

# Doktor-Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri

Cevdet İŞNAS\*, Mehtap TATAR\*\*

## ÖZET

*Doktor-hasta ilişkisi sağlık sektöründe son yıllarda hızla gelişen toplam kalite yönetimi, hasta hakları gibi kavramlara paralel olarak Türkiye’de de gündeme gelmeye başlamıştır. Hasta tatmininin önemli öğelerinden biri olan doktor-hasta ilişkisi hem doktor hem de hasta bakış açısıyla incelenmesi gereken bir konudur. Bu çalışmada öncelikle doktor-hasta ilişkisinin analiz edilebileceği genel bir çerçeve sunmak amacıyla teorik bilgiler sunulmakta daha sonra da Ankara Numune Hastanesi ortopedi kliniklerinde yapılan bir araştırmanın sonuçları sunulmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Doktor-hasta ilişkisi, hasta algıları

Doctor- Patient Relationship: Assessment of Patients Hospitalized in Ankara Numune Hospital’s Orthopedics Clinics

## ABSTRACT

*Doctor-patient relationship, in parallel with developments in concepts such as total quality management and patient rights, has started to occupy the agenda in Turkey as well. This relationship,, an important ingredient of patient satisfaction, has to be elaborated in detail. In this study first, a theoretical background information will be presented followed by the results of a research undertaken in Numune Hospital Orthopedics Clinics.*

\* Uz., Sağlık Bakanlığı

\*\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

## I. GİRİŞ

Doktor-hasta ilişkisi konusu, örgüt genelinde uygulanan kalite yönetimi programlarında hastaların hizmetlerle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin ve hasta tatminin dikkate alınmaya başlaması ile birlikte 1980'li yıllardan itibaren önem kazanmıştır. Bu dönem sonrasında hızla artan rekabet ortamında hasta tatmini konusu gündeme gelmiş ve bunu etkileyen faktörler üzerinde durulmaya başlanmıştır. Hizmet sunumunda sahip oldukları önemli rol nedeniyle, doktor-hasta ilişkisi hasta tatminini etkileyen önemli faktörlerin başında gelmektedir. Bu çalışmada öncelikle doktor-hasta ilişkisinin analiz edileceği genel bir çerçeve çizmek amacıyla teorik bilgiler sunulacak, daha sonra konu ile ilgili olarak yapılan bir araştırmanın sonuçları sunulacaktır.

## II. DOKTOR-HASTA İLİŞKİSİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Doktor-hasta ilişkisi hem doktor hem de hasta açısından ele alınabilir. Tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığını azaltmak için doktorun, hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde, hastanın doktoruna yeterince bilgi verebilmesi için doktoruna güvenmesi ve doktorundan tedavi konusunda tam destek görmesi gereklidir. Görüldüğü üzere, doktor-hasta ilişkisinde karşılıklı güven ve iletişim temel öğeler olarak karşımıza çıkmaktadır (Rourke 1993).

Doktor ile hastasının konsültasyon sırasındaki etkileşiminin en önemli noktası bu etkileşimin nihai çıktı olarak görülebilecek hastanın iyileşmesi üzerindeki etkisidir. Bu etki, otoritelerce de kabul edilmekte ve plasebo etkisi ile açıklanmaktadır. Plasebo etkisi; hastanın tıbbi müdahaleden, örneğin ilacın kimyasal içeriğinden, ameliyatın fizyolojik etkisinden veya bir başka işlemde kaynaklanmadan faydalanmasıdır. Bu etki, hastanın aldığı bakıma karşı tutumu, doktorlarına duyduğu güven ve yapılan işlemlerin gücüne inancından kaynaklanıyor görülmektedir. Yapılan araştırmalar, bu etkinin herhangi bir ilaç veya tedavi işleminin başarısının üçte biri kadar olduğunu göstermektedir. Plasebo etkisinin gücü, doktorun yeteneğiyle ve hastanın tedaviden umutlu olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Doktor-hasta arasındaki sosyal ilişkiler tedavinin başarı şansını artırmaktadır (Morgan 1986; Open University 1985).

