

## SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA HASTA - HEKİM İLETİŞİMİNİN HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: BİR KANO MODEL ANALİZİ

### THE EFFECT OF PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION TO THE PATIENT SATISFACTION IN HEALTH SERVICE: A KANO MODEL ANALYSIS

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

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

<sup>1</sup>Kalite Yönetim Birimi, <sup>2</sup>Göğüs Hastalıkları Kliniği

**Anahtar sözcükler:** Hasta-hekim iletişimi, memnuniyet, kano modeli

**Key words:** Patient-physician communication, satisfaction, kano model

Geliş tarihi: 14 / 07 / 2012

Kabul tarihi: 20 / 08 / 2012

#### ÖZET

Hasta hekim iletişimi kişiler arası bir süreçtir ve tıbbi bakımın ana komponenti olarak ele alınmaktadır. Hasta hekim ilişkisinde hasta hekime varoluşsal bir bağlılık içindedir. Hastanın hekime güven duyması, tedavinin etkinliği için birincil koşuldur. Araştırmamızda sağlık hizmeti sunumunda hasta-hekim ilişkisini tanımlayıp, iletişim modelleri, tarihsel süreç, iletişimin pozitif ve negatif dinamikleri ve hastaların iletişim sürecine bakış açısı ele alınmıştır. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisinde yaşanan hasta-hekim ilişkisi örnek olay olarak alınıp analiz edilmiştir. Elde edilen verilerden yola çıkılarak kalite geliştirme aracı olan 'Kano modeli' kullanılarak hasta gereksinimleri saptanıp önceliklendirilmiştir. Çalışmamızın sonucunda hastaların hekiminden memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğine yol açan en önemli etkenin hekimin güleryüzlü davranması ve hastaya yapılması planlanan tanı ve tedavi hakkında yeterli ve anlaşılır bir şekilde bilgi vermesi olduğu görülmüştür. Bu durumda hasta memnuniyetini sağlamanın ilk adımı hastanın en doğal hakkı olan bilgi alma hakkına riayet edilmesidir.

#### SUMMARY

Patient-physician communication is a course between individuals and is the main component of medical care. Patients have a interdependence to the doctor in this communication. The primary state for the effect of the therapy is trust. In the study, we aimed to define the patient-physician communication and assess the models of communication, the historical course, positive and negative dynamics of communication and patients' view to the communication. With the information which had been collected, we defined and revealed the priorities of the patients using the Kano model, a development tool of quality. In conclusion, it was revealed that good-humored behaviour of the doctor and giving enough and understandable information to the patient about the diagnosis and therapy were the most important factors causing the satisfaction or dissatisfaction of the patients. So, the primary step to achieve the satisfaction of the patient is to respect the patients' right of receiving information, a naturel right.

### **GİRİŞ**

Yirmibirinci yüzyıl sağlık hizmetleri sunumunun odak noktası hasta memnuniyeti ve güvenliğini optimum düzeyde sağlamaya yönelik çalışmalardır. Hastaların sağlık bakımındaki memnuniyetsizliklerinin klinik iletişimlerdeki eksiklikten kaynaklandığı ortaya konulmuş ve teknik kaliteden ziyade fonksiyonel kalitenin (iletişim, güven, güvenilirlik, fiziksel çevre, empati) hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür (1). Hasta memnuniyeti ve güvenliğini sağlayan birçok bileşenden en önemlisi hasta-hekim ilişkisidir. Hem tıbbi uygulamalardan dolayı hastalardan daha az şikayet alma, hem de hasta sonuçlarını geliştirmeyi sağlayan önemli bir bileşen olduğu için hasta-hekim ilişkisinin önemi daha da artmıştır (1,2).

### **Hasta-Hekim İlişkisinin Önemi**

Hasta-hekim arasındaki etkili iletişim klinik fonksiyonların merkezidir ve tanılar bu görüşmelerden elde edilen bilgilerle belirlenir (2). Bir hekim ortalama 40 yıllık meslek hayatında ortalama 120.000 ile 160.000 arasında hasta ile iletişimde bulunmaktadır (3). Hekimlerin tanılarının %60-80'ini iyi bir hasta hekim görüşmesi sonucunda koyabildikleri, buna fiziksel muayene bulguları da eklenince oranın %90'a yükseldiği görülmüştür (4). Ancak bazı hekimlerin iletişim becerilerini kullanmadığı, hastanın dinlenmediği ve görüşme için az zaman harcandığı tespit edilmiştir. Hastaların sadece %77'si 2 dakika konuşabilmekte, %2'si 5 dakika sözü kesilmeden konuşmaktadır (5,6).

### **Hasta-Hekim İlişkisinde Güven**

Hasta-hekim ilişkisinde güven iyi bir iletişimle sağlanır. Hastalar bir hekimde bulunması gereken 3 temel yetenekten birinin 'iletişim becerisi' olduğunu ifade etmişlerdir (7). Hastanın hekime güven duyması, tedavinin

etkinliği için birincil koşuldur. Ayrıca tedavinin gerçekleştiği ortamda güvenli bir çevrenin oluşturulacağı ve gereksiz ağrı, acı yaratılmayacağını düşünürler (8). Ayrıca hastaların memnuniyetlerini sağlamak ve terapötik ilişkinin devamını sağlamak için güven şarttır (9). Güven hem tedaviye bağlılığı arttırır hem de plasebo etkisi yaratarak 2 şekilde terapötik yanıtı yardımcı olurken güvensizlik bakım kalitesinde azalmaya yol açar (10). Hasta hekim ilişkisinde güveni zedeleyen en önemli faktör hem hekim hem de hasta tarafından yalan temelli bir ilişkidir. Yalanlar ilişkideki dinamiği engeller ve tedavinin bozulmasına yol açacak düzeyde güveni bozarlar (11).

