



T.C.

Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Sağlık Kurumları İşletmeciliği

**AİLE HEKİMLİĞİ DÜNYA VE TÜRKİYE UYGULAMALARI:
AİLE HEKİMLİĞİNDE HEKİM-HASTA İLİŞKİSİNDE
İLETİŞİMİN ROLÜ VE TARAFLARIN MEMNUNİYETİ ÜZERİNE
ETKİLERİNİN İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN
ARAŞTIRMASI**

Hazırlayan

Esra Seda TURHAN

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Niyazi ERDOĞAN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara - 2014

AİLE HEKİMLİĞİ DÜNYA VE TÜRKİYE UYGULAMALARI: AİLE
HEKİMLİĞİNDE HEKİM-HASTA İLİŞKİSİNDE İLETİŞİMİN ROLÜ VE
TARAFLARIN MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİNE
YÖNELİK BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Esra Seda TURHAN

Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Sağlık Kurumları İşletmeciliği

Yüksek Lisans Tezi

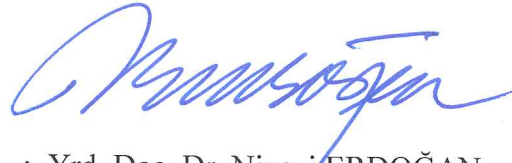
Ankara 2014

KABUL VE ONAY

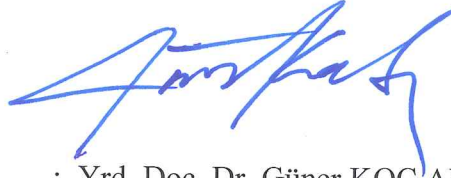
Esra Seda Turhan tarafından hazırlanan “Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması” başlıklı bu çalışma, 18.06.2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Başkan : Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY



Üye : Yrd. Doç. Dr. Niyazi ERDOĞAN



Üye : Yrd. Doç. Dr. Güner KOÇ AYTEKİN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

18.06.2014

Esra Seda TURHAN

TEŞEKKÜR

Öncelikle, tez çalışmamın başlangıç ve bitiş aşamasına kadar yürütülmesini sağlayan, bilgisi, eleştirileri ve yol göstericiliği ile yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Niyazi ERDOĞAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın yazım aşamasında eleştirilerinden ve tecrübelerinden istifade ettiğim, sabırlı, içten yaklaşımları ile bana yardımcı olan Karadeniz Teknik Üniversitesi Öğretim Görevlisi Sayın Yrd. Doç. Dr. M. Esra ATUKALP'a, bilgi ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Alemdar YALÇIN'a, anket uygulamalarının hazırlanmasında ve yürütülmesinde yardımcı olan, fikirlerini esirgemeyen sayın aile hekimlerimiz Dr. Osman KAÇIRAN (Gümüşhane Aile Sağlığı Merkezi) ve Dr. Nazım ÖZGÜR'e (Çankaya Atakule Aile Sağlığı Merkezi), araştırmalarım boyunca faydalanmış olduğun kaynakça sahiplerine, Aile Sağlığı Merkezleri'nde bulunan değerli katılımcılara, katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak hayatım boyunca arkamda olduklarını bildiğim, eğitim hayatımı her zaman destekleyen maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen sevgili aileme sevgilerimi sunarım.

ÖZET

[TURHAN Esra Seda], [Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması], [Yüksek Lisans Tezi], Ankara, [2014].

İletişim, yaşamın tamamında bireyin vazgeçilmezleri arasındadır. Sağlıklı bir toplumun yaratılması sosyal yaşam içerisinde sağlıklı iletişim ortamlarının oluşturulması ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle sağlık sektöründe hekim ve hasta arasındaki iletişim, hastalık nedeniyle hekime ihtiyacı ve güven duygusu nedeniyle artmaktadır. Aile hekimi, ilk başvurulacak kaynak olması nedeniyle, hastalarının bütün sağlık sorumluluklarını ele almakta, hasta merkezli yaklaşımı ile gerek hastasının ailesi gerek çevresiyle de ilgilenmesi söz konusu olması sebebiyle hekim ve hasta arasında kurulacak ilişkilerin iletişimsel niteliği, türü, boyutu ve etkinliği açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, aile hekimi ve hasta arasındaki iletişim kurma becerilerinin değerlendirilmesi ve bu becerileri etkileyen unsurların belirlenmesi amaçlanmıştır. Hekim ve hasta iletişimindeki olumlu ya da olumsuz sonuçlar, Türkiye’de faaliyet gösteren bazı "Aile Sağlığı Merkezleri"nde bulunan 200 hasta ve 100 aile hekiminin değerlendirdiği anket uygulamaları, 5’li likert tipi ölçek ile puanlandırılmış, IBM SPSS 21.0 Windows sürümü bilgisayar programı ile desteklenerek hipotezler çerçevesinde analizler yapılmıştır. Yapılan ampirik çalışma sonucunda iletişimde etkisi bulunan veriler değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlarla birlikte zaman zaman önerilere de yer verilmiştir. Genelde aile hekimi ve hasta arasındaki iletişim olumlu değerlendirilirken, aile hekimleri, hastaların önyargıları, sosyo-kültürel farklılıkları ve hastaların tedaviye uyumda ilgisiz davranmalarının iletişimde bir sorun yarattığı ve hastalar içinde hekimlerinin tıbbi terimler kullanmalarının aradaki iletişimi olumsuz etkilediği gözlenmiştir.

Bu çalışmanın öne çıkan özelliği, farklı illerde ve farklı aile ve sosyal yaşantısı bulunan bireylerden elde edilen bilgilerle gerçekleştirilmesi bu nedenle olabildiğince genel bir durumu ifade etmesidir.

Anahtar Sözcükler

Dünya’da Aile hekimliği, Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Sağlığı Merkezleri, İletişim, Hekim-Hasta İletişimi

ABSTRACT

[TURHAN Esra Seda], [Family Practice World and Turkey Applications: A Field Research on the Analysis of the Role of Communication and Satisfaction of the Parties in Doctor-Patient Relationship in Family Practice], [Master's Thesis], Ankara, [2014].

Communication is among the indispensable parts of the whole life of an individual. It is directly related with the creation of a healthy society and healthy communication environments within social life. Especially the need for communication between the doctor and the patient in the health sector increases due to the need for doctor and trust as a result of a disease. Family doctor, being the first source to be consulted, undertakes all the health problems of his/her patients and because of his/her patient-centered approach and care both for the family and the environment of the patient, communicative quality, type, dimension and efficiency of the relationships to be formed among the doctor and patient have importance.

In this study, it is aimed to evaluate the communication skills between the doctor and the patient and to determine the factors that affect these skills. The positive or negative results in the patient-doctor communication are scored via questionnaire applications and 5 point likert scale assessed by 200 patients and 100 family doctors who are in service in some "Family Health Centers" in Turkey, analyses are conducted within the frame of hypotheses supported by the IBM SPSS 21.0 Windows version computer program. As a result of the empiric study, the data that have an impact on the communication are evaluated. From time to time, suggestions in addition to the acquired data are included. While the communication between the doctor and patient are assessed positively, it is observed that family doctors, patients' prejudices, socio-cultural differences and negligence of the patients towards the treatment create a problem in communication and that medical terminology used by the doctors in front of their patients affects the communication negatively.

The prominent characteristic of this study is that it is conducted with the data acquired from individual of different cities and with different family and social lives, and therefore it states as general a situation as possible.

Key Words

Family Practice in the World, Family Practice in Turkey, Family Health Centers, Communication, Doctor-Patient Communication

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE DÜNYADAKİ BAZI ÜLKELERDE DURUM

1.1. Aile Hekimliği ve Uzmanlığı.....	4
1.1.1. Aile Hekimliğinin Dayandığı İlkeler.....	5
1.1.2. Aile Hekimi Tanımı.....	8
1.1.3. Aile Hekiminin Görev, Yetki, Sorumlulukları ve İlgili Mevzuat.....	9
1.2. Aile Hekimliğine İhtiyaç Duyulmasının Nedenleri.....	15
1.3. Aile Hekimliği ve Hekim-Hasta İlişkisi Tarihçesi.....	17
1.3.1. Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....	19
1.3.2. Aile Hekimliği Uygulamasında Hekim-Hasta İlişkisi.....	20
1.4. Aile Hekimliği Dünya Uygulamaları ve Gelişmeleri.....	21
1.4.1. Almanya.....	21
1.4.2. İngiltere.....	23
1.4.3. Hollanda.....	24
1.4.4. Norveç.....	25
1.4.5. Küba.....	26
1.4.6. Finlandiya.....	27

1.4.7. Kanada	28
1.4.8. Danimarka	28
1.4.9. Amerika Birleşik Devletleri	29
1.4.10. Portekiz	31

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ

2.1. Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Tarihsel Süreç İçerisindeki Gelişimi	33
2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Uygulanma Gerekçesi	37
2.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması	39
2.3.1. Aile Hekimliği Uygulamasının Başlatılması	39
2.3.2. Aile Hekimini Seçim ve Değişirme Özgürlüğü	40
2.3.3. Çalışma Saatleri ve İzinler	41
2.3.4. Göreve Başlayış ve Ayrılış	41
2.3.5. Aile Sağlığı Merkezleri(ASM)	39
2.3.6. Toplum Sağlığı Merkezleri(TSM)	43
2.3.7. Aile Hekimliği Uygulamasında Uzmanlık Eğitimi ve Sertifikasyon	43
2.3.8. Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışma Şekli Ve Ücretlendirme	44
2.3.8.1. Kayıtlı Birey Sayısı İçin Yapılan Ücretlendirme	44
2.3.8.2. Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücretlendirilmesi	45
2.3.8.3. Aile Sağlığı Merkezleri Giderleri	45
2.3.8.4. Gezici Sağlık Hizmeti Ücretlendirilmesi	45
2.3.8.5. Tetkik ve Sarf Malzemeleri Ücretlendirilmesi	46
2.3.9. Aile Hekimliği Uygulamasında Hizmet Sürekliliğinin Devamı	46
2.3.10. Aile Hekimliği Uygulamasında Sevk Sistemi Ve Geri Bildirim	46
2.3.11. Aile Hekimliği Uygulamasında Performans Değerlendirilmesi	48

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İLETİŞİM VE HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ

3.1. İletişim tanım.....	50
3.1.1. İletişimin Temel Unsurları.....	51
3.1.1.1. Kaynak.....	51
3.1.1.2. Mesaj.....	51
3.1.1.3. Kanal.....	52
3.1.1.4. Alıcı.....	52
3.1.2. Temel İletişim Süreci.....	53
3.1.2.1. Kodlama.....	53
3.1.2.2. Kod Açılımı.....	53
3.1.2.3. Geri Bildirim.....	54
3.1.2.4. Gürültü.....	55
3.1.3. İletişimin Sınıflandırılması.....	56
3.1.3.1. Sözlü İletişim.....	56
3.1.3.2. Sözsüz İletişim.....	57
3.1.3.3. Yazılı İletişim.....	57
3.1.3.4. Görsel İletişim.....	58
3.1.4. Etkili İletişim.....	58
3.1.5. İletişim Engelleri.....	60
3.1.5.1. Kişisel Engeller.....	61
3.1.5.2. Dil Güçlüğünden Kaynaklanan Engeller.....	61
3.1.5.3. Dinleme Yetersizliklerinden Kaynaklanan Engeller.....	61
3.1.5.4. İfade Açıklığının Bulunmamasından Kaynaklanan Engeller.....	61
3.1.6. İletişim Engellerini Önleme Yolları.....	63
3.2. Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi.....	63
3.2.1. Hekim-Hasta İletişim Türleri.....	65
3.2.1.1. Etkenlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki.....	66
3.2.1.2. Yol Gösterme - İşbirliği Etme Temeline Dayanan İlişki.....	66
3.2.1.3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki.....	66

3.2.2. Hekim-Hasta İlişkisi ve Tedaviye Uyum.....	67
3.2.3. Hekim-Hasta İletişim Modelleri.....	68
3.2.3.1. Asimetrik İletişim.....	68
3.2.3.2. Simetrik İletişim.....	68
3.2.3.3. Paralel İletişim.....	68
3.3. Bazı Özel Durumlarda İletişim.....	71
3.3.1. Çocuk Hastalar ile İletişim.....	71
3.3.2. Terminal Dönemdeki Hasta ile İletişim.....	71
3.3.3. Ruh Sağlığı İleri Derecede Bozulmuş Hasta ile İletişim.....	72
3.3.4. Travma Atlamış Hasta ile İletişim.....	73
3.3.5. Bilinci Kapalı hasta ile İletişim.....	74
3.4. Hastaların Genel Olarak Şikâyetleri.....	74
3.4.1. Yeterince Bilgilendirilmemek.....	74
3.4.2. Zaman Problemi.....	76
3.4.3. Dinleme Eksikliği.....	76
3.4.4. Hekimin Soru Sormaması.....	77
3.4.5. Tıbbi Dil Kullanımı.....	77
3.4.6. Ayrımcılık.....	78

