

## HASTA - HEKİM İLETİŞİMİNDEKİ EKSİKLİK VE HATALARIN ORTAYA KONMASINDA FMEA MODEL ANALİZİNİN KATKISI

### THE ASSISTANCE OF FMEA MODEL ANALYSIS IN REVEALING FAILURES AND DEFICIENCIES OF PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION

Pınar BOL<sup>1</sup> Gülnur GÜL<sup>1</sup> Ahmet Emin ERBAYCU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi

<sup>2</sup>İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

**Anahtar sözcükler:** Sağlık hizmeti, hasta hekim iletişimi, fmea, hasta güvenliği

**Key words:** Health service, patient- physician communication, fmea, patient safety

Geliş tarihi: 22 / 12 / 2012

Kabul tarihi: 24 / 03 / 2013

#### ÖZET

Günümüzde hasta hekim ilişkisi hasta açısından zor ve karmaşık bir durumdur. Hasta kendi bilgi ve becerisi olmayan bir konuda vazgeçilemeyecek ertelenemeyecek gereksinimlerini karşılamak durumdadır. İhtiyacı olan hizmeti verecek olan hekim karşısında pasif bir duruma düşmektedir.

Bu çalışmada, bir örnek olay üzerinden FMEA (Hata türü etki analizi) kalite geliştirme aracı kullanarak, hasta – hekim ilişkisindeki eksikliklerin ve hataların, hasta açısından varsayımsal etkilerine bakılmıştır.

Hasta-hekim iletişimindeki eksiklikler, hastanın evdeki tedavi sürecine uyumunda istenmeyen durumlara yol açabildiği gibi hastanın hastaneye tekrar başvurusunu da artırabilmektedir.

Hasta-hekim arasındaki iletişim eksikliğinden hasta güvenliğini tehdit eden önemli sorunlar ortaya çıkabileceği açıkça görülmektedir. Hekimin bilgi ve tecrübesi ne kadar iyi olursa olsun iletişimdeki problemler, hasta bakım kalitesini düşürmektedir.

Sağlık hizmetlerinin amacı, hastanın tanı ve tedavi sürecini en az zararlı ve en fazla yararlı geçirmesini sağlamak ve hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarmak ise, hasta- hekim iletişimine verilen önemin daha çok artırılması gerekmektedir.

#### SUMMARY

Patient-physician communication is nowadays in a difficult and confused matter. The patient has to meet his requirements those may not be cancelled or gave up in a subject that he does not have any information and artifice. So the patient is passive toward a doctor who will serve the health care needed.

In the study, the hypothetical effects of errors and deficiencies in patient-physician communication were analysed using FMEA (Failure modes and effects analysis) in a sample event.

It is clear that major problems which threat the patient safety may occur because of the deficiencies patient-physician communication. The problems in communication decrease the quality of patient care regardless of the doctor's knowledge and skill.

If the purpose of the health services is to serve the patient with minimum impairment and maximum efficacy along the process of diagnosis and treatment and to have patient safety in high degree, the priority has to be increased for the patient-physician communication.

## GİRİŞ

### Hasta Hekim İlişkisi

Hasta- hekim ilişkisi kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından belirlenmektedir. Hastanın hekimine güven duyması tanı ve tedavi sürecinin etkinliği için birinci koşuldur. (1). Bilinmeyen ve yabancı olandan korkmak insanın doğasında vardır. İlk karşılaşmada hekimde de, hastada da bir yabancı ve bilinmeyenle karşılaşmış olmanın korkusu ve çekincesi vardır. (2). İletişim sırasında hasta, kendi şikayetleri, tanısı, prognozu ya da tedavisi ile ilgilenirken, hekim de, doğru tanı - tedavi ile ve hastaya bu durumu nasıl açıklayacağı ile ilgilenir. Hasta ve hekimin bakış açılarının ortak noktası hastayla ilgili çıktılardır. Hekim-hasta arasında iki taraflı paylaşım, semptom ve problemlerin çözümü, hekimden memnuniyet, klinik karşılaşma, hekim önerilerinin uygulanması, hekim güven ve kronik hastalıklarla yüz yüze geldiğinde hastanın kendine güvenmesi, ve kendi kendini idare etmesi ile tamamen ilişkilidir (3,4).

