



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ POLİKLİNİK
BAŞVURULARINDA HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ NİTELİĞİNİN HASTA VE
HEKİM BAKIŞ AÇISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Uğur Saraçoğlu

TEZ DANIŞMANI
Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş

Ankara, 2017



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ POLİKLİNİK
BAŞVURULARINDA HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ NİTELİĞİNİN HASTA VE
HEKİM BAKIŞ AÇISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Uğur Saraçoğlu

TEZ DANIŞMANI
Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş

Ankara, 2017

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimime başladığım günden bu zamana kadar desteklerini hep hissettiğim, bilgi ve tecrübeleri ile yolumu aydınlatan değerli hocalarım Prof. Dr. Sayın Mehmet UĞURLU ve Prof. Dr. Sayın Yusuf ÜSTÜ'ye,

Tez yazım sürecinde göstermiş olduğu hoşgörü, sabır ve katkılarından dolayı tez danışmanım Uzm. Dr. Sayın Aylın BAYDAR ARTANTAŞ'a

Eğitim sürecinin planlanması ve yürütülmesinde sorunlarımızla yakından ilgilenen, Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY, Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN, Yrd. Doç. Dr. B. Furkan DAĞCIOĞLU'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince tanıdığım ve arkadaş olduğum bütün Aile Hekimliği asistanı meslektaşlarıma,

Rotasyonlarımızda, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sevgili hocalarım, uzman ve asistan meslektaşlarım ve tüm sağlık personeline,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Uğur SARAÇOĞLU

Ankara, 2017

ÖZET

AMAC: Bu araştırmada Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik başvurularında hasta-hekim iletişimi niteliğinin hasta ve hekim bakış açısıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

MATERYAL VE METOT: Çalışmaya 01 Temmuz 2017 -31Ağustos 2017 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahili ve cerrahi kliniklere ait polikliniklere başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş ve üstü hastalar arasından rasgele belirlenenler ve aynı şekilde çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların görüştükleri hekimler, dahil edildi. Araştırmamızda veri toplama aracı olarak görüşme sonrası hekimlere ve hastalara ayrı ayrı oluşturulan anketler uygulandı. Hastalara uygulanan ankette sosyodemografik özellikler ve genel sağlık durumu ile ilgili 12 soru, görüşme esnasındaki hekimin iletişim niteliği ile ilgili 15 soru olmak üzere toplam 27 soru mevcuttu. Hekim anketinde ise sosyodemografik özellikleri sorgulayan 8, görüşme esnasında kendi iletişim becerilerini değerlendiren 15 soru olmak üzere toplam 23 soru yer aldı. Çalışma sonucunda elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 21.0 programı aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarıldı ve analiz edildi. İstatistiki olarak $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 28 hekim ve 71 hasta ile olmak üzere toplamda 99 kişi dahil edildi. Hekim-hasta iletişiminin değerlendirilmesi açısından 71 görüşme irdelendi. Hastaların hekimleriyle yaptıkları görüşme sonrasında yaptıkları değerlendirmelerinde, 15 iletişim ifadesinin hiçbirinde ‘ok kötü’ ve ‘kötü’ şeklinde değerlendirme yapmadıkları görüldü. Hastaların %98,6 ($n=70$)’sı görüşme yaptıkları hekimin iletişimini ‘ok iyi’ ve ‘iyi’ olarak değerlendirdiler. Hastaların hekimlerin iletişim becerilerini değerlendirdikleri ifadelerin her birisine ilişkin yapmış oldukları değerlendirmelerin ortalaması, hekimlere göre yüksek bulundu. $(p<0,05)$ Hasta ve hekim değerlendirmelerinin sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı farklılaşmadığı görüldü. $(p>0,05)$

SONUÇ: Hasta-hekim iletişimi üzerinde titizlikle durulması ve geliştirilmesi için çalışılması gereken bir konudur. Bu çalışmada genel olarak hastaların hekimlerin iletişim becerilerinden memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Bunun yanında hekimlerin hastalara göre kendilerini daha eleştirel gözle değerlendirdikleri görülmekte ve bu konuda eğitim ihtiyacını dile getirenlerin azımsanmayacak düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar bu çalışmayla sınırlı olsa da, çalışmanın kalitatatif özelliklerinden dolayı önem arz etmektedir. Konuyla ilgili pek çok çalışma yürütülmekle beraber, konunun daha detaylı işlenmesi açısından daha geniş çaplı kalitatif çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hasta-hekim iletişimi, hasta-hekim ilişkisi, hekim iletişim becerileri

ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIM: This study aims the evaluation of quality of patient-physician communication according to perspective of patient and physician at Ankara Atatürk Training and Research Hospital polyclinic applies.

MATERIALS AND METHODS: In this study, patients randomly assigned who applied at Ankara Atatürk Training and Research Hospital polyclinics of internal and surgical clinics between the dates of July 1, 2017 and August 31, 2017 who were 18 years and older and volunteered to participate in the study. In the same way the physicians assigned who got interview with those participants. Questionnaires were administered to the physicians and patients separately after the interview as data collection tool. In the questionnaires which administered to patients, there were overall 27 questions;12 questions about sociodemographic characteristics and general medical state, 15 questions about the attribution of physicians skills of communication during interview. In the questionnaires which administered to physicians there were overall 23 questions;8 questions about sociodemographic characteristics,15 questions about the evaluation of own communication skills during interview. Data processing and analysis were performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) 21.0. $P<0,05$ considered statistically significant.

RESULTS: This study included overall 99 participants;28 physicians and 71 patients. 71 interviews were analysed for evaluation of the patient-physician communication. There was not any 'very bad' or 'bad' rating in all 15 communication expressions at the assessments of patients. %98,6 (n=70) of patients rated the communication skills of the physicians as 'very good' and 'good'. The mean of the patients assessment scores were higher than physicians self-assessment scores ($p<0,05$). Both patients and physicians assessments were not associated with sociodemographic characteristics ($p>0,05$).

CONCLUSION: Patient-physician communication is a subject which has to be focused on and practiced to improve. In this study, it was generally concluded that patients were satisfied with the communication skills of the physicians. Besides, it is seen that physicians evaluate themselves more critically than patients and it is seen that those who expressed their need for education in this regard are at a level not to be underestimated. Even if the present results are limited with the study, the results are important because of the qualitative features of the study. While many studies on the subject are carried out, we think that it is necessary to emphasize wider qualitative studies in terms of more detailed processing of the subject.

Keywords: Patient-physician communication, patient-physician relationship, physicians communication skills

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLO DİZİNİ.....	vi
ŞEKİL DİZİNİ.....	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 İLETİŞİM.....	2
2.2 HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ.....	6
3.MATERYAL VE METOT.....	14
3.1. Araştırmanın Tasarımı.....	14
3.2. Veri toplama araçları.....	14
3.3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine ve Sağlık Durumlarına İlişkin Değişkenler.....	15
3.3.2. Hekimlerin sosyodemografik ve kişisel bilgilerine uygun özelliklerine ilişkin değişkenler.....	15
3.3.3. Hasta ve hekimlerin hasta-hekim iletişimine ilişkin değerlendirmelerini içeren değişkenler.....	16
3.4. Verilerin analizi.....	16
4.BULGULAR.....	17
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgileri.....	17
4.2. Yapılan görüşmelerin hasta-hekim iletişimi niteliği açısından değerlendirilmesi.....	20
4.3. Birebir incelenen görüşmelerde göze çarpan bazı hasta-hekim değerlendirmeleri.....	26
4.4. Hastaların ve hekimlerin görüşme sonrası hasta-hekim iletişimine yönelik ek düşünceleri.....	27
5.TARTIŞMA.....	29
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
7.KAYNAKLAR.....	34
8.ÖZGEÇMİŞ.....	36
9.EKLER.....	37
9.1.Ek-1 Anket Formları.....	37
9.2.Ek-2 Etik Kurul onayı.....	41

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. LISTEN metodu.....	8
Tablo 2. Olumlu beden dili ve hastanın yorumu.....	12
Tablo 3. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri	17
Tablo 4. Hekimlerin meslekte çalışma süreleri, bir günde görüştükları hasta sayısı	18
Tablo 5. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	18
Tablo 6. Hastaların gelir durumları ile ilgili kendi değerlendirmeleri	19
Tablo 7. Hastaların kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımıyla ilgili bilgileri.....	19
Tablo 8. Hastaların değerlendirilen görüşmede hekimine başvurma nedeni ile bilgiler.....	20
Tablo 9. Hekimlerin görüşme sonrası iletişim niteliği ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı	21
Tablo 10. Hastaların görüşme sonrası iletişim niteliği ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı.....	23
Tablo 11. Hekimlerin yapmış oldukları değerlendirmelerin ortalaması ile hastaların yapmış oldukları değerlendirmelerin ortalamasının farkına dayalı bilgiler.....	24
Tablo 12. Hekim ve hastaların yapmış oldukları bazı değerlendirmelerin uyumu.....	25

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. İletişim Süreci.....	5
-------------------------------	---



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta-hekim görüşmesi, hekimin hastasını tanımasını, başvuru amacını ve hastanın bu duruma karşı bakış açısını kavramayı, hastalığıyla ilgili tanı koymayı ve hastanın başvuru nedeniyle ilgili süreci en iyi şekilde yönetmeyi hedeflediği bir süreçtir. Görüşmenin ilk hedefi güven ve desteğe dayalı bir ilişki kurarak hastadan gerekli bilgileri almak, hastaya gerekli bilgi ve danışmanlığı verebilmektir.[1]

Hasta-hekim görüşmesinin kalitesinin belirlenmesi ve hasta memnuniyetinde en etkin faktörlerden birinin hekimin iletişim becerisi olduğu gösterilmiştir.[2] Ayrıca hastayla kurulan iyi bir iletişimin sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar vardır.[3] Hastaların hekim seçiminde etken olan faktörlerin incelenmesinde, etkili iletişimin birinci sırayı aldığı belirtilmiştir.[4] Sağlık personelinin hasta memnuniyetiyle ilgilenmelerinin ve onlarla daha etkili iletişim kurmalarının tanı, tedavi ve tedavi sonrası rehabilitasyonda etkin olduğu gösterilmiştir.[5] Birçok çalışma hastaların sosyodemografik özelliklerinin, tıbbi bakım beklentilerine, memnuniyetine ve tıbbi bakım kalitesine olan bakışlarına etkili olduğunu göstermektedir.[6, 7]

Sağlık hizmetlerinin günlük pratiğinde yapılan hataların çoğu iletişim sorunlarından kaynaklanmaktadır. Hekim, hastasının ne demek istediğini anlamakta ya da kendisinin ne söylemek istediğini hastaya iletmekte yetersiz kalır. Sonuçta, hasta memnuniyetsizliği, tıbbi etkinliğin azalması ve uyumsuzluklar meydana gelir. Tanı ve tedavi, doğru olsa dahi bunların hastaya iletilme biçimi, hastaların vereceği yanıt açısından önemlidir. [8]

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda hasta ve yakınları tarafından bildirilen hekime yönelik şikayetlerin önemli bir bölümünün iletişim problemlerinden kaynaklandığının görülmesi bu görüşü desteklemektedir.[9, 10]

Hastalar tarafından şikayet edilen hekimler ile şikayet edilmeyen hekimlerin iletişim becerilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, şikayet edilmeyen birinci basamak hekimlerinin daha etkin iletişim becerileri kullandığı gösterilmiştir. [11]

Hasta-hekim iletişimi ile ilgili yapılan çalışmalar çoğunlukla hasta odaklı ve hastanın değerlendirmesine dayanarak yapılmıştır. Hekimin iletişim becerilerinin hem hasta hem de kendi bakış açısıyla değerlendirildiği ve bu iletişim algısının uyumunun incelendiği çalışmaların sayısı çok kısıtlıdır. Bu çalışmada Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik başvurularında hasta-hekim iletişimi niteliğinin hasta ve hekim bakış açısıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre hekimlerin her bir görüşme için iletişim becerileri hakkında kendi değerlendirmeleri ve hastaların hekimlerin iletişim becerileri ile ilgili değerlendirmelerinin uyumunun ve bu uyumun niteliğinde etkili olabilecek bazı faktörlerin saptanmasının, daha etkili bir iletişim için yapılabilecek hasta-hekim iletişimi kalitesi geliştirme politikalarında belirleyici bir faktör olacağı düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İLETİŞİM

2.1.1. İletişim Kavramı

İletişim kelimesinin Latince ‘communis’ veya ‘communicare’ kelimelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.[12] ‘Communicare’, bağlantıda olmak, paylaşmak, bir şeye ortak olmak, ortaklaşmak anlamındadır. ‘Communication’; ile, beraber anlamına gelen ‘com’ ve birlik anlamına gelen ‘unio’ köklerinden oluşmuş Latince kökenli bir kelimedir. Daha yaygın şekilde dilimize Fransızca’dan geçen ‘komünikasyon’ söylenişi, haberleşme anlamında kullanılmaktadır. İletişim ise haberleşme kavramını da kapsayan bir ileti alışverişini ifade eder.[13, 14]

Türk Dil Kurumu, iletişimi; ‘Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, komünikasyon’ ve ‘telefon, telgraf, televizyon, radyo vb. araçlardan yararlanarak yürütülen bilgi alışverişi, bildirişim, haberleşme, muhabere, komünikasyon’ şeklinde tanımlamaktadır. İletişim, disiplinler arası bir bilim dalıdır.[15]Bu nedenle, iletişim kavramını her disiplin kendine göre tanımlamıştır.

