

## ZOR HASTA VE HASTANIN YAKINLARI İLE BAŞA ÇIKABİLME

### DEALING WITH DIFFICULT PATIENTS AND THEIR RELATIVES

Kamuran Bahar SANDIKCI\*  
Yusuf ÜSTÜ\*\*

\* Çubuk 5 Nolu ASM

\*\* Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

#### Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Kamuran Bahar SANDIKCI  
Çubuk 5 Nolu ASM, Aile Hekimi Uzmanı  
Barbaros Mah. Funda Sok. No:6 Çubuk  
Tel: 0 312 8384769  
E-posta: bahar\_deu@hotmail.com

#### ÖZET

Hastalarla iletişim hekimlik mesleğinin en önemli klinik becerileridir. İyi iletişim becerilerine sahip hekimler, hastalarının tedaviye uyum ve memnuniyetini artırmakta, böylelikle hem mesleki memnuniyet artışını hem de iş stresinin azalmasını sağlamaktadır. Hasta-hekim iletişimi hasta, hekim ve sağlık sisteminin karşılıklı etkileşimi içinde olan birçok sebepten etkilenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta-hekim iletişimi, zor hasta, iletişim becerileri

#### ABSTRACT

Communication with patients is one of the most important skills for clinical medical profession. Doctors' having good communication skills, increases the patient's treatment compliance and satisfaction, it also increases professional satisfaction and provides the reduction of work stress. The difficulties in the patient-physician communication are affected by the interaction of many reasons.

**Key Words:** Patient-doctor communication, difficult patient, communication skills

Hastalarla iletişim hekimlik mesleğinin en önemli klinik becerileridir. İyi iletişim becerilerine sahip hekimler, yaptıkları poliklinik görüşmelerinde hastalarının problemlerini erken ve doğru bir şekilde ortaya koyarak hastalarının tedaviye uyum ve memnuniyetini daha fazla sağlayabilmektedir<sup>1,2</sup>. Bu da mesleki memnuniyeti artırmakta ve iş stresini azaltabilmektedir<sup>1,2</sup>. Hem 'iyi hekim' olup, hem de mesleki tatmini sağlayabilmek için, nitelikli ve etkili görüşme yapabilme sanatının gereklilikleri yerine getirilmelidir. Bu ise, hekimlik eğitiminin yanı sıra, bilgi birikimini, tecrübeyi, sahip olunması gereken iletişim teknikleri, becerilerini ve sorun çözme yeteneğini de içerir<sup>3,4</sup>. Sağlıklı iletişim hasta-hekim arasında kurulan nitelikli ve etkili bir iletişimle sağlanır.

Hasta ve hekimin sosyal hayatlarındaki yaşadıkları sıkıntılar, muayene sırasında yaşananlar, sisteminde yaşanabilen problemler ve bunların karşılıklı etkileşimi hasta- hekim ilişkisinde olumsuzluklar yaratabilmektedir. Hekim ve hasta arasındaki iletişimin bozulduğu ya da koptuğu, çatışma yaşanan durumlar genellikle hem hekim hem de hasta tarafından "zor durum" olarak algılanmaktadır<sup>5</sup>. Hekimler, kendilerini zor durumda bırakarak; çaresizlik ve yetersizlik duygusu yaşamalarına neden olan ve "zor hasta" olarak nitelendirilen hasta grubu ile sıklıkla karşılaşmaktadır<sup>6</sup>. Hasta karşılaşmalarının %15-30'unun "zor hasta" grubunda olduğu tahmin edilmektedir<sup>6,7</sup>.

Hekimlerin günlük pratiklerinde davranışsal ya da duygusal açıdan zor olan hastalarla yaşadıkları iletişim problemi, hizmetin etkili bir şekilde yürütül-

mesini engel olabilmektedir. İletişimde yaşanan güçlükler, beraberinde, hekimin psikolojik olarak tükenmesine, hastanın tedavisinin gecikmesine, şikayetlere ve hatta bazı zamanlarda ise olayın yargıya taşınmasıyla adli davalara yol açmaktadır<sup>8,9</sup>. İletişim sıkıntıları, sağlık kuruluşlarının daha fazla kullanılmasına, daha fazla laboratuvar tetkiki istenmesine ve gereksiz ilaç yazılmasına, sonuçta sağlık maliyetinin yükselmesine sebep olmaktadır<sup>5,10,11</sup>.