Hekimler tanılarının %60-80'ini iyi bir hasta-hekim görüşmesi ile koymakta, buna fizik muayene bulguları da eklenince bu oran %90'a yükselmektedir (5). Halbuki, hastalar psikososyal ve psikiyatrik problemlerinin 2/3'ünü tanımlayamamakta, hastaların yaklaşık yarısında yakınmalar hekim tarafından tam olarak fark edilmemekte, ana sorunun ne olduğu ile ilgili hasta - hekim arasında bir fikir birliği oluşmamakta ve yarısından çoğu da hekim önerilerine uymamaktadır (6).

Hastanın kaygıları anlaşılmadığında ve açıklığa kavuşmadığında hastada büyük anksiyete olur. Önemli bir hastalık ile ilgili hastadaki psikolojik baskının seviyesi yeterli bilgi sağlanırsa azalmaktadır (7).

Hasta ile görüşme, öykü alma ve fizik muayene yöntemlerini de içeren iletişim becerilerinin tam olarak kullanılmadığı, hastanın tam olarak dinlenilmediği ve hasta ile görüşmek için az zaman harcandığı durumlar, hekimleri tetkik ve tahlil sonucu istemeye yöneltmekte-

dir. Hekimlerin daha çok laboratuvar sonuçlarına yönelmesi ise; daha az yararlı olunan, daha az memnuniyet sağlanan, ancak daha çok zaman, emek ve maliyete neden olan bir kısır döngüye neden olmaktadır (8). Hekimlerin laboratuvara ve ileri tetkiklere daha çok yönelmesine yol açan temel düşüncelerden biri de, hastaların çoğu zaman hekimin sorularına açık ve kesin yanıtlar vermedikleri düşüncesidir. Bu düşünce hasta-hekim arasında iletişimin iyi kullanılmamasının bir yansımasıdır (9).

Kronik hastalıklar zamanla hastanın kişiliğinde belirgin değişikliklere neden olabilir ya da ölümcül hastalıklar hastanın kişiliğinde ani değişikliklere yol açabilir. Bu nedenle hekim-hasta ilişkisinde hastanın kimliğini hasta rolünden çok, onun hastalığının belirlediği söylenebilir. Günümüzde bu durumun hekim-hasta ilişkisinde neden olabileceği en olumsuz sonuç gerçekleşmeye başlamış ve hekim, hasta yerine onun hastalığı ile ilişki kurma durumuna gelmiştir. Hekimin bu tutumunda etken olan başka nedenler arasında bilimsel ve teknik gelişmeler, bunlara bağlı aşırı uzmanlaşma eğilimi ve zaman darlığı sayılabilir (10).

İyi bir hasta hekim ilişkisi özellikle Diabet, Hipertansiyon, Kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkları olan kişiler için çok önemlidir. Bu hastalar bilgilendirildiklerinde ve kendileriyle ilgili konuda karar alma sürecine dahil edildiklerinde, hastalığıyla ilgili davranış değiştirme (sigarayı bırakma, diyet yapma) ve hekim önerilerine uyma konusunda daha dikkatli davranırlar. (11). Ek olarak güven eksikliği de, hekim ile hasta arasındaki anlaşmazlık, hekim açısından görüşmenin engellenmesine katkıda bulunur. Hekim kendi iletişim becerisinin iyi olduğunu düşünürken hastaları bu konuda aynı fikirde olmayabilirler. Bu yüzden hasta hekim ilişkisine hem hasta hem hekim tarafından iki yönlü bakılmalıdır (3).

Hekim hasta ilişkisinde iki farklı paradigma söz konusudur: hekim merkezli ve hasta merkezli. Daha yaygın olan hekim merkezli tip

uygulamalarında, teşhis-tedavi sürecinde aktif yönlendirici, hatta belirleyici olan hekimdir. Hasta merkezli tıp uygulamasında ise, hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir, kafalarındaki her türlü soruyu sormaları için cesaretlendirilir, yakınlıkları ve sağlığı hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastanın hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Hekim hasta yerine karar vermek yerine, hastanın doğru kararı verebilmesi için onu bilgilendirmeli, farklı seçenekleri, alternatif yaklaşımları olumlu ve olumsuz yönleri ile birlikte hastaya açıklamalıdır (12).

Bir hekimin kişisel gelişimi ve farkındalığı, etkili iletişimin temelidir. Maalesef geleneksel tıp eğitimi kliniksel iletişimi öğretmekte yetersiz kalmaktadır. Eğitimler, bir yeti geliştirme, öğretimin kalite kontrolü, geç öğrenen öğrencilerin oranı, uygulama ve geribildirimler için uygun ortam sağlanmasını içermelidir. İletişim becerileri eğitimi tüm müfredat boyunca verilmelidir. Ayrıca karışık bir durumla karşılaşan öğrencinin ihtiyacı olan iletişim becerileri de verilmelidir. Bu tür uygulamalar klinisyenler ve diğer davranışsal ya da sosyal bilimciler arasında yaygınlaştırılmalıdır (7).