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİNDE HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNDE İLETİŞİM BECERİLERİNİN İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ARAŞTIRMASI VE METODOLOJİSİ

4.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi.....	79
4.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları.....	79
4.3. Araştırmanın Yöntemi.....	79
4.4. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı.....	79
4.5. Frekans Tabloları.....	81
4.5.1. Hastalara Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Frekans Tabloları.....	81

4.5.2. Hastalara Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Hipotez Ve Çapraz Tabloları	95
4.5.3. Aile Hekimlerine Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Frekans Tabloları	116
4.5.4. Aile Hekimlerine Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Hipotez Ve Çapraz Tabloları	127
SONUÇ VE ÖNERİLER	148
KAYNAKÇA	153
EKLER	163
EK-1: Hasta Anket Formu	163
EK-2: Aile Hekimi Anket Formu	165
ÖZGEÇMİŞ	167

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İletişim Süreci Şeması.....	55
--------------------------------------	----

TABLolar DİZİNİ**Sayfa No**

Tablo 1. Ankete katılan hastaların demografik özellikleri.....	81
Tablo 2. Ankete katılan hastaların aile hekimlerini tanıyıp tanımadıklarına ilişkin dağılımı.....	82
Tablo 3. Ankete katılan hastaların aile hekimliğine gitme sıklığına ilişkin dağılım.....	82
Tablo 4. Hekime anlaşılmayan konuların sorulup sorulamamasına ilişkin dağılımı.....	83
Tablo 5.Hastalara göre hekimin cinsiyetinin iletişimde bir problem oluşturup oluşturmamasına ilişkin dağılımı.....	84
Tablo 6. Hekimlerin hastalarına isimleriyle hitap edip etmediklerine ilişkin dağılımı.....	84
Tablo 7. Hastaların sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak nereye başvurduklarına ilişkin dağılımı.....	85
Tablo 8.Hekimlerin hastalarına karşı her zaman nazik ve güler yüzlü olup olmadıklarına ilişkin dağılım.....	86
Tablo 9. Hastalara göre hekimlerin hastalarını dinlerken ilgili olup olmadıklarına ait düşüncelerine ilişkin dağılım.....	87
Tablo 10. Hastaların, hekimlerin kişisel mahremiyete özen gösterip göstermediklerine ilişkin düşünceleri.....	88
Tablo 11.Hastaların, hekimlerin tıbbi terimler kullanıp kullanmadığına ait düşüncelerine ilişkin dağılımı.....	89
Tablo 12.Hekimin muayene için ayırdığı zamanın yeterli bulunup bulunmadığına ilişkin dağılım.....	89
Tablo 13.Hekimlerin hastaların şikâyetlerini anlamak için yeterli ve anlaşılır sorular sorup sormadıklarına ilişkin dağılım.....	90

Tablo 14.Hekimlerin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp yapmadıklarına ilişkin dağılım	90
Tablo 15.Hekimlerin kullanılması gereken ilaçlar hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp yapmadıklarına ilişkin dağılım	91
Tablo 16.Hekimlerin bazı hastalara ayrıcalıklı davranıp davranmadıklarına ilişkin dağılım.....	92
Tablo 17.Hekimin davranışında sosyal durumun etkili olup olmadığına ilişkin katılımcıların düşünceleri.....	92
Tablo 18.Katılımcıların muayene sonrası herhangi bir sorun yaşadıklarında hekimlerini her zaman arayıp arayamadıklarına ait düşünceleri	93
Tablo 19.Katılımcıların yapılan tahlil ve tetkikler, bekleme süresinden memnun olup olmadıklarına ilişkin dağılımı.....	93
Tablo 20.Katılımcıların ASM'lerin ulaşılabilirliğinden memnun olup olmadıklarına ilişkin dağılım	94
Tablo 21.Katılımcıların “Sağlığım İlgili Bir Problemimi Önce Aile Hekimimle Paylaşırım, Çünkü Kendime Daha Yakın Bulurum.” önermesine ait düşünceleri.....	95
Tablo 22.Eğitim düzeyinin aile hekimliğine gidilme sıklığı üzerinde yaratacağı etkinin incelenmesine ilişkin dağılım	96
Tablo 23.Yaşa göre dağılım ile hekimin cinsiyetinin iletişimde problem oluşturup oluşturmadığına ilişkin dağılım.....	98
Tablo 24.Yaşa göre dağılım ile aile hekimlerinin sağlık problemini paylaşılacak kadar yakın bulunup bulunmadığı arasındaki ilişkinin dağılımı	100
Tablo 25.Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı ile hekimlerine anlaşılmayan konuların sorulup sorulamaması arasındaki ilişkinin dağılımı.....	102
Tablo 26.Hekimin hastaya ilgili davranmasının, aile hekimliğinin tercih edilen ilk yer olup olmaması arasındaki ilişkinin dağılımı	104

Tablo 27.Hekimlerinin muayene için ayırdıkları zamanın, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmenin yapıp yapılmadığı üzerindeki etkisinin dağılımı...	106
Tablo 28.Hastaların aile hekimlerini tanımalarının; sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında ki ilişkinin dağılımı	108
Tablo 29.Hastaların aile hekimlerini tanımalarının, muayene sonrası herhangi bir sorun yaşadıklarında her zaman iletişim kurup kuramadıklarına ilişkin dağılımı.....	110
Tablo 30.Hastaların, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirilmeleri konusundaki düşüncelerinin; ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri üzerinde ki etkisinin dağılımı.....	112
Tablo 31.Hekimin hastalarına karşı her zaman nazik ve güler yüzlü olmasının, hastaların ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasındaki ilişkinin dağılımı.....	114
Tablo 32. Ankete katılan aile hekimlerinin demografik özellikleri.....	116
Tablo 33.Ankete katılan aile hekimlerinin daha önce herhangi bir hasta ya da hasta yakınıyla olumsuz bir iletişim yaşayıp yaşamadıklarına ilişkin dağılım.....	117
Tablo 34.Aile hekimlerine göre hastaların kendilerine yaklaşım durumuna ilişkin dağılım	117
Tablo 35.Hekimlerin hastaları ile iletişimlerinde tıbbi terimler kullanıp kullanmadıklarına ilişkin dağılım.....	118
Tablo 36.Hekimlerin Türkiye'de hekim-hasta iletişiminde sorun(lar) olup olmadığına ilişkin düşünceleri.....	118
Tablo 37.Hekimlerin iletişim becerileri konusunda eğitim almaları hakkındaki düşünceleri ve sonuçlarına ilişkin dağılım.....	119
Tablo 38.Hekimlerin hekim-hasta görüşmesinde iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsur(lar) ne olduğuna ilişkin düşünceleri.....	120
Tablo 39.Aile hekimlerinin kendileri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. etkinliklere ihtiyaç olup olmadığına ilişkin düşünceleri.....	120

Tablo 40. Aile hekimlerinin sosyo-kültürel durum hastaları ile iletişimini etkileyip etkilemediğine dair düşünceleri.....	121
Tablo 41. Hekimlerin, “Bazı Zamanlar Hastalara Haklılığımı Açıklayamıyorum” önermesine ait düşünceleri.....	122
Tablo 42. Hekimlerin, hasta yakınlarıyla iletişim kurmak zorunda kalmalarının hastaları ile iletişimlerini geciktirdiğini düşünüp düşünmediklerine ilişkin dağılım.....	123
Tablo 43. Hekimlerin hitap şeklinin hastalarla iletişimi etkileyip etkilemediğine ait düşüncelerine ilişkin dağılım.....	123
Tablo 44. Hekimlerin, ekonomik durumlarının hastaları ile iletişimlerini etkileyip etkilemediklerine ait düşüncelerine ilişkin dağılım.....	123
Tablo 45. Hekimlerin hastalara kendilerini yeterince ifade edebilecekleri zamanı verip veremediklerine ilişkin dağılım.....	124
Tablo 46. Hekimlerin çalıştıkları kurum ve çalışma koşullarının aile hekimliği uygulamasına yeteri kadar imkân tanıyıp tanımadığına ait düşüncelerine ilişkin dağılım.....	124
Tablo 47. Hekimlerin hastalarına önerdikleri tedaviyi hastaların anlayıp, inanıp, uygulayıp uygulamadıklarına ait düşüncelerine ilişkin dağılım.....	125
Tablo 48. Hekimlerin sağlıkta insan gücünün sayısal olarak yeterli olup olmadığına ait düşüncelerine ilişkin dağılım.....	126
Tablo 49. Hekimlerin son yıllarda değişen kanun ve yönetmeliklerin hekim-hasta arasındaki iletişimi olumsuz etkileyip etkilemediğine ilişkin dağılım.....	126
Tablo 50. Hekimlerin “İşimle İlgili Gelecek Kaygısı Nedeniyle Hastalarıma Yeterince İlgi Gösteremiyorum” önermesine ait düşünceleri.....	127
Tablo 51. Hekimlerin iletişim becerileri konusunda eğitim almaları gerektiğini düşünüp düşünmediklerinin aile hekimlerinin hitap şeklinin hastalarla iletişimini etkileyip etkilemediği üzerindeki etkisine ilişkin dağılımı.....	128

Tablo 52. Aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekim-hasta görüşmelerinde iletişim engelleyen unsur(lar) arasındaki ilişkinin dağılımı.....	130
Tablo 53. Aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekimlerin iletişim becerileri konusunda ne zaman eğitim alması gerektiği arasındaki ilişkinin dağılımı.....	132
Tablo 54. Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaların aile hekimlerine yaklaşımı arasında bir ilişkinin olup olmadığının incelenmesine ilişkin dağılımı.....	134
Tablo 55. Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaları ile konuşurken tıbbi terimler kullanıp kullanmadıkları arasındaki ilişkinin dağılımı.....	136
Tablo 56.Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hekimlerin iletişim becerileri konusundaki eğitimi ne zaman alması gerektiği konusundaki düşüncelere ilişkin dağılım.....	138
Tablo 57.Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hekim-hasta görüşmesinde, hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsurun ne olduğuna ilişkin dağılım.....	140
Tablo 58.Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastalarına zaman ayırıp ayıramadıklarına ilişkin dağılım.....	142
Tablo 59.Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile önerdikleri tedaviyi hastalarının anlayıp, inanıp, uyguladığını düşünüp düşünmediklerine ilişkin dağılım.....	144
Tablo 60. Aile hekimlerinin ASM'de çalışma süreleri ile aile hekimleri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. etkinliklere ihtiyaç olup olmadığına ilişkin dağılım.....	146

KISALTMALAR DİZİNİ

ASM : Aile Sağlığı Merkezleri

TSM : Toplum Sağlığı Merkezleri

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies) : Dünya Aile Hekimleri Birliği

AHUY : Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

WHO (World Health Organization) : Dünya Sağlık Örgütü

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AHUD : Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

YÖK : Yüksek Öğretim Kurulu

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

SPSS (Statistics Statistical Package for the Social Sciences) : İstatistiksel Analiz

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

GİRİŞ

Bireyler yaşamlarını iletişim kurarak sürdürmektedirler. İletişim sosyal yaşamın vazgeçilmez bir unsurudur ve bireyler arası bilgi alışverişini sağlamaktadır. Diğer bir ifade ile iletişim, mesajın kaynaktan alıcıya aktarılması ve aktarılan bu mesajın doğru anlaşılıp yorumlanmasıyla tamamlanan bir süreçtir. Tam anlamıyla iletişim ancak mesajın doğru anlaşılıp uygulamaya koyulmasıyla gerçekleşmektedir.

Tüm yaşamımızda etkili olan iletişim, doğal olarak hekim-hasta arasında da önemli yer tutmaktadır. Hekim-hasta iletişimi, her iki tarafın da birbirinden etkilendiği iki yönlü bir süreçtir. Bu süreç, karşılıklı destek, saygı ve güven gerektirmektedir. Hekim- hasta iletişim sürecinde hastanın yaşı, cinsiyeti, fiziksel, zihinsel, ruhsal özellikleri önem taşımakta olup bu farklı değişkenlerin iletişim sürecinde belirleyici olması iletişim zorluklarına yol açabilmektedir.

Bireylerin sağlığa olan eğilimi ve sağlıksızlığa olan endişesi, korku ya da umursamazlığı farklılık arz ederken, hekim-hasta arasındaki iletişim, karşılıklı düşünceleri ya da beklentileri açısından değişkenlik gösterebilmektedir. Hekimin hastasına hitap şekli, hastasını yeteri kadar dinlemesi ve tedavi yöntemlerini açıklama yeterliliği, hastaların aldıkları tedavinin sonuçlarını etkilemektedir. Hekimlerin de hastaları ile güvene dayalı bir ilişki kurabilmeleri, hastalarının ön yargısız yaklaşımlarını istemeleri, önerdikleri tedaviyi uygulamada duyarlı olmalarını beklmeleri söz konusudur.