İletişim, kişinin bazı işaretler kullanarak karşısındakini etkileme süreci, bilgi alışverişi, bilgi üretme ve anlamlandırma süreci, iletilmek istenen duygu ve düşüncelerin aktarılması süreci ya da anlamların ve kavramların doğru olarak paylaşılması yoluyla yakınlaşma süreci olarak tanımlanabilir. İletiyi gönderen ve alan tarafların olduğu, herhangi bir iletişim engeli araya girmediği müddetçe aksamanın olmadığı bir tür sayısal aktarım süreci olarak da tanımlanmıştır.[16]

2.1.2. İletişimin temel öğeleri

İletişim sürecinin oluşumunda etkin faktörler, temel oluşturucu faktörler olarak tanımlanır. Bunlar; gönderici(kaynak), mesaj(ileti), ortam(aracı, kanal), alıcı ve geribildirim olarak adlandırılabilir.[16]

2.1.2.1. Gönderici(Kaynak)

İletişim biliminde sık kullanılan ‘communicator’ teriminin karşılığıdır.[17] Kaynağın bilgi, duygu veya düşüncesini aktarma isteği ortaya çıktığında iletişim başlar. Kaynak, bir birey, grup veya toplum olabilir. Hasta-hekim iletişiminde hekim, hasta, hasta yakını olabilir.

2.1.2.2. Mesaj (İleti)

Kaynak, iletmek istediği bilgi, duygu ve düşünceleri, yazılı, sözlü, resim gibi formatlarda kodlayarak iletir. Bu kodlama sisteminin hem kaynak hem de alıcı açısından biliniyor olması gerekmektedir. Örneğin; hastasına rahatsızlığına dair açıklamalar yapan hekimin tıbbi terminoloji kullanarak bir mesaj vermesi mümkün değildir. Tıbbi terminoloji hekimlerin anlayabileceği bir kodlama sistemidir ve alıcı tarafından bu kodlama çözülemeyecektir.

2.1.2.3. Ortam (Kanal, Araç)

Kaynaktan alıcıya ya da alıcıdan kaynağa ileti akışının gerçekleştiği alana ortam denir. Günlük sağlık pratiğinde muayene odası, bekleme salonu, hasta ziyaretinde hastanın evi örnek olarak gösterilebilir.

2.1.2.4. Alıcı (Hedef)

Mesajın ulaşması istenen hedef varlığa alıcı denir. Kaynağın aktardığı mesajı algılaması, yorumlaması, algıladığını ve anladığını göstermesi beklenen kişidir. Alıcı, birden çok kişi olabilir. Alıcının mesaja yönelik algısı, ortam koşulları, psikolojik, sosyokültürel etkenler alıcının mesajla iletilmek istenen kodun çözülmesinde ve yorumlanmasında etkilidir.

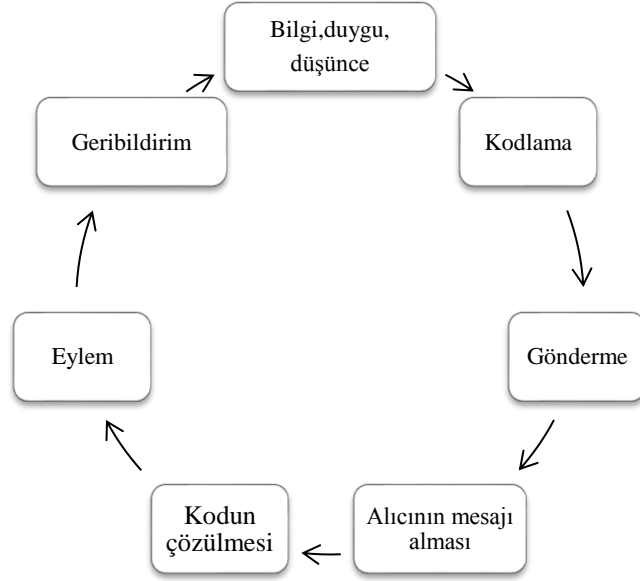
2.1.2.5. Geri bildirim

Mesajla iletilmek istenen duygu, düşünce ya da bilgi alıcı tarafından alınır ve sonucunda bir tepkiye dönüşür. Bu tepkinin tekrar kaynağa iletilmesine de geri bildirim denir. Geri bildirimler, kaynağın gönderdiği mesaj ile alıcının algıladığı mesajın uyumunu ortaya koyar ve mesajın doğru anlaşılıp anlaşılmadığı anlaşılabilir. Taraflar bu geri bildirimleri izleyerek yeni mesajlar kodlar ve iletirler. İletişim süreci bu şekilde devam eder.[14]

2.1.3 İletişim Süreci

Mesajın iletilmesi ve geribildirim alınması ile yeni bir iletişim süreci başlar. İletişim, sürekli gelişen, değişen ve birbirini takip eden bir yapıda olduğu için süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu sürecin yedi aşaması şu şekilde özetlenebilir(Şekil-1):

1. Bilgi, duygu ve düşüncenin tanımlanması
2. Göndericinin bilgiyi kodlaması
3. Gönderme
4. Alıcının mesajı alması
5. Kodun çözümü
6. Eylem
7. Geribildirim



Şekil 1. İletişim Süreci[14]

(Ozer, C. 'Aile Hekimliğinde İletişim' kitabından alınmıştır. 2013, TAHEV, Akademi yayınevi.)

2.1.4. İletişimin Sınıflandırılması

İletişim, akademik olarak, toplumsal düzeyine, iletişim kanalına, zamanı ve mekanına, kullanılan iletişim koduna göre çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Kullanılan iletişim koduna göre sözlü, sözsüz (beden dili), yazılı ve görsel iletişim olmak üzere 4'e ayrılabilir.

2.1.4.1. Sözlü İletişim

Sözlü iletişim, sözcükler aracılığı ile gerçekleştirilen diyaloglardır. Sözlü iletişim, "konuşarak" ve "yazarak" olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir. Yazı ve konuşma yoluyla kurulan bağlantıların tamamı sözlü iletişimi oluşturmaktadır. Sözlü iletişim sese, konuşmaya ve dinlemeye dayalı iletişim şeklidir.[18]

Sözlü iletişimde mesajlar, belirli bir işaretler sistemi olan dil, o dile özgü sesler ve kelimeler ile kodlanmıştır. İletişimin sağlanabilmesi için kaynak ile alıcının aynı dili konuşması gerekmektedir. Her iki tarafın da anlayabileceği sözcüklerin kullanılması gerekmektedir.

Sözlü iletişim, karşılıklı soru ve cevaba imkân tanıdığından anlaşılmayan noktaların açıklanması veya konunun tekrar edilmesi mümkün hale gelmekte ve iletişimi sağlayanlara zaman kazandırmaktadır.[19]

2.1.4.2. Sözsüz İletişim/Beden Dili

Sözsüz iletişim, her türlü bedensel hareket veya hareketsizliği ifade eder. Her davranış bir kelime gibidir, birden çok anlamı olabilir ve kişinin duyguları hakkında bilgi verir. Sevinç, öfke, korku, istek, heyecan gibi duygular beden dili aracılığıyla bildirilir.[20]

Sözel iletişimde ‘ne söylendiği’, sözsüz iletişimde ise ‘nasıl söylendiği’ önem taşır. İnsanlar ne söylendiğinden çok nasıl söylendiğine dikkat etmektedirler. İletişimde, % 7 sözlü ifadelerin, % 38 ses tonunun (alçak, yüksek ses, ritmik), % 55 yüz ve beden dilinin (el, vücut ve yüz ifadeleri) verdiği mesajların önemli olduğu tespit edilmiştir.[21]

Hasta-hekim iletişiminde sözsüz iletişim ile ilgili başlıkta ayrıntılı bilgiye yer verilecektir.

2.1.4.3. Yazılı İletişim

Aktarılmak istenen iletinin yazı yoluyla ifade edildiği iletişim türü, yazılı iletişim olarak tanımlanmaktadır. Yazılı iletişim, günlük yaşamda da önemli bir yer tutmaktadır. Kişisel yazışmalardan resmi yazışmalara uzanan geniş bir alanda kullanılmaktadır.[18]

2.1.4.4. Görsel İletişim

Görsel iletişim, görüntülü bilgilerin alışverişi olarak tanımlanabilmektedir. Bunlar kitap, gazete, dergi, broşür, televizyon, sinema, bilgisayar, cep telefonu gibi yollarla aktarılabilmektedir.

2.2. HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ

Hasta-hekim iletişimi, sağlık bakım sürecinin önemli bir bileşenidir. Hasta-hekim görüşmesindeki iletişim niteliğinin, çeşitli memnuniyet ve sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Hastalar, daha bilgilendirici, daha fazla açıklama yapan, hastalarının endişelerine daha fazla duyarlılık gösteren, kendilerine güvence ve destek sunan, sağlık konularını daha iyi anlayabilen ve tedavi önerileri konusunda daha fazla kararlı olma eğilimi gösteren hekimlere yönelmektedirler.[22]

Günlük tıbbi pratikte yapılan hataların çoğu iletişim problemlerinden kaynaklanır. Hekim, hastanın ne demek istediğini anlamakta ya da kendisinin ne söylemek istediğini hastaya iletmede yetersiz kalır. Sonuçta, hasta memnuniyetsizliği, tıbbi etkinliğin azalması ve uyumsuzluklar meydana gelir. Tanı ve tedavi, teknik olarak doğru olsa dahi bunların hastaya iletme biçimi, hastaların vereceği yanıt açısından önemlidir. Etkin bir iletişim, tedavi edici bir ilişkinin temel taşıdır. [8]

Hasta ve hekim arasındaki ilişki ve iletişim, birçok araştırmanın konusu olmuştur ve toplumbilimciler hasta-hekim etkileşimiyle ilgili çeşitli modeller tanımlamışlardır. Ezekiel J. Emanuel tarafından tanımlanmış model bunlardan biridir.[23] Bu model, ataerkil, bilgilendirici, yorumlayıcı ve görüşmeci model adında dört başlıkta tariflenmiştir.

2.2.1. Hasta-Hekim İletişim Modelleri

2.2.1.1. Ataerkil Model

Paternalistik, ebeveyn, ya da papaz model olarak da adlandırılır. Hekimin hasta için her zaman en doğru ve en iyiyi bildiği düşüncesine dayanır. Hekim, yeteneğini, hastanın hastalığını saptamak ve tedavi etmek için kullanır. Hekim, hastaya kendine göre en iyi tedavi seçeneğiyle ilgili bilgileri sunarak onayını almaya çalışır. Bu model, herkes tarafından kabul edilen, en iyi tedaviyi gösteren nesnel ölçütler olduğunu varsayar. Hekim, hasta için en iyi olana karar veren, koruyucu görevini üstlenir.

2.2.1.2. Bilgilendirici Model

Bilimsel, mühendislik ya da müşteri modeli olarak da adlandırılır. Bu modelde hekim hastaya tüm bilgilerini sunar, hasta bunlardan istediğini seçer ve hekim bunu uygular. Hasta, bilgilendirilmesine rağmen hekimin değerlerinden habersizdir. Hasta karar verme hakkına sahiptir ancak bunu tek başına yapmak durumundadır.

2.2.1.3. Yorumlayıcı model

Bu modelde de hekim 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. Bu modelde, hastanın

yakınmalara dair değerlerinin tam farkında olmadığı, bu nedenle bunların hekim ve hasta tarafından anlaşılır olması ve hangi hizmet ya da girişimin bu durum için en uygun olduğunu ortaya koymak amaçlanır. Bu modelde hekim bir rehber, danışman gibi değerlerin anlaşılmasına ve buna yönelik girişimlerin seçilmesine yardım eder.

2.2.1.4. Görüşmeci Model

Hastanın klinik durumuyla ilgili en iyi sağlık değerlerini saptaması ve seçmesine yardım etmeyi amaçlar. Hekim hastanın klinik durumuyla ilgili bilgi verir, seçeneklerle ilgili ortaya çıkan düşüncelerini açıklar, hangisine daha çok değer verilmesi gerektiğine işaret eder, bazı sağlık değerlerinin neden daha değerli olduğunu ve bunlara ulaşmak için ne yapılması gerektiğini önerir.[23, 24] Görüşmeci modelin geliştirilmesi ile ortaya çıkan, hekim ve hastanın tanı ve tedavi sürecine eşit oranda katıldığı ‘paylaşılmış karar verme’ modeli de ortaya konmuştur. Hastanın merkezde yer aldığı, tüm tarafların bilgi paylaşımında buldukları, fikir birliğine vardıkları, ortak hareket ettikleri bir süreci tanımlar. [25]

2.2.2. Hasta-Hekim Görüşmesi

Hasta-hekim görüşmesi, hekimin hastasını tanımasını, başvuru amacını ve hastanın bu duruma karşı bakış açısını kavramayı, hastalığıyla ilgili tanı koymayı ve hastanın başvuru nedeniyle ilgili süreci en iyi şekilde yönetmeyi hedeflediği bir süreçtir. Görüşmenin ilk hedefi güven ve desteğe dayalı bir ilişki kurarak hastadan gerekli bilgileri almak, hastaya gerekli bilgi ve danışmanlığı verebilmektir[1]

Doktorun ve hastasının gündelik hayatta kullandıkları iletişim vasıfları bu görüşmede de ortaya konacaktır. Hekim, bu görüşme süreci ve sonuçlarından sorumludur. Hastadan bilgi alma görevini iyi yürütebilmek, hastanın güvenini kazanmak ve etkin iletişim kurmaya bağlıdır.