İş hayatı, yaşam ve dünyayla ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerinde artış yaşayan, tükenmişlik sendromu içindeki hekim, hastaları, kolaylıkla “zor hasta” olarak değerlendirebilmektedir<sup>12</sup>. Tükenmişlik sendromu üzerine yapılan bir çalışmada 8 saatin üzerinde çalışan asistan hekimlerde depersonalizasyon, duygusal tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir<sup>13</sup>. Yine uzun çalışma süresinin ve yorucu iş temposunun, kendine zaman ayıramama ve sosyal aktivitelere katılamama sebep olarak, yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir<sup>14</sup>. Tüm bunlar hekiminden kaynaklanan sebepler arasında yer alarak, hekimin hasta ile iletişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

İşyükü fazlalığı, hekimlerin hastaları “zor hasta” olarak kabul etmesini kolaylaştırmaktadır<sup>15</sup>. Fazla iş yükü sebebiyle iletişimi bozulan hekim, belki de bir başka hekim tarafından zor olarak tanımlanmayacak bir hastayı zor olarak görmeye başlayabilmesidir<sup>16,17</sup>. Genel pratisyenlerle yapılan bir çalışmada normalden fazla hasta gören hekimlerin normal ve normalden az görenlere göre 3 kat fazla, “zor hasta” ilişkisi yaşadıklarını göstermiştir<sup>15</sup>. Haftalık 55 saatten fazla çalışan ve yoğun stres altındaki hekimler daha fazla memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar<sup>18,19</sup>.

Cerrahi branşlarda hasta hekim iletişimini etkileyen ek faktörlerden bahsedilebilir. Operasyon öncesinde hastaların doktor doktor dolaşmalarının verdiği iş yükü ve operasyon ile beklentilerinin yüksek oluşu etkileyebilir. Ayrıca hastaların sıkıntılı psikolojisi, malpraktis kaygısı, cerrahi kliniklerde baskın olan kıdem farkının hekim üzerindeki psikolojik yükü ve uzun çalışma saatleri gibi durumlar da olumsuz iletişim sıklığını artırabilir<sup>20,21</sup>.

Hastaların eğitim ve sosyo ekonomik düzeyleri de iletişim üzerine etkilidir. Konuyla ilgili pek çok araştırma, yüksek eğitilmiş ve yüksek sosyo ekonomik statüye sahip hastaların hekimden daha çok bilgi aldıklarını, düşük sosyo ekonomik düzeye sahip hastaların ise, is-

tedikleri halde hekimlerinden fazla bilgi alamadıkları göstermektedir<sup>22-24</sup>. Karşılıklı iletişimde, cinsiyet ve geleneksel yaşam tarzına bağlı düşünce yapısı da iletişimi olumlu ya da olumsuz etkilemektedir<sup>23-25</sup>.

Medyanın şiddet üzerinde öğretici bir etkisi vardır. Hayatın bir parçası olarak gösterilen şiddet sahneleri ile defalarca karşılaşan bireyler, alışageldikleri bu olaylara, günlük hayattaki tepkileri duyarsızlık olarak ortaya çıkaracaktır<sup>26</sup>. Şiddette karşı duyarsızlaşarak olumsuz tepki göstermeyen kişi, şiddet hakkında düşünürken rahatsız olmayacak, hatta şiddet içeren planlar kurabilecektir<sup>23,26,27</sup>.

Hasta iletişimi önemli faktörlerden biri de hekim ve diğer sağlık personelinin eğitimidir. Tıp fakültesi intern öğrencileri ile yapılan bir dizi çalışmada, iletişim becerileri eğitimi alan öğrencilerin bu eğitimi almayan öğrencilere göre, hastaları ile daha iyi iletişim kurdukları (daha iyi öykü alma, açıklayıcı yanıtlar verme gibi) gösterilmiştir<sup>28-30</sup>. İletişim becerileri eğitimi almamış hekimlerin ise eğitim alan hekimlere göre, hastayı iki kat zor olarak algıladıkları bulunmuştur<sup>15</sup>. Çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim konularında eğitimler düzenleme zorunluluğu isabetli yaklaşımlardır<sup>31</sup>.