Etkili iletişim, hekimlerin hastalarının sahip olduğu düşünceleri anlamasına, hastaların ise hekimlerin ne anlattıklarını anlamalarına bağlıdır. Etkili iletişim, hekim-hasta iletişiminin oluşturulmasında hekimin üzerine düşen sorumlulukları arttırmaktadır. Hastaların, muayene sonrası beklenmedik bir durumda hekimle rahatça iletişime geçebilmesi, hekimlerin hastaları ile sağlıklı bir iletişim kurması, onları anlamak ve aydınlatmak için çaba göstermeleri, ayrıca hekimin tıbbi terimler kullanmaması hastalar için önemlidir.

Tüm hekim ve hastalar için önemli olan iletişim, aile hekimliğinde çok daha fazla önem kazanmaktadır. Çünkü, hastaların ilk başvuracakları hekimler aile hekimleridir. Bu yüzden aile hekimlerinin hastaları ile daha ilk karşılaşmada iyi iletişim kurabilmeleri önemlidir. Aile hekimleri kendilerine kayıtlı olan bireylerin bütün sağlık sorumluluklarını üstlenmekte ve diğer sağlık sistemleri arasında koordinasyonu sağlamak ve kendilerine kayıtlı hastaları belki bir ömür takip edebilmektedirler. Bu yüzden aile hekimlerinin hasta geçmişini biliyor olmaları, etkili iletişim için daha fazla zaman ayırabilmeleri açısından bir avantajdır.

Aile hekimleri ile hastaları arasındaki iletişim sadece "muayene" alanında kalmamaktadır. Aile hekimliğinde hasta merkezli sağlık hizmeti öngörülmektedir. Aile hekimleri hastalarının sağlıkla ilgili tüm sorumluluklarını ve ihtiyaçlarını üstlenmesi, hastalarına yeteri kadar zaman ayırabilmesi hastalarını dinleyip anlayabilmesi, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapması, tedavi sürecine katılmalarını sağlaması ve bunların sonunda hastalarından geribildirim(yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadıklarını sorması) alması öngörülmektedir. Bunun yanında hastaları ile etkileşimi ve güven ilişkisini geliştirerek muayene sonrası hastalarının kendilerine kolayca ulaşabilmelerini sağlaması da önemlidir. Bu yüzden aile hekimliğinde hekim-hasta arasında iyi bir iletişim kurmak büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma ile aile hekimleri ve hastalar arasında iletişim biçiminin saptanması ve bu iletişim biçiminin aile hekimi- hasta arasındaki etkileşimi ve memnuniyet ya da memnuniyetsizlik düzeyini oluşturan önemli bir unsur olduğunun ortaya çıkarılması ve iletişimde yaşanan memnuniyet ya da memnuniyetsizlik düzeyi ile güven ilişkisinin kurulup kurulmadığının ölçülmesi, hastaların aile hekimlerinden iletişim konusunda beklentileri, hekimlerin de hastalarından beklentileri ve sorunların açığa çıkarılması amaçlanmıştır. Bu bağlamda çalışmada, Türkiye'de bazı Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) aile hekimleri ile hastaların iletişimden memnuniyet düzeyleri incelenmiştir

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, aile hekimliğine ihtiyaç duyulmasının nedenleri açıklanmış ve aile hekimliği uygulaması ve aile hekiminin tanımı yapılmıştır. Aile hekimliği uygulamasında hekim-hasta iletişimi ve dünyada bazı ülkelerde aile hekimliği uygulamasına dair açıklamalara yer verilmiştir.

İkinci bölümde, Türkiye’de aile hekimliğinin tarihsel süreç içerisindeki gelişimine ve Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına yer verilmiştir. Ayrıntılı olarak aile hekimliği uygulamasında yer alan aile sağlığı merkezlerinden, toplum sağlığı merkezlerinden, uzmanlık eğitiminden, hekimlerin çalışma şekli ve ücretlendirmesinden, sevk sistemi ve geri bildirim işlemleri irdelenmiştir.

Üçüncü bölümde, "iletişim" ile ilgili genel kavramlar incelenmiştir. Öncelikle iletişimin tanımı, unsurları, temel iletişim süreci ele alınarak ve iletişimin sınıflandırılması yapılmış, etkili iletişim konusu, iletişim engelleri ve iletişim engellerini önleme yolları ele alınmıştır. Söz konusu bölümde hekim-hasta ilişkisi, iletişimi kavramları ve iletişim modelleri açıklanmıştır. Ayrıca, tedaviye uyum konusu ve bazı özel durumlarda iletişim (çocuk hastalarla iletişim, terminal dönemdeki hastalarla iletişim, travma atlatmış hastalarla iletişim gibi.) konularına değinilmiş ve nasıl olması gerektiği hakkında bazı ipuçları belirtilmiştir.

Dördüncü bölümde ise çalışmanın uygulama kısmı yer almaktadır. Bu bölümde Türkiye’de ki bazı ASM’lerde aile hekimleri ve hastalar arasında sağlıklı bir iletişim kurulup kurulmadığının belirlenmesi, bu iletişimde bireylerin rahatsızlıklarının saptanması, bireylerin aile hekimliği uygulamasındaki iletişim modelinden beklentilerinin açığa çıkarılması, aile hekimlerinin hastaları ile ve aynı şekilde hastalarında aile hekimleri ile iletişim kurma becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmış, anket çalışmaları (ampirik) yapılmıştır. Bölümde çıkan sonuçlarla ilgili frekans tablolarına, hipotez testlerine ve önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE DÜNYADAKİ BAZI ÜLKELERDE DURUM

1.1. Aile Hekimliği ve Uzmanlığı

Aile hekimliği; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık gibi hiç bir ayırım yapmadan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenehaneler, bağımsız kuruluşlar gibi yerlerde hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri sunan tıbbi bakım arayan her bireye sürekli bakım sağlayan kişisel hekimlerin görev aldığı bir bilim dalıdır.

Aile hekimliği, araştırması kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve "birinci basamak hizmeti" (hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından verilen sağlık hizmeti) yönelimli klinik bir uzmanlıktır.¹

Aile hekimliği; bireylere yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmadan sağlık hizmeti vermek, ailelere, yaşadıkları toplumla birlikte birincil ve sürekli bir sağlık bakımı sunmak, fiziksel, psikolojik ve sosyal problemleri yönlendirmek; diğer uzmanlık dallarına ihtiyaç olduğunda kapsamlı sağlık bakımı verilmesini koordine etmektir.²

¹ Wonca (World Organization Of National Colleges, Academies) World Family Doctors Caring For People Europe, Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005, Çev. Okay Başak, Esra Saatçi , Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Nisan 2011, s. 13

² Ceyda Akdoğan, "Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Mevcut Durum", (Erişim)<http://ailehekimleri.net/index.php/ailehekimligi/tanimi>, 04.10.2013

1.1.1. Aile Hekimliğinin Dayandığı Temel İlkeler

World Organization of National Colleges, Academies (WONCA) tanımları temel alınarak aile hekimliğinin dayandığı ilkeleri belirten birçok tanımlama yapabilmek mümkündür. Bunlar:

a) Birinci Basamak Hizmeti: Hastalarla ilk tıbbi teması yönetebilmek ve gerektiğinde hastanın savunuculuğunu üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilmektedir. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlanmakta, yaş, cinsiyet ya da bireyin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenilir. Diğer bir ifadeyle, birinci basamak kuruluşları ilk temas noktası olmalıdır. Bireylerin aile hekimlerine ulaşmasında hiçbir engel bulunmamalı ve aile hekimleri genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek tüm hastalarla ve onların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir. Aile hekimliği temel ve birinci kaynaktır.

b) Koordinasyon: Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlamaktadır. Koordinasyon, birinci basamak hizmetini yönetmek, hastaya var olan hizmetler konusunda bilgi vermek, sağlık bakımını yönetmek, uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine paylaşmaktır. Hastanın çevresinde tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip oluşturmak sağlık hizmetinin niteliğini artırmaktadır.

Aile hekimliği, diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek "ikinci basamak hizmetlerine"³ (birinci basamak hekim tarafından sevk edilen sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmeti) gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde sevkini sağlamaktadır. Aile hekimleri, koordinasyon ilkesi ile gereksiz sağlık taramaları, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları koruyarak ve sağlık sistemi içerisinde hastalarına kılavuzluk etmektedir.

³ Özel Dal Hastaneleri, SSK Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmayan Devlet Hastaneleri, Diğer Resmi Kurum Hastaneleri, Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler, Ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal Merkezleri.

c) Hasta Merkezli Yaklaşım: Hastalık merkezli olmaktan çok hasta merkezlidir. Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken hasta merkezli bir yaklaşım benimseyebilmek aile hekimliğinde hekim-hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisine dönüştürmek üzere kullanabilmek ve geliştirebilmektir. "Hasta Merkezli Yaklaşım" bireyin gereksinimlerine göre sağlık hizmetini şekillendirmekte ve hizmetin sürekliliğini sağlamaktadır.

Aile hekimliği sürecinin başlama noktası hastadır. Aile hekimliği, bireylerle ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenmektedir. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemli olmaktadır.

d) Aile Hekimi ve Hasta Arasında Kendine Özgü Bir Görüşme Süreci: Etkili bir iletişimle, hekim-hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulması sağlanmaktadır. Aile hekimi ve hasta arasında kurulan her temas, yavaş yavaş gelişmekte ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine kurulmaktadır. Bu ilişki aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanmakta ve kendi başına iyileştirici bir nitelik taşımaktadır.

e) Süreklilik: Sağlık hizmetlerinin sadece hastalık aşamasında değil, sağlıklı dönemlerde de sunulmasını kapsamaktadır. Bireyin doğumdan ölüme kadar tüm yaşamını izleyerek bakımın sürekliliğini sağlamaktadır.⁴ Hastanın tıbbi dosyası bu sürekliliğin kanıtıdır. Bu dosya, hasta görüşmelerinin nesnel belleği olmakla birlikte hekim ve hastanın ortak öyküsünün bir parçasıdır. Aile hekimleri, yaşamlarının önemli bir bölümünde birçok rahatsızlık diliminde hastalarına sağlık hizmeti sunmaktadır. Ayrıca, 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunmaktan ve bunu kişisel olarak yapamadığı durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten sorumlu olmaktadır.

⁴ Pemra Ünalın "Aile Hekimliğinin Tanımı Ve Temel İlkeleri, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları (Pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 12.

f) Özgün Problem Çözme Becerileri: Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetmektir.⁵ Hasta sağlık problemlerinin başlangıcında aile hekimine başvurur ve bu erken evrede tanı koymak aile hekimi için güç olmaktadır.

Problemler, birinci basamakta bulunan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan çok farklı bir şekilde sunulabilmektedir. Hekimler için olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirmektedir. Ciddi rahatsızlıklar birinci ve ikinci basamakta (hastanelerde) olduğundan daha az sıklıkla görülmektedir. Klinik bir belirtinin ya da tanısız bir testin olumlu ya da olumsuz değeri, hastane ortamı ile kıyaslandığında aile hekimliğinde farklı bir ağırlığa sahip olmaktadır. Aile hekimleri sıklıkla, ilk kez saptanan bir rahatsızlıkla ilişkili endişesi olan hastalara böyle bir rahatsızlığın olmadığı yönünde güven vermek zorundadırlar.

g) Kapsamlı Yaklaşım: Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, stratejilerinin uygun bir şekilde uygulanması sağlığın ve iyilik durumunun geliştirilmesidir. Aile hekimliği bir hastanın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır. Hekim, bireyin yalnızca o günkü rahatsızlığının yönetimiyle kendini sınırlamamalı ve sıklıkla çok sayıda sorunu yönetmek zorunda olmalıdır.

h) Bütüncül Yaklaşım: Aile hekimliği sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele almaktadır.⁶ Bireylere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alarak, bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirmektedir. Tüm bu boyutları aynı anda tanımak ve her birine gereken önemi vermek zorunda olmaktadır.

ı) Aile ve Toplumsal Yönelim: Aile hekimi, toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenmektedir. Sağlık konularında hem bireylere hem de topluma karşı bir sorumluluk taşıdığını kabul etmektedir. Bu zaman zaman bir gerginlik yaratmakta ve uygun bir şekilde yönetilmesi gereken çıkar çatışmalarına yol açabilmektedir.

⁵⁻⁶ Ünalın, a.g.e., s. 13.