Hasta-hekim görüşmesinde diyalogu hekimin başlatmasını bekleyen hastalar çoğunluktadır ve karşılamanın ardından hekim, hastanın temel yakınmasını veya kendisini hekime getiren sebebi sorarak bu süreci başlatacaktır.[26]

2.2.3. Öykü Alma

Öykü almaya rahatlatıcı şekilde hazırlanmış açık uçlu sorularla başlamak etkili olacaktır. Bilgi alırken hastanın söyledikleri iyi izlenmelidir. İyi bir öykü alma süreci, hastanın kendiliğinden anlatmasına izin vermeyi içerir. Erken araya girerek hastanın sözünü kesmek ve soru yöneltmek, bu kendiliğindenliği bozup daha az ayrıntıya ulaşmaya sebep olabilir.

Hasta görüşmesinde, hasta, hekimi sürekli gözlemlemektedir. Hekim tarafından bilinçli ya da bilinçsiz tüm söz ve davranışlarla hastaya ulaşan mesajlar üretilmektedir. Hekimin duruşu, konuşması, göz teması ve gerektiğinde dokunuşu ve tüm jestleri bu anlamda düzenlenmelidir. Öykü alma sırasında zaman sıkıntısı bulunsa bile bunun hastaya yansıtılmaması önemlidir. Hoşnutsuzluk, sıkıntı, sabırsızlık, ilgisizlik, aşağılama gibi olumsuz yorumlanabilecek mesajlar hasta ile olan ilişkinin kötüleşmesine yol açacaktır. Göz teması, postür, kafa, el ve ayakların duruşu, hastayla olan mesafe hekim tarafından kontrol edilebilecek ayrıntılardır.[26]

Tıbbi öykü alırken etkili iletişimi desteklemek üzere hekimlerin kullanması için genel önerileri destekleyip özetleyen teknikler önerilmiştir. İngilizce LISTEN kısaltmasıyla tanımlanan yöntem bunlardan biridir. Bu yöntemde hekimin tıbbi öyküyü aldığı hasta görüşmesinde hastayla olan diyalogunun mantıksal ve bütüncül olarak sürmesini güvence altına almaya yardımcı olması hedeflenir.

Etkin dinleme (active Listening)	Dinleme etkin ve empatik olmalıdır. İyi bir göz temasıyla sözel ve sözel olmayan uyarılar izlenmeli, saygılı yanıtlar verilmelidir.
Kişiler arası etkileşim (Interpersonal Interaction)	Görüşme boyunca hekimle hastası arasında süren iletişimdir. Hekim, hastasının konuşma akış ve içeriğini değerlendirir. Hastanın aile ve sosyal çevresine ait sorular sorulur.
Somatik, duyuşsal, algı ve hassasiyet (Somatic, sensory, sense and sensitivity)	Hastanın fiziksel durumu, davranış ve alışkanlıkları gözden geçirilir. Hastanın iç dünyasındaki algısal deneyimi ve dış dünyayı algılaması değerlendirilir. Hasta kendine ne olduğunu nasıl yorumlamaktadır. Aile, cinsiyet, etnisite, eğitim, inanç sosyoekonomik durum gibi bağlamsal konular dikkatle izlenir.
Düşünce, biliş, zeka, sorun çözme, günlük yaşam, kişisel bakım (Thinking, cognition, intelligence, problem solving, daily living, self-care)	Hekim hastasının düşünme ve bilişsel yetilerini kontrol eder. Mantıklı düşünme ve sorun çözmenin günlük yaşam ve kişisel bakımla ilgili kararları almaya yeterliliğini değerlendirir. Zekayı sorgular.
Duygu, duygulanım, anlamlılık, uyum, tutarlılık (Emotion, affect, expresiveness, congruence and consistency)	Duygular ayrı bir odak noktasıdır. Görüşme boyunca duyguların uyum ve tutarlılığı izlenir. Hastanın duygularını ifade edebilme durumu incelenir.
Normal, şimdiki durum, kaynaklar, kişisel güçlülükler, iyileşme sürecine katılım (Normal, now, present, positive person strengths, cooperation in the healing process)	Hekim, hastası için kaynak ve güçlüklerin durumunu değerlendirir, bu kaynakları iyileşme sürecinde ortak kullanım yolları arar. Hastanın nasıl normal olacağı düşünülür

Tablo 1. LISTEN metodu[26, 27]

Öykü alma sürecinin etkinlik ve verimi artıracak etkin iletişim teknikleri şu şekilde özetlenebilir:

- Öykü almaya, ‘şikayetiniz nedir’ yerine, ‘size nasıl yardımcı olabilirim’ benzeri bir soruyla başlamak, süreç içinde ‘size nasıl yardımcı olmamı umuyorsunuz’ şeklinde bir soru sormak, hastanın kendiliğinden açıklanmakta zorlandığı bazı sıkıntılarını açığa çıkarabilir
- Hastalar güçlendirilmeye çalışılmalı ve gerekirse buna özel sorularla tüm endişe ve isteklerini ifade etmeleri için olanaklar sağlanmalıdır.
- Hastaların kendi sağlık inançları ve referansları olduğu unutulmamalı, hekimin önüne getirdikleri yakınmanın sebebi, süreci, sonuçlanması ve baş etme yollarına ait hasta anlayışı, ortak bir çözüm üretmede kullanılmak üzere öğrenilmelidir.
- Hastaların duygularını ifade etmeleri sağlanmalı, varsa gizli duygular saptanarak geri bildirim verilmelidir. Hekimler, hastaların tüm kötü duygularına çözüm bulmakla yükümlü değildirler. Duyguların basitçe ifade edilmesinin bile rahatlama sağladığı unutulmamalıdır.
- Hastalara anlayabilecekleri basit bir dil kullanılarak sağlık durumlarıyla ilgili yeterli bilgi verilmelidir.
- Hastaları tedavi süreçlerine karar verici olarak katılımları sağlanmalıdır. Bunu hak etmelerinden öte hastaların karar sürecine katıldıkları tedavi planlarına uyum ve başarısı daha yüksek olacaktır.
- Hastaların endişelerini gidermeye çalışmak ve onları rahatlamak güçlü bir iletişim aracıdır. Öncelikle endişeleri gerçekten anlamaya çalışmak, devamında da destek sağlamak hastaları tedavi süreçlerinde güçlendirir.[26, 28]

2.2.4. Hasta-Hekim İletişiminde Sözsüz İletişim (Beden Dili)

Sağlıkta etkin iletişim açısından beden dili büyük öneme sahiptir. Hekim uygun bir beden dili kullanmaz veya hasta tarafından hekimin beden dili yanlış yorumlanırsa, hasta verilen tedaviye uymayabilir, kontrole gelmez ve hekimini değiştirmek isteyebilir. Hekim, uygun bir beden dili ile hasta ve yakınına kendi düşüncelerini daha etkin ifade eder. Hasta ve yakını üzerinde olumlu etki bırakarak güvenlerini kazanır. Vermek istenen mesajları ve etkinliğini artırarak daha zengin bir iletişime olanak sağlar. Hastasını daha iyi anlar. Hastaların beden dilini okuyarak ifade edemedikleri veya söyleyemedikleri şeyleri anlayabilir.[29] Beden dili; yüz ifadesi, göz ilişkisi, baş hareketleri, jestler, beden duruşu, alan kullanımı ve dış görünüm olarak gruplandırılabilir.

2.2.4.1. Yüz İfadesi

Beden dilinin en etkileyici bölümü yüz ifadesidir. Yüz ifadesi, bilinçli ya da bilinçsiz yapılıır. İnsanlar iletişim kurdukları kişiyi öncelikle yüz ifadesi olmak üzere dış görünüşlerine göre değerlendirirler.[30]

Hekimin, hasta ve yakınları ile görüşürken yüz ifadesi, kendi söylemleri ve hastalardan alınan mesajlara uygun olmalıdır. Hastayı karşılarken, ismiyle hitap ederken, vedalaşırken hafif bir tebessüm ederek gülümsemelidir. Hastaya olumlu bir mesaj ya da iyi bir haber veriyorsa hafif de olsa gülümsemelidir. Ağır ve ciddi hastalığı olanlarda ciddi bir tavır sergilemelidir. Bu tavrı sergilerken kaşlarını çatmaktan kaçınmalıdır.

Hekim, hasta ve yakınlarıyla görüşürken alın, göz ve ağız hareketleriyle duruma uygun tepki vermelidir. Hekimin donuk ve ifadesiz görünmesi, ilgisiz, aşırı ciddi ve duygusuz olduğunu düşündürebilir.[29]

2.2.4.2. Göz İlişkisi

Yüz bölgesinde en çok dikkat çeken gözlerdir. Göz teması, güven ve ilginin belirtisidir. Göz teması kurmak için başın uygun bir şekilde hareket etmesi gerekir. Hekim hastası ile konuşurken, başı hastaya dönük olmalı, hasta ile aynı göz hizasında kalmaya çalışmalıdır. Çok uzun süreli göz temasının, rahatsız edici bir durum olabileceği unutulmamalıdır.

Gözlük kullanan hekim, hastası ile konuşurken veya onu dinlerken gözlüğün altından veya üstünden bakmamaya çalışmalıdır. Çünkü bu gibi hareketler kendini üstün görme olarak algılanabilir.

Tahlil sonuçlarını incelerken, hasta bir sorunu ile ilgili konuşmaya başlarsa hekim hemen dosya incelemeye ara vermeli, hastası ile göz teması kurmalıdır. Böyle yaparak hastaya onunla ilgilendiğini ve sorunlarına duyarsız kalmadığı mesajını verir. Özellikle günümüzde sağlık kayıtları ile ilgili tüm işlemler bilgisayar üzerinden yürütülmektedir. Bu durum kayıtların güvenli saklanması, istenildiğinde kolay erişilmesi açısından elbette büyük avantaj sağlamaktadır ancak hasta-hekim iletişiminde kimi zaman olumsuz yansımaları da olmaktadır. Hekim hastanın bilgilerini kaydederken, tetkik isterken veya sonuçlarını incelerken çoğu zaman bilgisayar kullanmaktadır. Hekimin sürekli bilgisayar ekranına bakması, hastayla yeterli göz teması kurmasını engellemektedir. Bu nedenle hekim hastaya güven verecek şekilde belli aralıklarla mutlaka hastayla göz teması kurmaya dikkat etmelidir. Bunun yanında hekimin gözlerini sık sık kaçırmaması, hastaya, hekimin isteksiz veya bilgisiz olduğunu düşündürebilir.[29]

2.2.4.3. Baş Hareketleri

Kişinin iletişimdeki konumu başın duruş şekline göre yorumlanabilir. Dik durma, özgüven, olgunluk veya üstünlük olarak algılanabilir. Başın iyice öne eğik olması ise suçluluk, utanma, itaat veya bıkkınlık olarak algılanabilir. Hasta ile görüşme sırasında en uygun pozisyon başı hafif yana eğmektir. Başın bir tarafa eğilmesi ilgi ve dikkat belirtisidir.

Hasta konuşurken hekimin ara sıra baş sallaması önerilir. Çünkü baş sallama hareketi aktif dinlemenin önemli bir ögesidir. Sık ve hızlı baş sallamak hastanın sözünü kesmek veya ‘işim var, çabuk ol’ şeklinde yorumlanabilir.[21]

2.2.4.4. Jestler

El, kol ve beden hareketlerine jest denir. İletişimi etkin kılmak amacıyla görüşme esnasında el ve kol hareketlerinden faydalanılır. Hekimlik uygulamalarında yeri önemlidir. Anlaşılır ve açık olmalıdır. Jestlerin kullanımında aşırıya kaçmamalıdır.

Etkili bir iletişimde, el kol hareketlerinin göğüs hizasında olması gerekir. Eller konuşma sırasında kalkan gibi durmamalıdır. Hekimin, hastaya onun sıkıntılarını, kaygılarını dinlemek için uygun olduğu mesajını vermesi gerekir.

Avuç içini göstermek, açık olma, dostça ve barışçıl bir yaklaşımı ifade eder. Elleri yumruk şeklinde sıkıkmak, parmak çıltlatmak, parmakları masaya vurmak veya cepten tutmaktan sakınılmalıdır. [31]

2.2.4.5. Beden Duruşu

Beden duruşu kişinin ruh halini yansıtırıcı mesajlar içerir. Omuzların kalkık olması gergin, düşük olması ise psikolojik olarak rahat olduğu anlamına gelebilir. Gövdenin göğüs hizasında kalan yer göğüs merkezidir. Beden dilinin ifade merkezi olarak kabul edilir. Göğüs merkezini açık tutma ile kişiye onu dinlediği ve ona katıldığı anlamı verilir. [29]

Hasta ile görüşürken sandalyede hafif öne eğilmiş olarak durmak ve yüz ifadeleri kullanarak başı hafif yana eğmek daha iyi bir iletişim sağlar. En iyi oturma pozisyonu olarak hafifçe öne eğilip, bedenin üst kısmının hastaya dönmesi şeklinde önerilmiştir.[32]

Hekim, bacak bacak üstüne atarak ve kolları göğüs bölgesinde kavuşturarak bir beden duruşu sergilediğinde bu duruş kendine özgüven verse de hasta tarafından iletişime kapalılık olarak algılanabilir.