### **Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Faktörler**

Dünya Tabipler Birliğinin 2'inci genel kurulunda (Eylül, 1948, Cenevre-İsviçre) benimsenen 'mesleki bağlılık yemini' ile her hekim 'Benim için hastamın sağlığı en önde gelecek' yemiyle görevine başlamaktadır. Hekimin görevi sırasında mesleki önceliğini sağlayabilmesi için hastasıyla ortaklık kurması gerekmektedir. Bu ortaklık bireyin hastalığıyla başa çıkabilmesi için gereksinim duyacağı her türlü bilgi, beceri ve motivasyona sahip olacak şekilde eğitilmesi, yöreklendirilmesi, sorularının yanıtlanması, endişe ve korkularının giderilmesi, teselli edilmesi ve tedaviye katılımını sağlayabilecek biçimde bir partnerlik kurulmasını içermelidir (12,13). Hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı yabancılaşma duygusunun ve bundan kaynaklanan korkunun giderilmesi şeklinde yaklaşım önemli bir basamaktır (14). Hasta hekim iletişimini arttıran faktörler farklı çalışmalarda güven, empati, saygı, bakım, iletişimde ve dinlemede isteklilik ve soru sorma yeteneği olarak bulunmuştur (15,16). Etkin dinlemede ilk şart karşındakini dikkatle ve ilgiyle dinlemek, göz teması kurmak, iki yönlü iletişim kurarak hastanın

söylemek istediklerini anladığımızı göstermek ve empatik dinlemektir (17).

West tarafından yapılan bir araştırmada hastanın hekim karşısındaki davranışlarında, hastanın eğitim düzeyi, cinsiyeti ve daha önemlisi etnik kökenin rolü olduğu saptanmıştır (18). İlişkide güç dengesini anlama ve uyma iletişimin başarısındaki kritik faktörlerdir. Hasta-hekim ilişkisinde vazgeçilmez etmenler; sabır, eşduyum, anlayış, saygı ve ilgidir. Hasta- hekim ilişkisinde etkili olan bir diğer etken 'dokunma'dır (19-21). İyi bir iletişim için hekimde olması gereken iletişim becerileri; empati, nezaket, arkadaşlık, güven verme, destekleme, cesaretlendirme, hastanın soru sormasına izin verme, açıklama yapma, pozitif destek sağlama, hastanın rahatlamasını sağlama ve hastanın kendine güvenini sağlamadır (7). 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 (21).

Hastayı olumlu etkileyen sözsüz davranışlar: karşılıklı dik dik bakmanın az olması, baş ile onaylama, hekimin öne eğilmesi, vücudun dik durması, kol ve bacağın bağlanmaması ve kolların simetrik durmasıdır (7). Özçakır ve ark. sözsüz iletişimde fiziksel özellikler, dil özellikleri(sesin yüksekliği, konuşmanın hızı) beden dili, kişiye ait özellikler (yaş cilt rengi, yaşı), dokunma, giysi ve aksesuarlar ve çevresel faktörlerin (mobilya, dekor) etkili olduğunu söylemişlerdir (22).

Teknik terimlerin kullanılması, hastanın sözü bitmeden ortamdaki uzaklaşması (17), hasta sorularının duymazdan gelinmesi, önyargılara göre hastadan bilgi alınması, seçici dinlenmesi ve hastaya rahatsız edilmemesi gerektiği izlenimini verecek kadar kendi kendine

konuşma hekimden kaynaklanan iletişim engelleridir (14).

Ayrıca coğrafi konum, fiziksel mekan, hekim başına düşen hasta sayısı gibi etmenler de iletişimi etkiler. Hastayı yetersiz bilgilendirme, zaman problemi, teknik dil kullanılması da iletişimde önemli engellerdir. Hasta hekim ilişkisi hekimin paternalist bir uzman bakıcı, hastanın pasif bir bakım alıcısı olduğu hekim merkezli ilişkiden işbirliğine dayalı bir ilişkiye doğru bir akış sergilemektedir. 1980'den itibaren hekimler ve diğer sağlık personeli tüm katılımcıların ilişkisini etkileyebilecek sağlık bakım sistemindeki değişimlerle yüz yüze kalmışlardır (23-25). Eski ataerkil hasta-hekim ilişkisi daha eşit, daha demokratik ilişkiye doğru gelişmiş, bu değişim süreci zorlukları beraberinde getirmiştir (20).