Sorunlar sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında yani bireyler arasında neyin kabul edilebilir neyin kabul edilemez olduğu davranışlar düşünceler bütünü ile de ele alınmaktadır. Aile hekimi toplumun sağlık sorunlarından haberdar olmalı, diğer sektörlerin meslek grupları ve kuruluşlarıyla, gönüllü kuruluşlarla birlikte bölgesel sağlık sorunlarında olumlu değişiklikleri başlatmak için çalışmalıdır.⁷

1.1.2. "Aile Hekimi" Tanımı

Aile hekimi, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her bireye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri olarak tanımlanmaktadır.⁸

Aile hekimi, aile hekimliğinin dayandığı ilkelere göre eğitilmiş uzman hekimlerdir.⁹ Ayrıca yaş veya cinsiyeti ne olursa olsun, bireyi bir bütün olarak incelemek için eğitilmiştir. Hastalıkların gelişmesini önlemek amacıyla düzenli sağlık taramalarını gerçekleştirmekte ve sağlıkla ilgili konularda danışmanlık hizmetini sağlamaktadır. Aile hekimi tarafından tespit edilen sağlık sorununun tedavisi, başka bir uzmanlık dalını ilgilendiriyor ve çok özel tedavi gerektiriyor ise, bireyin bu hizmete ulaşmasında koordinasyonun sağlanması da aile hekiminin görevi olmaktadır.

Aile hekimi, kendi seçtikleri hekimdir. Aile hekimi ile birey arasında sürekli bir ilişki bulunması ve bu ilişkinin her iki tarafın da isteği doğrultusunda sürdürülmesi önemlidir.¹⁰ Aile hekimi bireyin her türlü sağlık sorununa çözüm bulmayı amaçlayan, çözüm yollarını araştıran ve yol gösteren, bireylerin sağlık sorunlarında ilk başvurdukları hekim olmaktadır. Aile hekimleri kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu

⁷ Ünalın, a.g.e., s. 13

⁸ **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği(AHUY)**, TC Sağlık Bakanlığı, Birinci Kısım, Genel Hükümler, Birinci Bölüm, Tanımlar, Madde 3, 25 Mayıs 2013.

⁹ Wonca, a.g.e., s. 13.

¹⁰ Mehmet Uğurlu vd., "Aile Doktorunun Görevleri", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları (Pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s.190.

hekimlerdir. Bireylerin ağır acil durumlar haricinde sağlık sistemine giriş kapısını oluşturmaktadırlar.

Aile hekimlerinin öncelikli sorumluluğu hiç bir ayırım gözetmeksizin sağlık hizmetine gereksinim duyan herkese kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültür ortamlarında hizmet vermektedirler. Aile hekimi sorunların çözümünü hastaları ile paylaşırken fiziksel, sosyal ve psikolojik etkenleri birlikte değerlendirmektedirler. Aile hekimleri mesleksel rollerini, sağlığı geliştirerek, kişilerin gereksinimleri ve toplumun kaynakları doğrultusunda doğrudan veya dolaylı olarak tedavi, bakım veya destek sağlayarak, gerektiğinde hastalarının var olan hizmetlere ulaşmasına yardımcı olarak yerine getirmektedir.¹¹

1.1.3. Aile Hekiminin Görev, Yetki, Sorumlulukları Ve İlgili Mevzuat

Aile hekimi yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik takip ve taramaları (kanser, yeni doğan, kronik hastalıklar, yaşlı sağlığı ve benzeri taramalar) yapmaktadır. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (gebe, loğusa, bebek, çocuk izlemleri, aşılama hizmetleri gibi) ile birinci basamak (tanı, tedavi, iyileştirme ve danışmanlık hizmetleri, sağlığı geliştirici hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi.) hizmetlerini vermektedir. Evde takibi zorunlu özür, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki bireylere evde veya gezici ya da yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında koruyucu sağlık hizmeti, birinci basamak tanı, tedavi iyileştirme ve danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra, tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmekte, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmektedir. Aile hekimi gerektiğinde bireyi gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmakta, sağlık raporu, sevk evrakı, reçete gibi belgeleri düzenlemektedir.¹²

¹¹ Nilgün Özçakar, "Aile Hekiminin Görev Ve Tanımı", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları(pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Basım, Ankara, 2004, s. 17-18.

¹² Erdem Birgül, **Aile Hekimliği Cilt 2**, Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, 1996, s. 22.

25 Ocak 2013 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY) İkinci Bölüm Madde 4'te aile hekiminin görev ve sorumlulukları şöyle belirtilmiştir.

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Sağlık Bakanlığınca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği bireye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek, kendisine kayıtlı bireyleri bir bütün olarak ele alıp, bireye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmaktadır.

Aile hekimi, Sağlık Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde,

- 1) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak,
- 2) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- 3) Kendisine kayıtlı bireylerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya bireyler ile iletişime geçmek,
- 4) Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, iyileştirme ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı bireylere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
- 7) Kayıtlı bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergenlik çağı), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,

- 8) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı bireylere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, iyileştirme ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- 9) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve iyileştirme hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,
- 10) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri vermek,
- 11) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapmak,
- 12) Kendisine kayıtlı bireyleri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,
- 13) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- 14) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- 15) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce bireye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete düzenlemek,
- 16) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak hususlarında sorumlu kılınmışlardır.

Dikici ve diğerkleri (2007) aile hekiminin sorumluluklarını Şu baŐlıklar halinde incelenmiştir.

- **Veri Toplama ve Kayıt Tutma:** Aile hekimi bireyin tım sağlık kayıtlarını tutmaktadır. Bireye yakınlığı sayesinde onun bireysel sorunları, aile ilişkileri, içinde yasadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibi olmakta, hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere en doğru bilgilerle gitmesini sağlamaktadır. Böylece ikinci basamakta yığılma nlenecek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilmekte, pahalı ve zaman kaybına yol açan birçok incelemeye gerek duymadan hastanın sorununu zme ulaştırılabilmektedir. Aile hekiminin kayıtları sağlık araŐtırmalarının çok önemli bir veri kaynağıdır. Doğru ve yeterli verilere ulaşmak, bireyin de toplumun da sağlık sorunlarını zmekte yardımcı olmaktadır.

- **Koruyucu Hekimlik:** Bireysel ya da toplum olarak hastalıkların ortaya çıkmasını ya da ađırlaŐmasını engelleyici önlemler üzerinde çalışan hekimlik dalıdır. Bununla beraber olası hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Ancak bireylerin çevresine yönelik hizmetler sunarak sağlıklarının korunması ve iyileŐtirilmesine dolaylı olarak etki etmektedir.

AŞılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, anne-ocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan evre Őartlarının kontrolü, sağlıklı su rezervlerinin temini, beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların nlenece ve erken teşhisi gibi hizmetler sunmaktadır.¹³

¹³ Teoman Sabri Saraçlı, **Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir İli Pilot Uygulaması**, Dokuz Eyllnniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İŞletme Ana Bilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010, s. 4.

- **Sağlık Eğitimi:** Sağlığın korunmasında en temel yöntem, bireyin kendi sağlığını korumak yönünde yapacağı uygulamalardır. Sağlık problemlerinin önemli bir bölümü diğer birçok alanda olduğu gibi eğitim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Aile hekimi sağlık eğitimi konusunda bireylere yardımcı olabilir. Bu sağlık eğitimini gerçekleştirmesi ikinci ve üçüncü basamakta ki(eğitim araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri) tedaviye uyum sorunlarını da azaltabilmektedir. Örneğin; kanser ya da hayatı tehdit eden bir kalp hastalığıyla karşı karşıya kalan birey tek hekimin görüşüyle yetinmemektedir. Aile hekiminin sağlık eğitimi ile hekim-hasta iletişimini artırıcı rolü hastalıklarla başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır. Ayrıca sağlık eğitimi aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda önem arz etmektedir.

Bunun yanında aile hekimlerinin de gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası özellikle iletişim alanında eğitim almaları önem taşımaktadır.Çünkü hastalar ile sağlıklı bir iletişim kurabilmek sağlık problemlerinin büyük bir kısmını çözebilmekte ve etkili bir tedavi hizmeti sağlamaktadır. "Ülkemiz nüfusunun % 90'nın sorunlarının birinci basamakta çözülebileceği düşünülmektedir."¹⁴ Bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkün olmaktadır. Etkili sağlık eğitimi bireyi çevresiyle bir bütün olarak ele alan ve ona yeterince zaman ayırabilen aile hekimi tarafından verilebilir. Bu eğitim, bedenin işleyişiyle ilgili temel bilgilerin verilmesinden başlayarak aile içi dinamiklerin ve varsa çatışmaların belirlenerek uzmanların katkılarıyla çözümlenmesine kadar birçok konuyu içermektedir.

- **Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme:** Aile hekimi bireylere sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık yapmakla sorumludur. Yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de bireylerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetini sunmaktadır. Sağlığın korunmasını geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini hedeflemektedir. Aile hekimi, tüm sağlık konularında, diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkilerinde hastanın tarafında olmalıdır. Aile hekimi hastayı yönlendirmeyi ve desteklemeyi sağlık hizmetinin basamaklarından bağımsız olarak yürütmektedir.

¹⁴ Birgül, a.g.e., s. 23.

- **Birinci Basamakta Teşhis ve Tedavi Hizmeti** : Sağlık sisteminin bir bölümünü oluşturan ve genellikle hastanın yaşadığı toplum içinde, bir sağlık çalışanı ile ilk temasın gerçekleştiği ortam olarak ifade edilmektedir. Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından etkin aile hekimliği sağlık sisteminin bütününe etkilemektedir. Hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişim sürecini çok yakından izleme olanağına sahip aile hekimi erken tanıda avantaj sahibidir. Böylece aile hekimi hastayı pahalı ve zaman alan tanısal girişimlerden kurtarıırken, özellikle gelişmekte olan ülkeler gibi kaynakları kısıtlı ülkelerde kaynakların uygun değer şekilde kullanılmasını sağlamakta ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yığılmayı azaltmaktadır.

Türkiye’de nüfusun üçte ikisinin şehirlerde yaşadığı, hastaların ulaşımın kolaylaşmasıyla hizmetinden memnun kalmadıkları birinci basamağı atlayarak ikinci basamakta yığıldıkları dikkate alındığında, şehirlerdeki birinci basamak hizmetlerinin önemi anlaşılabilir. Birinci basamağın atlanmasının engellenmesinde en önemli faktör hastanın aldığı sağlık hizmetinden tatmin olmasıdır. Bu; birinci basamakta, koruyucu hekimliğin yanı sıra hastalıkların tanısının konması ve etkili tedavisi ile mümkündür; böylece hastaların sorunları birinci basamakta çözümlenebilir.¹⁵ Teşhis ve tedavi ikinci basamak hizmetlerini gerektirdiğinde, aile hekimi başarılı bir koordinatör olmalıdır. Aldığı kapsamlı eğitimle hastayı sorunun en doğru biçimde çözümleneceği noktaya, gerekli tüm bilgiler ile sevk ederek, kısa sürede etkili bir tedavi uygulanmasına yardımcı olmaktadır. Aile hekimi, hastaya ilk ulaşacak hekim olarak, ilkyardım ve acil tedavi konusunda da bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Aldığı eğitim sayesinde bu hizmeti etkili şekilde verebilir.

- **Kronik Hastalıkların izlenmesi, Rehabilitasyon ve Yaşlıların Sağlığı**: Ortalama yaşam süresinin uzaması, tıbbî uygulamaların gelişmesi ile toplumda yaşlıların oranı ve kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Kronik hastalıkların izlenmesi ve iyileştirilmesinde aile hekimine büyük görevler düşmektedir. Gelişen evde bakım kavramı, aile hekimlerinin bilmek zorunda olduğu bir uygulama biçimidir. Kronik hastalıkları olan bireylerin yakından izlenmesi, istenmeyen durumların erken fark edilmesi ve küçük müdahaleler ile önlenmesini sağlamaktadır. Böylece sık

¹⁵ Birgül, a.g.e., s. 23.

hastaneye başvurmak gereksinimi ortadan kaldırılarak birey hastalıkların zararlarından korunmakta ve kaynak tasarrufu sağlanmaktadır.

- **Periyodik Muayene:** Hastalıklara özgü risk faktörlerini taşıyanların belirlenmesi ve erken tanı, koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindedir. Sağlam bireylerin bu amaçla periyodik muayeneleri büyük önem taşımaktadır. Aile hekimi rutin muayeneler konusunda geniş bilgi sahibi olmalıdır. Bu rutin muayeneler, kapsamı ve yapılaş sıklıklarının farklı yaş ve cins gruplarının ihtiyaçları ile pek az ilgili olması nedeniyle eleştirilmektedir. Rutin muayenelere dâhil edilen incelemelerin çoğunun etkinliği kanıtlanmamıştır. Bu eleştirilere cevap olarak, belli cins ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği genel kabul gören incelemeler ile sınırlı kalmak suretiyle "periyodik sağlık kontrolü" paketleri oluşturulmaktadır. "Periyodik sağlık kontrolü", gelecekteki hastalanma riskini saptamayı, hastalığı belirtisiz erken döneminde tanımayı, gerekli bağışıklamaları yapmayı, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik danışmanlık hizmeti vermeyi hedeflemektedir.