2.2.4.6. Alan Kullanımı ve Dış Görünüm

Muayene odasında hekim ile hasta arası uygun mesafe hastanın kişiliği ve sosyokültürel düzeyine göre değişebilmektedir. Bazı çalışmalar, hasta ile hekim arasındaki en uygun mesafeyi 90 cm olarak belirtmektedir.[21] Masanın pozisyonu da önemlidir. Hekim, hasta ile doğrudan karşı karşıya gelecek pozisyonda oturmamalıdır. Bu durumda hekim tek otorite konumunda olacaktır. Konuşurken direk yüz yüze hastaya bakmak yerine bir açıyla bakmayı tercih etmelidir. En uygun olan, hasta ile hekim arasında 90 derecelik bir açı oluşturacak şekilde oturmaktır.

Kişiler arası iletişimde ilk izlenimin oluşmasında giyim kuşamın rolü çok büyüktür. Hekim her zaman bakımlı, derli toplu ve temiz bir görünüme sahip olmalı, giyimine ve dış görünüşüne özen göstermelidir.[29]

Hekimin beden dili	Hastanın yorumu
Dik, rahat ve bedenin üst kısmını hastaya doğru hafifçe öne eğerek oturmak	‘Tüm enerjimi dikkatimi ilgimi ve çabamı seninle olan görüşmeme veriyorum’
Uygun göz teması sağlanarak, özellikle de duygusal bir sorununu anlatırken hastaya bakmaya özen göstermek	‘Sen ve benim aramızda önemli ve olumlu bir bağlantı var. Birlikte çalışacağız. Hem fiziksel hem de duygusal kaygılarını bana anlatabilirsin’
Omuzlar ve bedenin üst kısmı hastaya dönük ya da hafif bir açıyla hastaya yönelmiş durumda	‘Benim asıl odaklandığım sensin. Hasta dosyası, bilgisayar ikinci derece önemli. Onlara gerekirse döneceğim. Tüm dikkatimi sana veriyorum. Sana bir birey olarak saygı duyuyor ve değer veriyorum.’
Hasta konuşurken önemli noktalarda seçici olarak baş sallamak	‘Dinliyorum, söylediklerinle ilgileniyorum’
Uygun durumlarda gülümseme	‘Seni gördüğüme gerçekten memnunum ve seninle çalışmayı dört gözle bekliyorum’
Hastanın size söylediklerine karşı tepkilerinizi gösteren ve zaman zaman yapılan uygun yüz ifadeleri	‘Sen ve ben bir takımız. Bana söylediklerine saygı duyuyorum. Seni endişelendiren konuları bana rahatça söyleyebilmeni umuyorum’
Bedenin üst kısmının kollarla, hasta dosyalarıyla veya tıbbi gereçlerle kapatılmamış olması	‘Sana profesyonel dikkatimi tam olarak vermeye hazırım. Bana her zaman kolayca yaklaşabilirsin.’

Tablo 2. Olumlu beden dili ve hastanın yorumu[21, 29]

Hasta- hekim iletişiminde sözsüz iletişimi hekimlerin kullanması için genel önerileri destekleyip özetleyen bir akronim önerilmiştir. Önerilerin İngilizce karşılıklarının baş harfleriyle oluşturulmuş bir akronim olan SOFTEN kelimesiyle tanımlanan yöntem şu şekildedir:[24]

- Smile: Gülümsemek
- Open posture: Ulaşılabilir şekilde oturmak
- Forward lean: Hastaya doğru eğilmek ve yaklaşmak
- Touch: Hasta ile temas
- Eye contact: Göz teması
- Nod: Baş ile hastanın ara ara onaylanması

2.2.5. Hastayı Bilgilendirme

Hasta etiği çerçevesinde hastaların kendileri hakkında karar verme hakkı vardır. Bu hak, tedaviye karar vermeden önce hastanın yeterli ve anlaşılabilir şekilde bilgilendirilmesi kadar tüm hasta ilişkilerinin temelidir. Hastaların, tanı ve tedavinin karar sürecinde uygun bir şekilde bilgilendirilerek uyumlu duruma gelmesi sağlanmalıdır.[33]

Eğer hastalar, tedavi durumlarına ve gelişmelere ilişkin tam ve doyurucu bilgi alırlarsa, verilen talimatlara uyum olasılıkları artacaktır. Ama verilen bilgi soyut ve akademik düzeyde olursa tam tersi söz konusu olacaktır. [34]

2.2.6. Hasta-Hekim İletişiminde Engeller

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2006-2009 yılları arasında yapılmış olan 43359 şikâyet başvurusu incelenmiş ve en çok şikâyet edilen birimin % 45,6 oranı ile poliklinik başvuruları olduğu, bunu %15,3 oranı ile acil ve ilk yardım servislerinin takip ettiği görülmüştür. En çok şikâyet edilen meslek grubu ise % 56,6 oranı ile hekimlerdir. Şikâyet nedenleri incelendiğinde ise en çok şikâyet konusunun %45,2 ile hizmetten genel olarak faydalanamama olduğu, saygınlık ve rahatlık görememenin %26,6, bilgilendirilmemenin %6,2 ile bunu takip ettiği tespit edilmiştir.[9]

Sağlık personeline yönelik davalarda görülen artış, günümüzde sağlık personeli ve hastalar arasında süregelen ve ilerleyici bir iletişim sorunu yaşandığını açıkça ortaya koymaktadır.[35]

Hastaların hekim ile etkin iletişim kurabilmesini engelleyen ya da sınırlayan sağlık personeli davranışları şu şekilde tanımlanabilir:[36]

- 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 görüşme esnasında sık sık yineleniyorsa engelleyici olarak tanımlanır. Bu engellerin giderilmesinde, kaynak, sözlü mesajları alıcının anlayabileceği bir şekilde kullanılmalı, mesajlar, alıcının ilgisini çekecek şekilde düzenlenmeli, gerektiğinde beden dili ya da başka sembollerle (ses, yazı) desteklenmeli, gürültü unsurları ortadan kaldırılmalı, uygun iletişim kanalları ve olumlu pekiştirme yolları kullanılmalı, kaynak ve alıcı arasında oluşabilecek olası duygusal reaksiyonlar için önlem alınmalı ve mesajın anlaşılıp anlaşılmadığının uygun geri bildirim yöntemleri ile kontrol edilmesi gerekir. Bunlar dışında, sağlık hizmetlerini yürütenlerin iletişim konusundaki eğitimlerinin desteklenmesi ile sürekli iyileşme sağlanabilecektir.[18]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma kalitatif özellikli tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, 01 Temmuz - 31 Ağustos 2017 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde yürütüldü. Belirtilen tarihlerde dahili ve cerrahi kliniklere ait polikliniklere başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş ve üstü hastalar arasından rasgele belirlenenler ve aynı şekilde çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların görüştüğü hekimler, yine gönüllülük esasına uygun olarak çalışmaya dahil edildi. Belirtilen tarihler esnasında ulaşılabilen maksimum hekim ve hasta sayısı örneklem büyüklüğü olarak kabul edildi. Her bir hekim için en fazla 3 görüşme olacak şekilde toplamda 71 tane hasta-hekim görüşmesi incelendi. Toplam katılımcı sayısı 28 hekim ve 71 hasta olmak üzere toplamda 99 kişidir. Görüşmelerin seçimi, bekleyen hasta listesinden basit rasgele örnekleme yöntemiyle yapıldı. Çalışmaya dahil edilmeyi kabul edilen hastalara, anket formlarını muayene odası dışında kendileri tarafından doldurmaları sağlandı, anket içerisinde yer alan hekim ve hastaların görüşmeyle ilgili düşüncelerini öğrenmeye yönelik kısımlar yüz yüze görüşme yöntemiyle kaydedildi. Hastayla yapılan görüşmelerin hiçbir şekilde hastanın sağlık hizmeti aldığı hekim ve diğer üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı bilgisi verildi ve hastalardan onam alınarak çalışmaya dahil edildi. Yine çalışmaya katılan hekimlere, hastayla yaptıkları görüşme sonrasında anketler verilerek doldurmaları sağlandı. Görüşme ile ilgili ek fikirler yüz yüze görüşme yöntemiyle kaydedildi. Aynı hekimin maksimum 3 görüşmesi çalışmaya dahil edildi ve bunların da aynı gün içinde olmamasına dikkat edildi. Hangi günlerde yapılan görüşmelerin çalışmaya dahil edileceği basit rasgele örnekleme yoluyla belirlendi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. 18 yaş ve üstü olmak
2. Gönüllü olmak

Araştırmadan çıkarılma kriterleri:

1. 18 yaş altında olmak
2. Psikiyatrik hastalık öyküsü

3.2. Veri toplama araçları

Araştırmamızda veri toplama aracı olarak görüşme sonrası hekimlere ve hastalara ayrı ayrı oluşturulan anketler uygulandı. Anketlerin ilk bölümünde sosyodemografik özellikler (hasta anketinde ayrıca genel sağlık durumu) yer alırken 2. bölümde o görüşmeye ait hekim-hasta iletişiminin niteliği ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Hastalara uygulanan ankette sosyodemografik özellikler ve genel sağlık durumu ile ilgili 12 soru, görüşme esnasındaki hekimin iletişim niteliği ile ilgili 15 soru olmak üzere toplam 27 soru mevcuttu. Hekim anketinde ise sosyodemografik özellikleri sorgulayan 8, görüşme esnasında kendi iletişim becerilerini değerlendiren 15 soru olmak üzere toplam 23 soru yer aldı. Anketlerde yer alan hasta-hekim iletişimi niteliğini sorgulayan 15 soru hasta ve hekim bakış açısına göre birbiriyle uyumlu olarak oluşturuldu.

Katılımcıların anketteki hasta-hekim iletişimiyle ilgili bölümdeki ifadeleri kendilerine göre 1'den 5'e kadar 1=çok kötü, 2=kötü, 3=vasat, 4=iyi, 5=çok iyi olacak şekilde puanlamaları istendi. İfadeler o görüşmeye ne kadar çok uygunsa o kadar yüksek puan verilmesi gerektiği katılımcılara anlatıldı. Hasta-hekim iletişimini değerlendiren bu bölümdeki ifadeler konuyla ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. American Board of Internal Medicine (ABIM) hasta değerlendirme anketi, Zebiene ve ark. tarafından geliştirilen Expectations Met Questionnaire (EMQ) anketi gibi anket ve ölçeklerden faydalanıldı.[37, 38] Hem hekim hem hasta anketinde o hasta-hekim görüşmesiyle ilgili iletişimin olumlu ve olumsuz yönleri açısından eklemek istedikleri görüşler için ayrı bir bölüm oluşturuldu.

3.3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine ve Sağlık Durumlarına İlişkin Değişkenler

- Yaş: En küçük-en büyük ve ortalama değer olarak incelendi.
- Cinsiyet: Cinsiyet dağılımı yüzde olarak incelendi.
- Medeni durum: Alt kategorilerin dağılımı yüzde olarak sunuldu.
- Çocuk sahibi olma durumu: Yüzde olarak incelendi
- Öğrenim durumu: Alt kategorilerin dağılımı yüzde olarak sunuldu.
- Çalışma durumu: Yüzde olarak incelendi.
- Ailenin gelir durumu: Alt kategorilerin dağılımı yüzde olarak sunuldu.
- Kronik hastalık varlığı: Yüzde olarak sunuldu.
- Düzenli ilaç kullanımı: Yüzde olarak sunuldu.
- Hekime başvuru nedeni: Alt kategorilerin dağılımı yüzde olarak sunuldu.

3.3.2. Hekimlerin sosyodemografik ve kişisel bilgilerine uygun özelliklerine ilişkin değişkenler

- Yaş: En küçük-en büyük ve ortalama değer olarak incelendi.
- Cinsiyet: Cinsiyete dağılımı yüzde olarak incelendi.
- Medeni durum: Alt kategorilerin dağılımı yüzde olarak sunuldu.
- Çocuk sahibi olma durumu: Yüzde olarak incelendi

- Meslekte toplam çalışma süresi: Kategorize edildi ve yüzde olarak sunuldu
- Bir günde görüşülen ortalama hasta sayısı: Alt kategorilerin dağılımı yüzde olarak sunuldu.
- İletişim becerileri hakkında eğitim alma gerekliliği düşüncesi: Yüzde olarak sunuldu

3.3.3. Hasta ve hekimlerin hasta-hekim iletişimine ilişkin değerlendirmelerini içeren değişkenler:

Hasta-hekim iletişimine dair 15 ifadenin her birinin dağılımı- hasta ve hekimlerin değerlendirmeleri olarak- yüzde olarak sunuldu.

3.4 Verilerin analizi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarıldı ve analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde, değişken dağılımına uygun olarak ortalama±standart sapma veya ortanca (minimum; maksimum) değerleri verildi. Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde kullanıldı.

Kategorik değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Hekimlerin yapmış oldukları değerlendirmeler ile hastaların yapmış oldukları değerlendirmeler arasında anlamlı bir uyum olup olmadığı Kappa istatistiği ile araştırıldı.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgileri

Çalışmaya 28 hekim ve 71 hasta ile olmak üzere toplamda 99 kişi dahil edildi. Hasta-hekim iletişiminin değerlendirilmesi açısından 71 görüşme irdelendi.