Bu çalışmada sağlık hizmeti sunumunda hasta-hekim ilişkisinin tanımlanması amaçlanmış, iletişim modelleri, tarihsel süreç, iletişimin pozitif ve negatif dinamikleri ve hasta perspektifi ele alınmıştır. Bir göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisinde yaşanan hasta-hekim ilişkisi örnek olay olarak alınıp analiz edilmiştir. Elde edilen verilerden yola çıkılarak kalite geliştirme aracı olan 'Kano modeli' kullanılarak hasta gereksinimleri saptanıp önceliklendirilmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Örnek Olay

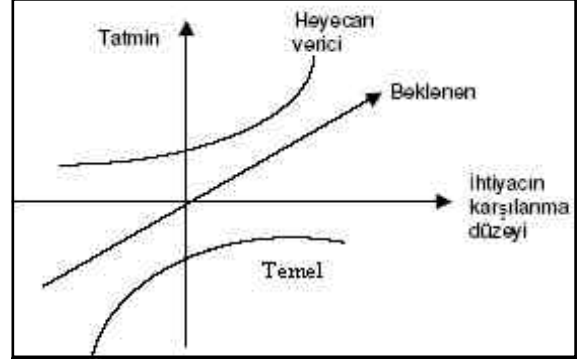
65 yaşında hasta sağ göğsünde ani başlayan ağrı ve nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Halen sigara içiyor. Özgeçmişinde herhangi bir hastalığı yoktu. Fizik bakısında vital bulguları stabil olup dinlemekle sağ akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Akciğer grafisinde sağ akciğerde spontan pnömotoraks tespit edildi. Nöbetçi göğüs cerrahisi hekimi hastanın röntgenine bakıp

hastaya 'sağ akciğerin sönmüş, tüp takmamız lazım, izin veriyor musun?' dedi. Hasta şaşırarak 'tüp taktırmam, başka yolu yok mu?' diye sordu. Hekim "bunun başka yolu yok, ya tüp taktıracaksın ya da tedaviyi kabul etmiyorum diye imzanı atar gidersin" dedi. Hasta üzgün ve korkmuş bir şekilde 'ben tüp taktırmam' dedi. Hekim 'benim işim gücüm var, kararını ver, akciğerin sönmüş, ya tüp taktıracaksın ya da imza atıp gideceksin' dedi. Hasta 'ben tüp taktırmam' dedi. Hekim "beni meşgul ediyorsun, yapacak işlerim var, ben gidiyorum, kararını ver, sonrada bana haber verin dedi" ve gitti. Hasta ve yakınına hastanın tanısı, yapılacak cerrahi müdahale ve önemi hakkında bilgi verildi. Hasta ve yakınları bilgilendirilmeden sonra, bazı sorular sorular ve sonunda ikna oldular. Hekime haber verildi ve hekim gelip planlanan/önerilen operasyonu gerçekleştirdi. Bu örnek olaydan yola çıkarak hastanın hekimden beklentilerini araştırmak için kano modeli kullanılarak bir çalışma yürütülmüştür.

### Kano Modeli

Müşteri (hizmet alanlar)'ın ihtiyaçlarını kategorize etmek için kullanılmak üzere 1984 yılında N. Kano ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Şekil 1). Bu model kullanılarak müşteri memnuniyeti ile ürün veya hizmetin performansı arasındaki ilişki ortaya çıkarılır (26,27). Bu model bazı müşteri gereklerinde küçük bir gelişme sağlandığında hizmet alanların memnuniyeti son derece artarken, bazı gerekler sağlandığında hizmet alanların memnuniyetinde neden az bir gelişme olduğunu açıklar (26,28-32). Bu modelle göre temelde hizmet alanların üründen beklediği özellikler üç şekilde tanımlanır:

**Temel özellikler (M):** ürün/hizmette bulunması gereken ve hizmet alanlar tarafından zaten ürünün üzerinde bulunacağı varsayılan ihtiyaçlardır. Bu özelliklerin olması mem-



Şekil 1. Kano modeli.

nuniyeti arttırmaz, fakat olmaması memnuniyetsizliği artırır (26).

**Beklenen özellikler (O):** Bir kişiye o üründer ne beklediği sorulduğunda alınan cevaptır. Onun üründen beklediği temel performansdır. Bu gerekler yerine getirildiğinde memnuniyete, getirilmediğinde memnuniyetsizliğe yol açar (27).

**Heyecan verici özellikler (A):** Hizmet alan kişiyi son derece memnun eden özelliklerdir. Kişi bu özelliklere karşı bir beklenti içinde değildir ancak bu gereklerin karşılanması kişiyi memnun eder. Karşılanmaması memnuniyetsizliğe yol açmaz (26). Bu üç özelliğe ek olarak aşağıda tanımlanan 3 özellik daha vardır:

**Sıradan özellikler (R):** Hizmet alan kişi için anlam ifade etmeyen, özelliğin olup olmamasının kişi için önemli olmadığı özelliklerdir.

**Zıt özellikler (I):** Bu istekler kişi tarafından istenen özellikler olmasına rağmen, bunların tam tersi özelliklerde kişi tarafından beklenen özelliklerdir.

**Şüpheli özellikler (Q):** Hizmet alan kişi tarafından yanlış anlaşılabilir, yanlış cevap verilen ya da yanlış sorulan özelliklerdir (32).

Gereksinimlerin tanımlanmasından sonra her bir özellik için kano kategorilerinin tanımlanması aşamasına geçilir. Bunun için oluşturulan sorular olumlu ve olumsuz olarak

**Tablo 1.** Kano modeli için değerlendirme tablosu.

Hizmet alan kişinin istekleri	Olumsuz soruya verilen cevaplar					
	Hoşlanırım	Öyle olmalı	Fark etmez	Katlanabilirim	Hoşlanmam	
Olumlu soruya verilen cevaplar	Hoşlanırım	Q	A	A	A	O
	Öyle olmalı	R	I	I	I	M
	Fark etmez	R	I	I	I	M
	Katlanabilirim	R	I	I	I	M
	Hoşlanmam	R	R	R	R	Q

iki şekilde sorulur. Aynı özellik için her iki soru tipine verilen cevaplar birlikte değerlendirilerek kano kategorisi oluşturulur. Her bir soru için 5 cevap seçeneği vardır. Bu seçenekler ve kategoriler Tablo 1’de gösterilmektedir. Bu tabloya göre hizmet özelliğinin hangi kategoriye girdiği bulunmaktadır (33).

