaya dikkate çekmektedir. Freidson, Parsons modelinin bu ilişkiyi daha çok doktor açısından değerlendirdiğini savunmuş ve doktor ve hastanın farklı beklenti, ilgi ve görüş açısından kaynaklanabilecek çatışma ve uyumsuzluklarının bu modelde göz ardı edildiğini öne sürmüştür. (6)

Parsons'ın işlevselci modeli toplumsal dengenin nasıl kurulacağı ve devam edeceği sorusu üzerine temellenmiştir. Parsons'a göre dengenin sağlanabilmesi için bireylerin toplum tarafından önceden belirlenmiş davranış kalıplarına uygun hareket etmeleri gerekir. Ona göre toplumsal sistem bir denge veya istikrara ulaşma eğilimindedir. Diğer bir deyişle düzen sistemim normudur. Herhangi bir düzensizlik ya da normdan bir sapma olduğunda sistem kendini ayarlar ve normal konumuna dönmeye çalışır.(12) Parsons için hastalık, sosyal organizma ile yeniden bütünleşmeyi gerektiren ve normal fonksiyonlardan sapmayı temsil eden bir durumdur. Hastalık durumu bireylerin toplumsal sistem içindeki rol gereklerini yerine getirmelerine engel olan ve toplumsal sistemi tehdit eden bir olgudur.(13)

Parsons'ın modeli günümüzde de hasta-hekim iletişimde temel model olarak görülmesine rağmen birçok eleştiri almıştır. Eleştiriler genellikle modelin hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi idealize ettiği üzerinedir. Parsons modelinde hekim hasta arasında çıkabilecek çatışmalara yer vermeyip sadece bir uyum ve dengeden söz etmiştir. Oysa hekimler, zaman zaman ölmekte olan ya da sevmedikleri ve sürekli şikayet ettiklerini düşündükleri hastalarına olumsuz davranabilirler. Modelde eleştirilen diğer yön hekimlerin sadece hasta çıkarlarını düşünüyor olduğunun iddia edilmesidir. Hekimlerin hasta bakımında aynı zamanda kişisel ve maddi çıkarlarını da düşündükleri gerçeği üzerinde hiç durulmamıştır.(14)

Parsons doktor ve hastanın rollerinin irdelenmesini şu şekilde özetlemiştir.

a. Karşılıklı ilişkide Hasta Roller

Parsons, hastalık rolünü, sosyal süreçlerle ilişkilendirerek değerlendirmektedir. Birçok insan, hastalığı biyolojik bir olay olarak kabul ederken, Parsons tıpkı meslektaş Durkheim gibi, hastalığı bir sosyal olay olarak görmekte ve eğer birey intihar edecekse, bu olayı aslında bireyin değil, toplumun bir problemi olarak kabul etmektedir. Parsons, doktorların konumundan dolayı bireylere bilgi, fikir vermeleri gerektiği ve sağlık için gerekli davranışları dikte etmeleri gerektiği

fikrini savunmuştur. Doktorlar, hastaları ile olan ilişkilerinde kendi çıkarlarını değil hastanın çıkarlarını ön plana çıkarmalı ve hastasına güven vermelidir. Parsons'a göre, hastalık, insanın sosyal yükümlülüklerini yerine getirmesine engel olmasına karşın, sosyal sorumluluklardan kaçınma ve boş zaman yaratmak için bir fırsat olarak da görülebilir. Hasta "hasta rolü" nü kullanarak sosyal rollerinden uzaklaşabildiği gibi, bu durumu yeni yükümlülüklerden kaçınmak için bir bahane olarak da kullanabilir. Hastalık gerekçe gösterilerek sosyal rollerden ve diğer insanlardan ayrılmak bu model için de son derece önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bakış açısıyla, zarar görme ve sapma temel iki hasta rolü olarak karşımıza çıkmaktadır ve aynı zamanda aynı kişide bulunabileceği düşünülmelidir. Örneğin, hasta kişiye zarar gördüğü bir hastalıktan dolayı toplum tarafından merhamet gösterilebilir ve korunabilir. Eğer bu durum birey açısından önemli ise, sosyal rollerinden "sapma" için hastalığını kullanma yoluna gidebilir. Parsons hastalık rolüyle bağdaşan dört normatif beklentiyi ayrıntılı şekilde açıklamıştır: Bunlardan ikisi haklarla, ikisi görevlerle ilgilidir.(15)

Haklar:

1. Hastalığın şiddetine dayanır. Hastaya normal sosyal aktivitesinden sıyrılma imkanını verir. Burada, aşırı uçtaki vakaların sosyal aktivitelerden tamamen soyutlanma hakkı vardır.
2. Hastanın, hastalık ve iyileşme için kişisel sorumluluktan kaçınma hakkı vardır. İyileşmede kişisel isteklerinin oluşmasında bazı hakları vardır.

Yükümlülükler

1. Hasta olmak hiç bir zaman istenmez. Hastalık durumu hastaya daha fazla ilgilenme veya diğer bir takım avantajlar sağlamaz. Kendisine dikkat etmek ve iyileşmede merkezi görev hastaya aittir.
2. Hastanın, tıbbi tedaviyi aramak ve doktora yardım ve tedavi sürecinde beraber çalışma yükümlülüğü vardır.

Haklar ve yükümlülükler durumsal olarak birbirine bağımlıdır. Hasta her zaman sempatiyi veya ayrıcalıklı olmayı beklememelidir. (16)

b. Hasta ve Hekimin Karşılıklı Roller

Hasta ve doktorun rolleri en temel karşılıklı toplumsal rollerdendir. Parsons, doktor hasta rollerini "ideal tip" modelinin parçaları olarak analiz etmiştir. İdeal tip modeli, özel bir sosyal örgütün veya sosyal rolün temel özelliklerinin oluşumu olarak düşünülür ve karmaşık sosyal ortamların açıklanmasında ve analizinde kullanılır. Parsons, hastanın geçici veya uzun süreli

hastalığından kurtulmak için gösterdiği çabaları hastanın rolü olarak tanımlar. Bu çabalar, hastaların doktor tarafından bazı aktivitelerden men edilmesini ve hastanın normal aktivitelerden vazgeçmesini ve iyileşmeden de sorumlu olmasını içerebilir. İyileşme sorumluluğu, hastayı harekete geçirir ve hasta bunun için doktorun yardımına başvurur. Doktor, hasta beraber çalışarak iyileşmeyi sağlarlar. Parsons'un vurguladığı gibi; hastanın özel beklentilerini etkiler, hastanın normal aktivitelerinden vazgeçmesine yol açar. Ancak bazı durumlarda hasta insan, normal sosyal rollerden vazgeçmeyebilir ve hastalık konumunu koruyabilir.

Örneğin, önemsiz hastalıklara yakalanan insanlar doktorların önerilerini dinler fakat normal hayatına diğer günlerdeki gibi devam edebilir. Kronik hastalık vakalarında hastalar düzenli olarak doktor kontrollerinden geçerler fakat çoğunlukla normal hayat şekillerinden vazgeçmek durumuyla karşılaşmazlar. Parsons, doktor ve hastaların karşılıklı rollerini aşağıda verilen Tablo 1' de gösterildiği şekilde ele almıştır. (17)

Tablo1. Hekim-Hasta İlişkisi Roller

Hasta: Hastalık rolü	Doktor: Profesyonel rolü
Zorunluluklar ve Ayrıcalıklar	Beklentiler
<ol style="list-style-type: none">1. Mümkün olan en kısa sürede iyileşmek isteği2. Doktorun kontrolünden geçmek ve doktorla beraber çalışmak3. Bazı normal aktivitelerine ve sorumluluklarına izin verilmesi beklentisi4. Tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünmesi ve hastanın kendi kendine iyileşemeyeceğine karar vermesi	<ol style="list-style-type: none">1. Hastalıkla ilgili problemlerde bilgi birikimine ve uygulama becerisine sahip olmalıdır.2. Doktor, kendi çıkarından çok hastanın refah düzeyini ve toplumun refahını düşünmeli, para ve çıkara önem vermemelidir.3. Doktor objektif olmalı ve duygularından sıyrılmalıdır.4. Kurallara ve mesleki çalışmalara uygun iş yapmalıdır. <p>Haklar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hastanın fiziksel incelenmesinde doktorun muayene haklarının kabul edilmesi gerekir.2. Mesleki özerkliğe sahip olduğu kabul edilmelidir.3. Mesleki pozisyonunun otoritesini hastayla ilişkide korumalıdır.

2. Szasz ve Hollander'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Szasz ve Hollander, doktor ile hasta arasındaki ilişkinin yere ve tıbbi problemin içeriğine göre değiştiğini düşünmüşler ve doktor-hasta ilişkisini üç modelde incelemişlerdir. Bunlar; aktif-pasif, rehberlik-işbirliği ve çift taraflı katılım modelleridir (3).

Aktif-Pasif Modeli

Bu model, birey ciddi şekilde hasta olduğunda, acil tedaviye ihtiyaç duyduğunda ya da hayati tehlikesi olduğunda ortaya çıkar. Bu durumda hasta tamamen edilgen durumdadır. Doktor, hastanın tekrar iyileşmesi için hasta hakkındaki tüm kararlarda üst düzeyde kontrole sahiptir. Karar verme ve ilişkideki güç, doktorun tarafında iken hasta pasif durumdadır ve tedavi şekline katılımı minimum düzeydedir ya da hiç yoktur. Buradaki ilişki türü ebeveyn-bebek ilişkisine benzemektedir.

Rehberlik-İşbirliği Modeli

Bu model çoğunlukla bireyin akut hastalığı ve enfeksiyon hastalığı olduğunda gerçekleşir. Hasta tedavinin ne şekilde yapıldığını bilir ve doktorun rehberliği doğrultusunda işbirliği yaparak tedaviyi uygular. Doktor, hastaya uygulanması gerekenleri öğreten ve yol gösteren, hasta ise doktor önerilerini kabul eden ve uygulayan kişi konumundadır. Bu ilişki türü ebeveyn-yetişkin çocuk ilişkisine benzemektedir.

Çift taraflı Katılım Modeli

Bu modelde doktor ile hastası arasında eşitlik söz konusudur. Doktorun görevi, hastanın kendisine yardım etmesine yardım etmektir. Bu tip ilişkide taraflar eşit güçte olmalı, biri diğerine bağımlı olmamalı ve her ikisi için de tatmin edici bir ilişki düzeyi olmalıdır. Bu tip bir ilişki diyabet, hipertansiyon, psikiyatrik rahatsızlıklar, astım gibi kronik hastalıklarda görülür. Bu modeldeki ilişki şekli yetişkin-yetişkin ilişkisine benzemektedir.

3. Freidson'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Freidson'un doktor-hasta ilişkisi modeline göre, doktor ile hastanın amaç farklılığı potansiyel bir çalışma ortamının oluşumuna sebep olmaktadır. Model, Parsons modelinin gerçek davranışlardan çok ideale beklentilere dayandığını savunmuş ve her doktor-hasta ilişkisinde görüş açısı farklılıklarından kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu ileri sürmüştür. Freidson'a göre doktor ile hastası arasındaki çatışma, farklı ilgi ve önceliklerden

kaynaklanmaktadır. Hasta sadece kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgiliyken doktor çok sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu ile karşı karşıyadır. Örneğin, hastanın problemlerini doktoruyla daha ayrıntılı tartışmak için konsültasyonu uzatma isteği ya da taburcu olma yerine hastanede bir süre daha kalma isteği, doktor tarafından bekleme odasında bekleyen hasta ya da hastanede yatmak için bekleyen hastaların ihtiyaçları göz önüne alınarak engellenebilmektedir. Bu durum da doktor ile hastası arasında önemli bir çatışma kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. (18)

Bu modele göre doktor ile hastası arasındaki bir başka çatışma kaynağı ise hastalığın ciddiyetine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır. Hasta, kendi yaşadıkları nedeniyle hastalığını çok ciddiye alırken, doktor ise tıbbi bilgisi nedeniyle aynı derecede ciddiye almayabilmekte bu da çatışma kaynağı olmaktadır (3,18).