4.1.1 Hekimlere Ait Bilgiler:

Çalışmaya katılan hekimlerden yaşça en küçük bireyin 27, en büyük bireyinse 61 yaşında olduğu görüldü, hekimlerin yaş ortalaması 35 yıl($\pm 9,41$ std sapma) olarak saptandı. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri (n=28)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	9	32,1
Kadın	19	67,9
Medeni Durum		
Evli	20	71,5
Bekar	8	28,5
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	15	53,5
Hayır	13	46,5

Hekimlerin meslekte çalışma süresi ortalama 10 yıl olarak tespit edildi. Hekimlerin yaklaşık %55'i günlük baktıkları hasta sayısını ortalama 20-40 olarak belirttiler. Hekimlerin meslekte geçirdikleri süreler ve günlük baktıkları hasta sayılarıyla ilgili detaylı bilgiler Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Hekimlerin meslekte çalışma süreleri, bir günde görüştükları hasta sayısı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslekte çalışma süresi		
5 yıl ve daha az	10	35,7
6 yıl ve üzeri	18	64,3
Bir günde görüşülen hasta sayısı		
<20	2	7,2
20-40	15	53,5
40-60	7	25
>60	4	14,3

Çalışmaya katılan hekimlerin % 39,2'si 'iletişim becerileri konusunda eğitim almanız gerektiğini düşünüyor musunuz' sorusunu "evet" olarak yanıtlarken, %60,8'i "hayır" olarak yanıtlamıştır.

4.1.2. Hastalara Ait Bilgiler

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması ise 41(±13,09 std sapma) yıl olarak saptanırken, yaşça en küçük birey 19, en büyük bireyse 73 yaşındaydı. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=71)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	38	53,5
Kadın	33	46,5
Medeni Durum		
Evli	49	69,0
Bekar	15	21,2
Boşanmış	3	4,2
Eşi vefat etmiş	2	2,8
Evli olup eşinden ayrı yaşayan	2	2,8
Çocuk sahibi olma		
Evet	47	66,2
Hayır	24	33,8
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	1	1,4
Okuryazar	0	0
İlkokul mezunu	5	7,1
Ortaokul mezunu	8	11,5
Lise mezunu	14	20,0
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	42	60,0

Hastaların %74,6'sı (n=53) gelir getiren bir işte çalıştıklarını ifade ederken, %25,4'ü(n=18) çalışmadıklarını belirttiler. Çalışmaya katılan hastaların "Ailenizin gelir durumunu nasıl ifade edersiniz?" sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Hastaların gelir durumları ile ilgili kendi değerlendirmeleri (n=71)

Ailenizin gelir durumunu nasıl ifade edersiniz?	Sayı(n)	Yüzde (%)
Çok kötü	1	1.4
Kötü	8	11.3
Orta	39	54.9
İyi	23	32.4
Çok iyi	0	0

Hastalara ait kronik hastalık mevcudiyeti ve ilaç kullanımları ile ilgili bilgiler Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastaların kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımıyla ilgili bilgileri (n=71)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik bir hastalığınız var mı?		
Evet	32	45.1
Hayır	39	54.9
Düzenli ilaç kullanıyor musunuz?		
Evet	35	49,3
Hayır	36	50,7

Hastaların, değerlendirilen görüşmede hekimine başvurma nedeni sorguladığında %25.4'ü mevcut hastalığının kontrolü, %21.1'i ise yeni başlayan yakınma nedeniyle başvurduğunu belirtti. %7'si ise 'Diğer' seçeneğini işaretleyip başvurma sebebini belirtmemiştir. (Tablo 8)

Tablo 8. Hastaların değerlendirilen görüşmede hekimine başvurma nedeni ile bilgiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekiminize bugünkü başvuru nedeniniz nedir?		
Yeni başlayan yakınma	15	21.1
Danışmanlık	11	15.5
Mevcut hastalığının kontrolü	18	25.4
İlaç yazdırmak	8	11.3
İlaç raporu çıkartmak	2	2.8
Tetkik istemi	12	16.9
Diğer	5	7.0

4.2. Yapılan görüşmelerin hasta-hekim iletişimi niteliği açısından değerlendirilmesi

4.2.1 Hekimlerin öz değerlendirmesi

Hekimlerin yaptıkları hasta görüşmesinden sonra, kendilerine verilen ankette yer alan hasta-hekim iletişimi ile ilgili ifadeleri genellikle “iyi” ve “çok iyi” olarak değerlendikleri görülmektedir. Olumsuz olarak değerlendirilen yani hekimlerin o görüşmede kendilerini yeterli görmedikleri durumlar şu şekilde özetlenebilir;

- ‘Hastama yaptığım açıklamaları anlayıp anlamadığımı sordum’ ifadesi 5 görüşmede ‘çok kötü’, 7 görüşmede ‘kötü’, 14 görüşmede ‘vasat’ olarak değerlendirilmiştir.
- ‘Hastama görüşme odasında oturacağı yeri uygun bir şekilde gösterdim’ ve ‘Hastama nasıl yardımcı olabileceğimi sordum’ ifadeleri 1’er görüşmede ‘çok kötü’ olarak değerlendirilmiştir.
- ‘Hastam ile görüşmem esnasında gerekli mahremiyeti sağladım’ ifadesi, 3 görüşmede ‘kötü’ olarak değerlendirilmiştir.
- ‘Hastam bana çekinmeden soru sorabildi’ ifadesi 1 görüşmede ‘kötü’, 7 görüşmede ‘vasat’ olarak değerlendirilmiştir.
- ‘Hastama karşı gülyüzlüydüm’ ifadesi 9 görüşmede ‘vasat’ olarak değerlendirilmiştir.

Hekimlerin yaptıkları görüşmelerde hasta-hekim iletişimi açısından öz değerlendirmelerinin ayrıntıları Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Hekimlerin görüşme sonrası iletişim niteliği ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı

	Çok kötü	Kötü	Vasat	İyi	Çok iyi
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Hastamı nazik bir şekilde karşıladım	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	42(59,2)	28(39,4)
2.Hastama karşı güleryüzlüydüm	0(0,0)	0(0,0)	9(12,7)	37(52,1)	25(35,2)
3. Hastama görüşme odasında oturacağı yeri uygun bir şekilde gösterdim	1(1,4)	0(0,0)	8(11,3)	35(49,3)	27(38,0)
4. Hastama ‘nasıl yardımcı olabileceğimi’ sordum	1(1,4)	0(0,0)	6(8,4)	31(43,7)	33(46,5)
5. Hastamı, sözünü kesmeden ilgiyle dinledim	0(0,0)	0(0,0)	8(11,3)	35(49,3)	28(39,4)
6. Hastam ile görüşürken göz teması kurdum	0(0,0)	0(0,0)	6(8,4)	35(49,3)	30(42,3)
7. Hastama olan hitap şeklim, ses tonum ve beden dilim olumluydu	0(0,0)	0(0,0)	3(4,2)	39(54,9)	29(40,9)
8. Hastama başvuru amacı ve/veya hastalığının tanısı,tedavisi ve seyri ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verdim	0(0,0)	0(0,0)	8(11,2)	32(45,1)	31(43,7)
9. Hastama yaptığım açıklamaları anlayıp anlamadığını sordum	5(7,0)	7(9,9)	14(19,7)	29(40,9)	16(22,5)
10. Hastam bana çekinmeden soru sorabildi	0(0,0)	1(1,4)	7(9,9)	36(50,7)	27(38,0)
11. Cinsiyetimin, hastamın sorununu rahatça anlatmasında olumsuz etkisi olmadı	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	24(33,8)	46(64,8)
12. Hastam ile görüşmem esnasında gerekli mahremiyeti sağladım	0(0,0)	3(4,2)	7(9,9)	25(35,2)	36(50,7)
13. Hastamın başvuru amacı hakkında kuşkularını gidererek kendisini güvende hissetmesini sağladım	0(0,0)	1(1,4)	8(11,3)	35(49,3)	27(38,0)
14. Hastama yeterince zaman ayırdım	1(1,4)	0(0,0)	7(9,9)	30(42,3)	33(46,5)
15. Hastam, benimle kurduğu iletişimden memnun oldu	0(0,0)	0(0,0)	7(9,9)	37(52,1)	27(38,0)

4.2.2 Hastaların Değerlendirmeleri:

Hastaların hekimle yaptıkları görüşme sonrasında yaptıkları değerlendirmelerinde, 15 iletişim ifadesinin hiçbirinde ‘çok kötü’ ve ‘kötü’ şeklinde değerlendirme yapmadıkları görülmektedir. ‘Doktorumun benimle kurduğu iletişimden memnunum’ ifadesi %83,1 (n=59) oranında ‘çok iyi’, %15,5 (n=11) oranında da ‘iyi’ olarak değerlendirilmiştir.

Tüm hastaların yaptıkları değerlendirmelere bakıldığında en olumsuz değerlendirme seviyesinin “vasat” olduğu görülmektedir. 21 hastanın çeşitli iletişim maddeleriyle ilgili olarak görüştükları hekimleri vasat olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Bu ifadeler içinde en çok vasat olarak değerlendirilen maddenin ‘Doktorum, yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadığımı sordu’ ifadesi olduğu görülmektedir. 7 hasta yaptıkları görüşmeyle ilgili olarak görüştükları hekimlerin bu iletişim ilkesini vasat olarak karşıladıklarını belirtmişlerdir. Hastaların yaptıkları görüşmelerde hasta-hekim iletişimi açısından görüştükları hekimleri nasıl değerlendirdikleri Tablo 10’da gösterilmektedir.

4.2.3 Hastaların değerlendirmeleriyle sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Hastaların yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, çalışma durumlarına, gelir durumlarına, kronik bir hastalığı olup olmasına ve düzenli ilaç kullanımı ya da kullanmama durumuna göre hasta-hekim iletişim ifadelerinin her birine ilişkin görüşleri istatistikî olarak farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 10. Hastaların görüşme sonrası iletişim niteliği ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı

	Çok kötü	Kötü	Vasat	İyi	Çok iyi
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Doktorum beni nazik bir şekilde karşıladı	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	15(21,1)	55(77,5)
2. Doktorum, bana karşı güleryüzlüydü	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	19(26,8)	52(73,2)
3. Doktorum görüşme odasında oturacağım yeri uygun bir şekilde gösterdi	0(0,0)	0(0,0)	3(4,2)	15(21,1)	53(74,6)
4. Doktorum “nasıl yardımcı olabileceğini” sordu	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	19(26,8)	51(71,8)
5. Doktorum, sözümü kesmeden beni ilgiyle dinledi	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	16(22,5)	55(77,5)
6. Doktorum, benimle görüşürken göz teması kurdu	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	20(28,2)	50(70,4)
7. Doktorumun bana hitap şekli, ses tonu ve beden dili olumluydu	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	19(26,8)	52(73,2)
8. Doktorum, başvuru amacım ve/veya hastalığının tanısı, tedavisi ve seyri ile ilgili basit, açık, kesin bir dille yeterli ve anlaşılır bilgi verdi	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	21(29,6)	49(69,0)
9. Doktorum, yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadığımı sordu	0(0,0)	0(0,0)	7(9,9)	29(40,8)	35(49,3)
10. Doktoruma çekinmeden soru sorabildim	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	16(22,5)	55(77,5)
11. Doktorumun cinsiyetinin, sorunumu rahatça anlatmama olumsuz etkisi olmadı	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	12(16,9)	58(81,7)
12. Doktorum görüşme esnasında gerekli mahremiyeti sağladı	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	15(21,1)	55(77,5)
13. Doktorum, başvuru amacım hakkında kuşkularımı gidererek kendimi güvende hissetmemi sağladı	0(0,0)	0(0,0)	2(2,8)	16(22,5)	53(74,6)
14. Doktorum, bana yeterince zaman ayırdı	0(0,0)	0(0,0)	2(2,8)	12(16,9)	57(80,3)
15. Doktorumun benimle kurduğu iletişimden memnunum	0(0,0)	0(0,0)	1(1,4)	11(15,5)	59(83,1)

4.2.4 Hekimlerin ve hastaların değerlendirmelerinin karşılaştırılması

Hekimlerin yapmış oldukları değerlendirme puanları ile hastaların yapmış oldukları değerlendirme puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile test edilmiş ve sonuçları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hekimlerin yapmış oldukları değerlendirmelerin ortalaması ile hastaların yapmış oldukları değerlendirmelerin ortalamasının farkına dayalı bilgiler (Her görüşme için)

		n	Ortalama	p
1. Nazik bir şekilde karşılama	Hekim	71	4,38	,000*
	Hasta	71	4,76	
2. Gülyüzlülük	Hekim	71	4,23	,000*
	Hasta	71	4,73	
3. Oturacak yerin uygun bir şekilde gösterilmesi	Hekim	71	4,23	,000*
	Hasta	71	4,70	
4. Nasıl yardımcı olunabileceğinin sorulması	Hekim	71	4,34	,001*
	Hasta	71	4,70	
5. Sözü kesmeden ilgiyle dinlenilmesi	Hekim	71	4,28	,000*
	Hasta	71	4,77	
6. Göz temasının kurulması	Hekim	71	4,34	,000*
	Hasta	71	4,69	
7. Hitap şeklinin, ses tonunun ve beden dilinin olumlu olması	Hekim	71	4,37	,000*
	Hasta	71	4,73	
8. Hastalığın tanı-tedavisi ve seyri ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilginin verilmesi	Hekim	71	4,32	,001*
	Hasta	71	4,68	
9. Yapılan açıklamaların anlaşılır olup olmamasının teyit edilmesi	Hekim	71	3,62	,000*
	Hasta	71	4,39	
10. Çekinmeden soru sorulabilmesi	Hekim	71	4,25	,000*
	Hasta	71	4,77	
11. Hasta sorununun ifadesinde cinsiyetin olumsuz etkisinin olmaması	Hekim	71	4,63	,026*
	Hasta	71	4,80	
12. Gerekli mahremiyetin sağlanması	Hekim	71	4,32	,000*
	Hasta	71	4,76	
13. Kişinin kendisini güvende hissetmesinin sağlanması	Hekim	71	4,24	,000*
	Hasta	71	4,72	
14. Hastaya yeterince zaman ayrılması	Hekim	71	4,32	,000*
	Hasta	71	4,77	
15. Hastanın doktoruyla kurduğu iletişimden memnun olması	Hekim	71	4,28	,000*
	Hasta	71	4,82	

*p<0,05

Hastaların hasta-hekim arasındaki iletişim ifadelerinin her birisine ilişkin yapmış oldukları değerlendirmelerin ortalaması, hekimlere göre yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak da hasta-hekim arasındaki iletişim ifadelerinin her biri için hasta ve hekimlere göre yapılan değerlendirmeler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0,05$).