#### **FMEA (Failure Modes And Effects Analysis- Hata Türü Etki Analizi-HTEA)**

FMEA, sağlık alanında, hasta güvenliği sağlama ve istenen klinik sonuçlara ulaşmak için bir prosesin adımlarının tanımlanması ve geliştirilmesi sürecidir (15).

Hata türü etki analizinde temel 3 kavram vardır. Bunlar şiddet, olasılık ve keşfedilebilirliktir. Bu 3 kavramın çarpımları sonucunda risk öncelik göstergesi elde edilir.

- ◆ **Şiddet:** Etkinin hasta üzerinde ne kadar belirgin olduğunu gösterir.
- ◆ **Olasılık:** Hatanın ortaya çıkma olasılığıdır.
- ◆ **Keşfedilebilirlik:** Hastaya ulaşmadan önce hatayı yakalama yeteneğidir.
- ◆ **Tehlike Skor Matrisi-Risk Öncelik Göstergesi (RÖG):** FMEA'nın çıktısıdır. Nedenin düzeltilmesi için öncelik tayininde kullanılır. RÖG = Şiddet X Olasılık X Keşfedilebilirlik şeklinde hesaplanmaktadır (16).

FMEA ilk olarak 9 Kasım 1949' da askeri bir prosedür olarak uygulanmaya başlamış (MIL-P-1629) (17) ve 1960'lı yıllarda NASA tarafından uygulanmıştır. Daha sonra havacılık ve telekomünikasyonda kullanılmıştır (18). 2001'de Amerika'da Departman of Veterans Affairs diğer endüstrilerde var olan modelleri incelemiş ve sağlık bakım endüstrisi için işe yararlılıklarını belirlemiştir. NCPS (Amerika Hasta Güvenliği Ulusal Merkezi) uzun yıllar endüstri alanında kullanılan FMEA sistemini inceleyip sağlık alanında proaktif risk değerlendirme aracı olarak kullanımını önermiştir (19).

**Tablo 1.** Tehlike skor matrisi

		ŞİDDET				
		FELAKET- 4	YÜKSEK- 3	ORTA- 2	DÜŞÜK- 1	
OLASILIK	SIK SIK-	4	16	12	8	4
	ARA SIRA-	3	12	9	6	3
	SEYREK-	2	8	6	4	2
	NADİR-	1	4	3	2	1

**Not:** Sağlık alanındaki çalışmalarda tehlike skor matrisinde şiddet ve olasılık daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Keşfedilebilirlik daha çok laboratuvar çalışmalarında, ve ilaç hatalarında matrisle eklenmektedir.

Bu çalışmada, bir örnek olay üzerinden FMEA (Hata türü etki analizi) kalite geliştirme aracı kullanarak, hasta – hekim ilişkisindeki eksikliklerin ve hataların, hasta açısından varsayımsal etkilerine bakılmıştır.

### GEREÇ ve YÖNTEM

#### Örnek bir olay

Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Acil Servis Birimi'ne aynı hastanın 1 hafta içinde 3 kez nefes darlığı şikayeti ile başvurduğu tespit edildi. Bunun üzerine birimde bir istatistiksel analiz yapıldı ve 1 aylık süre içinde acil servise, 1 hafta içinde 3 kez ve daha fazla başvuran hasta sayısının 100 civarında olduğu görüldü. Bunun üzerine bu durumun sebeplerini tanımlamak ve çözüm bulmak amacıyla FMEA kalite geliştirme aracı kullanılarak bir çalışma yapıldı.

#### FMEA Uygulaması

1.Adım: Araştırılmak istenen prosesin seçilerek faaliyet alanının tanımlanması: 1 hafta içinde aynı hastanın 3 ve/veya daha fazla gün acil servise başvurma nedenlerinin bulunması

2. Adım: Takımın kurulması:

Başlangıç-Bitiş Tarihi: 24.05.2010 - 31.05.2010. Takım üyeleri bir başhekim yardımcısı, bir uzman hekim, bir asistan hekim, iki hemşire ve bir personelden oluşturuldu. Bir hemşire zamanın ayarlanması ve bilgilerin kaydedilmesi için görevlendirildi.

3. Adım: Sürecin Tanımlanması

3a. Akış diyagramının geliştirilmesi. Hastanın acil servise başvurusundan taburculuğuna

kadar geçen süre için akış diyagramı aşağıdaki gibi basamaklandırıldı.