1.2. Aile Hekimliğine İhtiyaç Duyulmasının Nedenleri

Sağlık hizmetleri, demografik değişim, ortalama gelir, yaşam koşulları gibi etkenler sonucu sağlık sorunlarını karşılayabilecek şekilde bazı değişikliklere gereksinim duymaktadır. Nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini meydana getirmek kaçınılmaz olmuştur. Aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir.

Aile hekimine ihtiyaç duyulmasının nedenlerinin başında şunlar gelmektedir:

Diğer sağlık hizmeti kurumları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koymaktadırlar. Buna karşılık aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul etmekte bir genel tıp hekimi olarak işlev görmektedir. Irk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlamakta; kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları

gereken bakımın büyük kısmını sağlamakta klinik olarak yeterli olmaktadır. Ayrıca aile hekimi hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenmektedir. Aile hekimi, mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirmektedir.

Tıbbi bilgi birikimi hızla büyümekte ve karmaşıklaşmakta, bunun yanında tıbbi teknoloji de aynı hızla gelişmektedir. Bu gelişmeyle birlikte tıp kavramının çok sayıda uzmanlıklara bölündüğü görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumu da bu gelişmelerden payını alarak, aşırı derecede karmaşıklaşmış, küçük dallara ayrılmış, disiplinler birbirinden kopmuş, yüksek ve pahalı teknolojilere bağımlı hale gelmiştir. Bunların sonucunda gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse etkin bir maliyet olması amacıyla bireye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin bütünleştirilmesine yer verilmesi benimsenmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda, bireyleri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur.¹⁶

Bu anlamda aile hekimliği ile bireysel ilişkili, bireyi ailesi ve toplum içinde bütün olarak inceleyen bir model amaçlanmıştır. Daha önce de aile hekimliğinin dayandığı ilkeler konusunda “süreklilik” başlığı altında belirtildiği gibi aile hekimi tüm aile fertlerinin doğumundan ölümüne kadar sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumlu olan hekimdir.

Aile hekimi aynı zamanda sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele almaktadır. Birey merkezli oluşunun yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma ilkeleri ile sağlık sisteminin önemli bir yapı taşı olmaktadır. Aile hekimi kendisini aşan sorunlarda yönlendirme yaparak, sağlık koordinesini üstlenmektedir. Hatta sadece yönlendirme yapmakla kalmamakta sonuç hakkında bilgi

¹⁶ Ünalın, a.g.e., s. 11-12.

almakta ve değerlendirmede bulunmaktadır. Bu anlamda kendisine kayıtlı bireylerin sağlık danışmanı ve savunucusu konumundadır denilebilir.¹⁷

Aile hekimi kapı tutuculuk (gatekeeper) göreviyle başarılı bir sevk zinciri uygulamasında etkili olmaktadır. Bireyin doğru uzmanlık dalına ve merkezine (ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına) sevkini sağlamaktadır. Böylece yüksek maliyetli ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımını sağlayıp gereksiz yığılma ve hasta mağduriyetini engellemektedir.

Aile hekimliği uygulanan ülkelerde birey memnuniyetinin arttığı ifade edilmektedir. Aile hekimi, kendisine kayıtlı ailelerin ikametlerine yakın olması ya da kolay ulaşabilir konumda olması yanında aile bireylerini her yönüyle (akut-kronik sağlık sorunları, çevre koşulları, yaşama koşulları vb.) tanınması da tercih nedenlerinden birisidir. Gittikçe artan yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, kendilerini tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla daha etkili karşılanabileceği söylenebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak hizmet kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanımakta, ikinci basamakta yığılmayı engellemekte ve ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılması sağlanabilmektedir.¹⁸

1.3. Aile Hekimliği ve Hekim-Hasta İlişkisi Tarihçesi

Belli çağlarda birçok toplumda ortak özelliklere sahip bir tür hekim-hasta ilişkisi yaşandığı söylenmektedir. Bu benzerliği açıklamada belirleyici öğelerden biri çağın tıp bilgisi düzeyi gösterilmektedir. Eski mısır, eski yunan ve ortaçağda özellikle engizisyon döneminde etkenlik-edilgenlik temeline dayanan hekim-hasta ilişkisinin geçerli olduğu görülmektedir. Bu dönemdeki hastalık kavramı mistik (gizemli) öğeler taşımaktadır. Genellikle hekim iyileştirici güçleri eyleme geçiren ve hasta ile bu güçler arasında

¹⁷ Tancu Söyleyici, **Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması**, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli, 2010, s. 38.

¹⁸ Füsün Ersoy, Süleyman Görpelioğlu, Serdar Gürel, "Aile Hekimliğinde Son Durum", **Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı**, (Erişim)<http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=849>, 16.01.2009.

bağlantı kuran “üstün birey” durumunda olmakta ve aynı zamanda din adamı olmaktadır. Etkenlik-edilgenlik temeline dayanan hekim-hasta ilişkisinden; yol gösterme işbirliği etme temeline dayanan hekim-hasta ilişkisine geçişte Fransız Devrimi’nin ilişkiye yansması ve özellikle çağdaş ruh hekimliğinin kurucusu Philippe Pinel’in hastaya insancıl yaklaşımı etkili olmuştur.

Karşılıklı katılım temeline dayanan hekim- hasta ilişkisinin ortaya çıkışı 19. yüzyıl sonlarında psikiyatrinin bir tıp dalı olarak gelişmeye başlaması ile olmuştur. Joseph Braurer ve Sigmond Freud’un hastayı dinlemeyi bir tanı ve iyileştirme yöntemi olarak geliştirmeleri, hekim- hasta ilişkisinde karşılıklı katılım yolunda en büyük adım olarak görünmektedir. Bu dönemde sağlıklılık ve hastalığı birbirinden ayıran Kraepelin’ci görüş ile, hastalığı biyo-psiko-sosyal bir olgu olarak kapsamlı bir şekilde tanımlayan bugünkü görüş bir süre birlikte etkili olduktan sonra, tıp bilgisinin de gelişmesiyle günümüzdeki geniş kapsamlı tanıma ulaşılmıştır.¹⁹

Hekim ve hasta arasındaki ilişkide değişimin ortaya çıkmasına neden olan pek çok etken bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları, sağlık ve hastalık kavramlarının geçirdiği değişim, hekim kimliğindeki farklılaşmalar, bireyin “sağlık hakkı” kavramı üzerindeki yeni belirlemeler ve değerlendirmeler ile tıbbın giderek çok yoğun bir teknoloji kullanan disiplin haline gelmesidir. Tüm bu etkenlerin “hekim ve hasta” kimliklerinde önemli değerleri arasındaki karşıtlıklar olarak nitelendirilen konuların ışığında hastanın tıbbi kararların verilmesindeki rolü üzerinde bir tartışma sürdürülmektedir. Bazıları, hekimin rolünü azaltmaya çalışarak, ilişkide daha çok hastanın kararlarının ağırlıklı olmasına ilişkin bir “ideali” savunmaktadır. Bazıları ise, taraflardan biri hasta olduğu ve verilecek kararlar da teknik bilgilerinin yetersizliği söz konusu olduğu için bu idealin tersini savunmaktadırlar. Hekim ve hasta arasındaki dengelerin kurulmasında daha eşitlikçi bir ilişkinin çerçevesini çizmeye çalışanlar da vardır. Bunlar, hastaların ve hekimlerin beklentilerinin yanı sıra, hekimin görevleri, bilgilendirerek onay alma süreci ve tıbbi uygulamanın etik ve yasal sınırlarını biçimlendirmekte ve “İdeal hekim-hasta ilişkisi nasıl olmalıdır?” sorusuna getirmektedir.²⁰

¹⁹ Elif Atıcı, "Hasta Hekim İlişkisi Kavramı", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Bursa, 2007, s. 46.

²⁰ Elif Atıcı, "Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt: 33, Sayı: 2, Bursa, 2007, s. 92.

1.3.1. Aile Hekimliği Tarihçesi

Tüzün ve Kaya'ya (2009) göre aile hekimliği, ilk kez 1923 yılında İngiliz hekim Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve bireysel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. İngiltere’de 1947 yılında aile hekimleri genel pratisyenlerin Aile Hekimleri Kraliyet Koleji (Royal College of General Practice) kurması ile gerçek anlamda aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Kapsamlı ve bireysel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır.

1960’ların başlarında birinci basamakta çalışmaya uygun hekimlerin oluşturacağı yeni bir tıp disiplini kurulması fikri ortaya atılmıştır. Yine 1960lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) "Aile Hekimliği Kurulu" (Board of Family Practice) kurularak aile hekimliği uzmanlığı oluşmuştur. Daha sonra 1963 yılında Edinburg’ta ilk aile hekimliği bölümü açılmıştır. İngiltere'de uzmanlık dalı olarak tanınması ise 1965 yılında olmuştur. 1969 yılında "Amerikan Tıp Birliği" (American Medical Association) tarafından "Milis Raporu" ve "Willard Raporu" olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu "Aile hekimliği" tanınmıştır. 1978 yılında Kazakistan'da "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı (Alma Ata Konferansı)" yapılmış ve çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı altında hedefler ve stratejiler gösterilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmıştır. WHO (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün imzasının olduğu "Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesi"nde, aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, her ülkede mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır.²¹

"Avrupa Birliği" tarafından, 1995 yılında "Avrupa Birliği" üye ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin tıp eğitimlerinin ardından en az 2 yıl eğitim

²¹ Ekin Özgür Aktaş, Gürol Çakır, "Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması", **Türkiye Ege Tıp Dergisi**, Cilt: 51, Sayı: 1, İzmir, 2012, s. 22.

görmeleri gerektiğini bildiren karar alınmış ve 1996 yılında bu süre 3 yıla çıkarılmıştır. Avrupa'nın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri, en az 2 yıllık uzmanlık eğitimi almış, "Aile Hekimi" ya da "Genel Pratisyen" olarak isimlendirilen hekimler tarafından yürütülmektedir. Verilen uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıl ile 6,5 yıl arasında değişmektedir.²²

1.3.2. Aile Hekimliği Uygulamasında Hekim-Hasta İlişkisi

Aile hekimi bireyi, ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendisine kayıtlı bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle ilgilenen, bireylerin kendi seçtikleri hekimdir.

İletişim, insan yaşamında önemli bir olgudur ve günlük yaşantımızın hemen hemen her alanında etkilidir. Hekim ve hasta arasındaki iletişim ise daha önemlidir. Çünkü hekimler açısından, hastaları anlamanın, onlara uygun tedaviler düzenleyebilmenin, hastaların bu tedaviye uyum sağlayıp, tedaviye bağlı kalmalarının; hastalar açısından ise hekimlere güven duymanın, kendilerine sunulan tedavi imkânlarından yararlanabilmelerinin ve iyileşmelerinin ilk ve en önemli adımı iletişimidir. Bunun içinde hekim ve hasta arasındaki ilişki empati, sabır ve anlayışa dayanmaktadır.²³

Aile hekimliği sisteminin olduğu İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıl arasındadır. Aile hekimi her şeyden önce iyi bir iletişimci olmalıdır. Etkili iletişim için aile hekiminin sahip olduğu bazı avantajlar sayılabilir: Sürekli bakım vermesi, sürekli aynı bireylere hizmet sunması, kendi çalışma saatlerini kendisinin belirleyebilmesi, randevulu hasta bakarak hastalarına daha fazla zaman ayırabilme seçeneğinin olması, sadece hasta değil, sağlam bireylerle de yaşama yayılan bir ilişki içinde olması, kayıtların bir kere girildikten sonra temel bilgilerin çok fazla değişmemesi sebebiyle her görüşmede

²² Sabah Tüzün, Çiğdem Apaydın Kaya, "Uzmanlık dalı olarak aile hekimliğinin tarihi", (Erişim)<http://www.tahud.org.tr/guncel/asistan-dagarcigi/uzmanlik-dali-olarak-aile-hekimliginin-tarihi/11>, 10.12.2009

²³ "Aile hekimliği", Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, T.C. Sağlık Bakanlığı, (Erişim)http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=152:aile-hekimi-kimdir&catid=56:aile-hekimlii-nedir&Itemid=190

kayıtlara çok fazla zaman ayırmak yerine iletişim ve etkili görüşme için daha fazla zaman ayrılabilir olabilmesi bu avantajlar arasındadır.²⁴

Hastalar hekimleri ile ilişkilerinin resmiyetten uzak ve samimi olmasını tercih etmektedirler. Hekimlerini her bir görüşmeden sonra daha iyi tanımakta ve zaman içerisinde hekime güvenebilmekte, duygu ve düşüncelerini açabilmektedirler.

1.4. Aile Hekimliği Dünya Uygulamaları, Gelişmeleri

Aile hekimliği ve genel pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti" konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlamaktadır. Türkiye’de pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. Uygulama ve isim farklarına rağmen aile hekimliği, dünya ülkelerinin birçoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması çoğu ülkede kendi ihtiyaçlarına göre oluşturup uygulamaya konulmuştur. Bunlardan bir kaç örnek aşağıda verilmektedir.