Hasta başvuru sayısındaki artış ve hekim sayısındaki artışın bunu karşılayamaması, muayene süresinin azalmasına ile hastaların muayene için bekleme süresinin artmasına neden olur. Hekimin hastasına ayırması gereken sürenin kısalması, teşhiste zorlanmaya ve hata yapma oranında yükselmeye sebep olmaktadır<sup>32,33</sup>. Geniş katılımlı bir çalışma da hekimin artan işyükü ile görüşme süresinin azalmasına dikkat çekmektedir<sup>34</sup>. Aksine, hekimin hastasına zaman ayırması hastasının soru sormasına izin vermesi ve hastasını hastalığı konusunda bilgilendirmesi hastayı etkilemekte ve hekimine duyduğu güveni artırmaktadır<sup>35</sup>. “Zor hasta” ile sağlıklı iletişim kurup, tanı ve tedavi sürecinde ilerleyebilmek için daha fazla zaman ve enerji gerekmektedir. Muayenelerin sıklığı da hekimin hastayı tanımasını ve problemleri daha erken çözmeye yardımcı olur<sup>36,37</sup>.

“Zor hasta”lara karşı kurumların belli bir strateji ve idari politika uygulamaları gerekmektedir. Bu uygulamalar, hekim, hasta ve sistem kaynaklı tüm sorunları kapsar bir biçimde, farklı durumlarda da kullanılabilir bir tarzda ve kliniğe uygun olmalıdır<sup>38</sup>. Uygulamadaki sıkıntılar hastaların, “zormuş gibi” anlaşılmasına da sebep olabilir. Yöneticilerin başarısını tanımlayan pek-

çok kriter vardır, bunlardan en önemlisi de problem çözebilme becerisidir<sup>39</sup>. Hastaların problem ve şikayetlerine çözüm bulunması hasta memnuniyetini artırırken, sağlık personelini sıkıntıya sokmamalıdır. Personel, yaşadığı sorunlar açısından yönetim tarafından dikkate alınmalıdır. “Zor hasta”ları tanımlamak ve yönetmek bir takım işi olmalıdır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla beyaz kod uygulaması, Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminin kurulması, sağlık çalışanlarına iletişim becerileri, öfkeli hasta ve yakınıyla iletişim yolları ve öfke kontrolü konularıyla ilgili eğitim verilmesi isabetli yaklaşımlardandır<sup>40</sup>.

“Zor hasta” grupları, karşılaşılan hasta popülasyonuna bağlı olarak değişiklik gösterse de, ortak kesişim kümeleri bulunmaktadır. Yapılan çalışmada, en sık psikososyal sorunlar yaşayan ve madde bağımlısı olan hastaların “zor hasta” olarak nitelendirildiği tespit edilmiştir<sup>18</sup>. Aile hekimleri ve iç hastalıkları uzmanlarının beraber değerlendirildiği bir çalışmada hekimlerin “zor hasta” sıralamasında, ihtiyacı olmayan ilaç için ısrarcı olan hastalar, verilen bakımdan memnun olmayan hastalar, verilen bakım ile gerçekleşemeyecek umutları olan hastalar ilk sırayı almaktadır<sup>7</sup>. Diğer bir çalışmada ise, aile hekimleri en sık, çoklu tıbbi şikayeti olan ve sürekli hasta olma davranışı sergileyen hastaları “zor hasta” grubuna sokmuşlardır<sup>36</sup>. Bir çalışmada ise “zor hasta”larda diğer hastalara oranla çoklu somatoform bozukluk, panik bozukluk, disritmi, yaygın anksiyete, major depresyon ve alkol ya da diğer bağımlılıkların daha sık görüldüğü bulunmuştur<sup>41</sup>. Hekimleri tarafından “zor hasta” olarak tanımlanan bir hasta grubunda, kontrol grubuna göre hastaların boşanmış yada ayrı yaşadığı, daha fazla tetkik istediği ve daha sık hekime geldiği bulunmuştur<sup>11</sup>. Zor hasta-hemşire iletişimin incelendiği bir çalışmada ise, hemşirelerin, söylenen, kızan ve bağırان hastaları; tedaviyi reddeden hastaları; çok ağrısı olan, sürekli bağırان hastaları; sürekli bir şeyler isteyen, sorular soran ve hemşireyi yanına çağırان hastaları “zor hasta” olarak tanımlamışlardır<sup>42</sup>.