Hekimlerin yapmış oldukları değerlendirmeler ile hastaların yapmış oldukları değerlendirmeler arasında anlamlı bir uyum olup olmadığı Kappa istatistiği ile araştırılmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Hekim ve hastaların yapmış oldukları bazı değerlendirmelerin uyumu

	Kappa Katsayısı	p	Yorumu
1. Nazik bir şekilde karşılama	0,258	0,002*	Zayıf uyum
2. Gülyüzlülük	0,112	0,162	Önemsiz
3. Oturacak yerin uygun bir şekilde gösterilmesi	0,049	0,522	Önemsiz
4. Nasıl yardımcı olunabileceğinin sorulması	0,024	0,797	Önemsiz
5. Sözün kesmeden ilgiyle dinlenilmesi	0,058	0,463	Önemsiz
6. Göz temasının kurulması	0,073	0,420	Önemsiz
7. Hitap şeklinin, ses tonunun ve beden dilinin olumlu olması	0,110	0,231	Önemsiz
8. Hastalığın tanısı, tedavisi ve seyri ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilginin verilmesi	0,300	0,001*	Zayıf uyum
9. Yapılan açıklamaların anlaşılır olup olmamasının teyit edilmesi	0,018	0,795	Önemsiz
10. Çekinmeden soru sorulabilmesi	-0,001	0,993	Ters yönlü kötü uyum
11. Hasta sorununun ifadesinde cinsiyetin olumsuz etkisinin olmaması	0,319	0,002*	Zayıf uyum
12. Gerekli mahremiyetin sağlanması	0,178	0,034*	Önemsiz
13. Kişinin kendisini güvende hissetmesinin sağlanması	-0,053	0,496	Ters yönlü kötü uyum
14. Hastaya yeterince zaman ayrılması	-0,045	0,565	Ters yönlü kötü uyum
15. Hastanın doktoruyla kurduğu iletişimden memnun olması	0,087	0,199	Önemsiz

* $p<0,05$

Kappa yorum cetveli:

< 0 Şansa bağı olabilecek uyumdan daha kötü uyum olması

0.01 — 0.20 Önemsiz düzeyde uyum olması

0.21 — 0.40 Zayıf düzeyde uyum olması

0.41 — 0.60 Orta düzeyde uyum olması

0.61 — 0.80 İyi düzeyde uyum olması

0.81 — 1.00 Çok iyi düzeyde uyum olması

Kappa uyum katsayıları incelendiğinde hasta ve hekim değerlendirmelerine göre en yüksek uyumun “Hasta sorununun ifadesinde cinsiyetin olumsuz etkisinin olmaması” ifadesinde olduğu (kappa=0,319) olduğu ancak bu uyumun düzeyi bakımından zayıf ancak anlamlı olduğu gözlenmiştir. Yine zayıf uyum ve bu uyum katsayısının anlamlı bulunduğu “Hastalığın tanısı, tedavisi ve seyri ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilginin verilmesi” ve ‘Nazik bir şekilde karşılama’ ifadeleri gözlenmiştir.

Hasta ve hekim değerlendirmelerinin birbirinden aksi yönde olduğu gözlenen ifadeler ise çekinmeden soru sorulabilmesi, kişinin kendisini güvende hissetmesinin sağlanması ve hastaya yeterince zaman ayrılmasıdır. Diğer sorulara verilen cevaplara göre hasta ve hekim değerlendirmelerinde önemsiz uyum gözlenmiştir. Kappa istatistiğine göre hiçbir soruda iyi düzey veya çok iyi düzeyde uyum gözlenmemiştir.

4.3. Birebir incelenen görüşmelerde göze çarpan bazı hasta-hekim değerlendirmeleri

Çalışmamızda hekimler tarafından yapılan değerlendirmeler her görüşmede birebir incelendiğinde göze çarpan bazı ifadeler şu şekildedir:

- ‘Hastama yaptığım açıklamaları anlayıp anlamadığımı sordum’ ifadesi hekimler tarafından yapılan 5 görüşmede ‘çok kötü’, 7 görüşmede ‘kötü’, 14 görüşmede ‘vasat’ olarak değerlendirilmiştir. Bu görüşmelerde hastaların aynı ifadeye uygun sorgulanmış olan ‘Doktorum, yaptığım açıklamaları anlayıp anlamadığımı sordu’ ifadesini; hekimin ‘çok kötü’ dediği görüşmelerde 1 hasta ‘çok iyi’, 3 hasta ‘iyi’ 1 hasta ‘vasat’ şeklinde değerlendirmiştir. Hekimin ‘kötü’ dediği görüşmelerde, 6 hasta ‘çok iyi’ 1 hasta ‘iyi’ şeklinde değerlendirmiştir.

- ‘Hastam ile görüşmem esnasında gerekli mahremiyeti sağladım’ ifadesi, 3 görüşmede ‘kötü’ olarak değerlendirilmiştir. Bu görüşmelerde hastaların aynı ifadeye uygun sorgulanmış olan ‘Doktorum görüşme esnasında gerekli mahremiyeti sağladı’ ifadesine hastalar tarafından, 2 görüşmede ‘çok iyi’ ve 1 görüşmede ‘iyi’ şeklinde cevap verilmiştir.
- ‘Hastam bana çekinmeden soru sorabildi’ ifadesi 1 görüşmede ‘kötü’, 7 görüşmede ‘vasat’ olarak değerlendirilmiştir. Bu görüşmelerde hastaların aynı ifadeye uygun hazırlanmış olan ‘Doktoruma çekinmeden soru sorabildim’ ifadesini, hekimin ‘kötü’ olarak değerlendirdiği görüşmede hasta ‘çok iyi’ olarak değerlendirmiş, hekimin ‘vasat’ olarak değerlendirdiği görüşmelerde ise hastalar 6 görüşmede ‘çok iyi’, 1 görüşmede ‘iyi’ olarak değerlendirmişlerdir.
- ‘Hastama karşı güleryüzlüydüm’ ifadesi 9 görüşmede ‘vasat’ olarak değerlendirilmiştir. Bu görüşmelerde hastaların, aynı ifadeye uygun hazırlanmış olan ‘Doktorum, bana karşı güleryüzlüydü’ ifadesini 6 görüşmede ‘çok iyi’, 3 görüşmede ‘iyi’ olarak değerlendirdikleri görülmüştür.
- Hekimlere yöneltilen ‘Hastamı, sözünü kesmeden ilgiyle dinledim’ ifadesine hekimler 8 görüşmede ‘vasat’ şeklinde cevap vermişlerdir. Bu 8 görüşmenin tümünde hastalar, kendilerine yöneltilen ‘Doktorum, sözümü kesmeden beni ilgiyle dinledi’ ifadesine ‘çok iyi’ şeklinde cevap vermiştir.
- Hekimlere yöneltilen ‘Hastamın başvuru amacı hakkında kuşkularını gidererek kendisini güvende hissetmesini sağladım’ ifadesine 1 görüşmede ‘kötü’, 8 görüşmede ‘vasat’ şeklinde cevap verilmiştir. Aynı görüşmelerde hastalara yöneltilen ‘Doktorum, başvuru amacım hakkında kuşkularımı gidererek kendimi güvende hissetmemi sağladı’ ifadesine hekimin ‘kötü’ olarak değerlendirdiği görüşmede hasta ‘iyi’ şeklinde cevap vermiş, diğer 8 görüşmede 5 hasta ‘iyi’, 3 hasta ‘çok iyi’ şeklinde cevap vermiştir.
- Hekimlere yöneltilen ‘Hastama başvuru amacı ve/veya hastalığının tanısı, tedavisi ve seyri ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verdim’ ifadesine hekimler 8 görüşmede ‘vasat’ cevabını vermişlerdir. Aynı görüşmelerde hastalara yöneltilen ‘Doktorum, başvuru amacım ve/veya hastalığının tanısı, tedavisi ve seyri ile ilgili basit, açık, kesin bir dille yeterli ve anlaşılır bilgi verdi’ ifadesine hastalardan 5’i ‘iyi’, 3’ü ‘çok iyi’ şeklinde cevap vermiştir.

4.4. Hastaların ve hekimlerin görüşme sonrası hasta-hekim iletişimine yönelik ek düşünceleri

Anketlerde belirtilen ‘Hekiminiz ile olan bugünkü görüşmenizde “hasta-hekim iletişimi” ile ilgili olarak olumlu veya olumsuz ek görüşünüz varsa lütfen belirtiniz’ maddesi 19 hasta ve 4 hekim tarafından cevaplandırılmıştır.

Hasta cevaplarından 18'i genel olarak memnuniyet ve teşekkür ifadesi içermektedir. Bir hasta 'evli bekar mısınız' demek yerine *cinsel olarak aktif misiniz denmesini tercih ederdim* şeklinde görüş bildirmiştir. Bir hasta *söz konusu hekimin davranışları olumlu ancak ülkemizde ne yazık ki tüm hekimler böyle değil* şeklinde görüş bildirmiştir.

Hekim görüşleri, *hastanın beklentisi azdı. Açıklamam ve bilgi vermem rahat oldu* ve *nazik ve seviyeli hastalara karşı çalışma azim ve keyfimiz artış gösteriyor* şeklinde 2 olumlu görüş, *hastanın beklentisi ile medikal gerekliliğin uyumsuzluğu iletişim problemine yol açıyor* ve *hastanın hastalığı hakkında yeterince bilinçlendiğinden emin olamadım açıklamakta zorlandım. Hasta, önerilerime çalışma şartlarını gerekçe göstererek itiraz etti* şeklinde 2 olumsuz görüşü.



5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın en belirgin sonucu çalışmaya katılan 71 hastanın hemen hiçbirinin görüşme yaptığı hekimin iletişim becerileriyle ilgili olumsuz bir değerlendirme yapmamış olmalarıdır.

Çalışmadan elde edilen bu olumlu sonuç, hastaların olumsuz değerlendirme yapmaktan çekinmeleri şeklinde yorumlanabilir. Ancak çalışma bu durum göz önünde bulundurularak tasarlanmıştır. Hastalarda, yaptıkları olumsuz değerlendirme sonucunda, sağlık hizmet alımında bir aksaklık olabileceği düşüncesi oluşmaması için hasta değerlendirmeleri hasta poliklinik odasından çıktıktan sonra yapıldı. Aynı şekilde hekimin de değerlendirmesinin hasta odadan çıktıktan sonra yapılması sağlandı.

Birçok çalışmada, bazı sosyodemografik özelliklerin kişilerin beklentilerini, memnuniyetini ve tıbbi bakım kalitesini algılamasını önemli ölçüde etkileyebildiği, bazı çalışmalarda da anlamlı etkisinin olmadığı gösterilmiştir.[6, 7, 39] Çalışmamızda hasta yaşının ve eğitim düzeylerinin, yine hastalar tarafından yapılan değerlendirmelerde istatistiki olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Hastaların hasta-hekim ilişkisi ve iletişim niteliğini değerlendirdiği benzer bazı çalışmalarda, yaşı daha büyük olan hastaların değerlendirme puanlarının olumlu olarak daha yüksek olduğu görülmüş, bunun yanında yaşı daha küçük ve beraberinde eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha eleştirel yaklaştığı ve düşük puanlar verdiği görülmüştür.[6, 38] Hasta değerlendirmelerinin genel olarak olumlu olması çalışmamızda yaş ve eğitim düzeyi faktörünün iletişim algısına negatif etki etmediğini göstermektedir. Ancak çalışmamızın tek merkezli olması ve kısıtlı örneklem sayısı göz önünde bulundurulduğunda genelleme yapmak söz konusu değildir.

Çalışmamızda hastaların cinsiyet dağılımları yaklaşık eşit oranlardadır. Hasta cinsiyetinin bazı çalışmalarda hasta-hekim ilişkisi üzerinde etkin olabildiği gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkek hastaların, kadın hastalara göre hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden daha memnun oldukları gösterilmiştir.[40] Hekim cinsiyetinin hasta-hekim iletişimine etkisine yönelik yapılan bir metaanalizde hekim cinsiyetinin iletişim niteliği üzerine etkisinin minimal olduğu gösterilmiştir.[41] Bizim çalışmamızda da hem hasta hem de hekim cinsiyetinin hekim-hasta görüşmesindeki iletişim üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Cinsiyetin iletişim üzerine olabilecek olası etkisi hem hekim hem de hastalara ayrıca sorulmuştur. Hastalara yöneltilen ‘Doktorumun cinsiyetinin, sorunumu rahatça anlatmama olumsuz etkisi olmadı’ ifadesine verilen cevapların ve aynı şekilde hekimlere yöneltilen ‘Cinsiyetimin, hastamın sorununu rahatça anlatmasında olumsuz etkisi olmadı’ ifadesine verilen cevapların çoğunlukla olumlu olması bu bulgumuzu destekler niteliktedir.