1.4.1. Almanya

Almanya’da “Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi” hâkimdir. Bu modelde;

- Vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman sağlanmakta,
- Paralar devlet dışı yönetimlerden; sigorta kurumlarından toplanmakta,
- Bu kurumların hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmaları veya hizmet karşılığı para ödemeleri gerekmektedir.²⁵

Nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır. "Almanya’da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ile hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen

²⁴ Ersoy vd., "Aile Hekimliğinde Son Durum", **Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı**, (Erişim), <http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=849>, 16.01.2009.

²⁵ İlhami Ünlüoğlu, Sevgi Özcan Paycı, **Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları (Pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 23.

diğer uzman hekimler tarafından yürütölmektedir. Sağlık hizmetlerinde öncelik "koruyucu hekimlik programları"dır. Örneğın, 4 yaşına kadar çocuk sağlığı takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca aile hekimleri, sosyal tıp, acil hekimliğı, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliğı konularında yer edinmek için çalışmaktadır."²⁶

Almanya, sağlık hizmeti bakımından dünyanın en iyi ölkelerinden birisidir.²⁷ Alman vatandaşlarının %80'i aldıkları sağlık hizmetlerini iyi ile mükemmel arasında değerlendirmektedirler. Nüfusun % 9'u özel sigortalıdır. Geriye kalanlar ise sosyal yardım programından yararlanmaktadır.²⁸

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikle aile hekimliğı uzmanları, daha sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları tarafından muayenehanelerde verilmektedir.

İlk "Aile Hekimliğı" bölümü 1976 Hannover Tıp Faköltesinde açılmıştır. Almanya'da 1980 yılından beri aile hekimliğı için uzmanlık eğitimini seçmek isteyen hekimler için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994 yılından itibaren birinci basamak hekimleri için uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Uzmanlık eğitimi, branşlara göre 4-8 yıl arasında değişmektedir. Tıp faköltelerindeki aile hekimliğı dersi verilmektedir ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır.²⁹

Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 civarındadır. Çalışma süreleri ise nöbetler ve acil hekimlik hizmetleri dâhil ortalama 55,98 saat/haftadır. Hasta görüşmeleri için 32,22 saat/hafta ve idari işleri için 8,18 saat/hafta zaman harcanmaktadır. Hastalar, aile hekimlerine en az 3 ay bağılı kalmak zorundadır. Aile hekimleri hastalarını gerekli görürlerse diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilmekte ve hasta sevk ile gönderilmeden de ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurabilmektedir. Aile hekimi acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür.³⁰

²⁶ Söyleyici, a.g.e., s.44.

²⁷ Saraçlı, a.g.e., s.35.

²⁸ Yaman ve Sanholzer, "Almanya 'da Aile Hekimliğı Uygulaması", **Aile Hekimliğı Mesleki Gelişim Portalı**, (Erişim)http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=42&t=Almanya_daki_Aile_Hekimligi_Uygulama_lari_04.04.2007.

²⁹⁻³⁰ Söyleyici, a.g.e., s. 45.

Aile hekimi, muayenehanesinin donanımını kendisi karşılamak ve personelinin maaşını kendisi ödemektedir. Aile hekiminin 3 aylık hasta kapasitesi ortalama 1079 hastadır. Hasta başına 50 Euro düşmektedir ve muayenehane masrafları % 50 oranındadır.

Almanya'da Ocak 1996'dan beri aile hekimlerine hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Ödeme sistemleri bugün halen değişim halindedir. Ödeme sistemleri ise aşamalı yapılmıştır. Örneğin belli sayıda hizmete ödenen ücret bu sayı aşıldıktan sonra düşmektedir. Ayrıca hekimlerinin gereksiz işlem yapmasını önlemek için bireysel bütçeler oluşturulmaktadır. Ayakta hasta bakımları, ilaçlar, fizik tedavi, ergoterapi (aktivite ve katılım kısıtlılığı olan birey), konuşma tedavisi gibi hekimlik dışı tedavi uygulamalarına sevk edilen hastalar için sabit bütçeler oluşturulmaktadır. Ancak hizmetlerin ücretleri bölgelerde verilen hizmet sayısına göre azalıp artabilmektedir. Devlet hastanesinde çalışan hekimlere maaş şeklinde ödeme yapılmakta ve kıdemli hekimler özel olarak da çalışabilmektedir.³¹

1.4.2. İngiltere

Bayam'a (2007) göre İngiltere'de ilk aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. 1844 yılında "Ulusal Aile Hekimliği Kurumu" (National Association of General Practitioners), 1948'de "Ulusal Sağlık Servisi" (National Health Service), 1952'de "Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji" (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur.

İngiltere'de aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli hekimler tarafından sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri tıbbi hizmetleri, toplum sağlığı hizmetlerini, hastane acil servislerinde verilen hizmetleri ve dış-göz sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Bireyler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk ile gönderilmedikleri sürece ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gidememektedirler. Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü bulunmaktadır.

³¹ Ünlüoğlu ve Paycı, a.g.e., 23-24.

İngiltere’de 34.000 civarındaki aile hekiminin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet vermektedir. 510 kadarı tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunmakta, 6000 kadarı ise sağlık merkezlerinde görev yapmaktadır. Bir aile hekimine düşen nüfus 3000 civarındadır. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı %10 civarında olmakta ve aile hekimlerine ödeme kişi başına yapılmaktadır. Ödemeler de hizmet başına yapılmaktadır.

Uzmanlık eğitimi için 3 yıl gerekmektedir. Tıp fakültesinden mezun olduktan sonra 2 yılı hastanede 1 yılı bir aile hekimliği kliniğinde geçirilmektedir. Uzmanlık sonrasında bitirme sınavı zorunlu değildir. Ancak "Aile Hekimleri Kraliyet Koleji"ne üye olabilmek için uzmanlık eğitimini tamamlayan aile hekimlerinin %80’i sınava girmektedir.³²

1.4.3. Hollanda

Sosyal güvenlik sistemi sigortacılığa dayanmaktadır. Katılımı zorunlu olan iki sağlık sigortası türü vardır. Birincisi "Olağanüstü Medikal Giderler Sigortası", uzun süreli veya masraflı hastalıklar içindir. Hasta herhangi bir hekim seçerek kaydolabilir. Diğeri ise "Hasta Fonu Sistemi"dir. Yaşı 65 ve üzerinde olup, gelirleri belirlenen gelir düzeyinin altında olanlar bu sigortaya dâhildir ve aile hekimi uygulamalarını, dış bakımını, özel tıbbi uygulamaları, ana sağlığı hizmetlerini, hastane giderlerini ve ulaşım giderlerini kapsamaktadır. Nüfusun geri kalanı ise sağlık hizmetleri ve kısa süreli hastalıklar için özel sigorta yaptırmaktadır.³³

Acil durumlar dışında, hastalar dal uzmanı olan hekime gitmeden önce aile hekimine başvurmak zorunda olmakla birlikte hastalar kendi aile hekimini seçmekte özgürdür.

Haliloğlu'nun (2014) Amsterdam Waterlelie adlı klinikteki gözlemlerine göre, mesaiyeri sabah 08.00’de başlayıp 17.00’de bitmektedir. Waterlelie adlı klinikte aile hekimleri, sekreterler ve asistanlar çalışmaktadırlar. Klinikte hemşire yerine "medikal asistan" dedikleri yardımcı elemanlar bulunmaktadır. Medikal asistanlar hemşire değildir fakat

³² "Dünya’da Aile hekimliği", (Erişim)<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, 15.02.2014.

³³ "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler", **Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamaları ve Serbest Eczacılara Yansımaları**, sayı: 3,(Erişim)http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398.01.12.2009, s. 7-8.

enjeksiyon yapma, kan alma ve cerrahi işlemlerde hekime yardım etmektedir. Kliniklerde bir de küçük cerrahi işlemlerin yapıldığı bir oda bulunmaktadır. Hekimler beyaz önlük giymemektedir. Hekim bilgisayarında sırada kaç bireyin beklediğini görebilmektedir. Listede ev ziyareti yapacakları kırmızı renkte, telefonla aranacak hastalar yeşil renkte, cerrahi girişim yapılacak hastalar sarı renkte görülmektedir.

Hekimlerin saat 10.00-10.30 arası çay-kahve molaları bulunmaktadır. Klinikte bir hekim tüm gün yaklaşık olarak 20 hasta ile ilgilenmektedir. Yaklaşık 16 milyonun üzerinde nüfusu olan Hollanda'da 8200'ün üzerinde aile hekimi bulunmakta, bir aile hekimine ortalama 2350 hasta düşmektedir. Kişiler kendi aile hekimlerini kendileri seçebilmekte ve bir yıldan önce aile hekimlerini değiştirememektedir. Hekimler hastalarına ortalama 10 dakika ayırmaktadır. Merkezde yapılamayan kan tahlili veya radyolojik tetkikler için hastaya bir form verilmekte ve anlaşmalı oldukları hastane veya laboratuvara yönlendirilmektedir. Hastaların bütün verileri elektronik ortamda saklanmaktadır. Ayrıca radyolojik tetkik raporları, ilaç kullanım raporları gibi belgeler arşivlenmekte ve hastanın dosyasına konulmaktadır.

Hollanda aile hekimliği uygulaması, kapı tutuculuk (gatekeeping) olarak nitelendirilmektedir. Yani Hollanda'da tam bir sevk zinciri bulunmaktadır. Bunun anlamı hastalar aile hekimine gelmeden diğer uzmanlık birimlerine başvuramamasıdır. Aile hekimi sadece sevkten sorumlu bir hekim değil, hastaların karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı veren, gerektiğinde hastasını sevk eden, ama sevki takip eden ve geribildirimleri izleyen hekimdir.

Aile hekimliği uzmanı olmak için 3 yıl, diğer uzmanlık alanları için ise 4-5 yıl ihtisas görmek gerekmektedir. Bununla birlikte her aile hekimliği uzmanı 10000 Euro, her aile hekimliği asistanı 2500-3000 Euro civarında maaş almaktadır. Aile hekimi isterse klinikte sadece yarım gün çalışabilir, fakat maaşı da ona göre ayarlanmaktadır.

1.4.4. Norveç

Norveç'te aile hekimliği 1985 yılında tanınmıştır. Norveç'te zorunlu ulusal sigorta sistemi neredeyse tüm nüfusu kapsamaktadır. 1984 yılında "Yerel Yönetimler Sağlık Planı" uygulamaya konulduğundan bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri yerel

yönetimlere bırakılmıştır. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışmaktadır. Bireylere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri verilmektedir. Aile hekimi başına 1500-2500 hasta düşmektedir ve ücretlendirme hasta başıdır. Hangi bölgede, hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağına yerel sağlık yönetimi karar vermektedir.

Norveç'te aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi beş yıldır ve eğitim sonrası bitirme sınavı zorunluluğu yoktur. Uzmanlık eğitiminin 1 yılı klinikte 4 yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Bu 5 yıl süresince en az 1 yıl seçilmemiş hasta grubu ile klinik uygulama yapma ve en az 200 kurs saatini karşılayan tanımlanmış eğitim veya bilimsel etkinlikte bulunma koşulu sağlanması şarttır.³⁴ Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevki ile olmaktadır.³⁵

1.4.5. Küba

Küba'da 1984 yılında "Aile Hekimliği Planı" uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama sağlık merkezlerinde bir aile hekimi ve hemşireden oluşan ekip hizmeti halinde bulunmaktadır. Her polikliniğin bir bölgesi vardır ve aile hekimliği ekipleri hizmet ettikleri bölgede yaşamaktadır. Polikliniğin 2,5 km çapında bir sorumluluk alanı bulunmakta ve bölge içinde aile hekimleri toplum ile içi içe çalışmaktadır.³⁶

Tüm ülke nüfusu sağlık güvencesi kapsamındadır ve sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bireyler sağlık hizmetinden yararlanmak için aile hekimine, polikliniklere, hastanelere doğrudan başvurabilmektedir. Hastaneye sevklerde hastalar ile beraber gerekirse hastaneye gidilmektedir ve hastaneden geri bildirimler düzenli şekilde alınmaktadır. Her bireyin kendi aile hekimini seçme hakkı bulunmaktadır.

³⁴"Dünya'da Aile Hekimliği", **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, T.C. Sağlık Bakanlığı, (Erişim)http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&id=55&layout=blog&Itemid=214, 01.04.2014.

³⁵ Ünlüoğlu ve Paycı, a.g.e., s.26.

³⁶ "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler", **Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamaları ve Serbest Eczacılara Yansımaları**, sayı:3, (Erişim)http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398.01.12.2009, s. 16-17.