Kano anketi sonuçlarına göre ilk önce tüm temel ihtiyaçlar karşılanmakta, pazar liderleriyle rekabet edebilmek için doğrusal ihtiyaçlar karşılanmaktadır. Farklılaşma yaratmak için de heyecan verici ihtiyaçlar karşılanmaktadır.

Bu çalışma bir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Acil Servis’inde 2010 yılında, bir haftalık bir periyotta gerçekleştirilmiştir. Acil Servis’te karşılanıp tetkik ve/veya tedavisi tamamlanarak taburcu edilen hastalardan anketi doldurmaya gönüllü olan, okuma yazma bilen 30 kişi çalışmaya alınmıştır. Okuma yazması olmayan, genel sağlık durumu anketi doldurmaya elverişli olmayan, anketi eksik dolduran hastalar çalışmaya alınmamıştır. Hastalar bilgilendirme sonrasında anket sorularını herhangi bir yardım almadan kendileri doldürmüşlerdir.

### İstatistik

İhtiyaçların istatistiksel modlarının kategoriler arasındaki dağılımının spesifik olmadığı durumda memnuniyet ve memnuniyetsizlik

katsayıları hesaplanmıştır:

$$\text{Memnuniyet katsayısı: } \frac{A+O}{A+O+M+I}$$

$$\text{Memnuniyetsizlik katsayısı: } \frac{O+M}{(A+O+M+I) (-1)}$$

(A= Heyecan verici (Attractive), M= Temel/olması gereken (Must-be), O=Beklenen/doğrusal (One-dimensional), I= Fark yaratmayan (Indifferent))

Memnuniyet katsayısı heyecan verici ve doğrusal ihtiyaçların karşılanmasıyla artabilecek olan hasta memnuniyeti ortalaması iken, negatif işaretli memnuniyetsizlik katsayısı ise doğrusal ve temel ihtiyaçlar karşılanmadığı durumda azalacak olan hasta memnuniyeti ortalamasının göstergesidir. Farklı bir açıdan bakıldığında memnuniyet katsayısı ürün özel liğinin karşılanmasıyla hasta memnuniyetinde ne kadar bir artış sağlanabileceğinin, memnuniyetsizlik katsayısı ise ürün özelliği karşılanmadığında hastalarda ne kadar bir memnuniyetsizlik meydana geleceğinin göstergesidir (34).

Pozitif katsayı 0-1 aralığında yer alırken, 1’e daha yakın bir değer hasta memnuniyetine daha büyük etkide bulunan hasta ihtiyacını gösterirken, katsayının 0’a yaklaşması çok küçük etkiye sahip ihtiyaca işaret etmektedir. Aynı şekilde negatif katsayının -1’e yaklaşması, ürün özelliğinin karşılanmaması durumunda hasta memnuniyetsizliğine çok büyük etkide bulunacağını, 0’a yakın bir değer ise ürün özelliğinin karşılanmaması durumunun

memnuniyetsizliğe neden olmayacağını göstermektedir (28).

### BULGULAR

Çalışmamızda öncelikle hastaların hekimler le iletişimde istek ve beklentilerini belirlemek için literatür araştırması ve odak grup tartışması yapılarak 5 ana başlık altında toplanmıştır; yapılması planlanan tanı ve tedaviler hakkında anlaşılır bilgi, güleryüz, etkin dinleme, reçete edilen ilaçların tarif edilmesi ve karşılıklı iletişim. Daha sonra 30 kişinin katıldığı bir anket çalışması yapılarak her bir hasta isteği için kano kategorileri belirlenmiştir.

Anketten elde edilen sonuçlar Tablo 2’de verilmiştir. Tabloya bakıldığında her bir hasta isteği için her bir kategorinin aldığı frekans değeri görülmektedir. Heyecan verici gereksinim olarak; reçete edilen ilacın hekim tarafından anlaşılır bir şekilde tarif edilmesi 18 frekans değeriyle birinci sırada, etkin dinleme 16 frekans değeriyle ikinci sıradadır. Diğer

3 hasta isteği beklenen gereksinimlerdir. Bilgi verme (17), güleryüz (16) ve karşılıklı iletişim (12) frekans değerindedir. Başka bir ifadeyle bu üç istek hastaların hekimlerle iletişimlerinden beklediği temel performansdır. Bu üç gereksinim yerine getirildiğinde hasta memnuniyeti artacak, getirilmediğinde azalacaktır.

Bu tabloya göre güleryüz ve ilaç tarifi memnuniyeti sağlayan en önemli gereksinimler olarak aynı puanı almışlardır (0.83). Ancak güleryüzün memnuniyetsizlik katsayısı daha yüksek olduğu için öncelikle dikkate alınması gereken seçeneğin güleryüz olması gerekir. Aynı şekilde bilgi verme ve etkin dinlemenin memnuniyet katsayıları eşittir (0.76). Burada da bilgi vermenin memnuniyetsizlik katsayısı daha yüksek olduğu için (0.66) öncelikle ele alınması gereken seçeneğin “bilgi verme” olduğu saptanmıştır.