Hekimlerin hastaları ile empati kurma ve bunu tedavilerine yansıtmasını araştırmak amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hekimlerin %71,1'i hasta ve hasta yakınının duygusal durumlarını anlamının hastalarıyla ilişkilerinin önemli bir parçası olduğunu düşünmekte iken %57,8 oranında hekim ise bu durumun kendilerini etkilemesine izin vermediklerini belirtmiştir<sup>43</sup>. Klinikte yaşanan iletişim güçlüklerinde hastayı bir başka hekime yönlendirmek, denenebilecek bir yöntemdir. Bir hekime göre zor olarak sınıflandırılan bir hasta diğer

hekime aynı şekilde zor gelmeyebilir<sup>16,17</sup>.

## SONUÇ

Günümüzde hasta-hekim iletişimde yaşanan güçlüklerin, karşılıklı etkileşim içinde olan hastadan, hekimden ve sağlık sisteminden kaynaklanarak, birçok nedenden etkilendiği görülmektedir<sup>44</sup>.

İletişim sorunlarındaki iyileştirmeler, tüm sağlık çalışanları ve yönetimin katılımıyla gerçekleştirilebilir. Hastane yönetimi tarafından izlenecek stratejiler belirlenmelidir. Hem mezuniyet öncesi hem de sonrası eğitimlerde iletişim becerileri ve “zor hasta” yönetimi konularına önem verilmelidir. “Zor hasta”yı tanıma ve sağlıklı iletişim kurabilme konularında hekimlerin bilgi ve becerilerini artırması gerekmektedir. Hastaları etkin dinleme, açık uçlu sorularla hastayı doğru yönlendirme ve hasta ile empati kurarak yaklaşma kadar, hastaları sosyo-kültürel düzeylerine uygun bir düzeyde bilgilendirmekte önemlidir.

Muayene edilen hasta sayısındaki artış ve zaman kırsıtlılığı, hem hekim hem hasta açısından sağlıklı iletişimi engelleyebilmektedir. Özellikle hastalara daha uzun muayene süresi sağlayacak şekilde randevu verilmelidir. İlk tıbbi temas noktası olması sebebiyle aile hekimliği uygulamasının etkililiğinin artırılması, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerindeki yoğunluğu azaltacaktır. Bu da, 2. ve 3. basamakta iş yükü azaltarak, hekim için de, daha az sıra bekleyen, zaman sıkıntısı olmayan hasta için de, pek çok sorunun çözümünü birlikte getirecektir. “Zor hasta” ile iletişim yöntemleri zaten hali hazırda aile hekimliğinin birinci basamak yönelimli eğitimleri ile örtüşmektedir. Aile hekimleri hastayı biyopsikososyal açıdan bütüncül değerlendirmekte, hasta merkezli yönelim uygulamakta, entegre ve koordine şekilde sürekli hizmet verilmekte ve tüm bunlarda hastayı “zor hasta” yapan sebepleri ortadan kaldırmayı kolaylaştırmaktadır. “Zor hasta” karşılaşmalarında önceden, muayenenin sınırlarını netleştirecek şekilde, hastayı en rahatsız eden probleme yönelmek için, önceden zaman ve içerik sınırlaması yapılması, güncel yaklaşımlarda önerilen yöntemlerdendir<sup>20</sup>.

Hasta haklarının korunması yönündeki çalışmalarda, eşgüdüm halinde hekim haklarının da korunması önemlidir. Toplumda farkındalık yaratmak adına, medya, hekime yönelik olarak uygulanan şiddet ve olumsuz davranış örnekleri sonrasında verilen ceza ve yaptırımlara yer verilmesi gereklidir. Topluma doğru davranış kalıbının öğretilmesi açısından örnek temsil ederek olumsuz önyargının önüne geçebilir.