Küba'da yaklaşık olarak 1000 hastaya 6 aile hekimi düşmektedir. Aile hekiminin, koruyucu sağlık hizmetleri aşılama, sağlığı teşvik (yaşam tarzı, beslenme eğitimi, egzersiz, tütün ve alkol kullanımının azaltılması), rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere 4 temel görevi bulunmaktadır. Koruyucu hizmetlere ağırlık verilerek ülkenin sağlık göstergeleri yüksek seviyelere çıkarılabilmiştir. Ayrıca aile hekimliği polikliniklerinde laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır.

Küba'da tıp eğitimi 6 yıldır. 2 yıl daha aynı merkezde çalışarak hekimler aile hekimi olabilmektedir. Diğer branşlarda da uzmanlaşma ancak bu iki yıldan sonra mümkün olmaktadır.³⁷

1.4.6. Finlandiya

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için "Ulusal Sağlık Sigortası"na kaydolma zorunluluğu bulunmaktadır. Özel sektörün sağlık hizmetinde yeri fazla bulunmamakta, sağlık hizmeti yerel idarelerce sunulmaktadır. Aile hekimliği, iki hekim, bir hemşire ve bir tıbbi sekreterden oluşan ekiplerden oluşmaktadır. Her bölgede bulunan sağlık merkezlerinde her hekimin bir bölgesi bulunmakta, bu bölgede yaşayanlar aile hekimi olarak çalışan bu hekimler vasıtası ile sağlık sistemine başvurabilmektedir. Bireyler kendi bölge hekimlerinin dışında özel muayenehanelerde ve işyerlerinde çalışan hekimlerden de hizmet alabilmektedir.³⁸

Sağlık giderleri merkezi ve yerel idarelerin topladığı vergilerce karşılanmaktadır. Toplumdan ortalama gelirin %17,5'i kadar vergi alınmakta ayrıca işveren de bu miktara katılım sağlamaktadır. En yüksek yıllık ödeme 580 Euro ile sınırlı olmaktadır. Sürekli hastalıklarda masrafların % 75-100'ü "Ulusal Sağlık Sigortası"ndan sağlanmaktadır. Yatan hasta ilaç ücreti ödememekle birlikte ortoz(ortopedik cihaz) ve protezler ücretsiz

³⁷ "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler", **Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamaları ve Serbest Eczacılara Yansımaları**, sayı:3,

(Erişim)http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398.01.12.2009, s. 16-17.

³⁸ Söyleyici, a.g.e., s. 46.

alınmaktadır.³⁹ Finlandiya’da ödeme koşulları genellikle yazılı kurallara uymamakta ve bireylerin ödeme yapmaksızın hizmet almaları için çaba gösterilmektedir.⁴⁰

Hekimler tıp fakültesinden mezun olduktan sonra 6 yıllık uzmanlık eğitimi ile aile hekimi unvanı almaktadırlar.

1.4.7. Kanada

Kanada’da birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 65 yaş üstündekilerden ve maddi durumu iyi olmayanlardan sağlık sigorta primleri alınmaz. Tüm nüfus Kanada’nın "Ulusal Sağlık Sigortası"nı kullanmaktadır. Aile hekimleri büyük şehirlerde muayenehanelerinde çalışmakta ve ikinci basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavilerini takip etmekte, kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet vermektedirler.

Kanada’da tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri bulunmaktadır. Aile hekimleri Kanada’da neredeyse tüm hekimlerin yarısını oluşturmaktadır. Mezuniyet öncesi aile hekimliği eğitimi zorunlu ve bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4-6 hafta süreyle yapılmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilmektedir.⁴¹

1.4.8. Danimarka

Danimarka’da "Ulusal Sağlık Sigortası" sistemi kullanılmaktadır. Hizmet alımında bireyler için iki tip sigorta seçeneği bulunmakta olup nüfusun büyük çoğunluğunu kapsayan birinci tip sigortalılar, öncelikle kendilerine bir aile hekimi seçmekte ve aile hekimine, aile hekiminin sevk ettiği serbest uzmana ya da hastaneye herhangi bir ücret ödmeden gidebilmektedirler. Hekime ödemeler ise vergiler aracılığıyla yapılmaktadır. Bireyler kayıt oldukları aile hekimlerini 6 aydan sonra değiştirebilmektedir. İkinci tip sigortalılar ise, istediği hekim ve hastaneye gidebilmektedir. Ödemelerinin bir kısmını

³⁹ Saraçlı, a.g.e., s. 36.

⁴⁰ "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler", **Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamaları ve Serbest Eczacılar Yansımaları**, sayı:3,

(Erişim)http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398,01.12.2009, s. 17-18.

⁴¹ "Dünya’da Aile Hekimliği", **Halk Sağlığı Kurumu**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye

(Erişim),http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=214,22.04.2014.

kendi bütçelerinden karşılamakta, buna karşılık hastanede yatarak alınan sağlık hizmetinden ücret alınmamaktadır. ikinci tip sigortalıların aile hekimlerini seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama bulunmamakta ve herhangi bir aile hekimine veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilmektedirler. Ayrıca aile hekiminden de sevk zorunlulukları bulunmamaktadır. Danimarka'da sigorta sisteminin dışında kalan hekimler bulunmaktadır. Ancak bu hekimlerden hizmet alan hastaların tüm ödemeleri kendilerine aittir.⁴²

Aile hekimi, ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumlu hekim konumundadır. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile hekimleri eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır. Danimarka'da her aile hekimi ortalama anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütülmektedir.⁴³

1.4.9. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Aile Hekimliği 1960'lı yılların sonlarında bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ABD'de uzmanlaşma eğilimi artmıştır. 1938'de kendini uzman oranı %20,8'den 1970'de %75,7'ye yükselmiştir. Bununla birlikte 1938'de %79,2 olan genel pratisyen oranı 1970'de %17,3'e düşmüştür. 1969'da "Aile Hekimliği Asistanlığı İzleme Komitesi" oluşturulmuştur. 1970'de "Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi", "Amerikan Aile Hekimleri Akademisi" olarak yeniden adlandırılmıştır.⁴⁴

Aile hekimliğinin gelişmesinin kilometre taşları olan "Millis ve Willard Raporları" bu konuda etkili olmuş, bir takım öneriler ortaya çıkmıştır. Bireylerin kendilerini sadece bir hastalık ya da bir organ bozukluğu olarak değerlendirmeyen nitelikli hekimlere ulaşabilmelerinin, hekimin verdiği sağlık hizmetinin ayrıntılı ve geniş kapsamlı

⁴² Saraçlı, a.g.e., s. 36.

⁴³ "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler", **Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamaları ve Serbest Eczacılara Yansımaları**, sayı:3,

(Erişim)http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398,01.12.2009, s. 8-9.

⁴⁴ "Dünya'da Aile Hekimliği", **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, T.C. Sağlık Bakanlığı, (Erişim),http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=214

olmasının, hasta ve hekim arasında sürekli bir iletişimin, hekimin bilgi ve becerilerinin aile bireylerin tümünü kapsaması kararları alınmıştır. "Millis ve Willard Raporları"nda benzeri eğitim programlarının oluşturulması için gerekli şartlar belirtilmiştir. Bunlar;

- 1) Hastanın bireysel hekimi olarak çalışmalı ve hastanın sağlık sistemine girişini sağlamalıdır.
- 2) İlk muayene, koruyucu hekimlik ve genel tıp hizmetlerinde kapsamlı bir yaklaşımı olmalıdır.
- 3) Hastanın sorumluluğunu gereğinde sevk için gerekli girişimleri yaparak uzun dönem taşıyabilmelidir.
- 4) Toplumun kaygılarına ve ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde mesleğini icra etmelidir.⁴⁵

ABD’de birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sigortaları ile anlaşmalı muayenehanelerde aile hekimleri tarafından verilmektedir. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka hekime ya da bir üst basamağa başvurabilmektedir.

Toplam nüfusu yaklaşık 318 milyon olan ABD, federal bir hükümet ve birbirinden bağımsız 52 eyaletten oluşmaktadır. Her eyaletin federal düzey dışında örgütlenmiş kendi sağlık sistemi bulunmaktadır. ABD tüm dünyada özel sağlık sigortalarının en yaygın alanı olan ülke konumundadır. Buna karşılık ABD vatandaşlarının %16'sının hiçbir sağlık sigortası bulunmamaktadır. ABD'de çoğunlukla özel sağlık sigortalarının işliyor olması sağlık hizmetinin gelir düzeyi yüksek olanlara ulaştırılması anlamına da gelmektedir. Bu alanda devlet desteği ise istenen düzeyde bulunmamaktadır. Özellikle etnik azınlıklar, siyahlar, yoksullar ve göçmenlerin sağlık düzeyi beyaz Amerikalılar ile kıyaslandığında daha kötü durumdadır. Koruyucu hizmetler ise eyaletlerdeki halk sağlığı kurumları tarafından ve daha çok sigortası olmayan yoksullara yönelik olarak verilmektedir.⁴⁶

⁴⁵ "Dünya'da Aile Hekimliği", T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (Erişim),http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=214, 01.04.2014.

⁴⁶ Saraçlı, a.g.e., s. 38-39.

ABD'nin aile hekimliğine ait en büyük mesleki kuruluşu "Aile Hekimleri Amerikan Akademisi" (American Academy of Family Physicians)'dir. Akademi'ye üyeliği koruyabilmek için hekimlerden üç yılda bir 150 saat sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılım beklenilmektedir. ABD'de uzmanlık eğitimi mezuniyet sonrası 3 yıl sürmekte ve üçüncü yılın sonunda bitirme sınavına girmek zorunluluğu bulunmaktadır. Ayrıca aile hekimi, her yedi yılda bir yeterlik sınavına girip, yeterlik sertifikası almaktadır.⁴⁷

1.4.10. Portekiz

Portekiz'de "Ulusal Sağlık Sistemi" 1979 da kurulmuş ve 1982'de Aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Ayrıca 1982 de "Aile Hekimliği Koleji" kurulmuştur. "Portekiz Tabipler Birliği" aile hekimliği uzmanları için yeterlilik sınavı sistemi kurmuştur. 1983'de "Portekiz Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği" kurulmuştur. 1987 yılından itibaren aile hekimi olmak isteyenler zorunlu eğitime tabi tutulmuştur. Tıp Fakültelerinde ilk aile hekimliği bölümü 1987 de Lizbon Üniversitesi'nde açılmıştır.⁴⁸

Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri ulusal sağlık sistemine bağlı merkezlerde diğer dal uzmanları ile ekip halinde ve bağımsız çalışan aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. Mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl sürmektedir. 18 aylık asistanlık öncesi eğitim alan hekimler ulusal bir sınava girebilmekte ve bir uzmanlık alanını seçebilmektedirler.

Hekimlerin çoğunluğu "Ulusal Sağlık Sistemi"ne bağlıdır ve bu sisteme bağlı olmayan hekimler özel hekim olarak çalışmaktadır. Nüfusun yaklaşık % 80'i aile hekimlerine kayıtlıdır ve bir aile hekimi en az 1500 hastadan sorumludur. Hastaların kendi hekimlerini seçme hakkı bulunmakta ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak aile hekiminin sevkinden sonra mümkün olmaktadır. Bununla birlikte

⁴⁷ Hakan Yaman, İrem Karataş, "Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği", **Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı**, (Erişim)[http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=3867&t=Amerika Birlesik Devletleri_nde_Aile_Hekimligi](http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=3867&t=Amerika_Birlesik_Devletleri_nde_Aile_Hekimligi) ,29.07.2010

⁴⁸ Ünlüoğlu ve Paycı, a.g.e., s. 25.

hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilmekte ancak tedavi edecek uzmanı seçememektedirler.⁴⁹

İncelediğimiz ülkelerde, aile hekimliği uygulamasının branşlaştırılmaya çalışıldığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu uygulamanın titiz ve etkin bir şekilde yer aldığı görülmektedir. Kapı tutuculuk (gatekeeping) görevi ABD ve Almanya gibi ülkelerde yer almamakla birlikte diğer ülkelerde bu görevin uygulanması önemli bir yer tutmaktadır. İncelediğimiz ülkelerin hemen hemen hepsinde bireyler devletin desteği ile sağlık harcamalarını yürütmektedir ve hekimler hizmet başına ücretlendirmektedir. Görüldüğü gibi aile hekimliği uzmanlığı için en az iki yıllık bir süre ile eğitim görülmesi şartı bulunmakta ve bu süreler ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Kanada ve İngiltere'de "Kraliyet Kolejleri"ne üyelik için uzmanlık eğitimi sonrasında isteğe bağlı olarak bitirme sınavına girilmektedir. Hekim başına düşen hasta sayıları ve hastalara ayrılan süreler ideal denilebilecek derecededir.