Hastaların, hekimlerin iletişimsel niteliklerine yönelik değerlendirmelerinde, sosyoekonomik düzeylerinin minimal etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.[6, 39] Bizim çalışmamızda da hastaların aile gelir durumu özelliklerinin hekim iletişim niteliğini

değerlendirme özelliklerine anlamlı etkisi bulunmamıştır. Ayrıca hastaların medeni durumlarına, kronik bir hastalığı olup olmasına ve düzenli ilaç kullanımı ya da kullanmama durumuna göre de hasta-hekim iletişim ifadelerinin her birine ilişkin görüşlerinde anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir. Hasta ve hekim sayısındaki kısıtlılık, elde edilen bu sonuçları bu çalışmayla sınırlı olarak değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Ülkemizde yapılan, hekimlerin iletişim niteliği yönetiminin sorgulandığı bir çalışmada hekimlerin çoğunluğu, iş yoğunluğu gerekçesiyle etkisiz iletişim kurduklarını ifade etmişlerdir.[42]Yine ABD’de yapılan bir çalışmada, hekimlerin iletişimsel yeteneklerinin uzamış iş yükü ile beraber azaldığı gösterilmiştir.[43] Bizim çalışmamızda hekimlere yöneltilen ‘Hastama yeterince zaman ayırdım’ ifadesine çoğunlukla olumlu cevap verilmiştir. Ayrıca günde bakılan hasta sayısı ile hekim iletişim değerlendirmelerinde klinik olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bulgular, genel olarak çalışmamıza dahil olan hekimlerin hastalarına yeterli zaman ayırabildiğini ve diğer iletişimsel ifadelerin de genel olarak olumlu olduğu dikkate alındığında hastaya ayrılan zaman faktörünün iletişim problemine yol açmadığını düşündüklerini göstermektedir. Ama çalışmamıza dahil edilen hekim sayısının kısıtlılığı ve görüşmelerin rasgele seçilen sıra ve saatlerde değerlendirilmiş olması bu durumu etkilemiş olabilir.

Ülkemizde yapılan hekimlerin iletişim becerilerinin değerlendirildiği bir çalışmada hekimlerin %80’den fazlasının etkin bir iletişim becerisine sahip olduğu gösterilmiştir.[44] Çalışmamızda hasta ve hekimlerin değerlendirmelerinde %90 üzerinde olumlu cevap alınmasına rağmen, hekimlere yöneltilen ‘İletişim becerisi ile ilgili eğitim almanız gerektiğini düşünüyor musunuz’ şeklindeki soruya 11 hekim ‘evet’, 17 hekim ‘hayır’ şeklinde cevap vermiştir. Danimarka’da yapılan bir çalışmada hekimlerin iletişim becerisi eğitimi sonrası öz-yeterliklerini değerlendirmelerinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür.[45] Çalışmamızda, her ne kadar hastalar tarafından olumsuz değerlendirilmese de hekimlerin önemli bir bölümünün kendi iletişim becerilerinde nispeten eksiklik olduğunu ve geliştirilmesi gerektiğini düşündüklerini göstermesi açısından önem arz etmektedir.

Bu çalışmada öne çıkan bir başka nokta da hekimlerin bazı görüşmelerde hastalara kıyasla nisbeten olumsuz değerlendirmelerinin bulunmasıdır. Ankette yer alan değerlendirmelerde ‘Hastama yaptığım açıklamaları anlayıp anlamadığımı sordum’ ifadesi hekimler tarafından yapılan 5 görüşmede ‘çok kötü’, 7 görüşmede ‘kötü’, 14 görüşmede ‘vasat’ olarak değerlendirilmiştir. Tüm görüşmeler dikkate alındığında hekimlerin tüm 15 iletişim maddesi ile ilgili verdikleri ortalama değerlendirme puanları içinde 3,62 ortalama ile en düşük değer söz konusu iletişim maddesiyle ilgili olduğu görülmektedir. Aynı maddeye ait hastaların verdiği puan ortalaması ise 4,39 olarak saptanmıştır. Burada genel olarak hekimler görüşme esnasında hastasının konuşmasından, sorduğu sorulardan, hal ve hareketlerinden verilen bilgileri anladığını düşünmüş olabilir, bu nedenle görüşme esnasında “yaptığım açıklamaları anladınız mı?” şeklinde bir soru sormamış olabilir. Benzer olarak hasta da hekimin söylediklerini anladığı için böyle bir soru sormasına gerek kalmadığını düşünerek bu iletişim maddesini olumlu olarak değerlendirmiş olabilir. Hasta beklentilerinin karşılanma durumunun araştırıldığı, hasta ve doktorun fikir birliğini araştırma amacıyla yapılan bir çalışmada, tetkik isteme, öneride bulunma, yakınmaları açıklama, destek verme konusunda görüş birliğinin

sağlanmadığı gösterilmiş ve hasta ve hekimlerin beklenti algılarının farklı olduğu belirtilmiştir.[46] Çalışmamızda hekim değerlendirmelerinin ortalamasının her soruda hasta değerlendirmelerinin altında kalması ve hiçbir soruda istatistiki olarak iyi veya çok iyi uyumun görülememesi hasta ve hekimlerin görüşme esnasındaki iletişim algı ve hassasiyetlerinin farklı olduğunu düşündürmektedir. Değerlendirmelerin bu şekilde gerçekleşmesi olumlu bir durum olarak da görülebilir. Hekimlerin kendi iletişim niteliklerini değerlendirmede hastalara göre daha objektif olabildiklerini düşündürmektedir. Hollanda’da yapılan hasta ve hekimlerin sağlık bakım kalitesinin değerlendirmelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada da benzer şekilde hekimlerin sağladıkları sağlık bakım kalitesini hastalara göre daha eleştirel değerlendirdikleri görülmüştür.[47] Çalışmamızda hastaların, hekimlerinin iletişim niteliklerine dair değerlendirmelerinde objektif değerlendirmekten çekinmesinde, değerlendirmelerinin hekimiyle paylaşılmayacağı kendilerine ifade edilmesine rağmen, hekimiyle olan bir sonraki görüşmesinde bu değerlendirmenin etkin olabileceğini düşünmesi gibi faktörler etkili olmuş olabilir. Bir diğer faktör de hastaların hekimlerden iletişimsel beklentilerinin, hekimlerin kendileri için idealize ettikleri iletişim becerisi yetisine göre daha düşük olması olabilir.

Çalışmamızda hastalar ve hekimlerin o görüşmedeki iletişim özelliklerine dair ek düşünceleri sorgulandığında bir hekim, hastanın beklentisi ile uygulanması gereken medikal yaklaşımın uyumsuz olduğunu ifade etmiş ve bunun iletişim problemine yol açtığını ifade etmiştir. Bazı çalışmalarda hasta beklentilerinin karşılanmasının hastanın tedavisinde daha uyumlu ve katılımcı olmasına, aldığı sağlık hizmetinin devamlılığının artmasına olanak sağladığı gösterilmiştir.[48, 49] Bu şekilde değerlendirilse de hasta beklentilerinin her zaman kendi sağlığı için daha iyi olduğu ve karşılanmasının her zaman sağlıklı sonuçlar vereceği fikri savunulamaz. Hasta kendi sağlığı için zararlı olan bir durumun faydalı olacağını düşünerek hekiminden talep edebilir. Burada iletişim yönetimi yine hekimin sorumluluğundadır ve hekimin, hastanın kendi sağlığı için en iyi olanı açıklayıcı ve görüşmeci modele uygun davranmasının etkili olacağı düşünülebilir.

Yine ek düşüncelerin sorgulandığı bölüme cevap veren bir kadın hasta, evli-bekar durumunun sorulması yerine cinsel olarak aktif misiniz şeklinde sorgulanmasını tercih ettiğini belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada evli olmayan gençlerin cinsel ilişki yaşantıları incelendiğinde, gençlerin %15,6’sında cinsel ilişkiyle sonlanan deneyimlerinin olduğu görülmüştür.[50] Cinsel aktivite sorgusu, sağlık hizmetinin verildiği toplum ve hastanın sosyokültürel yapısına göre değişiklik gösterebilecek bir durum arz edebilir. ‘Evli-bekar mısınız’ sorusundan rahatsız olabilen hasta profili olabileceği gibi ‘cinsel olarak aktif misiniz’ sorusundan da aynı şekilde rahatsız olabilen hastalar olabilir. Ülkemiz gibi farklı sosyokültürel yapıları barındıran toplumlarda cinsel aktivite sorgusunun hasta merkezli bir yaklaşım izlenerek, hastanın sosyokültürel profil ve hassasiyetine uygun şekilde yapılmasının daha sağlıklı bir yaklaşım olduğu düşünülebilir.

Bu çalışma, çalışmaya katılan hastaların hekimlerin iletişim becerilerinden memnun olduklarını göstermektedir. Elde edilen bu sonuç her ne kadar çalışmanın yürütüldüğü merkezle kısıtlı olsa da çalışmanın metodolojisinden kaynaklanan olumlu özellikleri sebebiyle dikkate alınmalıdır. Elbette hasta-hekim iletişimini objektif olarak değerlendirebilmek için

bir görüşmeyi baştan sona izlemek en doğru yol gibi gözükmektedir. Ancak bu pratikte her zaman mümkün olmadığı için, bu çalışmada buna en yakın yöntem olarak, aynı görüşmenin hem hasta hem hekim açısından değerlendirilmesi istenmiştir. Bunun yanında hem hekimlerden hem de hastalardan görüşmeyle ilgili düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir. Bu da çalışmaya kalitatif bir özellik kazandırmıştır. Bu özelliklerinden dolayı ve Türkiye’de benzer metotla yapılmış bir çalışma olmamasından dolayı konusunda değerli bir çalışma olarak kabul edilebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesine yapılmış poliklinik başvurularındaki iletişim niteliğini hasta ve hekim bakış açısıyla değerlendirmeyi amaçlamış ve hastaların genel olarak hekim iletişim becerilerini olumlu değerlendirdiği görülmüştür. Hekimlerin ise kendi iletişim becerilerini değerlendirmelerinde hastalar ile iletişim algısının uyumlu olmadığı ve hastalarına kıyasla kendilerine daha eleştirel yaklaşabildikleri görülmüş ve önemli bir çoğunluğu da iletişim becerileri eğitimine ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Her ne kadar mezuniyet öncesi tıp eğitiminde iletişim becerileri ile ilgili teorik eğitimler verilse de mezuniyet sonrası pratik meslek hayatında, modern dünyada teknoloji ve haberleşme araçlarının hızla gelişmesi ve bununla uyumlu olarak toplumların özellikle genç nüfusun hızlı değişen sosyokültürel yapısına uyumlu olacak şekilde hekimlerin de belirli periyotlarda iletişim becerileri ile ilgili eğitim almaları ve bu değişimlere ayak uydurmaları önem arz etmektedir.

Çalışmamızda hasta ve hekimlere yöneltilen iletişim becerisi ile ilgili özellikler, hem hastalar hem de hekimlerde iletişim algısı ile ilgili bir farkındalık uyandırmakta, hastaların iletişimsel beklentilerini değiştirebilmekte hekimlerin de kendileri açısından dikkat etmeleri gereken noktaları göstermesi bakımından önem arz etmektedir. Bu amaca yönelik bu tür çalışmalar, hem niteliği değerlendirme hem de öğretici ve hatırlatıcı vasfıyla ülkemizde sağlık hizmeti sunucuları tarafından hekimlere ve uyarlanmak kaydıyla hekim dışı sağlık personeline uygulanabilir.

Hasta-hekim görüşmesinde iletişim yönetimi hekimin sorumluluğunda olsa da hastaların iletişim becerilerinin niteliği ve sosyodemografik özellikleriyle ilişkisinin de dahil edilebileceği çok merkezli çalışmalar mevcut durumun tespiti açısından ve sonuçlarına yönelik ulusal politikalar geliştirilebilmesi açısından yararlı olacaktır. Bu çalışmaların kalitatif nitelikte yapılmasının ayrı bir değer katacağı düşüncesindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Pendleton D, S.T., Tate P and Havelock P. , *The consultation*. 2000, Oxford: Oxford University Press.
 2. Boissy, A., et al., *Communication skills training for physicians improves patient satisfaction*. Journal of general internal medicine, 2016. **31**(7): p. 755-761.
 3. Greco, M., A. Brownlea, and J. McGovern, *Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study*. Medical education, 2001. **35**(8): p. 748-756.
 4. Prudil, L. and P. Kanova, *Communication: an important factor in patient decision making*. EUROHEALTH-LONDON-, 2003. **8**(5): p. 43-45.
 5. Cleary, P.D. and B.J. McNeil, *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. Inquiry, 1988: p. 25-36.
 6. Campbell, J., J. Ramsay, and J. Green, *Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care*. Quality and Safety in Health Care, 2001. **10**(2): p. 90-95.
 7. Kong, M.C., et al., *Correlates of patient satisfaction with physician visit: differences between elderly and non-elderly survey respondents*. Health and Quality of Life Outcomes, 2007. **5**(1): p. 62.
 8. McWhinney, I.R. and T. Freeman, *Textbook of family medicine*. 2009: Oxford University Press.
 9. TOPRAK, D.K. and B. ŞAHİN, *Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi*. PERFORMANS VE KALİTE 3. SAYI, 2012: p. 1.
 10. Wofford, M.M., et al., *Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study*. Academic medicine, 2004. **79**(2): p. 134-138.
 11. Levinson, W., et al., *Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. Jama, 1997. **277**(7): p. 553-559.
 12. Tutar, H. and M.K. Yılmaz, *Genel iletişim: Kavramlar ve modeller*. 2005: Seçkin Yayıncılık.
 13. Zıllıoğlu, M., *İletişim Nedir*. İstanbul: Cem Yayınları, 2003.
 14. Ozer, C., *İletişimin tanımı ve temel ilkeler*, in *Aile Hekimliğinde İletişim*. 2013, TAHEV, Akademi yayınevi.
 15. Kurumu, T.D., *Güncel türkçe sözlük*. Çevrimiçi) <http://www.tdk.gov.tr/index.php>, 2011.
 16. Gungor, N., *İletişime giriş*. 2013: Siyasal Yayınevi.
 17. Gökçe, O., *İletişim bilimi: insan ilişkilerinin anatomisi*. 2006: Siyasal Kitabevi.
 18. Gültekin, G., *Sağlık Kurumlarında İletişim Yönetimi*,. 2012: T.C. Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
19. Uz, O., *TC kamu sektöründe yönetici-yönetilen ilişkilerinde iletişim ve güven*. 2006.
 20. Molcho, S., *Beden Dili Sessiz Diliniz*. Gün Yayıncılık, İstanbul, 2000.
 21. Desmond, J. and L. Copeland, *Günümüz Hastasıyla İletişim*. Çeviren: Yamaç D, Tekin E, Efil Yayınevi, 2010 Ankara.