Doktor-hasta ilişkisi, aynı zamanda tıbbi bakım sürecinin etkililiğini de belirleyen bir faktör olarak görülmektedir. Falvo ve Tippy (1988) doktorların



hastaya verdikleri bilginin, özellikle hastanın doktorun önerilerini benimseme ve yerine getirmesi üzerinde büyük etkisi olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde Freeman ve arkadaşları (1971) tarafından yapılan bir araştırmada da doktor-hasta arasındaki etkileşimin, hastanın doktor önerilerini izlemesini etkilediği, doktorların arkadaşça ve samimi bir şekilde hastaya yaklaşmalarının, hastaya zaman ayırmalarının ve zamanın bir bölümünü tıp dışı sosyal konuları konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi göstermelerinin ve hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak tanımalarının önerileri izlemede etkili olduğu bulunmuştur.

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

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

### 2.1. Parsons'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Parsons, "Sosyal Sistem" adlı kitabında hastanın sosyal rolünü açıklamıştır. Bu modele göre doktorun rolü hastanın rolüne tamamlayıcıdır. Parsons'a göre doktorun hastasını iyileştirme sorumluluğunun yanısıra hastanın da bir an önce iyileşip toplumun kendisine yüklediği sosyal rolleri yerine getirme sorumluluğu söz konusudur. Bu nedenle, bir an önce profesyonel yardım alma ve doktor ile işbirliği yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu ilişkide hastanın doktoru ile tam bir işbirliği içinde olması beklenirken, doktorun da tüm uzman bilgi ve becerisini hasta yararına kullanması beklenmektedir. Tablo 1'de Parsons modeline göre hasta ve doktorun rollerinin analizi sunulmaktadır (Morgan 1986).

Tablo 1. Parsons'a Göre Doktor ve Hastanın Rollerinin Analizi

Hasta: Hastalık Rolü	Doktor: Profesyonel Rolü
<b>Zorunluluklar ve Ayrıcalıklar</b>	<b>Beklentiler</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mümkün olan en kısa sürede iyileşme isteği</li> <li>2. Doktorun kontrolünden geçmek ve doktorla birlikte çalışmak</li> <li>3. Bazı normal aktivitelerine ve sorumluluklarına izin verilmesi beklentisi</li> <li>4. Tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünmesi ve kendi kendine iyileşeceğine</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hastalıkla ilgili problemlerde bilgi birikimine ve uygulama becerisine sahip olmalıdır</li> <li>2. Doktor, kendi çıkarından çok hastanın refah düzeyini ve toplumun refahını düşünmeli, para ve çıkara önem vermemelidir</li> <li>3. Doktor objektif olmalı ve duygularından sıyrılmalıdır (hastaların kişisel özellikleri doktorun işine yansımamalıdır)</li> <li>4. Kurallara ve mesleki çalışmalara uygun iş yapmalıdır.</li> </ol> <p><b>Haklar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hastanın fiziksel incelemesinde doktorun muayene hakkının kabul edilmesi gerekir</li> <li>2. Mesleki özerkliğe sahip olduğu kabul edilmelidir</li> <li>3. Hastayla ilişkide mesleki konumunun otoritesini korumalıdır.</li> </ol>

Bu modele göre, hastayı duyguları yönlendirirken doktor gerçekçi ve kontrollüdür. Bir başka ifadeyle hastanın problemi doktorun ise çözümü vardır. Bu nedenle iki grup arasında mükemmel yakın bir ilişki oluşur ve bu sayede ilişkideki çatışma ihtimali ortadan kalkmış olur. Daha sonra ele alınacak olan Freidson'un doktor-hasta ilişkisi modeli ise bu görüşün tersine doktor ile hasta arasındaki potansiyel çatışmaya dikkate çekmektedir. Freidson, Parsons modelinin bu ilişkiyi daha çok doktor açısından değerlendirdiğini savunmuş ve doktor ve hastanın farklı beklenti, ilgi ve görüş açısından kaynaklanabilecek çatışma ve uyumsuzluklarının bu modelde göz ardı edildiğini öne sürmüştür (Krupat 1979).