- Hastanın acil servise başvurusu
- Hastanın sağlık ekibi tarafından karşılanması
- Hastanın ilk muayene ve tetkiklerinin yapılması
- Hastanın tedavi sürecinin başlaması
- Hastanın sonuçlarının toplanması
- Hastanın klinik değerlendirmesinin yapılması
- Hastanın taburcu edilmesi

3b. Faaliyet alanının belirlenmesi: Tanımlanan süreç içinden hastanın taburcu edilmesi basamağı faaliyet alanı olarak seçildi.

3c. Faaliyet alanlarının alt süreçlerinin belirlenmesi: Hastanın taburcu edilmesi faaliyet alanında oluşabilecek hatalar 3 madde halinde belirlendi

- Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmemesi,
- Hastanın, hastalığının takibi için polikliniğe yönlendirilmemesi,
- Hasta yakınlarının sürece dahil edilmemesi

#### BULGULAR

4. adım. Uygulama: Alt süreçlerin her birinde oluşabilecek hatalar tek tek belirlendi.

4a. Hataların yazılması

4b. Şiddet ve olasılıkların hesaplanması: Tehlike skor matrisine göre tüm hatalar doğurabilecekleri olası sonuçlara göre puanlandırıldı.

**Tablo 2.** Hastanın taburcu edilme sürecinin alt süreçlerinde belirlenen hatalar.

<b>1. Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmemesi</b>	<b>2. Hastanın, hastalığının takibi için polikliniğe yönlendirilmemesi</b>	<b>3. Hasta yakınlarının sürece dahil edilmemesi</b>
1.1. Hastaya, düzenlenen reçetenin nasıl kullanılacağı anlatılmaması	2.1. Hastaya poliklinik takibine gitmesinin gerekliliğinin anlatılmaması	3.1. Kurum politikası nedeniyle hasta yakınlarının acil servis içine alınmaması
1.2. Hekimin verdiği bilgilerin teknik terim içermesi, hastanın anlamaması	2.2. Hastanın acil servisi poliklinik hizmeti verilen bir birim olarak görmesi	3.2. Hasta yakınlarının hekimle iletişime geçmekten çekinmeleri
1.3. Hastaya uygulayacağı diyet hakkında bilgi verilmemesi	2.3. Hastaya poliklinik takibine girmesinin söylenmesinin unutulması	3.3. Hekimin hastayı yakınları ile bir bütün olarak ele almaması
1.4. Hastadan geribildirim alınmaması		3.4. İş yoğunluğu nedeniyle hekimlerin hasta dışındakilerle iletişime geçip zaman kaybetmek istememeleri
1.5. Hekimin hastanın bilgilendirilmesi için zaman ayırmaması		
1.6. Hekimin uzun bir bilgilendirme için zamanının olmaması		
1.7. Servis içinde bilgilendirme için uygun ortamın olmaması		
1.8. Hastaya kullanacağı ilaçların etkilerinin ne zaman başlayacağını söylenmemesi		

**Tablo 3.** Tehlike skor matrisine göre hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmemesi sonucu oluşabilecek hataların risk öncelik göstergesinin hesaplanması.

Hata	Nedenler	Etki	Şiddet	Olasılık	Tehlike skoru
1.Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmemesi	1.1. Hastaya, düzenlenen reçetenin nasıl kullanılacağını anlatılmaması	Hastada hospitalizasyonu artırabilir, ilaçların yanlış kullanımına bağlı ciddi problemler ve alerjik reaksiyonlar görülebilir Olay sık sık oluşabilir	4	4	16
	1.2. Hekimin verdiği bilgilerin teknik terim içermesi, hastanın anlamaması	Yanlış ilaç kullanımı ya da ilaç kullanmamaya bağlı hastalık ilerleyebilir, kronikleşebilir, hekimin önerilerini anlamadığı için yapmayabilir, ciddi sağlık sorunları oluşabilir, bakım düzeyi artabilir Olay sık sık oluşabilir.	3	4	12
	1.3. Hastaya uygulayacağı diyet hakkında bilgi verilmemesi	İlaç-besin alerjisi olabilir vücut fonksiyonlarında hasarlara sebebiyet verebilir, hospitalizasyona neden olabilir, sık sık oluşabilir	3	4	12
	1.4. Hastadan geribildirim alınmaması	Hastanın bakım düzeyini artırabilir, hospitalizasyona neden olabilir, kalıcı zararlara neden olabilir, sık sık oluşabilir	3	4	12
	1.5. Hekimin hastanın bilgilendirilmesi için zaman ayırmaması	Hastanın bakım düzeyini artırabilir, hospitalizasyona neden olabilir, kalıcı zararlara neden olabilir, ara sıra oluşabilir	3	3	9
	1.6. Hekimin uzun bir bilgilendirme için zamanının olmaması	Hastanın bilgilendirilmesi yeterli olmadığı için, yanlış ilaç dozu kullanılabilir, evdeki tedavi süreci uzayabilir, hospitalizasyon gerekebilir, Ara sıra oluşabilir.	3	3	9
	1.7. Servis içinde bilgilendirme için uygun ortamın olmaması	Hasta hekimin söylediklerinin hepsini anlamayabilir, evdeki tedavi sürecinde yanlışlıklar yapabilir, tedavisi uzayabilir, ara sıra oluşabilir.	3	3	9
	1.8. Hastaya kullanacağı ilaçların etkilerinin ne zaman başlayacağını söylenmemesi	Hasta ilaçların hemen etki edeceğini düşünebilir ve beklenen gerçekleşmeyince tekrar acile başvurabilir, medikal harcamalar artabilir, ara sıra gerçekleşebilir.	2	3	6