22. Suarez-Almazor, M.E., *Patient-physician communication*. Current opinion in rheumatology, 2004. **16**(2): p. 91-95.
23. Emanuel, E.J. and L.L. Emanuel, *Four models of the physician-patient relationship*. Jama, 1992. **267**(16): p. 2221-2226.
24. TÜKEL, R., Ü. Alp, and O. YAZICI, *Psikiyatri*. 2009.
25. Okay, A., *Sağlık İletişimi*. İstanbul 2012: Derin Yayınları.
26. Şahin, E.M., *Tıbbi öykü almada iletişim becerileri*, in *Aile Hekimliğinde İletişim*. 2013, TAHEV, Akademi yayınevi.
27. Ritter Jr, R.H., M.D. Reis, and T.G. Rascoe, *Interviewing Techniques*. Textbook of Family Medicine E-Book, 2011: p. 166.
28. South-Paul, J., S. Matheny, and E. Lewis, *Current diagnosis & treatment in family medicine*. 2010: McGraw Hill Professional.
29. Yengil, E., *Beden dili ve iletişim becerilerinde pratik önemi*, in *Aile Hekimliğinde İletişim*, K.A. Ünlüoğlu İ, Özer C, Editor. 2013, TAHEV.
30. Pease, A., *Beden Dili*. 5. B., Çev.: Yeşim Özben, İstanbul: Rota, 2002.
31. Baltas, Z. and A. Baltas, *Bedenin Dili*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2002.
32. Larsen, K.M. and C.K. Smith, *Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview*. The Journal of family practice, 1981. **12**(3): p. 481-488.
33. McCabe, M.S., W.A. Wood, and R.M. Goldberg, *When the family requests withholding the diagnosis: who owns the truth?* Journal of oncology practice, 2010. **6**(2): p. 94-96.
34. Bulduklu, Y., *Hastalarla İletişim* 2015: Çizgi Kitabevi.
35. TAŞCI, B.İ., *Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları*. 2013.
36. Gordon, T., S. Edwards, and E. Aksay, *Doktor hasta işbirliği*. 2001: Sistem Yayıncılık.
37. Zebiene, E., et al., *Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania*. International Journal for Quality in Health Care, 2004. **16**(1): p. 83-89.
38. Abadel, F.T. and A.S. Hattab, *Patients' assessment of professionalism and communication skills of medical graduates*. BMC medical education, 2014. **14**(1): p. 28.
39. Van Ryn, M. and J. Burke, *The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients*. Social science & medicine, 2000. **50**(6): p. 813-828.
40. Çiftçioğlu, B.A. and G. Ordun, *HASTALARIN HEKİMLERİN KENDİLERİ İLE KURDUKLARI İLETİŞİMİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA-AN EMPIRICAL INVESTIGATION FOR MEASURING PATIENT'S COMMUNICATION SATISFACTION WITH THEIR PHYSICIAN*. Öneri Dergisi, 2010. **9**(34): p. 109-118.
41. Roter, D.L., J.A. Hall, and Y. Aoki, *Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review*. Jama, 2002. **288**(6): p. 756-764.
42. Arda, H., et al., *Dicle Üniversitesi araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri*. 2014.
43. Passalacqua, S.A. and C. Segrin, *The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift*. Health communication, 2012. **27**(5): p. 449-456.
44. KARADAĞ, M., et al., *Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi*. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2015. **17**(1): p. 160-179.
45. Nørgaard, B., et al., *Communication skills training increases self- efficacy of health care professionals*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2012. **32**(2): p. 90-97.

46. Hooper, R., et al., *Unmet expectations in primary care and the agreement between doctor and patient: a questionnaire study*. Health expectations, 2005. **8**(1): p. 26-33.
47. Jung, H.-P., et al., *Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care*. Qual Saf Health Care, 2002. **11**(4): p. 315-319.
48. Junod Perron, N., et al., *Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland*. Family Practice, 2003. **20**(4): p. 428-433.
49. Little, P., et al., *Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study*. Bmj, 2004. **328**(7437): p. 444.
50. Kırmızıtoprak, E. and Z. Şimşek, *Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2011. **10**(4): p. 463-472.



8. ÖZGEÇMİŞ

Uğur SARAÇOĞLU 1988 yılında Konya’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Konya’da tamamladı. 2012 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. Eylül 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Aksaray’da pratisyen hekim olarak çalıştı. Eylül-2014’ten bu yana Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği’nde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.



9. EKLER

9.1. ANKET FORMLARI

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ POLİKLİNİK BAŞVURULARINDA HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ NİTELİĞİNİN HASTA VE HEKİM BAKIŞ AÇISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

HASTA ANKET FORMU

Sayın katılımcı;

Bu anket çalışması Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü hastaların hasta-hekim iletişimi niteliğini değerlendirmesi amacıyla yapılmaktadır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup, anket 27 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 4 dakika sürmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı:Dr. Uğur Saraçoğlu

Sorumlu Araştırmacı:Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş

Tel: 05077495436

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmayı,

Onaylıyorum (.....) Onaylamıyorum (.....)

Kişisel bilgileriniz;

1.Doğum tarihiniz nedir? (Yıl olarak belirtiniz)

2.Cinsiyetinizi belirtiniz: 1. Erkek 2. Kadın

3.Medeni durumunuz?

1.Evli 2.Bekar 3.Boşandım 4.Eşim vefat etti 5. Evliyim eşimden ayrı yaşıyorum

4.Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır

5.Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Yüksek okul/ Üniversite mezunu

6.Çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

7.Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz?.....

8.Ailenizin gelir durumunu nasıl ifade edersiniz?

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

9.Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

10.Hekim tarafından verilen düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? 1. Evet 2. Hayır

11.Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı?(Anksiyete-bunaltı, depresyon vs.) Varsa lütfen belirtiniz.....

12.Hekiminize bugünkü başvuru nedeniniz nedir?

1. Yeni başlayan yakınma 2. Danışmanlık 3. Mevcut hastalığının kontrolü
4. İlaç yazdırmak 5. İlaç raporu çıkartmak 6. Tetkik istemi 7. Diğer.....

Aşağıda bugün yaptığınız görüşmeye ilişkin bazı ifadeler bulunmaktadır. İfadelerde (1) çok kötü, (5) çok iyi olacak şekilde 1'den 5'e kadar değişen bir ölçek bulunmaktadır. Lütfen her biri için uygun düşen sayıya uygun alanları işaretleyiniz. Lütfen bütün soruları cevaplandığınızdan ve her soruya yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Teşekkür ederim.

		1 (Çok kötü)	2 (Kötü)	3 (Vasat)	4 (İyi)	5 (Çok iyi)
1.	Doktorum beni nazik bir şekilde karşıladı					
2.	Doktorum, bana karşı güleryüzlüydü					
3.	Doktorum görüşme odasında oturacağım yeri uygun bir şekilde gösterdi					
4.	Doktorum "nasıl yardımcı olabileceğini" sordu					
5.	Doktorum, sözümü kesmeden beni ilgiyle dinledi					
6.	Doktorum, benimle görüşürken göz teması kurdu					
7.	Doktorumun bana hitap şekli, ses tonu ve beden dili olumluydu					
8.	Doktorum, başvuru amacım ve/veya hastalığının tanısı, tedavisi ve seyri ile ilgili basit, açık, kesin bir dille yeterli ve anlaşılır bilgi verdi					
9.	Doktorum, yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadığımı sordu					
10.	Doktoruma çekinmeden soru sorabildim					
11.	Doktorumun cinsiyetinin, sorunumu rahatça anlatmama olumsuz etkisi olmadı					
12.	Doktorum görüşme esnasında gerekli mahremiyeti sağladı					
13.	Doktorum, başvuru amacım hakkında kuşkularımı gidererek kendimi güvende hissetmemi sağladı					
14.	Doktorum, bana yeterince zaman ayırdı					
15.	Doktorumun benimle kurduğu iletişimden memnunum					

Hekiminiz ile olan bugünkü görüşmenizde "hasta-hekim iletişimi" ile ilgili olarak olumlu veya olumsuz ek görüşünüz varsa lütfen belirtiniz

.....

.....

.....

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ POLİKLİNİK BAŞVURULARINDA HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ NİTELİĞİNİN HASTA VE HEKİM BAKIŞ AÇISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

HEKİM ANKET FORMU

Sayın katılımcı;

Bu anket çalışması Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik başvurularında hekimlerin, hasta-hekim iletişimi niteliğini değerlendirmesi amacıyla yapılmaktadır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup, anket 23 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 4 dakika sürmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı:Dr. Uğur Saraçoğlu

Sorumlu Araştırmacı:Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş

Tel: 05077495436

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmayı,

Onaylıyorum (.....) Onaylamıyorum (.....)

Kişisel bilgileriniz;

1.Doğum tarihiniz nedir? (Yıl olarak belirtiniz)

2.Cinsiyetinizi belirtiniz: 1. Erkek 2. Kadın

3.Medeni durumunuz?

1.Evli 2.Bekar 3.Boşandım 4.Eşim vefat etti 5. Evliyim eşimden ayrı yaşıyorum

4.Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır

5. Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yılı belirtiniz:.....

6. Meslekteki toplam çalışma sürenizi belirtiniz:

7. Bir günde ortalama görüştüğünüz hasta sayısı nedir:

1.<20 2. 20-40 3. 41-60 4. >60

8. İletişim becerileri konusunda eğitim almanız gerektiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Aşağıda bugün yaptığınız görüşmeye ilişkin bazı ifadeler bulunmaktadır. İfadelerde (1) çok kötü, (5) çok iyi olacak şekilde 1'den 5'e kadar değişen bir ölçek bulunmaktadır. Lütfen her biri için uygun düşen sayıya uygun alanları işaretleyiniz. Lütfen bütün soruları cevaplandığınızdan ve her soruya yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Teşekkür ederim.

		1 (Çok kötü)	2 (Kötü)	3 (Vasat)	4 (İyi)	5 (Çok iyi)
1.	Hastamı nazik bir şekilde karşıladım					
2.	Hastama karşı güleryüzlüydüm					
3.	Hastama görüşme odasında oturacağı yeri uygun bir şekilde gösterdim					
4.	Hastama 'nasıl yardımcı olabileceğimi' sordum					
5.	Hastamı, sözünü kesmeden ilgiyle dinledim					
6.	Hastam ile görüşürken göz teması kurdum					
7.	Hastama olan hitap şeklim, ses tonum ve beden dilim olumluydu					
8.	Hastama başvuru amacı ve/veya hastalığının tanısı, tedavisi ve seyri ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verdim					
9.	Hastama yaptığım açıklamaları anlayıp anlamadığını sordum					
10.	Hastam bana çekinmeden soru sorabildi					
11.	Cinsiyetimin, hastamın sorununu rahatça anlatmasında olumsuz etkisi olmadı					
12.	Hastam ile görüşmem esnasında gerekli mahremiyeti sağladım					
13.	Hastamın başvuru amacı hakkında kuşkularını gidererek kendisini güvende hissetmesini sağladım					
14.	Hastama yeterince zaman ayırdım					
15.	Hastam, benimle kurduğu iletişimden memnun oldu					

Hastanız ile olan bugünkü görüşmenizde "hasta-hekim iletişimi" ile ilgili olarak olumlu veya olumsuz ek görüşünüz varsa lütfen belirtiniz

.....

.....

.....

9.2 EK-2 ETİK KURUL ONAYI



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996/134

14.6.2017

KONU : 14.06.2017 Tarih ve 133 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Uzm. Dr. Aylin Baydar ARTANTAŞ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Poliklinik Başvurularında Hasta - Hekim İletişimi Niteliğinin Hasta Ve Hekim Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi” isimli Dr. Uğur SARAÇOĞLU’ nun tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 14/06/2017 tarih ve 133 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası
Bilkent Yolu 3.Km. Çankaya /Ankara
Telefon: 0(312) 291 25 25 / 36 45