Parsons'ın modelinde, hekimin otoritesinin belirgin biçimde öne çıkması aynı ölçüde hasta rolünü de hekime bağımlı kılmaktadır. Freidson'ın hekim hasta ilişkisi modelinde ise, hekim ve hasta arasında kesin veya tam davranışlar yerine ideal beklentiler vardır. Freidson'a göre hekim ve hastanın beklentilerinin farklı oluşu çatışma yaratır. Bu nedenle hekim hasta ilişkisinde Parsons modelinin aksine asimetri değil iki tarafında onaylayacağı bir yaklaşım tarzı olmalıdır. Freidson modelinde, bütün hekim hasta ilişkilerinde görüş açısı farklılıklarından kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu ileri sürmüştür. Ona göre hekim ile hasta arasındaki çatışma, farklı ilgi ve önceliklerden kaynaklanmaktadır. Hasta kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgili iken hekimin sorumlu olduğu çok sayıda hastası vardır. Bu nedenle çatışma ihtimali kaçınılmazdır. (19)

4.Emanuel ve Arkadaşlarının Hekim-Hasta İletişimi Modelleri

Emanuel ve Arkadaşlarına göre dört çeşit hekim-hasta iletişimi vardır.

Bunlar:(20)

Paternalistik (Ataerkil): Bu model, hekim-hasta iletişiminde; hekimin hasta için en iyi müdahaleyi yapacağı düşüncesini destekler. Ataerkil modelde hekim; hasta için neyin doğru olduğunu söyleyerek ve bunu uygulayarak, bir anlamda hastanın koruması gibi davranır. Bu amaçla hekim; hastanın sağlık durumunu, hastalığın hangi aşamada olduğunu ve hastayı sağlığına kavuşturacak ya da acısını azaltacak tıbbi testleri ve tedavi yöntemlerini belirlemede tüm becerilerini kullanır. Ardından hekim hastayı ikna etmek için uygulayacağı tedavinin en iyi

müdahale şekli olduğu konusunda gerekli bilgileri hastaya verir. Ataerkil model, en iyinin belirlenmesi için ortak objektif kriterlerin olduğunu varsayar. Bu nedenle hekim; hastanın sınırlı katılımıyla hasta için neyin en iyi olduğuna karar verebilir. Modelde otorite hekimdedir. Sonuç olarak; hastanın o anda razı olmasa bile sonrasında hekim tarafından alınan kararlara minnettar olacağı varsayılır. Hastanın özerkliği ve sağlık arasındaki seçimde ataerkil hekimin temel vurgusu sağlıktır.

Bilgilendirici Model: Bu modelde, hekim-hasta iletişiminin amacı; hekim için hastaya gerekli tüm bilgileri sağlamak, hasta için ise hangi tıbbi müdahaleyi seçeceğine karar vermektir. Böylece hekim seçilen müdahaleyi uygulayacaktır. Bu amaçla hekim; hastalığın durumu, olası teşhis ve terapötik müdahaleler, bu müdahalelerle özdeşleştirilen risk ve yarar olasılıkları ve bilginin belirsizliği konusunda hastayı bilgilendirir. Modelin en gelişmiş şeklinde, hastalar hastalıklarıyla ilgili tüm tıbbi bilgiyi ve mevcut müdahaleleri bilme ve bu müdahalelerden kendi değerleriyle en iyi örtüşenini seçme hakkına sahiptir.

Yorumlayıcı Model: Hekim-hasta etkileşiminin amacı; hastanın değerlerini ve hastanın gerçekte ne istediğini aydınlatma ve hastanın bu değerlerle en iyi şekilde örtüşecek mevcut tıbbi müdahaleleri seçmesine yardım etmektir. Bilgilendirici hekim gibi; yorumlayıcı hekim de hastaya, duruma ve olası müdahalelerin risk ve yararlarına dair bilgi verir. Ancak bunun da ötesinde yorumlayıcı hekim; hasta için hastanın değerlerini yorumlamaya da yardım ederek, hastanın kendi değerlerini ifade etmesinde ve bu değerlere en uygun müdahaleleri belirlemesinde yol gösterici bir rol üstlenir.

Uzlaşmacı Model: Hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın söz konusu klinik durumda sağlıkla ilgili ulaşılabilecek en iyi değerleri belirlemesi ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla; hekim hastanın klinik durumuyla ilgili bilgiyi sunmalı ve mevcut seçeneklerin içerdiği değer türlerinin anlaşılmasına yardımcı olmalıdır. Hekimin amaçları; neden bazı sağlık değerlerinin daha değerli olduğunu ve bunlara ulaşmak için ne yapılması gerektiğini önermeyi içerir. Bunun en uç noktasında; hekim ve hasta, hastanın ne tür sağlık değerlerini göz önüne alıp izlemesi gerektiğine dair fikir alışverişinde bulunur. Hekim ahlaki bir iknadan başka bir şeyi amaçlamaz; zorlamadan kaçınılır ve hastanın, kendi hayatını ve değerler sırasının belirlenmesi gerekir.

Bu modellerin dışında hekim-hasta iletişimini biçimlendiren farklı etkenlerin varlığından söz eden modeller de vardır.

5.Hekim-Hasta iletişimi ile ilgili Diğer Modeller

Hastanın hekimle işbirliği içinde olduğu Hayes ve Bautista'nın modelinin temeli, karşılıklı etkileşime dayanır. Bu modelde genel olarak hasta pasif konumda değildir ve tedavisi konusunda hekimle işbirliği yapar, kendi görüşlerini kabul ettirmeye çalışır. Hayes ve Bautista, hastanın hekimin direktifleri doğrultusunda hayatını yönlendirmesi konusunu ele almışlar ve tedavinin başarısız olması durumunda tedavinin değiştirilmesi yönünde hekimin ikaz edilmesi ve tedaviye müdahale edilmesi konusu üzerinde durmuşlardır.

Modelde hekim-hasta iletişiminde hastanın pasif olmadığı iddia edilse bile iletişimin biçiminin hastanın sosyal durumuna göre değişebileceği vurgulanmıştır. Buna göre genellikle alt sosyo-ekonomik sınıftan gelen hastaların hekim karşısında pasif olduğu ve hekimin onların karşısında otorite konumunda olduğu, orta ve üst sosyo-ekonomik sınıftan olan hastaların ise hekimle daha çok hekim-müşteri iletişimi içinde olduğu ve tedavide hekimle işbirliği yaparak iletişime aktif olarak katıldıkları savunulmuştur. (21)

Byrne ve Long'un hekim-hasta iletişimi modelinde ise hekimin, tedavi sürecinde hastaya yaklaşımına göre bir bakış açısı belirlenmiştir. Modelde hasta merkezli ve hekim merkezli olmak üzere iki ayırım yapılmıştır. Hasta merkezli yaklaşımda hekim tedavi sırasında hastanın durumuna göre, hastanın bilgi ve deneyimlerinden faydalanır. Bu yaklaşımda hastanın aktif bir rolü vardır. Hekim merkezli yaklaşımda ise hekimin önceliği zamanı iyi kullanmaktır. Bunun için de öncelikle kendi bilgi ve deneyimlerini kullanmayı hedefler. Hekim-hasta ilişkisinin biçiminin hastanın hastalığına ve yere göre değişebileceğini söyleyen Szasz ve Hollender, hekim-hasta ilişkisi için üç model öne sürmüşlerdir. Bunlar aktif-pasif, rehberlik-işbirliği ve çift taraflı katılım modelleridir. Aktif-pasif model; ciddi hastalık durumlarında ya da acil hallerde geçerlidir, örneğin yoğun bakımdaki hastalarda. Modelde hasta tamamen pasif durumdadır ve tüm kararları hekim alır. Rehberlik-işbirliği modelinde, hasta hastalığı hakkında bilgi sahibidir ve hekimle işbirliği yaparak tedavide aktif rol oynar. Çift taraflı katılım modelinde hekim ve hasta arasında eşitlik vardır. Bu model genellikle kronik hastalıklarda örneğin diyabet ve hipertansiyon gibi, hastanın hekime bağımlı olmadığı, iki tarafın da eşit olduğu durumları açıklar.(22)

Hekim-hasta iletişiminin açıklanmaya çalışıldığı yukarıdaki modellerin hepsinde hekimin hasta karşısında ve toplum içinde özel bir yerinin olduğu görülmüştür.

TIP MESLEĞİ VE MESLEKİ ÜSTÜNLÜK

Tıp mesleği ya da diğer adıyla hekimlik geçmişten günümüze daima sözü edilen üstün grup içerisinde yer almıştır. Sağlık ve hastalık konularının insan için önemi, hekimliğin toplumsal sistem içindeki konumunun belirlenmesinde etkili olmuştur. İnsan için sağlığın önemi hiç değişmemesine rağmen tıp mesleği, toplumsal değişim ve dönüşüm hareketlerine paralel olarak değişerek bugünkü durumuna ulaşmıştır.

Eski çağlarda, iyileştirme gücünün tanrı ve tanrıçalarda olduğuna inanılmış ve bu güce sahip olanlar daima yüceltilmişlerdir. Ortaçağa kadar büyücülük ve cadılıkla eş değerde görülen iyileştirme yeteneği bilgisi ve hekimlik, 18. yüzyıl sonrasında ehliyetli bir meslek olarak tanımlanmıştır.(23) Kilisenin büyücülere karşı başlattığı davalarda hekimlere, onların büyücü olup olmadığına karar verme yetkisinin tanınmasıyla, sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanma tekeli hekimlere resmen geçmiş ve hekimler yasal olarak tıp ehliyetine kavuşmuşlardır.(24) 18. Yüzyıla kadar olan dönemde "hekimler" çoğunlukla zengin hastaların hizmetinde, onların yaşadıkları mekanlara çağrılarak görevlerini yapmışlar ve bir daha çağrılmamak korkusu nedeniyle her zaman hasta memnuniyeti anlayışında çalışmışlardır. Bu dönemde aralarındaki iletişim patron-hekim iletişimi şeklinde gelişmiştir. 18. yüzyıl sonrasında kilisenin büyücülere ve cadılara karşı başlattığı mücadeleden sonra, ehliyetli bir meslek olmanın avantajıyla yavaş yavaş hekimlerin otoritesi oluşmaya başlamıştır.

Sanayi devrimiyle birlikte şehir merkezlerinde vasıfsız işçilerin çoğalması, fabrikaların kurulması ve işçi sınıfının gittiği çok sayıda hastanelerin açılmasıyla hekimler bu hastanelerde tam otoriteye sahip olmuşlar ve örgütlü hale gelerek giderek güçlenmişlerdir. Bu dönemde hekimler daha çok alt statüdeki eğitimsiz insanları tedavi ettikleri için hastanın söylediklerinden çok hekimin kendi bulguları ön plana çıkmıştır. Böylece hastanın bir "vaka" olarak görülme dönemi başlamıştır. Hekimin isini kolaylaştıran teknolojik sistemlerin giderek çoğalmasıyla hekim-hasta ilişkisi sadece semptomlara indirgenmiş ve bugünkü, hastanın sosyal ve ekonomik yaşamına önem verilmeyen bir tür biyolojik indirgemenin yapıldığı dönem başlamıştır. (25)

Geçmişte ve günümüzde tıp mesleğine toplumsal sistem içinde diğer birçok profesyonel mesleğe göre özel bir değer verilmesinin nedeni, sağlık ve hastalık olgularının insan için çok önemli olmasındandır. Ancak hekimliğin mesleki üstünlüğünün mesleğin doğasından ve uygulayıcılarından kaynaklanan farklı nedenleri de vardır. Illich'e göre; tıp ahlaki bir iştir ve bu

nedenle, kaçınılmaz olarak iyinin ve kötünün içeriğini belirler. Tıp her toplumda, yasalar ve din gibi neyin normal, uygun ya da arzu edilir olduğunu belirler. Tıbbın bir kişinin şikayetini meşru bir hastalık olarak etiketlemeye, bir diğerini herhangi bir rahatsızlıktan şikayetçi olmasa da, hasta olarak ilan etmeye; bir başkasının acısının, maluliyetinin, hatta ölümünün toplumca kabulünü reddetmeye yetkisi vardır (26)

Tıbbın mesleki üstünlüğünün en önemli nedenlerinden biri bahsedilen sağlık ve hastalık tanımlama yetkisidir. Mesleki üstünlük kavramına eleştiriler getiren Freidson eğitim gerektiren bir mesleğin ya da en azında tıp mesleğinin üstünlüğünün ve ayırt edici özelliğinin, yerine getirdiği iş üzerinde ipleri eline geçirmesi olduğunu söylemiştir. Ona göre tıp mesleğinin klinik özerkliğe sahip olması ve hastalık tanımlama yetkisinin yani bir hastalığın hastalık olduğuna karar verme yetkisinin hekimlerin elinde olması mesleğe önemli bir üstünlük sağlamıştır. Freidson, mesleki üstünlük kavramının kaynaklarını şu şekilde sıralamıştır. (27).