## 2.2. Szasz ve Hollander'in Doktor-Hasta İlişkisi Modeli

Szasz ve Hollander, doktor ile hasta arasındaki ilişkinin yere ve tıbbi problemin içeriğine göre değiştiğini düşünmüşler ve doktor-hasta ilişkisini üç modelde incelemiştir. Bunlar; aktif-pasif, rehberlik-işbirliği ve çift taraflı katılım modelleridir (Cockerham 1992; Gordon 1997; Hard 1985; Morgan 1986). Modelin esasları Tablo 2'de sunulmuştur (Morgan 1986).

**Tablo 2. Szasz ve Hollander Modeli**

Modeller	Doktorun Rolü	Hastanın Rolü	Klinik Uygulama	İlişki Türü
Aktif-Pasif	Hastaya bir şeyler yapmak	Alıcı (cevap vermede çekingenlik)	Anestezi, koma, akut travma vs.	Ebeveyn-Bebek
Rehberlik-İşbirliği	Hastaya ne yapılacağını anlatmak	İşbirlikçi (kurallara uyan)	Akut enfeksiyon hastalıkları	Ebeveyn-Yetişkin çocuk
Çift Taraflı Katılım	Hastaya kendine yardım edebilmesi için rehberlik etmek	Taraflardan biri olarak katılım	Kronik rahatsızlıklar psiko-analiz vs	Yetişkin-yetişkin

### Aktif-Pasif Modeli

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

### Rehberlik-İşbirliği Modeli

Bu model çoğunlukla bireyin akut hastalığı ve enfeksiyon hastalığı olduğunda gerçekleşir. Hasta tedavinin ne şekilde yapıldığını bilir ve doktorun rehberliği doğrultusunda işbirliği yaparak tedaviyi uygular. Doktor, hastaya uygulanması gerekenleri öğretirken ve yol gösteren, hasta ise doktor önerilerini



kabul eden ve uygulayan kişi konumundadır. Bu ilişki türü ebeveyn-yetişkin çocuk ilişkisine benzemektedir.

### **Çift taraflı Katılım Modeli**

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

### **2.3. Freidson'un Doktor-Hasta İlişkisi Modeli**

Freidson'un doktor-hasta ilişkisi modeline göre, doktor ile hastanın amaç farklılığı potansiyel bir çalışma ortamının oluşumuna sebep olmaktadır. Model, Parsons modelinin gerçek davranışlardan çok ideale beklentilere dayandığını savunmuş ve her doktor-hasta ilişkisinde görüş açısı farklılıklarından kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu ileri sürmüştür. Freidson'a göre doktor ile hastası arasındaki çatışma, farklı ilgi ve önceliklerden kaynaklanmaktadır. Hasta sadece kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgiliyken doktor çok sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu ile karşı karşıyadır. Örneğin, hastanın problemlerini doktoruyla daha ayrıntılı tartışmak için konsültasyonu uzatma isteği ya da taburcu olma yerine hastanede bir süre daha kalma isteği, doktor tarafından bekleme odasında bekleyen hasta ya da hastanede yatmak için bekleyen hastaların ihtiyaçları göz önüne alınarak engellenebilmektedir. Bu durum da doktor ile hastası arasında önemli bir çatışma kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır (Krupat 1979).

Bu modele göre doktor ile hastası arasındaki bir başka çatışma kaynağı ise hastalığın ciddiyetine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır. Hasta, kendi yaşadıkları nedeniyle hastalığını çok ciddiye alırken, doktor ise tıbbi bilgisi nedeniyle aynı derecede ciddiye almayabilmekte bu da çatışma kaynağı olmaktadır (Krupat 1979; Morgan 1986).