## KAYNAKLAR

1. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine* 1995;40: 903-18.
2. Maguire, P., & Pitceathly, C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325:697.
3. Aspegren, K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical teacher* 1999; 21: 563-70.
4. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 1995; 310: 1122-6.
5. Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı, Hasta Hekim İletişimi Modülü 2013, 7.1.İletişimin Genel İlkeleri ve İletişimde Zor Durumlar, v1.0 <http://ahuzem.ybu.edu.tr/> ( Erişim tarihi: Haziran 2016).
6. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. *AmFam Physician* 2005;72:2063-8.
7. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Archives of internal medicine*, 2009;169:410-14.
8. Kravitz RL. Measuring patients' expectations and requests. *Annals of Internal Medicine* 2001;134: 881-8.
9. Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *American Journal of Medical Quality* 1999;14:153-9.
10. Mayou R, Sharpe R. Patients whom doctors find difficult to help / an important and neglected problem. *Psychosomatics* 1995;36:323-5.
11. John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of 'difficult' patients. *The Journal of family practice* 1987;24:607-10.
12. A, PG, Manwell LB, Williams ES. Does a higher frequency of difficult patient encounters lead to lower quality care? *The Journal of family practice* 2013;62:24-9.
13. Erol A, Sarıççek A, Gülseren P .Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:241-7.
14. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *UÜTF Derg* 2004; 30:81-5.
15. Mathers, N., Jones, N., Hannay, D. He-artsink patients: a study of their general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1995; 45(395), 293-296.
16. Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB, Smith MA, (Çev. edi. Yaman H, Çulhacı A), Aile Hekimliğinin Temelleri. Beşinci Baskı, İstanbul: Sigma Yayıncılık; 2008:31-38.
17. Steinmetz D. The problematic physician-patient encounter. *Harefuah* 1992; 122:357-9.
18. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC health services research* 2006; 6:128.
19. Ölmezoğlu ZB, Vatanserver K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1999;1:420-5.
20. Steinmetz D, Tabenkin H. "The 'difficult patient' as perceived by family physicians." *Family Practice* 2001;18:495-500.
21. Tan MN, Özçakar N, Kartal M. Asistan Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kapsamında Mesleki Memnuniyetleri ve Yaşam Koşulları ile İlişkisi." *Marmara MedicalJournal* 2012;25:20-5.
22. Magnus, S. A., & Mick, S. S. Medical schools, affirmative action, and the neglected role of social class. *American Journal of Public Health*, 2000;90:1197.
23. Fatih Ç. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya: Halkla İlişkiler ve Tanıtım AD; 2008.
24. Ağbasan M, Çakar F. Doktor-Hasta İletişiminde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2006; 15:609-29.
25. Prof. Dr. MeralUysal, "Medya ve Şiddet", Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Sempozyum. [http://www.egitimsen.org.tr/ekler/5fee888414ee9fc4752e62f3f291a39\\_ek.pdf](http://www.egitimsen.org.tr/ekler/5fee888414ee9fc4752e62f3f291a39_ek.pdf) (ErişimTarihi: 09.07.2013).
26. Palabıykoğlu, R. Medya ve şiddet. *Kriz Dergisi* 1997;5:123-6.
27. Freedman JL, Carlsmith JM, Sears DO. Sosyal Psikoloji (Çeviren: Dönmez A). 2. baskı, Ankara: İmge KitapYayıncılık; 1993.
28. Kılıç B, Sayek İ. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-2000. *Toplum ve Hekim* 2001;16: 230-40.
29. Dereboy İF, Gürel M, Erpek S, Savk Ö. Tıp Eğitiminde Tam Entegrasyona Doğru: Menderes Deneyimi. *Toplum ve Hekim* 2001;16:194-204.
30. Lloyd H, Bor R. *Communication Skills For Medicine*, London: Churchill Livingstone Inc;1996.
31. <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/120,calisangenelgesi.pdf?0> (ErişimTarihi: 09.07.2013).
32. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82968/h/faaliyetraporu2012.pdf>. (ErişimTarihi: 09.07.2013).
33. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama* 1997; 277:553-9.
34. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine* 1999;14:34-40.
35. İşnas C, Tatar M. Doktor-Hasta ilişkisi, Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2000;5:157-8.
36. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med* 2006;19:533-41.
37. Gemlik, H.N, Sur, H., Özel Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme Becerilerini Algılama Düzeylerine İlişkin Bir İnceleme. *Hastane Yönetimi Dergisi* 2003; 7:1-6.

38. Serour M, Othman HA, Khalifah GA. Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic Consultations. *European Journal of General Medicine* 2009;6:87-93.
39. Çelik C, Yurdakul M. Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Alan Araştırması. *Journal of the Cukurova University Institute of Social Sciences* 2009;18:95-108.
40. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html> (Erişim Tarihi: 09.07.2013).
41. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M. The difficult patient. *Journal of General Internal Medicine* 1996;11:1-8.
42. Çıtak EA, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin “zor hasta” Olarak Tanımladıkları Hastalarla İletişim Davranışlarının İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011;1:35-44.
43. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç ZP. "Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma." *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2010;1:127-43.
44. Lorenzetti RC, Jacques CM, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *American Family Physician* 2013;87:419-25.