**Tablo 4.** Tehlike skor matrisine göre hastanın hastalığının takibi için polikliniğe yönlendirilmemesi sonucu oluşabilecek hataların risk öncelik göstergesinin hesaplanması.

Hata	Nedenler	Etki	Şiddet	Olasılık	Tehlike skoru
2.Hastanın, hastalığının takibi için polikliniğe yönlendirilmemesi	2.1. Hastaya poliklinik takibine gitmesinin gerekliliğinin anlatılmaması	Hasta tedavi sürecini sürekli acil servise başvurarak tamamlayacağını düşünür. Kronik hastalarda, hastalığın gelişimi tedavisi ve takibi, varsa ileri tetkikleri eksik kalabilir, hastalığın prognozu kötüye gidebilir, hasta için medikal harcamalar artabilir, ara sıra gerçekleşebilir.	3	3	9
	2.2. Hastanın acil servisi poliklinik hizmeti verilen bir birim olarak görmesi	Hasta kendi şartlarına bağlı olarak, hızlı işlem olması nedeniyle sadece acil servisten hizmet almak isteyebilir, tedavisi düzenli takip edilemez. Ara sıra oluşabilir.	1	3	3
	2.3. Hastaya poliklinik takibine girmesinin söylenmesinin unutulması	Hekim yoğunluk ya da başka nedenlerle hastaya poliklinik takibinin öneminden bahsetmeyi unutabilir, hastaya ve kuruma ekstra maddi harcamalar getirebilir. Ara sıra oluşabilir.	2	3	6

**Tablo 5.** Tehlike skor matrisine göre hasta yakınlarının sürece dahil edilmemesi sonucu oluşabilecek hataların risk öncelik göstergesinin hesaplanması

Hata	Nedenler	Etki	Şiddet	Olasılık	Tehlike skoru
3.Hasta yakınlarının sürece dahil edilmemesi	3.1. Kurum politikası nedeniyle hasta yakınlarının acil servise alınmaması	Hasta verilen bilgileri anlamayabilir, aile hastanın anladıklarına göre tedavi sürecine katkı da bulunur, evde yanlış tedavi süreci uygulanabilir, sık sık oluşabilir.	2	4	8
	3.2. Hasta yakınlarının hekimle iletişime geçmekten çekinmeleri	Hasta tedavi sürecini anlamayabilir, yakınlarına yanlış anlatabilir, tedavisi uzayabilir, ek maliyet getirebilir, bakım düzeyi artabilir, seyrek oluşabilir.	3	2	6
	3.3. Hekimin hastayı yakınları ile bir bütün olarak ele almaması	Hasta, hekimin önerileri dikkate almayabilir ya da yanlış anlayabilir, yakınlarına yanlış iletebilir, aile dikkat edilmesi gerekenleri bilemeyip tedavi sürecini desteklemekte eksik ya da yanlış davranabilirler, hospitalizasyon ve bakım düzeyi artabilir, ara sıra oluşabilir.	3	3	9
	3.4. İş yoğunluğu nedeniyle hekimlerin hasta dışındakilerle iletişime geçip zaman kaybetmek istememeleri	Hasta hekimin önerileri dikkate almayabilir ya da yanlış anlayabilir, yakınlarına yanlış iletebilir, aile dikkat edilmesi gerekenleri bilemeyip tedavi sürecini desteklemekte eksik ya da yanlış davranabilirler, hospitalizasyon ve bakım düzeyinde artış görülebilir, sık sık oluşabilir.	3	4	12

5. adım: Önlemlerin belirlenmesi ve eylemlere başlanması

Matrikste, aşağıdaki hatalar riskli ve öncelikli düzeltilmesi gereken hatalar olarak bulunmuştur.