### III. DOKTOR-HASTA İLİŞKİSİ: ARAŞTIRMA

#### 3.1. Amaç ve Yöntem

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere doktor-hasta ilişkisi hem hasta tatmini hem de hasta hakları açısından son derece önemli bir konu olarak karşımıza çıkmakta ve Türkiye’de de son yıllardaki gelişmeler bu konunun önümüzdeki günlerde sağlık yöneticilerinin gündeminde önemli bir yer tutacağını göstermektedir. Bu konuyu incelemek amacıyla Ankara Numune Hastanesi ortopedi kliniklerinde bir araştırma yapılmış ve araştırmanın amacı *“doktorların hastalarla olan ilişkilerinin çeşitli boyutlarının (davranış, ilgi, tutum, dil, bilgilendirme, güven verme, teknik yeterlilik) hastalar tarafından nasıl algılandığını ve bu algılamaların hastaların sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak”* olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın evrenini Ankara Numune Hastanesi ortopedi kliniklerinde yatan 15-65 yaş grubundaki hastalar oluşturmuştur (520 hasta). Araştırma kapsamına alınan örneklemin seçilmesinde sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre, araştırmanın yapıldığı dönem içinde taburcu tarihi belirlenen hastaların listeleri alınmış, hastalar numaralandırılmış ve birinci hastadan başlamak üzere her iki hastadan biri seçilmiştir (örnekleme oranı % 50). Bu uygulama sonucunda 260 hastaya anket uygulanmış ancak 8 anket geçersiz sayılarak bunların 252’si değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Doktor-hasta ilişkisini değerlendirmede veri toplama aracı olarak mevcut literatürden hareketle bu amaçla geliştirilen anket kullanılmıştır. Anketler, hastaların etki altında kalmamasını ve gerçekçi yanıtlar vermelerini sağlamak amacıyla hastanın taburcu olacağı gün araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır.

Anket iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hastaların sosyal, demografik ve ekonomik özelliklerini belirlemeye yönelik 18 soru sorulmuş, ikinci bölümde ise doktor-hasta ilişkisini değerlendirmeye yönelik 21 önerme yer almıştır. İkinci bölümde doktor-hasta ilişkisinin altı boyutu belirlenmiş ve önermeler buna göre tasarlanmıştır. Boyutlar ve her bir boyuta ait önermelere örnekler aşağıdadır:



*Doktorun teknik yeterliliği*

Doktorum hastalığım konusunda yeterli bilgiye sahiptir.  
Doktorumun uyguladığı tedavi hakkında kuşkularım var.

*Doktorun davranış şekli*

Doktorumun bana karşı tavrı oldukça samimi.  
Doktorum beni rahatlatmak için elinden geleni yaptı.  
Doktorum bana karşı soğuk ve samimi olmayan bir tavır gösterdi.

*Doktorun bilgilendirmesi*

Doktorum sorduğum sorulara aydınlatıcı cevaplar verdi  
Doktorum beni hastalığımla ilgili sorular sormaya teşvik etmektedir.

*Doktora duyulan güven*

Doktoruma karşı büyük güvenim var.  
Doktorumla bütün özel problemlerimi tartışabileceğimi düşünüyorum

*Doktorun kullandığı dil*

Doktorumun söylediklerini anlamada güçlük çekiyorum

*Doktorun bıraktığı genel izlenimi*

Doktorumu tüm tanıdıklarına rahatlıkla önerebilirim  
Doktorumun tüm hastalarına eşit davrandığını düşünüyorum

Anketi yanıtlayan hastalardan bu önermeleri “kesinlikle katılmıyorum”dan (1) “kesinlikle katılıyorum”a (5) kadar uzanan bir ölçek içinde değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir boyutun skoru ise o boyutta yer alan sorulara verilen yanıt değerleri toplamının soru sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Örneğin doktorun teknik yeterliliği boyutunun puanının hesaplamak için o boyutla ilgili olan üç soruya verilen yanıtların toplamı alınmış (1’den 5’e kadar uzanan ölçekte) ve elde edilen rakam toplamı soru sayısı olan üçe bölünmüştür.

Araştırma sonucunda ankete verilen yanıtlara dayalı olarak yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,7684 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ankette yer alan değişkenler arasında tutarlılığın bulunduğunu ortaya koymaktadır. Verilerin analizinde ve araştırma hipotezlerinin sınanmasında parametrik testlerden iki ortalama arasındaki farkın önem denetimi testi (t testi) ve varyans analizi (F testi) uygulanmıştır. Parametrik koşulların sağlanamadığı durumlarda ise Kruskal Wallis Varyans Analizi (W) uygulanmıştır.