Hastaların hekimlerle iletişimlerinde güleryüz (16), bilgi verme (17) ve karşılıklı iletişimi (12) doğrusal gereksinim olarak değerlendirdik-

**Tablo 2.** Hasta istekleri için kategoriler.

Hasta istekleri	Temel özellikler	Beklenen/ doğrusal özellikler	Heyecan verici özellikler	Sıradan özellikler
Güleryüz	5	16	9	-
Bilgi verme	3	17	6	4
İlaç tarifi	2	7	18	3
Etkin dinleme	5	7	16	-
Karşılıklı iletişim	4	12	10	4

**Tablo 3.** Hasta ihtiyaçlarının kategori dağılımına göre memnuniyet ve memnuniyetsizlik katsayılarının hesaplanması.

	Memnuniyet katsayısı	Memnuniyetsizlik katsayısı
Güleryüz	0.83	- 0.70
Bilgi verme	0.76	- 0.66
İlaç tarifi	0.83	- 0.30
Etkin dinleme	0.76	- 0.40
Karşılıklı iletişim	0.73	- 0.53

**Tablo 4.** Hastalara yöneltilen anket soruları.

Hasta-hekim iletişimi ile ilgili beklentileriniz	Çok hoşuma gidiyor.	Çok hoşuma gitmiyor.	Orta.	Hiç hoşuma gitmiyor.	Hiç hoşuma gitmez.
1. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin sizi güleryüzlü davranması sizi nasıl etkiler.					
2. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin sizi güleryüzlü davranmaması sizi nasıl etkiler.					
3. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin yapılması planlanan tanı ve tedavi hakkında anlaşılır bir şekilde bilgi vermesi sizi nasıl etkiler.					
4. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin yapılması planlanan tanı ve tedavi hakkında anlaşılır bir şekilde bilgi vermemesi sizi nasıl etkiler.					
5. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin size reçete ettiği ilaçların kullanma şekillerini, zamanlarını anlayacağınız bir şekilde yazarak ya da göstererek tarif etmesi sizi nasıl etkiler.					
6. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin size reçete ettiği ilaçların kullanma şekillerini, zamanlarını anlayacağınız bir şekilde yazarak ya da göstererek tarif etmemesi sizi nasıl etkiler.					
7. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda görüşme sırasında hekimin sizin sözünüzü kesmeden dinlemesi, dış uyaranlarla ilgilenmemesi (saate, bilgisayara bakma ...vs) sizi nasıl etkiler.					
8. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda görüşme sırasında hekimin sizin sözünüzü kesmeden dinlememesi, dış uyaranlarla ilgilenmesi (saate, bilgisayara bakma...vs ) sizi nasıl etkiler.					
9. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin sizinle göz teması kurarak yüz yüze görüşmesi, sizi anladığını gösteren ifade ve mimikler kullanması sizi nasıl etkiler.					
10. Hasta olarak acil servise başvurduğunuzda hekimin sizinle göz teması kurarak yüz yüze görüşmemesi, sizi anladığını gösteren ifade ve mimikler kullanmaması sizi nasıl etkiler.					

leri, ilaç tarifi (18) ve etkin dinlemeyi (16) heyecan verici gereksinim olarak algıladıkları görülmüştür. Hasta memnuniyet ve memnuniyetsizlik katsayıları hesaplanmıştır. Güleryüz ve ilaç tarifi'nin memnuniyeti sağlayan en önemli gereksinimler olarak aynı puanı

aldıkları (0.83) ancak güleryüzün memnuniyetsizlik katsayısı daha yüksek olduğu için öncelikle dikkate alınması gereken seçeneğin güleryüz olması gerektiği saptanmıştır. Aynı şekilde bilgi verme ve etkin dinlemenin memnuniyet katsayıları eşit (0.76) olmakla

beraber bilgi vermenin memnuniyetsizlik katsayısı daha yüksek (0.66) olduğu için öncelikle ele alınması gereken seçenek olduğu saptanmıştır.

### TARTIŞMA

Hasta hekim iletişimi kişiler arası bir süreçtir ve tıbbi bakımın ana komponenti olarak ele alınmalıdır. Hasta hekim ilişkisi sosyal, kültürel, toplumsal, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından belirlenmektedir. Kültürel ve teknolojik değişimler, mevcut zaman diliminde geçerli hekimin rolü, hekim kavramının algılanışı, hekimden beklenen davranış kalıpları ilişkiyi şekillendirir ve yönlendirir. Hekim ve hasta perspektifinin anlaşılması önemlidir, çünkü paylaşılan bu perspektif sorun ve semptomların çözümünde, hekimlerden ve klinik müdahalelerden memnuniyet, hekimlerin önerilerinin desteklenmesi ve yerine getirilmesi, kronik hastalığı olan bireylerin özgüven ve bireysel yönetimlerinin sağlanmasında pozitif etkilidir (10).

Hekimler hastalığın tam ve tedavisi ile ilgili işlemler sırasında hastanın sürece aktif katılımının, sonucu belirlemede çok önemli olduğunun farkındadırlar. Ayrıca, bu yaklaşım uygulanan tedaviden doğan olumsuz sonuçların hekime fatura edilmesini de önlemektedir. Ancak burada en önemli husus hasta eğitiminin eksiksiz yapılmasıdır. Hasta eğitimi, hastanın hastalığı ile başedebilmesi için gerekli her türlü bilgi ve becerinin hastaya kazandırılmasıdır. Bu kuşkusuz hastaya zaman ayırma ve sabırlı olmayı gerektirir (35). Hasta hekim iletişiminde, hekimin tutumu hastayı bütünüyle tanımaya yönelik olmalıdır. Bu da insanın bedensel-ruhsal bütünlüğünü, beden ruh ilişkisindeki bütünlüğünü, sosyo-kültürel konumunu, sosyal ve doğal çevresi içindeki durumunu mümkün olduğunca tanımayı gerektirir (36). Hekimin hastasını biyopsikososyal yönden tanınması, hastanın hastalığıyla

ilişkisini de anlamasını sağlayarak tanı ve tedavi sürecine yardımcı olmaktadır.