**Tablo 6.** Tehlike skor matrisine göre öncelikli önlem alınması gereken hataların önem derecesine göre sıralanması.

1.1. Hastaya, düzenlenen reçetenin nasıl kullanılacağı anlatılmaması
1.2. Hekimin verdiği bilgilerin teknik terim içermesi, hastanın anlamaması
1.3. Hastaya uygulayacağı diyet hakkında bilgi verilmemesi
1.4. Hastadan geribildirim alınmaması
3.4. İş yoğunluğu nedeniyle hekimlerin hasta dışındakilerle iletişime geçip zaman kaybetmek istememeleri
1.5. Hekimin hastanın bilgilendirilmesi için zaman ayırmaması
1.6. Hekimin uzun bir bilgilendirme için zamanının olmaması
1.7. Servis içinde bilgilendirme için uygun ortamın olmaması
2.1. Hastaya poliklinik takibine gitmesinin gerekliliğinin anlatılmaması
3.3. Hekimin hastayı yakınları ile bir bütün olarak ele almaması
3.1. Kurum politikası nedeniyle hasta yakınlarının acil servise alınmaması

Bu hataların önlenmesi için alınacak önlemler ise:

- Hekimlere hasta hekim iletişimin önemini ve nasıl iletişim kurulması gerektiğini içeren hizmet içi eğitimlerin planlanması
- Hekimlerin iş yoğunluğunu azaltmak için acil serviste çalışan hekim sayısının artırılması.
- Hekimlere kişilerarası etkili iletişim becerileri kazandırmak için eğitim planlanmasının yapılması
- Hastanın taburculuğu sırasında yakınların da çağırılarak bilgilendirilmesinin sağlanması için kurumda bir düzenleme yapılması
- Hekimlere, hastaların bilgilendirilmesindeki eksikler yüzünden hastaların acil servise sık sık başvurmalarının kendilerine ekstra bir yük getirdiği ve iş yoğunluklarını aslında kendilerinin arttırdıklarının anlatılması
- Hekimlere hastaların aileleriyle bir bütün olarak değerlendirilmesinin gerekliliğinin anlatılması olarak belirlendi.

## TARTIŞMA

Hekim - hasta iletişimindeki eksiklik, hasta güvenliğini tehdit eden, hatta hasta ölümüne

ya da ciddi istenmeyen olaylara neden olabilecek kadar ciddi bir durumdur.

21. yy sağlık sistemlerinin odağı hasta ve hasta- hekim ilişkilerinin iyileştirilmesidir. Tıbbi görüşmeler, temel klinik etkileşimlerdir ve sağlık personelinin temel ve en önemli faaliyetleridir. Hastalar, bir hekimde olması gereken 3 temel yetenekten biri olarak iletişim becerisini ifade etmektedirler (3,11,20,21). Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığını azaltmak için hekimin, hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde, hastanın hekime yeterince bilgi verebilmesi için ona güvenmesi ve tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir.

Görüşme sırasında hekimlerin görüşmeyi yönettiği ve hastaların sözlerini kestikleri görülmektedir. Hastaların iletişimi yönetmesinden korktukları için onların sözlerini yarıda kestikleri ya da iletişimi bitirdikleri tespit edilmiştir. Daha çok soru cevap tarzında iletişim kurulmaktadır. Bir çalışmada 335 hasta ile yapılan görüşmeler kaydedilmiş ve hastaların %77'i sadece 2 dakika konuşabilmiştir. Sadece %2'si 5 dakika sözü kesilmeden konuşabilmiştir (26). Dokuz ayrı cerrahi branşında yapılan araştırmada, hastaların %85'nin



ameliyat sonrası kaç gün hastanede kalacaklarını bilmedikleri, %83'nün ameliyat sonrası yaşamlarında olabilecek değişiklikler konusunda ve %75.2'sinin ameliyat türü ve bölgesi hakkında bilgisi olmadığı belirlenmiştir (27). Hastaların hekiminden memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğine yol açan en önemli etkenler hekimin güler yüzlü davranması ve hastaya yapılması planlanan tanı ve tedavi hakkında anlaşılır bir şekilde bilgi vermesidir (28).