### 3.2. Bulgular

Araştırma kapsamındaki hastaların doktor-hasta ilişkisinin incelenen boyutlarına göre değerlendirmeleri Tablo 3’de gösterilmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların doktor-hasta ilişkisinin incelenen boyutlarına göre değerlendirmeleri Tablo 3’de gösterilmektedir.

**Tablo 3. Hastaların Doktor-Hasta İlişkisi Boyutları ile İlgili Değerlendirmeleri**

BOYUTLAR	ORT.	S.SAPMA	MİN	MAX	n
Teknik yeterlilik	4,14	0,75	1,67	5,00	244
Davranış şekli	3,78	0,81	1,40	5,00	245
Bilgilendirme	3,61	0,83	1,00	5,00	240
Güven	3,68	0,93	1,00	5,00	248
Kullanılan dil	3,54	1,1	1,00	5,00	246
Genel izlenim	3,82	0,88	1,00	5,00	234

Yukarıdaki tabloda verilen değerler incelendiğinde, hastaların doktorun teknik yeterliliği ile ilgili değerlendirmelerinin, üst sınır olarak belirlenen ve en iyi durumu yansıtan beş değerine yakın olduğu; ayrıca yapılan değerlendirmelerin ortalama etrafındaki değişiminin de nispeten küçük olduğu, başka bir anlatımla değerlendirmelerin homojen bir dağılım gösterdiği söylenebilir. Bu değerler incelendiğinde, hastaların doktorun teknik yeterliliği dışındaki boyutlarla ilgili değerlendirmelerinin üst sınır olarak belirlenen ve en iyi durumu yansıtan (5) değerine doktorun teknik yeterliliğindeki ortalamaya oranla daha uzak olduğu görülmektedir. Ayrıca, doktorun kullandığı dil ile ilgili yapılan değerlendirmelerin ortalama etrafındaki değişiminin de diğer boyutların değişiminden daha büyük olduğu, başka bir anlatımla doktorun kullandığı dil ile ilgili değerlendirmelerin diğer değerlendirmelere nazaran daha heterojen bir dağılım gösterdiği söylenebilir. Bu tabloda sunulan bulgulara dayalı olarak Ankara Numune Hastanesi ortopedi kliniklerinde yatan hastaların genel izlenimlerinin, sorgulanan doktor-hasta ilişkisi boyutları açısından olumlu olduğunu söylemek mümkündür. Ancak “kullanılan dil” boyutunun diğerleri ile karşılaştırıldığında daha olumsuz değerlendirildiğine dikkat çekilmesi gerekmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi bu araştırmada doktor-hasta ilişkisinin sorgulanan boyutları hastaların demografik, sosyo-ekonomik ve tıbbi bakım çevresine ilişkin özelliklerine göre de irdelenmiştir. Buna göre elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Hastaların doktorun teknik yeterliliğine ilişkin değerlendirmeleri sosyal güvenlik statülerine ( $F= 2,64$   $p=0,03$ ), doktor adını bilip bilmemelerine ( $t=2,08$ ,  $p=0,04$ ) ve kaldıkları oda türüne ( $t=2,30$ ,  $p=0,03$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre, Bağ-Kur'a bağlı hastaların ve genel odada kalan hastaların bu boyuta ilişkin değerlendirmeleri diğerlerinden daha olumsuz olmuş, doktor adını bilen hastalar ise bilmeyenlere göre daha olumlu değerlendirmelerde bulunmuştur.
- Hastaların, doktorun davranış şekli ile ilgili değerlendirmeleri de bazı bağımsız değişkenler açısından farklılık göstermiştir. Bu boyutla ilgili değerlendirmeler, doktoru günlük ortalama görme süresine ( $F= 11,18$ ,  $p=0,000$ ), günlük ortalama bilgilendirme süresine ( $t=3,00$ ,  $p=0,003$ ) ve hastaların kaldıkları oda türüne ( $t=3,57$ ,  $p=0,002$ ) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Doktorunu günlük 11 dakikadan daha uzun süreli görenlerin, günlük ortalama bilgilendirme süresi 5 dakika ve daha fazla olanların ve özel odada kalanların doktorun davranış şekli ile ilgili değerlendirmeleri daha olumludur.
- Hastaların doktorun bilgilendirmesine ilişkin değerlendirmeleri de hastaların doktoru günlük ortalama görme süresine ( $F= 9,80$ ,  $p=0,0001$ ), hastanede kalış gün sayısına ( $t= 2,71$ ,  $p= 0,003$ ), doktor adını bilme durumuna ( $t=2,27$ ,  $p= 0,02$ ) ve günlük ortalama bilgilendirme süresine ( $t=3,90$ ,  $p=0,0000$ ) göre farklılık göstermiştir. Buna göre, doktoru günlük ortalama görme süresi daha uzun olan, doktor adını bilen ve doktor tarafından daha uzun süre bilgilendirilen hastaların değerlendirmeleri daha olumlu olmuştur. Hastanede kısa süreli kalan hastaların doktorun bilgilendirmesi ile ilgili değerlendirmeleri daha olumludur.
- Hastaların doktora duydukları güven ile ilgili değerlendirmeleri de bazı bağımsız değişkenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. Bu boyuttaki değerlendirmeler, hastaların hastanede kalış gün sayısına ( $t=2,71$ ,  $p=0,007$ ), doktoru günlük ortalama görme süresine ( $f= 6,84$ ,  $p= 0,001$ ), günlük ortalama bilgilendirilme süresine göre ( $t=2,31$ ,