Widdershoven bakım teorisini temel alarak hekim ve hastalar arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır: bakım insan hayatında temeldir ve 4 aşaması vardır:

1. Merak etmek, fark etmek; bir insanın bakım gereksinimlerini fark etmeye başlaması
2. Bakımla ilgilenmek; hastanın gereksinimleriyle ilgili sorumluluk almak
3. Tedavi etmek; hastaların gereksinimlerine karşılık vermede somut adımlar atmak
4. Bakım alma; bakım alan bireyin yanıtı (37).

Bu etkileşimsel model hasta yararı için birlikte çalışarak iletişimi arttırmayı ve sonuçta hekim ve hastayı destekler. Bu modelde çalışmak için hekimler hastalarını dinleme ve aktiviteleriyle ilgilenmeyi öğrenmelidir. Hastalar tedavinin etkileri ve semptomları hakkında bilgileri hekimlere vermelidirler. Hasta hekim ilişkisinin derinleşmesi sonucunda hekimlerin aktif sorumluluğu güveni ve plasebo etkisini arttırmaktadır (8,10).

Hasta hekim ilişkisinde güç dengesi hekim lehinedir. Hasta ile hekim arasında kapatılması mümkün olmayan bir bilgi asimetrisi mevcuttur. Hasta, bilgisinin olmadığı, öngöremediği, ölçüp değerlendiremediği bir konuda yaşamsal öneme haiz, vazgeçilemeyen, ertelenemeyen, ikame edilemeyen ihtiyaçlarını karşılamak zorundadır. Bu durum, onu hekim karşısında çaresiz, mahkum ve boynu bükük bırakmaktadır (38). Hasta hekime varoluşsal bir bağlılık içindedir. Hastanın hekime güven duyması, tedavinin etkinliği için birincil koşuldur. Hastalar yaşamlarıyla ilgili diğer kişilerle paylaşamayacakları gizli detayları hekimlere açıklamakta sakınca görmezler, hekimlerin kendilerine yardımcı olacağını ve dertlerine deva olacağını düşünürler. Ayrıca tedavinin gerçekleştiği ortamda güvenli bir



çevrenin oluşturulacağı ve gereksiz ağrı, acı yaratılmayacağını düşünürler (8). Hekim hasta iletişimi semptom ve problemlerin çözümü, hekimden memnuniyet, klinik karşılama, hekim önerilerinin uygulanması, hekime güven, kronik hastalıklarda kişinin kendine güvenmesi ve idare etmesiyle direkt olarak ilişkilidir (10).

Hasta hekim iletişiminde dokunmanın iyileştirici etkisi orta çağlardan itibaren bilinmektedir. Hekim muayenesinden sonra reçete yazılmasa da hastaların %85'inin kendilerinin daha iyi hissettikleri görülmüştür. Hatta Franz Mesmer hastalarının dokunmakla iyileşmelerini ellerindeki manyetizma olarak adlandırdığı bir güce bağlamış ve daha sonra 'mesmerizm' akımı doğmuştur. Hasta ne kadar bilgilendirilmiş olursa olsun özerk değildir. İlişkinin gelişimi içinde düşündüklerini söze dönüştürmesi için yüreklendirmek, eşdeğerli birlikteliğe doğru yaklaştırmak, güçler arasındaki dengesizliği düzeltmek gerekmektedir. Karşılıklı haklar ve görevlerin olduğu unutulmamalıdır (20).

Hastalar yaşamlarını tam anlamıyla hekimlerin ellerine verirler. İletişime istekli, dürüst, yardımsever ve daha eşitlikçi olarak hissettiklerinde hekimlere güven duymaya eğilimli olurlar. Kendileriyle açık iletişime geçildiğinde, yargılamadıkları ve sağlık durumları ile ilgili bilgilendirildikleri zaman hastaların tedaviye güveni ve sonuçta tedavi uyumu artmaktadır. Hem hekim hem de hasta için herhangi bir tedavinin anlamlı olması için ana gerekliliktir (9).

Hastalar hekimlerin kendilerine ayırabilecekleri zamanın limitli olduğunu bilmektedir ve hekimlerin bu kısıtlı sürede tüm dikkatini kendilerine vermeleri gerektiğini düşünürler. Ayrıca bir birey olarak kendileriyle ilgilenmesi ve ihtiyaçlarına hassas bir şekilde yaklaşmasını, iletişimde saygılı, bilgili ve açık

olunmasını, kullandıkları dilin meslekten olmayan bir yabancı tarafından kolaylıkla anlaşılabilir olması gerektiğini düşünmektedirler (13). Tedaviye uyum yalnızca hastanın hekime uymasını değil, hekimin de hastaya uyum sağlamasını, hastayı dinleyip izlemesini içerir (20).

Aceleci, ihmalkar ya da hastaların hikayelerine karşı özensiz hekimler ilgisiz olarak algılanır. Hastalar hekimlerin kendi fikir ve düşüncelerini dinlemeye açık olmadıklarını hissettiklerinde ya da görüşlerini hastayla paylaşmadıklarında hayal kırıklığına uğurlar. Hekim hastanın anlayacağı düzeyde açıklayıcı bilgi vermeyip ardından da bir karar vermesi gerektiğini söylediğinde hastalarının isteksiz hissetmelerine sebep olurlar (39).