Mesleki güç, statü ve prestiji belirleyen şey klinik özerkliktir. (28).

Ancak özerklik gerekli olmakla birlikte yeterli değildir, bunun yanında aynı alanda çalışan diğer insanların işi üzerinde de kontrol kurulması gerekir. Bu tip bir kontrol özerkliğin ötesinde bir güç sağlar, fakat bürokratik yapıyı da gerekli kılar (hastanelerde olduğu gibi). Bürokrasi ise kurallar ve hiyerarşik yapısından dolayı kendi güç kaynaklarını üretme yollarına sahiptir.

Mesleksi üstünlüğün diğer bir kaynağı kültürel inançlarda ve insanların tedavi eden kişiler olarak hekimler arasında yaptıkları ayırmda yatar. Bu itibarlandırma sınıf hiyerarşisinde, kurumlarda ve tıp kültüründe yeniden üretilir.

Kurumsal güç mesleki üstünlüğün kaynaklarından başka biridir. Bir meslek, değerli ve karmaşık bilgi sistemini, kültürel ve hukuksal yetkiye bu nedenle de kurumsal yetkiye dönüştürebilir. Yetki alımındaki her ilerleme mesleksi üstünlüğün daha ileri boyutlara taşınmasında yeni bir adım sayılır. Bugün sağlık sisteminde hekimlerin profesyonellik gerektiren diğer işleri de üstlenmiş olmalarının (örneğin; hastane yöneticiliği, idari hizmetler vs.) kaynağı kurumsal güçleridir.

ABD, İngiltere ve İtalya'da mesleki prestij ve aranan kişilik özellikleri konusunda ve kimlerin özerk olarak algılandığına ilişkin yapılan araştırmalarda prestiji en yüksek mesleklerden biri de tıp mesleği çıkmıştır. Yapılan anketlere yanıt verenlerin bu mesleği yüksek değerde görmelerinin nedeni, bu meslekten kişilerin yalnızca kendi anlayışları doğrultusunda ve kendi ilgi

alanlarında çalışma olanağı bulduklarına inanmalarındır. Toplumda özerk mesleklerin ve kişilerin güçlü olduğuna dair yaygın bir inanç vardır. (29)

Günümüzde hekimlik mesleği eskiye göre farklılaşmıştır. Klinik özerklik geçmişteki hakimiyetini kaybetmiştir. Değişen toplumsal koşullar ve hızla gelişen teknolojik olanaklar sayesinde tıp mesleğinin özerkliği, maliyet kapsamı stratejileri ve yükselen tüketicilik gibi tehditlerle karşı karşıya kalmıştır. (28) Hekimlerin hastaneye tedaviye yönelik işler dışında idari işlere el atmaları, sağlık ve hastalık olgularına çok kazançlı bir alan olarak bakılması, hastanelerin kar amaçlı işletmelere dönüşmeleri, hastalara "müşteri anlayışıyla yaklaşma" davranışı, neredeyse bir hekimden daha isabetli bir biçimde tanı koyabilen bilgisayarların ortaya çıkması, özel sigortacılığın yaygınlaşması, ilaç ve tıbbi malzeme sektörünün hekimlerle sıkı ilişkiler içinde olması gibi nedenlerle mesleki özerklik eski gücünü yitirmiştir. Ayrıca eğitim seviyesinin yükselmesi, bilgisayarın/internetin günlük yaşama girmesiyle medyanın sağlık konusuna önem vermesi ile bireyler sağlık ve hastalıkla ilgili konularda bilgi sahibi olmuşlardır. Bunun sonucunda hekimler ve uygulamaları sorgulanmaya başlanmış ve tıp mesleğinin sahip olduğu özerklik tahtı ve otorite sarsılmıştır.

OTORİTE VE HEKİMLİK

Hançerlioğlu otoriteyi, bir kişinin bir gücün ya da bir örgütün genellikle boyun eğilen büyük etkisi olarak tanımlar. Schapiro'ya göre ise otoriteden söz edebilmek için, bu güçle ilişkili olan (ona boyun eğen) bir grup insanın ve gücü icra eden tarafından uygulanan bir takım normların veya kuralların bulunması gerekir.

Otoritenin itaat etmeyi sağladığı, yapılan bütün tanımların ortak noktasıdır. Toplumsallaşma sürecinde birey, hayatın her alanındaki kendi dışındaki karar vericiler tarafından oluşturulmuş kurallara boyun eğmenin, otorite altına girmenin gerekliliğine inanmıştır. Bireyin ilk karşısına çıkan baba figürü ve anne, öğretmen, uzmanlar, devlet, yasa, yasa koyucu, yargıç, yetkili memur vb.leri eylemlerin belirleyiciliğini kendi dışına itmesi gerekliliğini vurgulamışlardır. Kendine özgü bir ilişki ağına sahip olan otorite kavramı meşruluğunu ancak kabul gördüğünde gösterir.

Genel anlamda itaat etme, bir otoritenin emirleri ile oluşan davranış değiştirmesidir. Hannah Arendt' e göre; otoritenin temel özelliği, itaat etmesi istenenler tarafından sorgusuz kabul edilmesi ve bunun için zorlamanın ya da ikna etmenin gerekmediğidir. Otorite öznesi tarafından yani itaat etmekle yükümlü kişilerce sorgulanmayan bir özelliğe sahiptir. Aynı zamanda otoritenin gerektirdiği itaat insanların özgürlüklerini koruduğu bir itaattir. Yani kişi bir Şeye zorlandığı için değil, inandığı için itaat eder. Mommsen otoriteyi; ğtten fazlası, emirden azı; kişinin basit bir Şekilde göz ardı edemeyeceği bir öğüt olarak ifade eder.

Kişisel otoritenin meşruluğunun, g farklılıklarının algılanışından kaynaklandığını syeyen Sennett'e göre ise, otoritenin sahip olduğu bir g, zgven ya da bir giz vardır ve bağımlı kişi buna etki edemez. Otorite ve bağımlı kişi arasındaki bu fark hem korku hem saygı uyandırırken aynı zamanda, otorite bağımlı kişiyi yargılayabilir ve ona güven verir.(30)

Hekim-hasta ilişkisinde hekimin, hastanın sağlığı konusunda belli bilgi ve beceriye sahip olması; hastanın da, hekimin bu bilgi ve becerisine ihtiyaç duyması, doğal olarak ilişi dengelerini bozmakta, daha ilk başta hekimi, hasta karşısında üstün duruma sokmaktadır. Yardım bekleyen, acı çeken, yaşam mücadelesi içerisinde; kişisel kontrolünü kaybetmiş, olan hastanın karşısında onun çözümü olarak bulunan hekim "otorite" konumuna gelmektedir. Hasta, tıbbi ve bilimsel gerekçelerle kendi bedeni üzerinde yapılan müdahaleler hakkında hiçbir bilgi ve karar noktasında bulunamamakta, büyük bir inanç ve güvenle kendini hekimine teslim etmektedir. Bu bağlamda görülüyor ki, hekimlik uğraşı kaçınılmaz biçimde içerisinde belli bir "otorite" barındırmaktadır.

Parsons'a göre hekimlerin profesyonelliği onların uzman otoritesinde yatar, çünkü bu onların mesleğini gerekli kılan otoritenin doğasıdır. Hastalarının ve toplumun bilmediği bir Şeyi bildiklerinin farkındadırlar.(31) Yalnızca profesyonellikleriyle hastalarının ve toplumun zihninde otoritelerini uygulamaları için yeterli bir güven oluşturabilirler. Hekim ve hastaya ait ideal rolleri de tanımlamış olan Parsons'a göre hekimler otoritelerini hastanın çıkarları için en iyi olan duruma göre kullanmalıdırlar.(32)

HEKİM- HASTA İLETİŞİMİNDE ENGELLER

Bu bölümde hastanın sağlık personeliyle iletişimini engelleyen davranış ve iletişim biçimleri üzerinde durulacaktır. Sağlık personeli neleri yapmaktan ya da söylemekten kaçınmalıdır ve hastanın doktorlar ve öbür hastane personeliyle konuşmalarındaki etkin katılımlarını neler engeller gibi konulara yer verilecektir.

Hastaların sağlık personeli ile etkin iletişim kurabilmesini engelleyen ya da sınırlandıran sağlık personeli davranışları şu şekildedir: (33)

- Hastanın ilgisini söndüren teknik sözcüklerle dolu bir dil kullanma,
- Saate bakma ya da bekleyen hasta listesine göz atma,
- Hasta üzerinde bir şeyler düşündüğünü ve rahatsız edilmemesi gerektiği izlenimi bırakacak biçimde kendi kendine bir şeyler mırıldanma,
- Hastanın sözünü kesme ya da tamamlayarak sonlandırma,
- Hastaya vizitenin bittiğini söylemeden hemen uzaklaşma,
- Hastanın sorularını duymazdan gelme,
- Hastayı dinlememe belirtileri verme.

Bu davranışlar muayene sırasında yapılmıyor ya da çok seyrek yapılıyorsa muayene yararlı, sık sık yineleniyorsa engelleyici olarak tanımlanır. Hastalar muayenelerin yalnızca yüzde 15'inde, doktorlara anlattıklarından bir tek sözcük bile anlamadıklarını söylemişler ve cahil görünme korkusuyla anlıyormuş gibi yaptıklarını açıklamışlardır. (34)

Hastayla iletişimdeki başka bir engel de, asistan doktorların eğitiminde, hastalarla ilişkide insancıl yaklaşımlar yerine biyokimya ve teknoloji bilgisine ağırlık verilmesinden kaynaklanmaktadır. Hastalarla iletişim kurma becerilerinin geliştirilmesi, tıp eğitiminde maalesef önemli bir yer tutmamaktadır (35)

Dr. Thomas GORDON, (36) anne, baba, öğretmen ve yöneticilerle yaptığı iletişim beceri eğitimi çalışmasında genel iletişim engelleri konusunda on iki potansiyel engel saptamıştır. Bunlar:

1. Emir vermek, yönlendirmek
2. Uyarmak, gözdağı vermek
3. Ders vermek, zorlamak
4. Alaycı bir tutum sergilemek

5. Yargılayıcı ve suçlayıcı bir şekilde davranmak
6. Aynı düşüncede olmayarak, öğretmeye çalışmak
7. Sürekli aynı düşüncede olarak desteklemek ve övmek
8. Analiz etmek, yorumlamak
9. Güven vermek, duyguları paylaşmak
10. Sorunu önemsememek, konuyu ana amacından saptırmak
11. Sürekli soru sormak, sorgulayıcı bir davranış sergilemek
12. Öğüt verici bir tutum sergilemek

Sorun ve duygularını açıklayan herkes bu engeller karşısında ya sorun çözümünün hiçbir biçimine katılmayarak tüm dikkatini engel oluşturan iletiye yönlendirir yada konuşmasını tümünden keser. Bu on iki engeli hasta – sağlık personeli ilişkisi açısından şu şekilde inceleyebiliriz.(33)

Emir vermek ve yönlendirmek

Otoriteyi (güç) ellerinde tutan otoriter kişiler emirler verir, yönlendirir. Fakat bu tipteki davranış tarzı sağlık personeli ile hasta ilişkisinde olumsuz yönde etki eder. Bu tepkiler hastalarda kendilerine çocuk gibi davranıldığı etkisi yaratır. Hastalar bu tip de bir davranışla karşılaşılırsa, iletişim kurmaya çekinirler. Güce dayalı tepkiler hastaya empati göstermez, iletişimi durdurur.

Uyarmak ve gözdağı vermek

Uyarma ve gözdağı verme şeklindeki iletiler hastanın karamsar duygularının anlaşılmadığını ya da kabul edilmediğini göstermektedir. Emir vermek gibi bu türdeki davranış tarzları hastalarda kırgınlık ve dirence neden olur. Bu tarz engellerde başkaları üzerinde otoriteler davranış tarzına sahip kişiler tarafından bilinçli veya bilinçsiz şekilde sergilenir.