Hekim hasta iletişiminin sağlanmasında en önemli nokta zamandır. Hekim hastasına ne kadar çok zaman ayırırsa hastanın memnuniyeti o derece artmaktadır (22). Çalışmamızda da yoğunluktan dolayı hekimin hasta ve yakınlarını bilgilendirme için zaman ayıramadığı görülmektedir. Bu durumun hastanın evdeki tedavi sürecine uyumunda istenmeyen durumlara yol açabileceği ve hastanın hastaneye tekrar başvurusunun artabileceği, dolayısıyla hem hastaya, hem de maliyet açısından hastaya veya devlete zararlı sonuçlanabileceği görülmektedir. Ayrıca hastanın tekrar başvurularının kurumun yoğunluğunu ve sağlık çalışmasının da iş yükünü arttırdığı unutulmamalıdır.

Hekimin hastayla olan ilişkisinde teknik beceri ve bilgisi kadar; açıklayıcı, gözetici, sevecen, dostça davranışlar göstermesi ve hastasına tedavi sürecine katılma sorumluluğunu yüklemesi açısından destekleyici ve güç verici olması hastanın hoşnutluğunu arttırmakta ve tedavi gereklerini yerine getirmesini sağlamaktadır (23). Diğer önemli bir nokta ise hekimlerin hasta ile iletişim konusunda eğitim noksanlığıdır. Bir çok çalışmada hastaların hekimin teknik yeterliliğine önem verdikleri ancak bunun aynı hekimi tekrar tercih etmelerini etkilemedikleri, hastaların aynı hekimi yeniden tercih etmelerinde hekimin ilgisi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu görülmektedir (22). O halde hasta hekim ilişkisine ve tedavi sürecine, sadece teknik bilgi ve donanımların uygulanması açısından bakılmamalı, aynı zamanda kişilerarası ilişkiler sanatı olduğu bilinciyle de yaklaşılmalı ve tıp

eğitiminde bu sanatın kazandırılmasına da yer verilmelidir.

Günümüzde ise, ileri düzeyde uzmanlaşmış hekimler son teknolojik gelişmelere dayanarak hastalara tanı koyup tedavi etmektedirler. Bunun sonucunda tıbbi bakımın teknik niteliği ilerlemiş olmakla birlikte hastalar genellikle hekimlerle ilişkilerinde bir şeylerin eksik olduğunu ifade etmektedirler. Bu eksiklik de en belirgin olarak hasta ile hekim arasındaki iletişimde kendini göstermekte ve hastanın hekime duyduğu güven ve tedavinin gereklerini yerine getirme açısından büyük sorunlar doğurmaktadır (23).

Ülkemizde birçok hastanenin acil servislerinde hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetten memnun kalmadıkları bilinen bir gerçektir. Hastaların en çok yaşadıkları güçlükler arasında bekleme süresinin uzunluğu, tanı-tedavi ve bakıma yönelik bilgi alamama ve sağlık personelinin tutumu belirtilmektedir (24). Hastaların çoğu tanı tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıkları için genellikle verilen tedaviye uyum gösterememekte, bu durum hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmektedir (25). Bu çalışmada da hastaların iletişimden kaynaklanan nedenlerle tedavilerine uyum sağlayamadıkları, tedavilerini yanlış ve yetersiz uyguladıkları görülmektedir. Yine çalışmamızda hastaların tekrar tekrar acil servise başvurma nedenleri araştırıldığında en önemli faktörlerin hastalardaki bilgilendirilme eksikliği olduğu görülmektedir. Bu bilgilendirilme eksikliklerinin hastaların tedavisinde ne kadar önemli olabileceği risk öncelik göstergesiyle belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip bir hastanın sadece bilgilendirme eksikliği nedeniyle karşılaşılabileceği olumsuz durumlar (hospitalizasyonun artması, hastalığın daha hızlı ilerlemesi, yanlış, eksik ya da hatalı ilaç kullanımına bağlı istenmeyen durumlar vb.) açıkça görülmektedir. Çalışmada ayrıca bilgilendirme eksikliğinin sadece hekimden kaynaklanmadığı, hekimin çalıştığı kurumun

politikalarından (bilgilendirme alanının olmaması, hasta yakınlarının acil servis içine alınmaması, hekimin iş yoğunluğu nedeniyle zamanının olmaması) da etkilendiği görülmektedir.