Stewart ve McMillen (40), hekimlerin bekleme odası ve ofislerini incelemişler ve kalitesiz müzik, eski literatürlerin sayısı, dağınık ve eski dergiler, eskimiş mobilya ve halıların etkisini incelemişlerdir. Bekleme odasındaki karşılama görevlilerini hastalardan ayıran bir pencerenin olmasının hastalar tarafından bir bariyer olarak algılandığı görüldüğü ve personel ve hasta için ilave strese yol açtığı, dağınık masaüstü, hastaların yanında personellerin yüksek sesle konuşması hastalarda olumsuz duygulara yol açtığı saptanmıştır. Araştırmacılar, hekimlerin hastaların bakış açılarını anlamaları için bekleme odalarında vakit geçirmeleri gerektiğini önermişlerdir.

Toplam kalite yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmaya başlamasıyla önem kazanan hasta memnuniyeti, hasta haklarının artan önemi, bireylerin bilinç düzeylerindeki artışa bağlı pasif hasta rolünden aktif, katılımcı hasta rolüne geçmek istemeleri ve hasta güvenliği kavramının bir kültür haline gelmesi hasta hekim ilişkisinin öneminin artmasına ve paradigmanın değişimine yol açmıştır. Etkin bir hasta hekim iletişiminin hasta

memnuniyetini etkileyen en önemli bileşenlerden biri olduğu, terapötik etki yarattığı, hem hasta hem de hekime yönelik bir çok faydaları olduğu bilinmektedir. Gelişen tüm tıbbi olanaklar, değişen bakım yolları ve kültürel özelliklere rağmen tıpta değişmeyen kavram hasta-hekim ilişkisinin terapötik önemidir. Hasta hekim ilişkisi kişiler arası bir süreçtir ve hekimde hasta kadar bu süreçte sorumluluk ve hakları vardır ve tedavi sürecine uyum göstermek zorundadır (20).

Yapılan araştırmalarda hastaların büyük bir çoğunluğunun hekim ile karşılıklı iletişiminden memnun olmadığı, bu memnuniyetsizliğin kaynağının da teknik yetersizlikten ziyade etkisiz iletişimden kaynaklandığı görülmüştür (17). Yağbasan ve ark. tarafından "hasta hekim iletişiminde dile dayalı sorunlar" a yönelik yapılan çalışmada, hekimlerin hasta ile sağlıklı bir iletişim kurmak, anlamak veya rahatlatmak için iletişim kurmadıkları ortaya çıkmıştır (41).

Hasta hekim ilişkisinde hekimin etkin dinlemesinin kanıtlanmış yararları vardır, üzücü duygulardan kurtulmayı kolaylaştırır, sorun çözmeyi kolaylaştırır, korkuyu azaltır, sorunun sorumluluğunu hastaya bırakır, yanlış tedavileri önler, değişime yardımcı olur ve olumsuz duygular etkisini yitirir (14). Bizim çalışmamızda da 'etkin dinleme' hastalar tarafından heyecan verici gereksinim olarak bulunmuştur.

İyi bir hasta hekim ilişkisinin özellikle kronik hastalıklar için önemli olduğu, bu hastaların bilgilendirildiklerinde, ka rar alma sürecine

dahil edildiklerinde, hastalıklarıyla ilgili olumlu davranış değiştirme ve hekim önerisine uyma konusunda dikkatli oldukları ortaya çıkmıştır (7). Bizim çalışmamızda da bilgi verme ve karşılıklı iletişim doğrusal gereksinim olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hasta- hekim ilişkisi ile ilgili literatür araştırması yapılarak, hasta-hekim ilişkisi, önemi, ilişkide güven duygusu, ilişkinin elementleri ve ilişkiyi artan ve azaltan faktörler incelenmiştir. Yöntem olarak bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisinde yaşanan bir hasta-hekim diyalogu örnek olarak alınarak vaka analizi yapılmıştır. Kalite geliştirme araçlarından biri olan 'Kano model'i kullanılarak hastaların hekimden beklentilerini daha iyi algılayıp, derecelendirilmiş ve öncelik verilecek alanlar belirlenmiştir. Çalışmamızda acil servis hizmeti alan akut ve kronik hasta gruplarının hekimden beklentileri analiz edilmiştir. Ancak yoğun bakım ünitesi gibi tıbbın özellikli alanları için hastaların beklentileri farklılaşabilir.

Çalışmamızın sonucu genel olarak değerlendirildiğinde, hastaların hekiminden memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğine yol açan en önemli etkenin hekimin güleryüzlü davranması ve hastaya yapılması planlanan tanı ve tedavi hakkında anlaşılır bir şekilde bilgi vermesi olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyetini sağlamanın ilk adımı hastanın en doğal hakkı olan bilgi alma hakkına riayet edilmesidir. Bu sürecin maliyetsiz bir süreç olması, hastane yönetiminin bu konuda çalışma yapabilmesi için önemli bir noktadır.

### KAYNAKLAR

1. Zaim H, Tarım M. Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları 2010; 59: 1-24.
2. 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.
3. Lipkin M Jr, Frankel RM, Beckman HB, Charon R, Fein O. Performing the interview. In: Lipkin M Jr, Putnam S M, Lazare A, editors. The Medical Interview. New York: Springer-Verlag; 1995a. pp. 65-82.