Ders vermek, zorlamak

Hastalara ne yapmaları, nasıl hissetmeleri gerektiğini söylemek, onları psikolojik açıdan baskı altına sokar. İnsanlar zorlayıcı ifadelere karşı savunma mekanizması geliştirirler ve gerçekler ile söylemek istediklerini saklarlar bu durumda iletişim sürecinin etkinliğini düşürür.

Alaycı bir tutum sergilemek

Karşıdaki kişiye karşı alaycı bir tutum sergilemek onun kendisini kusurlu görmesine neden olur. Onu savunmaya geçirir. Bu durumda ilişkilerin bozulmasına ve iletişim çatışmalarına yol açar

Yargılayıcı ve suçlayıcı bir şekilde davranmak

Sürekli eleştirici, yargılayıcı ve suçlayıcı bir şekilde olumsuz değerlendirmeler, kişilerin benlik kavramlarını biçimlendirmelerini etkiler ve iletişim sürecinin etkinliğini düşürür. Hastaların kendilerini ifade edememeleri durumunu ortaya çıkartır. İnsanlar olumsuz yargılanmaktan hiç hoşlanmazlar ve tepkili davranırlar.

Aynı düşüncede olmayarak, öğretmeye çalışmak

Bu tarz iletiler, karşıdaki kişiyi veya hastayı bilgi, gerçekler, mantık ya da görüşlerle etkileme, öğretmeye çalışma çabalarıdır. Aynı düşüncede olmayarak, kendi görüşümüzü ikna edici bir role girerek yönlendirmeye ve öğretmeye çalışmak hastalarda onları yetersiz gördüğümüz ve aşağıladığımız duygusunu yaratır. Kendi gerçeklerimizi hastalara kabul ettirmeye çalışmak onlarla ilişki kurmamızı ve onların kendilerini ifade etmelerini engeller

Sürekli aynı düşüncede olarak desteklemek ve övmek

Aynı düşüncede olmak, ilgili konuda görüşlerini desteklemek ve övgü, çoğunlukla istediklerimizi yaptırabilmemiz için karşımızdakini etkilemenin bir yoludur. Fakat sürekli bu şekildeki bir davranış tarzı iletişim sürecinde karşıdaki kişiyi bağımlı hale getirir ve onay almadan bir şey yapamama durumu ile karşı karşıya bırakır.

Analiz etmek, yorumlamak

Analiz etmek ve söylenenlerle yapılan hareketleri yorumlamak tehdit edici, açık arayıcı bir davranış tarzıdır ki bu tür iletiler iletişim sürecinin devamlılığını ve ilişkinin olumluluk düzeyini etkiler.

Güven vermek, duyguları paylaşmak

İletişim sürecinde göndericinin duygularını paylaşmak ve onaylayarak güven veremeye çalışmak içinde bulunulan durumun kabul edilmesine ve gerçeklerin gözden kaçmasına neden olabilir.

Sorunu önemsememek, ana amacından saptırmak

Hastanın sorununu önemsememek, oldukça basit bir konu gibi davranmak, konuyu saptırmak iletişim sürecini olumsuz yönde etkileyecektir.

Sürekli soru sormak, sorgulayıcı bir davranış sergilemek

Sorgulamak hastanın duygusunu önemsememektir. Başkasının duygularıyla ilgilenmek istenilmediği zaman bilinçli olarak sorular sorulur. Bu tutum, soru soranın sorunu üstlendiğini, bilgi toplayıp soruna bir çözüm bulmaya çalışacağını, etkin dinleme yoluyla hastanın kendi

sorununu çözmeye izin vermeyeceğini iletir. Sonuç olarak sorgulama, sorun çözme işlemindeki hastanın iletişim sürecine katılımını önemli ölçüde engeller. (37)

Öğüt verici bir tutum sergilemek

İletişim sürecinde karşıdaki kişinin önerilerini ve beklentilerini tam olarak dinlemeden direkt öğüt verici bir davranış tarzına girmek iletişim sürecinin kopmasına ve tek yönlü olmasına neden olmaktadır. İletişimi bu durumdan kurtarmak için birlikte çözüm yolları geliştirmek tedavi sürecinin etkinliğini en üst düzeye çıkaracaktır.

GÖRÜŞMEDE DOKTORUN GÖREVLERİ

Doktor, bir görüşme sırasında, bir yandan hastanın ana sorununu öğrenmeye çalışırken, bir yandan da hastanın sorununa nasıl baktığını, bu sorunun hasta ve ailesindeki fiziksel, duygusal ve sosyal etkileri anlamaya uğraşmalıdır. Hastanın başlıca endişeleri, ne öğrenmek istediği, anlatılanı anlayıp anlamadığı ve öğrendiklerine tepkisi belirlenmelidir. Karar verme aşamasına ne kadar katılmak istediğinin saptanması ve tedavi seçeneklerinin tartışılması hasta uyumunu daha da arttıracaktır.

Görüşme Süreci

Görüşme süreci, hasta gelmeden önce başlar. Hasta gelmeden önce hazırlanmak, birçok belirsizliğin önüne geçebileceği gibi, önceden tutulmuş not veya kayıt gibi bilgileri gözden geçirmeyi sağlayacaktır. Ayrıca ortamın hastanın rahat edeceği ve mahremiyetin korunabileceği şekilde düzenlenmesi de, hastadan bilgi almayı kolaylaştıracaktır.

Görüşme sürecinin görüşmeyi başlatmak, bilgi toplamak, ilişki kurmak, açıklama ve planlama yapmak ve görüşmeyi sona erdirmek gibi bölümleri vardır.

Görüşmenin başlangıcında kesmeden dikkatle dinleme, hastanın öğrenmek ve tartışmak istediği tüm noktaları belirleme ve görüşmenin gündemini oluşturma yer alır.

Bilgi toplama bölümünde, sorunların belirlenmesi ve hastanın bakış açısını anlamak esastır. Bu bölümden sonra kısa bir özet yapmak; hem hastanın sorunlarını anladığını göstermek hem de görüşmeyi yapılandırarak tıbbi bir zemine oturtmak açısından iyi olacaktır.

İlişki kurmak bölümü, hastanın verdiği sözel veya sözel olmayan ipuçlarını değerlendirerek sorunları anlamaya yardımcı olur. Burada hastanın sorunlarını empati yaparak anlamaya çalışmak ve hastayı konunun içine çekmek önemli unsurlardır. Doktor da hastayı dinlediğini, anladığını sözel veya sözel olmayan iletişim yöntemleriyle belirtmelidir.

Açıklama ve planlama bölümü, dikkatli davranılmazsa sıkıcı olabilecek bir bölümdür. Hastaya bilgiler az miktarlarda, anlayıp anlamadığı kontrol edilerek verilmelidir. Hastanın beklentileri, endişeleri ve düşünceleri ortaya çıkarılırsa hasta memnuniyeti artacaktır. Hastaya önerilerde bulunmak ve hastanın karar sürecine katılmasını sağlamak doktor için de hasta için de yararlı olmaktadır. Karşılıklı olarak bir plan kabul edilince de, planı gözden geçirmek ve kontrol etmek, planı hastanın anlayıp anlamadığından emin olmak açısından önemlidir.

Görüşmeyi sona erdirirken güven oluşturmak sonraki görüşmeler açısından çok önemlidir. Bu bölümde doktor en çok zamanı kontrol etmek, son anda ortaya konan yakınmalar ve sorular için zamanın kalmaması konusunda sıkıntı çekmektedir. Burada tatmin edici bir sonuç alınabilmesi, etkin bir danışmanlığın yapılabilmesiyle gerçekleşecektir. Ayrıca son bir defa daha özetleme yapılması, plan yürümediği takdirde yapılacak işlerin planlanması ve son kontroller bu bölümde yapılması gereken işlerdir.

Dikkatli bir dinleme, doktorun konuşmaya geç başlaması, açık uçlu soruların sorulması, hastanın soru sormasına olanak tanınması, görüşmenin hasta odaklı olması, sözsüz iletişime dikkat edilmesi, hastanın anlayıp anlamadığının kontrol edilmesi, anlamayı kolaylaştırma, sadece fiziksel değil psikososyal sorunların da belirlenmesi, tedavi seçeneklerinin belirlenip hastanın da planların içine katılması iletişim sorunlarını en aza indireyecek ve başarılı bir hasta-hekim görüşmesi için yararlı olacaktır. (38)

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma 18.09.2007 ile 01.11.2007 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran erişkin hastalara uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formlarının yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmasıyla toplanmıştır. Çalışmaya hastane polikliniklerine başvurmuş değerlendirilmeleri tamamlanan, iletişim kurulabilen her iki cinsten hastalar ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair yazılı onayı bulunan 146 poliklinik hastası dahil edilmiştir. İletişim kurulamayan, akli dengesi bozuk poliklinik hastaları ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırmamız, tek merkezli, prospektif, kesitsel durum tespitine yönelik bir pilot çalışmadır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak; genel bilgiler hekim ile ilgili görüşler ve hekim dışı memnuniyeti etkileyen faktörlerin sorgulandığı üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. (EK-1).

Anketin genel bilgiler bölümünde katılımcıların adresi(semt), yaşı, cinsiyeti, sağlık güvencesi, öğrenim durumu, mesleği, takip edilen hastalığı sorgulanmıştır. İkinci bölümde hekim dışında çalışan sağlık personeli ile ilgili memnuniyeti etkileyen faktörlerin sorgulandığı 6 soru yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise hekim memnuniyeti ile ilgili 13 soru sorulmuştur.

Elde edilen veriler ışığında hasta memnuniyetini etkileyen faktörler irdelenmiştir.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences(SPSS) for Windows 13.0 programıyla yapıldı. Çalışma verilerinin tanımlayıcı istatistiksel sonuçları, aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi. Gruplar değerlendirilirken hasta dağılımları, frekanslar şeklinde verildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında student-t testi, Pearson ki-kare testi ve ANOVA analizi kullanıldı. Uygulanan istatistiksel testlerden elde edilen sonuçlarda, %95 güvenlik aralığı ile p değerinin 0,05 (% 5)'in altında olması anlamlı olarak kabul edildi.

Hastanemiz polikliniklerinde yapılan bu çalışma için Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ŞEEAH) etik kurulundan 17.09.2007 tarih ve 54 sayılı onay alınmıştır.

BULGULAR

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ŞEEAH) polikliniklerine başvuran ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden 146 hastanın demografik bilgileri aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

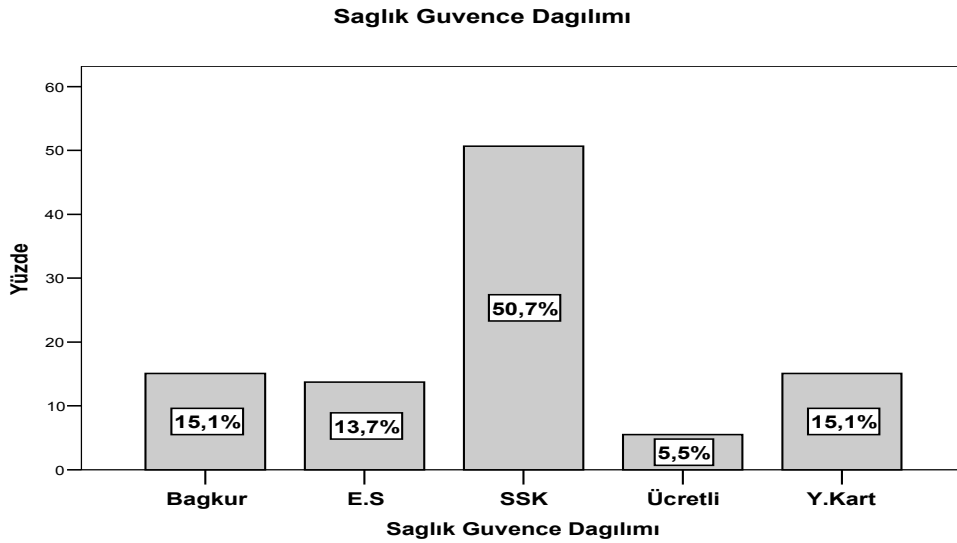
Çalışmaya katılan hastaların 69'si (%47,3) erkek, 77'ü (%52,7) kadın olup cinsiyete göre hasta dağılımı tablo 2 de verilmiştir.