İletişim engellerini aşmak için, hekimlerin neleri yapmaktan ya da söylemekten kaçınacaklarını iyi bilmeleri ve bu yönde beceri geliştirmeleri gerekmektedir (9).

Bu çalışmanın sonucu gösteriyor ki, hasta – hekim arasındaki iletişim eksikliğinden hasta güvenliğini tehdit eden önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hekimin bilgisi ne kadar iyi olursa olsun iletişimdeki problemler, hasta bakım kalitesini düşürmektedir. Sağlık hizmetlerinin amacı, tedavi süresince hastaya tedaviye bağlı olarak minimum zarar ve optimum yarar sağlamak ise, hasta- hekim iletişimine verilen önemin daha çok artırılması gerekmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: Bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15 (1): 64-9.
2. Ülker H. Hasta - Hekim İletişimi, 2006 <http://www.bursaonkoloji.gov.tr/onkoloji/hastahak/hhisakis/hasta-hekimiletisimi.pdf>.
3. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T, Leblanc A, Lockyer J, Légaré F, Campbell C. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 2010; 70 (5): 763-8.
4. Street RLO, Gordon H, Haidet P. "Physicians" Communication and Perceptions of Patients: Is it How They Look, How They Talk, or is it Just the Doctor?" *Soc Sci Med* 2007; 65 (3): 586-98.
5. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical out-patients. *BMJ* 1975; 2: 486-9.
6. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Br Med J* 1970; 2: 439-43.
7. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: The Toronto Consensus Statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-7.
8. Coombs RH, Perell K, Ruckh JM. Primary prevention of emotional impairment in medical training. *Academia Medica* 1990; 65: 576-81.
9. Ataç A. İletişim, tıp etiği ve tıp uygulamalarında yansımaları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009; 40: 89-95.
10. Oğuz Y. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik* 1995; 3 (2): 59-65.
11. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *JABFP* 2002; 2: 25-38.
12. Özlü T. Biyo-hukuk sözleşmesi ilkeleri bağlamında hekim-hasta ilişkisi. *Khuka (Kamu Hukuku Arşivi)* 2006; 8: 167-8.
13. Çelik F. Sağlık kurumlarında iletişim; Hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma. Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
14. Özçakır A, Dağdeviren N, Görpelioğlu S. İletişimin Temelleri. Aile Doktorları için Kurs Notları. Sağlık Bakanlığı. 1.Basım. Ankara, 2004.
15. [www.fmeainfocentre.com/guides/hfmea\\_directions](http://www.fmeainfocentre.com/guides/hfmea_directions)
16. [www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEAIntro.pdf](http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEAIntro.pdf)
17. [www.fmea-fmeca.com](http://www.fmea-fmeca.com)
18. Chiozza ve Ponzetti (2009). [www.elsmar.com/FMEA](http://www.elsmar.com/FMEA) Erişim tarihi 09.01.2012
19. Derosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using health care failure mode and effect analysis: the VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. *J Qual Improv* 2002; 28 (5): 248-67.
20. Frist WH. Health care in the 21st century. *N Engl J Med* 2005; 352: 267-72.

21. Lipkin M, Jr. Frankel RM, Beckman BH, Charon R, Fein O. The Medical Interview. Clinical Care, Education and research. Springer-Verlag, New York, LLC, 1995.
22. Özer O. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalarla yapılan anket çalışması ile hasta-hekim iletişiminin incelenmesi. 2007 Uzmanlık Tezi.
23. Tekiner S, Ceyhun G. Sağlığa Biyopsikososyal Yaklaşım. Aile Hekimliği Dergisi 2008; 2 (1): 52-7.
24. Yıldırım C, Kocoğlu H, Goksu S, Gunay N, Savaş H. Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. Acta Medica (Hradec Kralove) 2005; 48: 59-62.
25. Bulut H. Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2006; 12 (4): 288-98.
26. Lussier MT, Richard C. Doctor-patient communication: Time to talk. Canadian Family Physician 2006; 52 (11): 1401-2.
27. Turla A, Karaaslan B, Kocakaya M, Peşken Y. Hastalara yeterince aydınlatma yapılmadığı ve onam alınması durumunun saptanması. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2005 2: 33-8.
28. Gül G, Bol P, Erbaycu AE. Sağlık hizmeti sunumunda hasta-hekim iletişiminin hasta memnuniyetine etkisi: Bir kano model analizi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2012; 26 (3): 183-94.

---

**Yazışma Adresi:**

Dr. Ahmet Emin ERBAYCU  
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve  
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir  
e-posta: drerbaycu@yahoo.com

---