4. Hampton JR. Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical out-patients. *BMJ* 1975; 2: 486-9.
5. Coombs RH, Perell K, Ruckh JM. Primary prevention of emotional impairment in medical training. *Academia Medica* 1990; 65: 576-81.
6. Lussier MT, Richard C. Doctor-Patient Communication. *Canadian Family Physician* 2006; 52.
7. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 25-38.
8. Kaba R, Sooriakumararan P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery* 2007; 5: 57-65.
9. Thom DH, Hall MA, Gregory PL. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *health affairs*. *Health Aff* 2004; 23: 124-32.
10. 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: 763-8.
11. Fianzang S. Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship *Anthropology & Medicine* 2002; 9: 2.
12. Çan G, Torun P, Özlü T. Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde hekim hasta ilişkisi. *Doktor Dergisi* 1996; 4 (3):131-2.
13. Sağlıkla ilgili Uluslararası Belgeler, Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2009 <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf>
14. Ülker H. Hasta-Hekim İletişimi. <http://www.bursaonkoloji.gov.tr/onkoloji/hastahak/hhisakis/hasta-hekimiletisimi.pdf>, 2006.
15. Houle C, Harwood E, Watkins A, Baum KD. What women want from their physicians: a qualitative analysis. *J Women's Health* 2007; 16: 543-50.
16. Oğuz Y. Klinik Uygulamada Hekim-Hasta ilişkisi. *T Klin J Med Ethics* 1995; 2-3: 59-65.
17. Ataç A. İletişim, tıp etiği ve tıp uygulamalarında yansımaları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009; 40: 289-95.
18. Yılmaz AA, Atabek Ü. "Hasta- hekim ilişkisinde güven iletişimi". Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Tüp Bebek Ünitesinde Bir Uygulama, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2005.
19. Street EE, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician-patient relationship: Effect of communication in medical encounters. *J General Intern Med* 2003; 18: 609-16.
20. Koch E, Turgut T. Hasta-Hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: Bir bakış: *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 64-9.
21. Özçakır A, Dağdeviren N, Görpelioglu N. "İletişimin Temelleri", Aile hekimliği kurs notları, 2004; 43-55.
22. Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta Hekim İletişiminin İncelenmesi. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi, 2007.
23. Çelik F, Koçak A. Sağlık kurumlarında iletişim: Hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 2008.
24. Krupat E, Yeager CM, Putman S. Patient role orientation, doctor patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health* 2000; 15: 707-19.
25. Wright SM, Carrese JA. Ethical issues in the managed care setting: A new curriculum for primary care physicians. *Medical Teachers* 2001; 23: 71-5.
26. Matzler K, Hinterhuber HH. How to make product development projects more successful by integrating Kano's model of customer satisfaction into quality function deployment. *Technovation* 1998; 18: 25-38.
27. Tan KC, Shen XX. Integrating Kano's model in the planning matrix of quality function deployment. *Total Quality Management* 2000; 11; 1141-51.
28. Lee IW, Chang HT, Chao JP. The relationship between quality of healthcare service and customer satisfaction- an example of hospitals in Taiwan. *J Chinese Institute of Industrial Engineers* 2007; 24: 81-95.

29. Yeşilada F, Yurdakul D. Improving healthcare service quality: an application of integrating serqual and kano model into quality function deployment. *Int J Business Research* 2009; 9: 156-65.
30. Figueroa A, Gutierrez H, Garibay C. Evaluation of a digital library by means of quality function deployment (QFD) and Kano model. *J Academic Librarianship* 2010; 36; 125-32.
31. Sofyalıoğlu Ç, Tunalı İ. Kalite fonksiyon göçerimi ve gıda sektöründe uygulanabilirliği: Kano modeli ile bütünleşik bir yaklaşım. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2006.
32. Delice EK, Güngör Z. Müşteri isteklerinin sınıflandırılmasında Kano modeli uygulaması. *Akademik Bilişim, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi*, 2008; 193-8.
33. Tontini G. Identification of customer attractive and must-be requirements using a modified Kano's method: Guidelines and case study quality congress. *ASQ's Annual Quality Congress Proceedings. ABI/INFORM Global*, 2000; 728.
34. Emery C, Tolbert S. Using the Kano model of customer satisfaction to define and communicate supervisor expectations, *Allied Academies International Conference*, 2003.
35. Özlü T. Hekim-hasta ilişkisi, hasta eğitimi ve hastanın tıbbi kararlara katılımı. *Klinik Bilimler ve Doktor* 1999; 5: 183-6.
36. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 33:2, 91-6.
37. Widdershoven GA. Care, cure, and interpersonal understanding. *J Advanced Nursing* 1999; 29: 1163-9.
38. Özlü T, Hasta-Hekim ilişkisinde Etik İlkeler, TTD Etik Kurulu, [http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/215201114502-Hekim\\_hasta\\_iliskisi.pdf](http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/215201114502-Hekim_hasta_iliskisi.pdf)
39. Hvas L, Reventlow S, Maiterud K. Women's needs and wants when seeing a GP in relation to menopausal issues. *Scandinavian J Primary Public Health* 2004; 22: 118-21.
40. Stewert EE, McMillen M. How to see your practice through your patient's eyes. *Fam Pract Manag* 2008; 15: 18-20.
41. Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2005;15: 609-29.

---

### Yazışma Adresi:

Dr. Gülnur GÜL  
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi,  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi,  
İZMİR

---