Tablo 2.Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları

Cinsiyet	n:	Frekans(%)
Erkek	69	47,3
Kadın	77	52,7
Toplam	146	100

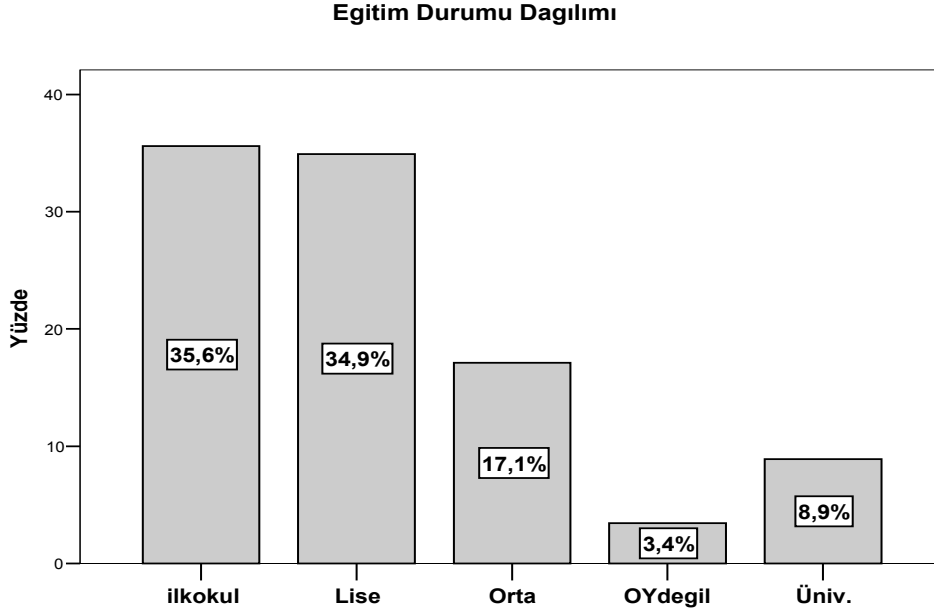
Çalışmaya katılan hastaların yaşı 16 ile 67 arasında değişmekte olup ortalama yaş $41,05 \pm 11,11$ olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların 74'si (%50,7) SSK'lı, 22'i (%15,1) Bağkur'lu, 22'i (%15,1) Yeşilkart'lı, 20'si (%13,7) Emekli sandığına bağlı iken 8'sinin (%5,5) sosyal güvencesi mevcut değildi.(Şekil 1)



Şekil 1.Katılımcıların sağlık güvencelerinin dağılımları

Çalışmaya katılan hastaların 52'si (%35,6) İlkokul mezunu, 25'i (17,1) Ortaokul mezunu, 51'i (%34,9) lise mezunu, 13'ü (%8,9) Üniversite mezunu olup 5'i (%3,4) okuryazar değildi.(Şekil 2)



Şekil 2.Katılımcıların eğitim durumu dağılımları

Çalışmaya katılan hastaların 101'i (%69,2) daha önce hastanemize başvurmuş olmasına rağmen 45'i (%30,8) hastanemiz polikliniklerine ilk kez başvurmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların 105'i(%71,9) telefon, 29'u (19,9) internet, 8'i (%5,5) randevusuz ve 4'ü (%2,7) diğer yollarla hastanemize başvurmuş olup dağılımları tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3.Hastaların başvuru şekillerinin dağılımları

Başvuru şekli	n:	Frekans(%)
Telefon	105	71,9
İnternet	29	19,9
Randevusuz	8	5,5
Diğer	4	2,7
Toplam	146	100

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu randevularının zamanında gerçekleştiğini ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %90,8'i muayene oldukları birimi ve hekimi başkalarına da tavsiye etmektedir.

Hastanemiz polikliniklerinde muayene olan katılımcılara hekim dışında kalan hastane personellerinin tavrını; ilgi, güler yüz, dış görünüş ve işlem hızı gibi kriterlerle değerlendirmeleri istendi. 4 kategorinin (çok iyi, iyi, orta, kötü) yer aldığı sorularla katılımcıların görüşleri alındı.

Katılımcılara güvenlik görevlilerini yukarıdaki kriterlere göre değerlendirmeleri istendi. Katılımcıların 9'u (%6,2) çok iyi, 108'i (%74,0) iyi, 27'si (%18,5) orta, 2'si (%1,4) kötü olarak değerlendirdi.

Katılımcılara Danışma'nın yukarıdaki kriterlere göre değerlendirmeleri istendi. Katılımcıların 11'i (%7,5) çok iyi, 104'ü (%71,2) iyi, 31'i (%21,2) ise orta olarak değerlendirdi.

Katılımcılara vezne hizmetlerinin yukarıdaki kriterlere göre değerlendirmeleri istendi. Katılımcıların 9'u (%6,2) çok iyi, 98'i (%67,1) iyi, 38'si (%26,0) orta, 1'i (%0,7) kötü olarak değerlendirdi.

Katılımcılara hastane sekreteriyasının yukarıdaki kriterlere göre değerlendirmeleri istendi. Katılımcıların 12'si (%8,2) çok iyi, 118'ü (%80,8) iyi, 16'sı (%11,0) orta olarak değerlendirdi.

Katılımcılara hastane laboratuvar hizmetlerinin yukarıdaki kriterlere göre değerlendirmeleri istendi. Katılımcıların 7'si (%4,8) çok iyi, 77'si (%52,7) iyi, 60'ı (%41,1) orta, 2'si (%1,4) kötü olarak değerlendirdi.

Çalışmamıza katılan hastalara anketin üçüncü bölümünde muayene oldukları hekimleri değerlendirmeleri istendi. Bu gruptaki cevaplar çok iyi, iyi, orta, kötü, ilgisiz olmak üzere 5 kategoriye ayrıldı. Katılımcılardan bunlardan sadece birine cevap vermeleri istendi.

Katılımcılara hekimin kendilerini karşılama tarzı (ilgi, güler yüz) soruldu. (Soru 1) Hastaların 21'si (%14,4) çok iyi, 107'i (%73,3) iyi, 16'i (%11,0) orta ve 2'i (%1,4) kötü olarak değerlendirdi. (Tablo 4)

Tablo 4.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 1. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 1	n:	Frekans(%)
Çok iyi	21	14,4
İyi	107	73,3
Orta	16	11,0
Kötü	2	1,4
Toplam	146	100

Katılımcılara kendilerini muayene eden hekimin görüşmeler sırasında sorunlarıyla ilgilenen yeterli zamanının olup olmadığı soruldu (Soru 2).Hastaların 12'si (%8,2) çok var, 54'ü (%37,0) yeterince var, 61'i (%41,8) orta derecede var, 19'u (%13,0) zamanının olmadığını ifade etti. (Tablo 5)

Tablo 5.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 2. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 2	n:	Frekans(%)
Çok var	12	8,2
Yeterince var	54	37,0
Orta derecede var	61	41,8
Zamanı yok	19	13,0
Toplam	146	100

Katılımcılara kendilerini muayene eden hekimin, sorunlarıyla yeterince ilgilenip ilgilenmediği soruldu.(Soru 3) Çalışmamıza katılanların 24'ü (%16,4) çok ilgilendiklerini, 87'si (%59,6) yeterince ilgilendiklerini, 30'u (%20,5) orta derecede ilgilendiklerini, 5'si (%3,4) ilgilenmediklerini ifade etti. (Tablo 6)

Tablo 6.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 3. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 3	n:	Frekans(%)
Çok ilgilendi	24	16,4
Yeterince ilgilendi	87	59,6
Orta derecede ilgilendi	30	20,5
İlgilenmedi	5	3,4
Toplam	146	100

Katılımcılara 4. soruda hekimin, sorunlarını kendilerine söylemesini kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı soruldu. Hastaların 12'si (% 8,2) çok kolaylaştırdığını, 92'si (%63,0) yeterince kolaylaştırdığını, 38'si (%28,8) orta derecede kolaylaştırdığını, 4'ü (%2,7) kolaylaştırmadığını ifade etti. (Tablo 7)

Tablo 7.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 4. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 4	n:	Frekans(%)
Çok kolaylaştırdı	12	8,2
Yeterince kolaylaştırdı	92	63,0
Orta derecede kolaylaştırdı	38	28,8
Kolaylaştırmadı	4	2,7
Toplam	146	100

Hastalar hekimin sorunlarını kendilerine söylemesini kolaylaştırıp kolaylaştırmadığını ifade ettikleri bu soruda ilk başvuranlarla daha önceden başvurmuş kişiler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.(P=0,02)

Çalışmamıza katılanlara tıbbi bakımlarıyla ilgili kararlara hekimin kendilerini de katıp katmadığı soruldu. (Soru 5).Hastaların 6'sı (%4,1) tümüyle kattığını, 105'i (%71,9) yeterince kattığını, 29'u (%19,9) orta derecede kattığını, 6'sı(%4,1) yeterince katmadığını belirtti.(Tablo 8)

Tablo 8.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 5. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 5	n:	Frekans(%)
Tümüyle kattı	6	4,1
Yeterince kattı	105	71,9
Orta derecede kattı	29	19,9
Yeterince katmadı	6	4,1
Toplam	146	100

Katılımcılara 6.soruda kendilerini muayene eden hekim kendilerini anlayıp anlamadıkları soruldu. Hastaların 14'ü (%9,6) çok iyi anladığını, 72'si (%49,3) yeterince anladığını, 51'i (%34,9) orta derecede anladığını, 9'u (%6,2) hiç anlamadığını ifade etti.(Tablo 9)

Tablo 9.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 6. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 6	n:	Frekans(%)
Çok iyi anladı	14	9,6
Yeterince anladı	72	49,3
Orta derecede anladı	51	34,9
Hiç anlamadı	9	6,2
Toplam	146	100

Katılımcılara hastalıklardan korunmaları için hekimin sunduğu hizmetleri(danışmanlık, eğitim, tarama, aşılama) nasıl değerlendirdikleri soruldu.(Soru 7). Katılımcıların 4'ü (%2,7) çok

iyi, 65'i (%44,5) iyi, 69'u (%47,3) orta, 8'i (%5,5) kötü olarak değerlendirdi.(Tablo 10)

Tablo 10.Katılımcılarım kendilerini muayene eden hekim hakkında 7. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 7	n:	Frekans(%)
Çok iyi	4	2,7
İyi	65	44,5
Orta	69	47,3
kötü	8	5,5
Toplam	146	100

Çalışmamıza katılanlara 8.soruda hekimin kendilerine test ve tedavilerin amaçlarını, olası yan etkilerini, sonuçlarını ve iyileşme süreçlerini açıklayıp açıklamadıkları soruldu.(Soru 8) Hastaların 6'sı (%3,5) çok iyi, 84'ü (%57,5) iyi, 52'si (%35,6) orta derecede açıkladıklarını ifade ederken 4'ü (%2,8) hiç açıklama yapılmadığını ifade etti.(Tablo11).