$p= 0,02$ ), günlük ortalama soru sorma süresine göre ( $t= 2,56$ ,  $p=0,01$ ) farklılık göstermiştir. Hastanede daha kısa süre kalan, doktoru daha uzun süre gören, günlük ortalama bilgilendirilme süresi ve soru sorma süresi daha uzun olan hastaların bu boyuta ilişkin değerlendirmeleri daha olumlu olmuştur.

- Daha önce de belirtildiği gibi (Tablo 3) doktorun kullandığı dil ile ilgili boyut tüm boyutlar arasında en düşük skora sahip boyut olmuştur. Hastaların doktorun kullandığı dil ile ilgili değerlendirmeleri eğitim düzeyi ( $W= 10,75$ ,  $p= 0,03$ ) ve kaldıkları oda türüne göre de ( $t= 2,89$ ,  $p= 0,009$ ) farklılık göstermiştir. Buna göre, üniversite mezunu olanların ve özel odada kalanların dil ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu olmuştur.
- Doktorun bıraktığı genel izlenim boyutunda ise hastaların değerlendirmeleri doktoru günlük ortalama görme süresine ( $F= 9,85$ ,  $p=0,0001$ ), doktor adını bilme durumuna ( $t= 2,40$ ,  $p= 0,03$ ), günlük ortalama bilgilendirilme süresine ( $t=2,28$ ,  $p= 0,03$ ) ve günlük ortalama soru sorma süresine göre ( $t= 2,09$ ,  $p= 0,04$ ) farklılık göstermiştir. Buna göre, doktoru daha uzun gören, doktor adını bilen, daha uzun süre bilgilendirilen ve daha uzun süre soru sorma olanağı tanınan hastaların doktorun bıraktığı genel izlenim ile ilgili değerlendirmeleri daha olumludur.

#### IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma ile elde edilen sonuçlar doktor-hasta ilişkisi açısından önemli ve daha önce açıklanan literatür ile desteklenen konulara işaret etmektedir. Genel olarak, doktor adını bilme, doktoru günlük ortalama görme süresi, bilgilendirilme süresi gibi değişkenler doktor-hasta ilişkisini daha olumlu yöne götürmede önemli değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu değişkenler ise temelde Parsons'un önerdiği karşılıklı işbirliğine dayalı, Szasz ve Hollander'in önerdiği rehberlik ve işbirliği modeline dayalı bir iletişim türünde sağlanabilir. Doktorun hastasına zaman ayırması, hastasının soru sormasına izin vermesi ve hastasını hastalığı konusunda bilgilendirmesi hastayı etkilemekte ve doktoruna duyduğu güveni artırmaktadır. Daha önce de belirtildiği üzere bu etkileşim hastanın uygulanan tedaviden sağladığı faydanın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

Tüm boyutlar arasından en olumsuz değerlendirilen boyut doktorun kullandığı dil boyutu olmuştur. Hastaların hastalıkları ve bu hastalıkların tedavisi ile ilgili işlemler hakkında bilgi sahibi olmak istemeleri doğal bir ihtiyaçtır. Bu nedenle doktorların hastaya hastalığı ve tedavisi konusunda bilgi verirken, seçeceği sözcüklerin çok teknik olmamasının ve hastaların anlayabileceği şekilde olmasının yararlı olacağı söylenebilir. Bu sayede, hasta ve doktor arasındaki bilgi alışverişi daha etkili hale gelebilir ve doktor-hasta ilişkileri gelişebilir. Bu boyuttaki değerlendirmelerin üniversite mezunu hasta grubunda ve özel odada kalan hastalarda daha olumlu olduğu gözlenmiştir (özel odada kalan hastaların % 64'ü üniversite mezunudur). Buradan hareketle, doktorların hastalarını daha iyi tanımaları ve eğitim düzeyleri gibi bazı kişisel özelliklerini de göz önüne alarak hastalara hitap etmelerinin doktorun kullandığı dil ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu hale getireceği söylenebilir. Bu boyuttaki iyileşmeler aynı zamanda diğer boyutları da olumlu yönde etkileyebilir.

Bu araştırma bir hastanenin belirli bir kliniğinde kısıtlı bir süre içinde yatan hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın daha da geliştirilmesi için iki önemli öneri getirilebilir. Birincisi, bu türde bir araştırma hastaların taburcu olduğu gün yapıldıktan sonra aradan bir süre geçtikten sonra (örneğin 3 ay) tekrarlanabilir. Hastaların, hastane ortamından uzaklaştıktan ve hastalıklarının üzerinden bir süre geçtikten sonra daha objektif olmaları ve farklı düşünceleri beklenebilir. İkincisi, bu türde bir araştırma muhakkak kalitatif bir araştırmayla desteklenmelidir. Hastaların duygu ve düşüncelerini kendi ifadeleri ile tanımlamaları hem doktor-hasta ilişkisinin ele alınan boyutlarını daha derinlemesine incelemeye hem de yeni boyutların ortaya çıkmasına yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Cockerham W.C. (1992) "Doctor-Patient Interaction". **Medical Sociology**. Prentice Hal, New Jersey.
2. Falvo D. and Tippy P. (1988) "Patient Satisfaction and Adherence as Associated with Resident Skill". **The Journal of Family Practice** 26(6):643-647.
3. Freeman B. et al. (1971) "Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis". **Pediatric Research** 5:298-311.



4. Gordon T. and Edwards W.S. (1997) **Doktor-Hasta İşbirliği (çev) Sistem** Yayıncılık, İstanbul.
5. Hard N. (1985) "Medicine as an Institution of Social Control". **The Sociology of Health and Medicine**. Causeway Press.
6. Krupat E. (1979) "The Doctor-Patient Relationship: A Social Psychological Analysis". **Education for Health Administration**. Health Administration Press, Ann Arbor.
7. Morgan M. (1986) "The Doctor-Patient Relationship". In Patrick D.L. and Scambler G. (eds.) **Sociology as Applied to Medicine**, Baillire, London.
8. Open University (1985) **Studying Health and Disease**. Open University Press, Milton Keynes.
9. Rourke K.O. (1993) "Trust and the Physician-Patient Relationship". **American Journal of Kidney Diseases** 21(6):684-685.
10. Vuori H. et al (1972) "Doctor-Patient Relationship in the Light of Patients' Experiences". **Social Science and Medicine** 6:723-730.