Tablo 11.Katılımcılarım kendilerini muayene eden hekim hakkında 8. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 8	n:	Frekans(%)
Çok iyi	6	4,1
İyi	84	57,5
Orta	52	35,6
kötü	4	2,8
Toplam	146	100

Katılımcılara 9.soruda şikayetleri veya hastalıkları hakkında hekimin kendilerine bilgi verip vermediği soruldu. Hastaların 9'u(%6,2) çok iyi, 98'i(%67,1) iyi, 31'i(%21,2) orta derecede bilgilendirildiklerini söylerken 8'i(%5,5) bilgilendirilmediklerini ifade etti.(Tablo12)

Tablo 12.Katılımcılarım kendilerini muayene eden hekim hakkında 9. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 9	n:	Frekans(%)
Çok iyi	9	6,2
İyi	98	67,1
Orta	31	21,2
kötü	8	5,5
Toplam	146	100

Katılımcılara hekimin, sağlık durumlarına bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olup olmadıkları soruldu.(Soru 10). Hastaların 4'ü (%2,7) çok iyi, 74'ü (%50,7) iyi,

56'sı (%38,4) orta derecede yardımcı olduklarını ifade ederken 12'si (%8,2) yardımcı olmadıklarını ifade etti.(Tablo 13)

Tablo 13.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 10. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 10	n:	Frekans(%)
Çok iyi	4	2,7
İyi	74	50,7
Orta	56	38,4
Kötü	12	8,2
Toplam	146	100

Çalışmamıza katılan hastalara hekimin, önerilere uymalarının önemini kavramalarına yardımcı olup olmadıkları soruldu(Soru 11). Katılımcıların 7'si (%5,0) çok iyi, 83'ü (%58,9) iyi, 46'sı (%32,6) orta derecede yardımcı olduklarını söylerken 5'i (%3,5) yardımcı olmadıklarını belirtti.(Tablo 14)

Tablo 14.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 11. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 11	n:	Frekans(%)
Çok iyi	8	5,5
İyi	84	57,5
Orta	46	31,5
Kötü	8	5,5
Toplam	146	100

Katılımcılara 12. soruda hekimin sevk edildikleri birim ya da bölümle ilgili beklemesi gerekenler konusunda yeterli uyarının yapıp yapılmadığı soruldu. Hastaların 5'i (%3,4) çok iyi, 64'ü (%43,8) iyi, 67'si (%45,9) orta derecede uyarıldıklarını söylerken, 10'u (%6,9) öyle bir uyarının yapılmadığını ifade etti.(Tablo 15)

Tablo 15.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 12. soruya verdikleri cevap oranları

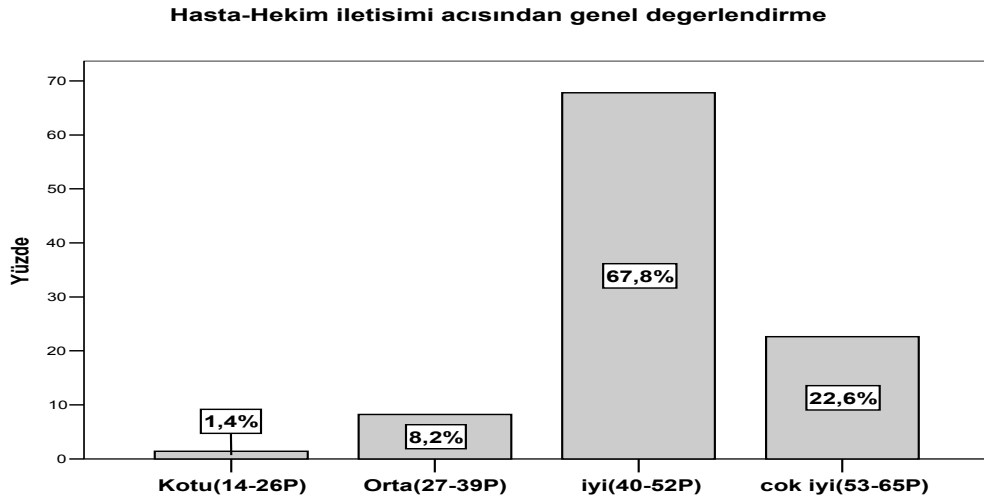
Soru 12	n:	Frekans(%)
Çok iyi	5	3,4
İyi	64	43,8
Orta	67	45,9
Kötü	10	6,9
Toplam	146	100

Katılımcılara 13. soruda hekimin kontrol ve/veya acil başvurusu için ne zaman ve nasıl geleceklerini belirtip belirtmediği soruldu. Hastaların 6'sı(%4,1) çok iyi, 78'i(%53,4) iyi, 56'sı (%38,4) orta derecede belirttiklerini ifade ederken 6'sı(%4,1) hiç belirtilmediğini ifade etti. Tablo 16)

Tablo 16.Katılımcıların kendilerini muayene eden hekim hakkında 13. soruya verdikleri cevap oranları

Soru 13	n:	Frekans(%)
Çok iyi	6	4,1
İyi	78	53,4
Orta	56	38,4
Kötü	6	4,1
Toplam	146	100

Katılımcılara hekim hakkında sorulan sorular hekimin aldığı toplam puan üzerinden genel olarak değerlendirildiğinde ise hastaların %9,6 sınıfın hekimlerden memnun olmadığı görüldü.



Şekil 3.Hasta-hekim iletişimi genel değerlendirme dağılımları

Hastaların hekimlere verdiği toplam puanlara bakıldığında hekimin aldığı minimum puan 23, maksimum puan ise 62 olarak tespit edildi.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim düzeyleri ile muayene oldukları hekime verdikleri toplam puanlar kategorize edilip yapılan ANOVA testinde eğitim düzeyleri ile hekime verilen toplam puanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. ($p < 0,05$) Eğitim seviyesi yükseldikçe memnuniyet düzeyinin azaldığı görüldü. İlkokul düzeyinde hekimin aldığı toplam puan $50,2 \pm 4,6$

iken üniversite seviyesinde toplam puan $41,4 \pm 8,5$ 'e düşmekteydi. Bu durumun, eğitim düzeyi yükseldikçe hastanın muayene olduğu hekimden beklentilerinin artışından kaynaklandığı tespit edildi.

Yaş grupları ve hastaların hekime verdikleri toplam puan karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,05$) Yaş azaldıkça hasta memnuniyetinin de azaldığı görüldü. Bu durum yaşlıların hekimlerden beklentilerinin daha az olduğu, genç yaştaki hastaların ise hekimden beklentilerinin daha fazla olduğunu göstermekteydi.

Randevu alışı biçimi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki değerlendirilmiş ancak anlamlı bulunamamıştır.

Aktif olarak çalışan hastalarla çalışmayan hastalar arasında hekime verilen puan bakımından anlamlı farklılık yoktu.

İlk kez hastaneye başvuran hastalar ile daha önce hastanemize başvuran hastalar arasında doktora verilen puan bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak ilk kez başvuran hastalar vezne birimine verilen puan bakımından gruplar arası istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,05$) Vezne birimine verilen düşük puanın sebebinin ilk başvuruda bulunan hastaların hastanenin işleyişi ile ilgili bilgisinin olmadığı ve özellikle vezne kısmında sıra beklemesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu sorunun giderilmesinde vezne personelinin eğitimi ve vezne sayısının artırılması önerilmektedir.

Katılımcılara yapılan ankette randevusuz hastaların oranının düşük olması hastaların büyük çoğunluğunun randevulu sisteme adapte olduğunu göstermektedir. Ancak randevulu sistemde de aksaklıklar yaşanmaktadır.

Bu aksaklıkların başında hekimin hastayı muayene etmek için tanınan sürenin kısıllığı gelmektedir. Hastaya ayrılan zamanın kısa tutulması hasta memnuniyetini önemli derecede azaltmaktadır. Anketimizde de bu konuda sorduğumuz (hekimin görüşmeler sırasında sorununuzla ilgili yeterli zamanının olduğunu düşünüyor musunuz?) soruya verilen cevaplar toplam puan üzerinden değerlendirildiğinde de en düşük puanın bu soruya verildiği görülmüştür.

Çalışmamıza katılan ES (Emekli sandığı)'na mensup kişiler hekimlere daha düşük puan vermişlerdir. Bunun sebebinin ES'na mensup kişilerin daha çok kamu çalışanları olmasından (eğitim düzeylerinin yüksek olması ile memnuniyetin azaldığı saptanmıştı) kaynaklandığı görülmüştür. SSK ya mensup kişiler ankette hekime daha yüksek puan vermişlerdir. Bu durum, daha önce SSK hastanelerindeki aşırı yığılımdan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Katılımcıların %83,6 sı hastanemizin bulunduğu Şişli ilçesinde ikamet etmekteydi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hasta hekim ilişkileri tıp eğitimi süresince belki en çok sözü edilen, öğütler verilen fakat düzenli, tutarlı ve uygulamalı bir eğitim programı olmayan bir konudur. Olumlu bir ilişki kurulamadan ne üstün teknolojik olanaklar, ne de etkili işimize fazla yaramayabilir. Hasta-hekim ilişkisine yer veren uygulamalı ders sayısı son derece azdır.(1) Hekim hasta iletişiminde belki de en önemli faktör hekim ve diğer sağlık personelinin eğitimidir. Hekim ve sağlık çalışanları ya yetersiz derecede eğitim almış ya da hiç almamışlardır. Bu da iletişimsizliğin önemli bir etkenidir.

Hekim-hasta iletişimi hem doktor hem de hasta açısından önemlidir. Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığını azaltmak için doktorun, hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde, hastanın doktoruna yeterince bilgi verebilmesi için doktoruna güvenmesi ve doktorundan tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir. Görüldüğü üzere, doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı güven ve iletişim temel öğeler olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Bu güveni sağlamak için hekimin hastasına yeterince zaman ayırıp onu dinlemesi gerekir. Ancak kamu hastanelerinde hasta yoğunluğu ve personel azlığından kaynaklanan sorunlar sebebiyle bu durumun çözümü oldukça zor görünmektedir.

Freeman ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada da doktor-hasta arasındaki etkileşimin, hastanın doktor önerilerini izlemesini etkilediği, doktorların arkadaşça ve samimi bir şekilde hastaya yaklaşmalarının, hastaya zaman ayırmalarının ve zamanın bir bölümünü tıp dışı sosyal konuları konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi göstermelerinin ve hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak tanımalarının önerileri izlemede etkili olduğu bulunmuştur.(4,5)

Vuori ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, hastaların doktorun teknik yeterliliğine önem verdikleri ancak bunun aynı doktoru tekrar tercih etmelerini etkilemediği, hastaların aynı doktoru yeniden tercih etmelerinde doktorun ilgisi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu saptanmıştır. (6)

Hastalığın yarattığı güvensizlik, korku ve kaygı duygularıyla hekim karşısına gelen hastanın beklentisi hekimin kendisiyle ilgilenmesi ve hastalığından kaynaklanan kaygıların gidermesidir. Güler yüzlü, şefkatli ve sıcak bir yaklaşım hastanın kaygı düzeyini azaltarak hekimine güven duymasını sağlar. Hekime güvenme ve sığınma ihtiyacı içinde olan hasta ondan ilgi beklentisi içindedir. Oysa hekimler ellerinden geldiğince hastalara zaman ayırmalarına rağmen hastaların daha fazla ilgi beklentisi içinde olduklarını düşünmektedirler. Hekimlerin hastaların beklentilerine duyarsız davranmaları, temelinde insan sevgisi ve yardım içgüdüleri olan tıp mesleğinin giderek hasta yerine hastalık odaklı hale geldiğinin bir göstergesidir. Ancak insanlara duyarsız davranma, yoğun hizmet veren mesleklerde oldukça sık görülen tükenmişlik duygusundan kaynaklanabilmektedir. Özellikle hastalara ve ölmekte olan insanlara hizmet verilen meslek gruplarında bu duygu oldukça yoğun yaşanır.(39)

Bu konuya yakınlığı bulunan Ondokuz Mayıs Üniversitesinde yapılan ‘Ondokuz Mayıs Üniversitesinde Tıp Fakültesi Hastanesinde Hekim-Hasta İletişimi’ konulu bir tez çalışmasında hekim otoritesinin hekim-hasta iletişim sürecine etkileri ve etkin bir iletişimin gerçekleşmesi için hastaların ve hekimlerin birbirlerinden bekledikleri roller araştırılmıştır. Bu tezin sonucunda; etkin iletişimin kurulabilmesi için hastaların hekimlerden rol beklentisi öncelikle güler yüzlü, şefkatli bir yaklaşımla beraber hekimin kendilerine değer vermesi, hekimlerin ise hastalardan beklentisi yoğun çalışma tempolarına anlayış gösterilmesi ve önerilen tedavi planının dışına çıkmamalarıdır.(40)

Fırat Üniversitesi’nde yapılan; doktor hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırmasında, ulaşılan 400 denekten elde edilen verilere göre; doktorların büyük bir oranının, hastaları ile kurdukları iletişimde mesleki (tıbbi terminoloji) bir dil kullandıkları ortaya çıkmıştır. Bu durum doktor-hasta ilişkisinde önemli bir iletişimsel engel olarak değerlendirilmiştir. Yine bu araştırmada; yaş, meslek, eğitim durumu ve toplumsal statü gibi unsurların, doktorların hastalara karşı olan tutumlarında belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırmada önemli diğer bir bulgu ise; doktorların tutum ve davranışlarının hastalara, sağlıklarına kavuşmada psikolojik destek sağladığına dair verilere ulaşılmıştır. Doktorların hasta ile sağlıklı bir iletişim kurmak, anlamak veya rahatlatmak için çaba göstermedikleri, doktorların tutum ve davranışlarının hastaların sağlıklarına kavuşmasında psikolojik olarak etkili olduğu sonucuna varılmıştır. (41) Bizim araştırmamızla bu verilerin birleştirilmesi hekim hasta iletişimine önemli bir ışık tutmuştur. Aslında bizim anketimizde

bulunan zaman kısıtlılığı; doktor hasta iletişiminde hastanın anlayacağı bir dil kullanmanın doktor için zamanın uzaması anlamına gelmekte ve belki de hastaların zaman yokluğu şikayetinin kaynağını oluşturmaktadır.

Bu çalışmamız Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran erişkin hastalara anket şeklinde uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formlarının yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmasıyla toplanmıştır. Çalışmaya hastane polikliniklerine başvurmuş değerlendirilmeleri tamamlanan, iletişim kurulabilen her iki cinsten hastalar ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair yazılı onayı bulunan 146 poliklinik hastası dahil edilmiştir. İletişim kurulamayan, akli dengesi bozuk poliklinik hastaları ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırmamız, tek merkezli, prospektif, kesitsel durum tespitine yönelik bir pilot çalışmadır.

Çalışmaya katılan hastaların demografik verilerine bakıldığında hastaların 69'u (%47,3) erkek, 77'si (%52,7) kadındı. Çalışmamıza katılanların yaşları 16 ile 67 arasında değişmekte olup ortalama yaş $41,05 \pm 11,11$ 'dir. Çalışmaya katılan hastaların 52'si (%35,6) İlkokul mezunu, 25'i (17,1) Ortaokul mezunu, 51'i (%34,9) lise mezunu, 13'ü (%8,9) Üniversite mezunu olup 5'i (%3,4) okuryazar değildi. Çalışmaya katılan hastaların 74'si (%50,7) SSK'lı, 22'i (%15,1) Bağkur'lu, 22'i (%15,1) Yeşilkart'lı, 20'si (%13,7) Emekli sandığına bağlı iken 8'sinin (%5,5) sosyal güvencesi mevcut değildi.

Kamuda çalışan doktorlar günde ortalama 80-100 hasta muayene etmektedir. Her branş için günde 50-60 hastaya randevu verilir. Ancak randevu almadan gelen ve durumu ağır olan hastaların muayene edilmesi ile bir doktorun günlük muayene ettiği hasta sayısı 100'e çıkabilmektedir. Bunun yanında klinikte yatan hastaların da sorumluluğu hekime aittir. Bu durumda hekimin bir hastaya ayırabileceği zaman sadece 3-4 dakika ile sınırlı olabilmektedir. Avrupa ülkelerindeki hastanelerde ise hekim başına düşen hasta sayısı 25-30'dur. Sayı arttıkça hekim teşhiste zorlanmakta ve hata yapma oranı yükselmektedir.(42)

Bizim yaptığımız bu çalışmada özellikle hastaların şikayetçi oldukları şey hekimin zaman yokluğu ve zaman yokluğuna bağlı kendilerine yeterince ilgi ve anlayış gösterilmemesidir.

Hastaların şikayetçi olduğu diğer bir konu ise yine zaman azlığından kaynaklanan tedavileri konusunda yeterince bilgi sahibi olamadıkları, hekimin hastaların bilgilendirilme ihtiyaçlarını karşılayamamalarıydı.

Yapılan başka bir çalışma ile elde edilen verilerde ise doktor adını bilme, doktoru günlük ortalama görme süresi, bilgilendirilme süresi gibi değişkenler doktor-hasta ilişkisini daha olumlu yöne götürmede önemli değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu değişkenler ise temelde Parsons'un önerdiği karşılıklı işbirliğine dayalı, Szasz ve Hollander'in önerdiği rehberlik ve işbirliği modeline dayalı bir iletişim türünde sağlanabilir. Doktorun hastasına zaman ayırması hastasının soru sormasına izin vermesi ve hastasını hastalığı konusunda bilgilendirmesi hastayı etkilemekte ve doktoruna duyduğu güveni artırmaktadır. (43) Bunu sağlamakta ise en önemli şey daha önce de anketimizde yer aldığı gibi hastalarında şikayetçi olduğu doktorun zaman azlığı sorunudur.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim düzeyleri ile muayene oldukları hekime verdikleri toplam puanlar kategorize edilip yapılan ANOVA testinde eğitim düzeyleri ile hekime verilen toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. (P<0,05) Eğitim seviyesi yükseldikçe memnuniyet düzeyinin azaldığı görüldü. İlkokul düzeyinde hekimin aldığı toplam puan 50,2±4,6 iken üniversite seviyesinde toplam puan 41,4±8,5'e düşmekteydi. Bu durum eğitim seviyesinin hasta memnuniyetinde önemli bir faktör olduğunu gösterdi. Üniversite mezunu kişilerin beklentileri daha fazlaydı. Böylesine kalabalık ve yoğun bir hastanede muayene olan hastaların memnuniyetin de düşük olması şaşırtıcı değildi. Eğitim seviyesi düşük kişilerin memnuniyetleri ise daha çok kanaatkar olmalarından veya yüz yüze görüşme tekniği ile yapılan anket çalışmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yaş grupları ve hastaların hekime verdikleri toplam puan karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur.(P<0,05) Yaş azaldıkça hasta memnuniyetinin de azaldığı görülmüştür. Bunun nedeninin yaşlı insanların özellikle kronik hastalıkları sebebiyle hekim ile daha fazla iletişim kurdukları ve sık gidip geldikleri doktorlardan memnun kaldıklarını göstermekteydi. Genç yaştaki hastalar belki de ilk defa geldikleri hastanede doktorlarla sadece bir defa iletişim kurmuşlar ancak zaman kısıtlılığından dolayı veya beklentilerinin fazlalığından dolayı memnun kalmamışlardır.

Hastanın verilen hizmetten memnun kalması çoğu kez büyük ölçüde hekimin yanı sıra yardımcı sağlık personelinin özverili olarak çalışmasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. (44,45).

Tıpta iletişim becerileri oldukça yavaş sıklıkla da yalnızca deneyim ile öğrenilmektedir. Tıp fakültesi dekanları zaten oldukça yoğun olan müfredat programına ekstra konular eklemeye zorlanırken, iletişim ile ilgili eğitime daha az öncelik vermekte gibi görünmektedir (46). Ancak son yıllarda iletişimin önemi anlaşılmış; etkili bir iletişimden hem hekim, hem de hastanın yarar göreceği kanıtlanarak, hekimlerin iletişim becerileri ile ilgili formal bir eğitim almaları gerektiği ortaya çıkmıştır (47).

Uludağ Üniversitesinde yapılan ‘Tıp Eğitiminde İletişim ve Klinik Beceriler Dersi Verilmeli mi? Intern Öğrenci Görüşleri’ adlı bir çalışmada sonuç görüşü olarak, tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin öncelikle hasta hekim iletişimi başta olmak üzere çeşitli klinik beceriler açısından daha geniş bir eğitim almalarının gerekliliği vurgulanmış ve tıp eğitiminde yarının hekimini en iyi şekilde yetiştirebilme açısından, tüm birimlerin birbiri ile yakın ilişkide bulunması, entegrasyon ve belli dönemlerle sınırlı kalmayıp tüm tıp eğitimi boyunca sürecek iletişim ve klinik beceri eğitiminin verilmesi gerektiği söylenmiştir.(48) Yapılan bu çalışmada eğitimin rolü üzerinde durulmuştur. Hasta ile iletişimin sağlanması için önce hekimlerin daha sonra ise sağlık personelinin iletişim konusunda eğitim alması gereklidir. Tüm klasik eğitim programlarında olduğu gibi, öncelikle hasta ile olan iletişim başta olmak üzere beceriler usta çırak ilişkisi şeklinde ve görerek öğrenilmektedir. Şu anda tıp fakültelerinde bu konuda yeterli eğitim verilememektedir(1). Sağlık personellerinin de bu konuda eğitim almaması hasta ile iletişim kurulmasına en büyük engellerden biridir.

Çalışmamızda hastanemize ilk kez başvuran hastaların vezne birimine verilen puan bakımından gruplar arası istatistiksel farkı anlamlı bulunmuştur.($P<0,05$) ilk kez hastanemize başvuran hastalar vezne birimine daha düşük puan vermiştir. Bunun da sebebinin ilk başvuruda bulunan hastaların hastanenin işleyişi ile ilgili bilgisinin olmadığı ve özellikle vezne kısmında sıra beklemesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu sorunun giderilmesinde vezne personelinin eğitimi ve vezne sayısının artırılması önerilmektedir.

Katılımcılara yapılan ankette randevusuz hastaların oranının düşük olması hastaların büyük çoğunluğunun randevulu sisteme adapte olduğunu göstermektedir. Ancak randevulu sistemde de aksaklıklar yaşanmaktadır. Hastalar muayene sürelerinin kısa olmasından, herhangi bir nedenle uzayan muayeneler sebebiyle bekleme sürelerinin sürekli uzamasından şikayet etmektedirler.

Sağlık hizmeti veren kurumların ulaşılabilirliği hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olarak bildirilmektedir.(49) Katılımcıların %83,6 sı hastanemizin bulunduğu Şişli ilçesinde ikamet etmekteydi. Yaptığımız çalışmada da hastaların çoğunun kendilerine yakın olan bir hastaneyi tercih ettikleri görülmüştür.

Sonuç olarak; hekim hasta iletişiminde en önemli nokta zamandır. Doktorun hastasına zaman ayırması, hastasının soru sormasına izin vermesi ve hastasını hastalığı konusunda bilgilendirmesi hastayı etkilemekte ve doktoruna duyduğu güveni artırmaktadır. Hekim hastasına ne kadar çok zaman ayırırsa hastanın memnuniyeti de o derece artmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunun en önemli şikayeti doktorun hastasına yeterli zaman ayıramamasıdır. Bu durumun sebebinin aslında hasta tarafından bilindiği, hastanedeki yoğunluğun ve hasta başına ayrılan sürenin kısalığı sebebiyle çoğu hastanın doktora hak verdiği görülmüştür. Ancak insanlar sağlık hizmetini her şeye rağmen almak istemektedirler. Aslında çoğu hekiminde şikayeti hastaların bu şikayetine yakındır. Hekimlerde hastalarına yeterli zaman ayıramadıkları konusunda hemfikirdirler. Özellikle eğitim hastanelerinde bu durumun yaşanması düşündürücüdür. Eğitimin mi yoksa hizmetin mi ön planda olacağı konusunda çoğu hekimin kararsızlığı mevcuttur. Bu durumun önlenmesinde en önemli nokta araştırma hastaneleri ve üniversiteler gibi kurumlardaki yığılımı önlemek olacaktır. Hekim başına düşen hasta sayısının belirlenen standart düzeye düşürülmesi gerekmektedir. Bunu da sağlayacak şey ilk basamak sağlık kuruluşlarına gerekli önemin verilmesidir.

Diğer önemli bir saptamamız ise hekimlerin ve diğer sağlık personelinin hasta ile iletişim konusunda eğitim noksanlığıdır. Şu anda iletişim konusunda tıp fakültelerinde ve diğer sağlık personeli yetiştirilen yerlerde iletişim konusunda yeterli eğitim verilmemektedir. Tıp fakültelerindeki ders programlarında hasta hekim iletişimi konusunda eğitim ve öğretim verilmesi sağlanmalıdır. Günümüz şartlarında eğer tıp fakültelerinde eğitim verilemiyorsa o zaman başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personeline iletişim konusunda hizmet içi eğitimler verilerek iletişim konusunda yeterlilik sağlanabilir. Şüphesiz eğitim konusuna yeterli önem verildiğinde hasta memnuniyeti artacak ve aradaki iletişimsizlik en aza inecektir.

Bu çalışmamızda sadece polikliniklerimize başvuran hastalara anket uygulanmıştır. Bu çalışmanın daha verimli olabilmesi için iletişim konusunda hekimlere de anket uygulamak gerekmektedir. Bu, tezimizin bir eksiğidir. Yapılan bu çalışma aslında bilinen çoğu sorunun dile getirilmesinde etkili olmuştur.

ÖZET

Giriş: Hekim-hasta ilişkisi, her iki tarafın da birbirinden karşılıklı olarak etkilendiği bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir.

Amaç: Bu çalışmada sağlık hizmetini alan ile sunan arasında sağlıklı iletişimin kurulması, hekim-hasta iletişiminde yaşanan sorunların saptanması, bu sorunların çözümü ve kurumsal işleyişlerin düzenlenmesi için gerekli koşulların belirlenmesi, hizmetin kalitesi, süresi ve memnuniyetin artırılması ile toptan kalite yönetimi sağlanması amaçlanmaktadır.

Bulgular: Çalışmamıza 146 hasta katıldı. Hastaların 69'u (%47,3) erkek, 77'si (%52,7) kadındı. Çalışmamıza katılanların ortalama yaşı $41,05 \pm 11,11$ 'di. Çalışmaya katılan hastaların 52'si (%35,6) İlkokul mezunu, 25'i (17,1) Ortaokul mezunu, 51'i (%34,9) lise mezunu, 13'ü (%8,9) Üniversite mezunu olup 5'i (%3,4) okuryazar değildi. Katılımcılara hekim hakkında sorulan sorular hekimin aldığı toplam puan üzerinden değerlendirildiğinde hastaların %9,6 sının hekimlerden memnun olmadığı görüldü. Minimum 23, maksimum puan ise 62 olarak tespit edildi. Hekimlere ait memnuniyet sorularından en düşük puanın zaman kısıtlılığına bağlı soruda verildiği görüldü. Randevusuz hastaların oranının düşük olduğu saptandı. Eğitim seviyesi yükseldikçe memnuniyet düzeyinin azaldığı görüldü. İlkokul düzeyinde hekimin aldığı toplam puan $50,2 \pm 4,6$ iken üniversite seviyesinde toplam puan $41,4 \pm 8,5$ 'e düşmekteydi. Yaş azaldıkça hasta memnuniyetinin de azaldığı görüldü. Hastanemize ilk kez başvuran hastalar vezne birimine daha düşük puan verdi.

Sonuç: Hekim hasta iletişiminin sağlanmasında en önemli nokta zamandır. Hekim hastasına ne kadar çok zaman ayırırsa hastanın memnuniyeti de o derece artmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunun şikayeti doktorun hastasına yeterli zaman ayıramamasıdır. Bu durumun sebebinin aslında hasta tarafından bilindiği, hastanedeki yoğunluğun ve hasta başına ayrılan sürenin kısalığı sebebiyle çoğu hastanın doktora hak verdiği görülmüştür. Diğer önemli bir nokta ise hekimlerin ve diğer sağlık personelinin hasta ile iletişim konusunda eğitim noksanlığıdır. Şu anda iletişim konusunda tıp fakültelerinde ve diğer sağlık personeli yetiştirilen yerlerde yeterli eğitim verilmemektedir. Şüphesiz eğitim konusuna ve özellikle eğitim hastanelerinde muayene için yeterli zaman verilmesine gerekli önem verildiğinde hasta memnuniyeti artacak ve aradaki iletişimsizlik en aza inecektir.

Anahtar Kelimeler: Hasta hekim iletişimi, memnuniyet, zaman, sağlık çalışanının eğitimi

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO. “Hasta–Hekim İlişkileri” Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Ankara 2004;10(2):736-737
2. Rourke KO. Trust and the Physician-Patient Relationship AJKD 1993; 21(6):684-685.
3. Morgan M. “The Doctor-Patient Relationship”. In Patrick DL. and Scambler G. (eds.) Sociology as Applied to Medicine, Baillire, London 1986; 22(12):1347-54.
4. Falvo D. and Tippy P. Patient Satisfaction and Adherence as Associated with Resident Skill, The Journal of Family Practice 1988; 26(6):643-647.
5. Freeman B. ve ark. Gaps in Doctor-Patient Communicaiton: Doctor-Patient Interaction Analysis, Pediatric Research 1971; 5:298-311.
6. Vuori H. ve ark. Doctor-Patient Relationship in the Light of Patients Experiences, Social Science and Medicine 1972; 6(8):723-730.
7. Morgan M. The Doctor-Patient Relationship, In Patrick D.L. and Scambler G. (eds.) Sociology as Applied to Medicine, Baillire, London 1986; (1):55
8. Çay F. Hasta ve Hekim İlişkileri, Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri. Ankara 1996 (1):17
9. Fletcher C. Listening and Talking to Patients III The Exposition, British Medikal Journal October 1980;(1):994
10. Şehsuvaroğlu BN. Tıbbi Deontoloji, Bayda Basın ve Dağıtım AŞ. İstanbul 1986; (1):39
11. Toker SO. Doktorlar ve Hastaları Arasındaki İletişim-Etkileşim, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Ankara 1994;(2):8-9
12. Poloma M. Çağdaş Sosyoloji Kuramları, çev. H.Erbaş, Gündoğan Yayıncılık Ankara 1993;(1) :151
13. Parsons T. The Social System , The Free Pres of Glencoe, New York 1964; (1):431
14. Şahin D. Hasta Tedavi Ekibi İlişkisi, Sağlık Psikolojisi. Der. Okyanuz ÜH. Türk Psikologlar Derneği Yayınları Ankara 1999; (1):41

15. Hard N. The Sociology of Health and Medicine, Causeway Press Limited. 1985; (3): 97-100
16. Hard N. The Sociology of Health and Medicine, Causeway Press Limited. 1985;(2):101-102
17. Morgan M. The Doctor-Patient Relationship, In Patrick DL. and Scambler G. (eds.) Sociology as Applied to Medicine, Baillire, London. 1986; 22(1): 56
18. Krupat E. The Doctor-Patient Relationship: A Social Psychological Analysis, Education for Health Administration. 1979; 18(8) : 609-616.
19. İşnas C. Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde yatan hastaların Değerlendirilmeleri, H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi, Ankara 1998; (1):22
20. Falkum E. Forde R. Paternalism, Patient Autonomy, and Moral Deliberation in the Physician-Patient Relationship: Attitudes Among Norwegian Physicians, Social Science Medicine, Ocak 2001; 52/2, (9) 239-248.
21. Cockerham WC. Medical sociology, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey 1992; s. 162.
22. Flocke AS, Miller WL Relationships Between Physician Practice Style, Patient Satisfaction and Attributes of Primary Care, J Fam Pract 2002 ; 51(10): 835-840.
23. Freidson E. The Profession of Medicine, Adline New York 1970; (2):11-12.
24. Atabek H. Ortaçaę Tababeti, İÜ Cerrahpasa Tıp Fakóltesi Yayınları, İstanbul 1977; 2272, s.32.
25. İşnas C. Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde yatan hastaların değerlendirilmeleri, H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi, Ankara 1998;(2):2-4
26. Illich İ. Sağlığın Gaspı, çev. S. Sertabipoğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1995; (1):s.41.
27. Cirhinlioğlu Z. Meslekler ve Sosyoloji, Gündoğan Yayınları, Ankara 1996; (2) s. 171-172.
28. Armnstrong D. Clinical Autonomy, Individual And Collective: The Problem Of Changing Doctors Behaviour, Social Science and Medicine, 2002; Sayı: 55/10, (2): s. 1771-1777.
29. Richard S. Otorite, çev. K. Durant, Ayrıntı Yayınları, Ankara 1992;(1): s. 93
30. Sennet R. Otorite, çev. K.Durant, Ayrıntı Yayınları, Ankara 1992; (1):160

31. Homans GC, Merton RK. Social Behavior, Harcourt Brace Jovanovich Inc, New York 1974; s.92.
32. Latliarn SR. Medical Professionalism: A Parsonian View, The Mount Sinai Journal Of Medicine, 2002; Sayı: 69, No. 6, s. 363-369.
33. Gordon T. and Edwards S. Doktor Hasta İşbirliği, Sistem Yayıncılık İstanbul 1997;(10):108-118
34. Svarstad B. The Doctor-Patient Encounter: An Observational Study Of Communication and Outcome, Doktora Tezi, Wisconsin:University of Wisconsin Medicine. 1974; (1):14
35. Mizrahi T. Getting Rid of Patients Contradictions in the Socialization of Physicians, New Brunswick:University 1986; (1): 51
36. Gordon T. and Edwards S. Communication skills for Doctors and Other Caregiver, Auburn Hause Londra. 1997; (1): 109
37. Leventstein J. ve Ark. Patient-Centered Clinical Interviewing, Communication with Medical Patients. Beverly Hills 1989; (1):114
38. Koptagel-İnal G. Hekim-hasta ilişkisinde izlenim, Tıpsal Psikoloji içinde, 3. Baskı, Güneş Yayınevi. Ankara, 1991; 196-7.
39. Şahin D. Hasta Tedavi Ekibi İlişkisi, Sağlık Psikolojisi. Der. Okyanuz ÜH. Türk Psikologlar Derneği Yayınları Ankara 1999; (1):56
40. A.Arslan Ondokuz Mayıs Üniversitesinde Tıp Fakültesi Hastanesinde Hekim-Hasta İletişimi, konulu tez çalışması. Ankara 2005
41. M. Yağbasan, F.Çakar Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, adlı tez çalışması. Elazığ 2005;(3) 626-8
42. Erişim 1. <http://www.istabip.org.tr/hf/012005/hf012005.asp>. Erişim tarihi:09.09.2007
43. C.İşnas, M.Tatar Doktor-Hasta İlişkisi, Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:3 157-158
44. Kravitz RL. Measuring patients expectations and requests. Ann Intern Med 2001; 134(881-8).
45. Thom DH. Physician behaviors that predict patient trust. J Fam Pract 2001; 50 (4): 323-8.

46. Sleight P. Teaching communication skills: part of medical education. *J Hum Hypertens* 1995; 9(1): 67-9.
47. Fallowfield LJ. Giving sad and bad news, *Lancet* 1993; 341: 476-8.
48. A. Özçakır Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Tıp Eğitiminde iletişim ve Klinik Beceriler Dersi Verilmeli mi? intern Öğrenci Görüşleri, adlı çalışma BURSA 2001.
49. Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care. WHO Publications. 1990.

Sayın katılımcımız ,
Sizlere daha iyi hizmet sunabilmemiz için aşağıdaki sorulara hasta olarak doktorunuzdan aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili fikirlerinizi uygun seçenekleri işaretleyerek belirtiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tarih

Adres(SEMT):

Yaşınız:

Cinsiyet:

Sağlık güvence:

Öğrenim durumu:

Meslek:

Takip edilen hastalığınız:

Bölüm:

POLİKLİNİK HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

1. Hastanemize ilk kez mi geliyorsunuz?

Evet Hayır

2. Başvurunuzu nasıl yaptınız?

Telefon İnternet Randevu almadan Diğer

3. Randevunuz zamanında gerçekleşti mi?

Evet Hayır (gecikme süresi:.....)

4. Sizinle ilgilenen diğer personelin tavrı(İLGİ-GÜLERYÜZ, DIŞ GÖRÜNÜŞÜ,İŞLEM HIZI VS)

Güvenlik	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü
Danışma	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü
Vezne	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü
Sekreter	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü
Lab	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü

5. Başvuru yaptığınız birimi başkalarına tavsiye eder misiniz?

Evet Hayır

6. Başvurduğunuz birimdeki Hekiminizi başkalarına tavsiye eder misiniz?

Evet Hayır

Eklemek istediğiniz varsa lütfen kısaca belirtiniz:

Bu görüşmede <u>doktorunuz</u> hakkındaki fikirleriniz nedir?		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	İlgisiz	
		5	4	3	2	1	
1	Karşılama tarzı(İlgi- gülyüz)						
2	Görüşmeler sırasında sorunuzla ilgili yeterli zamanınızın olduğunu düşünüyor musunuz?						
3	Sizin sorunuzla ilgilenmesi						
4	Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
5	Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
6	Sizi anladığını düşünüyor musunuz						
7	Hastalık(lar)dan korunmanız için sunduğu hizmetler (danışmanlık, eğitim, tarama, aşılama gibi)						
8	Test ve tedavilerin amaçlarını, olası yan etkilerini, sonuçlarını ve iyileşme sürecini açıklaması						
9	Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
10	Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
11	Önerilerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
12	Sevk edildiğiniz birim yada bölümle ilgili beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
13	Kontrol / acil başvurusu için ne zaman ve nasıl geleceğinizi belirtmesi						