⁴⁹ Dünya'da Aile Hekimliği", T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (Erişim),http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=214, 01.04.2014.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ

2.1. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ'NİN TARİHSEL SÜREÇ İÇERİSİNDEKİ GELİŞİMİ

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönündeki çalışmalar Cumhuriyetin ilanından itibaren günümüze kadar uzanan süreci kapsamaktadır. Cumhuriyetin ilanının ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin temeli atılmış ve Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağını genişletmek istenirken öteki yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir atağa geçilmiştir.⁵⁰ 1930'da "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu"nda sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tıp fakültelerine ilginin arttırılmasına yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, geniş bölgede yürütülmüştür. Nüfusun yoğun olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenmiştir.

Aile Hekimliği 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı Yasa ve 09.12.2004 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"a göre yürütülmektedir. Aile Hekimliği 1970li yılların ortalarında genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde aile hekimliğinin Türkiye'de de verilmesi zorunlu hale gelmiştir.⁵¹

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişmesinde 3 dönemden söz edilebilir. Bunlardan birincisi 1983- 1993 dönemidir. Aile Hekimliği 5 Temmuz 1983 tarihinde "Tababet Uzmanlık Tüzüğü"nde yer almıştır. Devlet hastanelerinde uzmanlık eğitiminin başlaması ve ilk uzmanların yetişmesi yanında 1984'te, Gazi Üniversitesi Tıp

⁵⁰ "Türkiye'de Aile Hekimliği", (Erişim)http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213, 15.03.2014.

⁵¹ Kürşat Algın, İsmet Şahin, Mehmet Top, "Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:7, Sayı:3, 2004, s. 257.

Fakültesi'nde ilk aile hekimliği anabilim dalı kâğıt üzerinde kurulmuş, 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde fiilen başlamıştır. 1990'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar Ankara'da "Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği"ni (AHUD) kurmuşlardır ve 1993 de ilk "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi" İstanbul'da düzenlenmiştir. Yine bu dönemde bilimsel platformda bir ilk olan "Aile Hekimliği Dergisi" (Journal of Family Practice) derneğin İstanbul şubesinin önderliğinde yayın hayatına başlamıştır.⁵² Bir anlamda bu dönem aile hekimliğinin ilk adımlarının atıldığı bir dönem olarak da ifade edilmektedir.

1993- 2002 döneminde, 1993 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri ve "Aile Hekimliği Kanun Tasarısı Taslağı" ve aile hekimliği taslak müfredat çalışmaları, ilk eğitici eğitimlerinin düzenlenmesi, Bilecik ilinin pilot bölge olarak öngörülüp, bu bölgede uygulamalara yönelik girişimlerin başlatılması gerçekleşmiştir.

16 Temmuz 1993 tarihinde "Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde aile hekimliği asistanlık eğitimine başlanmıştır. Ayrıca 1993'te İstanbul'da ilk "Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" düzenlenmiştir. 1994 Yılında Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" tarafından Ankara'da, 1996 yılında Adana, Bursa ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır. Ulusal aile hekimliği kongreleri 1993 yılından bu yana 2 yılda bir düzenli olarak yapılmakta olup, kongre düzenlenmediği yıllarda "Aile Hekimliği Günleri" organize edilmektedir. Sağlık Bakanlığı "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" Nisan 1995'te "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı"nı yayınlamıştır. 1996'da, Türkiye'de ilk kez aile hekimliği dalında doçentlik unvanı verilmiştir. Ayrıca Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 1997 yılından bu yana hakemli olarak düzenli bir şekilde yayınlanmıştır. 02.03.1998'de AHUD Türkiye adını kullanma hakkını almıştır ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak Türkiye, Dünya'da temsil edilme yetkisini kazanmıştır. 2001'de Türkiye'de ilk kez bir

⁵² Ünlüoğlu ve Paycı, a.g.e., s. 27-29.

aile hekimliği uzmanı WONCA yönetim kurullarından birine seçilmiştir. Ayrıca TAHUD'un WONCA ve WONCA Avrupa üyeliği 2003 yılında başlamıştır. Bu dönem akademik alanda gelişme olarak adlandırılabilir. İlk doçentlik ve profesörlüklerin alınması da bu dönemde yer almaktadır.⁵³

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişmesinde üçüncü dönem, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan "Acil Eylem Planı"nda "Herkesin Sağlık" başlığı altında yer alan temel hedeflerin açıklanmasıyla ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında halka duyurulması ile başlamakta ve günümüze kadar gelmektedir.

Bu hedefler içerisinde, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, aile hekimliğinin uygulamaya konulması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması, karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık bilgi sistemi), teşhis ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi, etkili ve kademeli sevk sistemi şeklindeki hedefler ile birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir yaklaşım gündeme getirilmiştir.⁵⁴

Bu amaçla Türkiye'de aile hekimliği adında başlatılan çalışmalar yoğunluk kazanmış ve halen tüm yurtda uygulamaya geçilebilmesi için alt yapı çalışmaları hızlı ve yoğun bir şekilde sürmektedir. Türkiye'de aile hekimliği belirli bir süre için geçiş dönemi eğitimi ve takibinde de en az 3 yıllık uzmanlık eğitiminin planlanmış olduğu görülmektedir.

Bunlar:

- 9 ay İç Hastalıkları
- 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum
- 6 ay Cerrahi Ağırıklı Acil
- 4 ay Psikiyatri

aşamalarından oluşmaktadır.⁵⁵

Bu amaçla Sağlık Bakanlığı bazı illeri "pilot uygulama illeri" olarak belirlemiştir. Aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır ve 2006 yılında

⁵³ Söyleyici, a.g.e., s.36-38.

⁵⁴ "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008, s. 20.

⁵⁵ Ünlüoğlu ve Paycı, a.g.e., s.28.

10 il de daha pilot uygulama ili olmuştur. Düzce ilinden sonra Eskişehir'de uygulama başlatılmış ve İzmir 'de devam edilmiştir. 2010 yılında Türkiye'nin tüm illeri aile hekimliği uygulamasına geçmiştir ve 25 Mayıs 2013 AHUY tüm ülkede birinci basamak hizmetlere şekil verilmiştir. Tüm aile hekimlere hem sağlık müdürlüğünce hem de bakanlıkça sorumlu koordinatörler vasıtasıyla aile hekimliği modeli ve işleyişi anlatılmıştır. Aile hekimliği tek sağlık sistemini ifade etmemektedir. Diğer bir ifade ile aile hekimliği uzmanları sadece aile merkezli bir yaklaşım göstermemekte, aynı zamanda toplum sağlığının gereklerini gözetten bir yaklaşım sergilemektedirler. Buna WONCA 2005 Avrupa tanımında "Toplum Yönelimli Yaklaşım" denilmektedir.

Aile hekimliği sistemi Dünyada değişik şekillerde uygulanmaktadır. Belli bir sağlık ekonomisi modeline de bağlı olmamakla birlikte, değişik ekonomik sistemlerde veya finansman modellerinde aile hekimliği uygulaması görülmektedir. Bir ülkedeki aile hekimliği uygulamasının ayrıntıları uygulanan sağlık politikaları ve sağlık sistemlerinin ülkenin özelliklerine göre şekillenmektedir.⁵⁶ "İngiltere'de Genel Tıp Konseyi"nin 1990'lı yıllarda yayınladığı "Yarının Hekimleri Bildirgesi"nde aile hekimliği alanında mezuniyet öncesi tıp eğitimine olan gereksinim vurgulanmıştır. Bu bildirge tüm Avrupa ülkelerinde aile hekimliğinin mezuniyet öncesi tıp eğitiminin zorunlu bir parçası olması yolunda katkı sağlamıştır ve sağlamaya devam etmektedir. Türkiye'de aile hekimliği anabilim dallarının tıp eğitimine katkıları giderek artmaktadır. Bu katkı çok çeşitlidir ve tüm yıllara yayılma eğilimindedir ve önemli bir eğitim yükü oluşturmaktadır.

2013 yılında henüz kurulma aşamasında olanlarda dahil olmak üzere ülkemizde 86 tıp fakültesinin bulunduğu saptanmıştır. Bu fakültelerin 63'ünde (%73,3) aile hekimliği anabilim dalı bulunmaktadır. Yirmi yıldan uzun süreden beri var olan 65 üniversitenin yalnızca 4'ünde (%6,2) aile hekimliği anabilim dalı bulunmamaktadır. Bunlar, Abant İzzet Baysal, Ege, Gazi ve Gaziantep Üniversiteleri'dir. Aile hekimliği anabilim dallarından 20'si son birkaç yıl içinde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanı oranları %54,3'ten %77,6'ya yükselmiştir.⁵⁷

⁵⁶ Zuhul Karadağ, **Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri -Hasta Memnuniyetine Etkisi**, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, s.20.

⁵⁷ Okay Başak, Dilek Güldal, "Akademik Aile Hekimliği Bölümlerinin 20 Yılı: Gelişimsel Süreç Üzerine Bir Değerlendirme", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, cilt 18,sayı 1, 2014, s.16-24.

2.2. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN UYGULANMA GEREKÇESİ

Aile hekimliği uzun yıllardır çoğu ülkede uygulanmaktadır. Bu uygulamanın olumlu yönlerini yansıtarak, ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçmek mümkün olabilmektedir. Ancak bunu yaparken ülke koşullarını da göz ardı etmemek gerekir. Gelişmenin göstergelerinden birisi olan sağlık hizmetlerinin, ülkemiz açısından istenilen düzeyde olmadığı ifade edilmektedir. Türkiye'nin mevcut sağlık sistemi, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Sistem içerisinde köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini meydana getirmek kaçınılmaz olmuştur.⁵⁸ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanımaktadır.⁵⁹

Aile hekimliği, Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir bakış açısı ve işleyiş getirmiştir. Uygulanma gerekçelerinin başında herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın başvurabileceği bir aile hekiminin olması gelmektedir. Aile hekimliği ile Türkiye'de sağlık hizmetlerini tüm illerdeki bireylere dengeli bir şekilde ulaştırabilmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun da katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmak aile hekimliğinin diğer gerekçeleri arasında sayılmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ana ilkelere aittir. Bu ilkelerin ikinci basamakta yığılmayı engellemesi, ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlaması aile hekimliği uygulamasının gerekçeleri arasında gösterilebilir.

⁵⁸⁻⁵⁹ Söyleyici, a.g.e., s. 38-40.

Aile hekimliği bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörmektedir. Güvene dayalı iletişim kurmakta, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele almaktadır. Aile hekimliği hasta merkezli olmasının yanı sıra bütüncüleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri ile birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verilmesi için gerekli eğitimi almış aile hekimleri tarafından, hastalıklar tedavi edilmekte, toplumsal ve kültürel faktörler de dikkate alınmakta ve bireyler bir aile üyesi gibi değerlendirilmektedir.⁶⁰

Diğer bir gerekçesi, aile hekimliği uygulaması ile yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla daha etkili olarak karşılanabilmesidir. Aile hekimleri belirli bir bölgede sağlık hizmeti verdikleri hastalara yakın oldukları için hastalar aile hekimlerine rahatça ulaşabilmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerinden kolayca faydalanabilmektedirler.

WHO verilerine göre, aile hekimliğine başvuruların % 80 - 90'ına sorunun niteliğinden bağımsız olarak kesin çözüm getirebilmektedir. Bu başvuru sırasında hastalıklarının büyük kısmı tedavi edilebilmektedir. Aile hekimleri bir üst sağlık basamağına, sevk ettiği % 5- 10 oranındaki hastalarını da izlemekte ve onların sorumluluğunu taşımaktadır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi aile hekimliğinin hizmet alanı aile üyelerinin tümünü içerecek tarzda olmasının yanı sıra hizmet verdiği bireylerin sosyal ve psikolojik durumlarını da kapsamaktadır (kapsamlı hizmet ilkesi). Aile hekimliğinde hastalara önerilen tüm tedavi yaklaşımları hastaya özgü olmakta ve bir bütün olarak hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerine yanıt verilmektedir.

Aile hekimleri hastalarını aile ve toplumları içinde değerlendirmektedir. Hastalıkların sadece hastayı değil aileyi de etkilediğini dikkate alarak aile yönelimli bir yaklaşım sunmaktadır. Bu yaklaşım içinde hastanın sorunları çözümlenirken hastalığın aile üzerine etkileri ve ailenin hastalık üzerine etkileri dikkate alınarak sorunun çözümlenmesi için tedavinin planlanması aşamasında hastanın ve ailesinin görüşlerinin

⁶⁰"Aile Hekimliği: Gelişimi",
(Erişim)http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=98:aile-hekimliinin-uelkemizdeki-geliimi-&catid=38, 15.03.2014.

alınarak ortaklaşa bir tedavi planı hazırlanması hastanın tedaviye uyumunu artırmakta ve tedavinin etkinliğini sağlamaktadır.⁶¹

Aile hekimleri, kapı tutuculuk (gatekeeper) görevi ile tam anlamıyla bir sevk zinciri uygulamasını gerçekleştirmekte ve bireyin doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamaktadır. Sadece sevkten sorumlu olmamakla birlikte, hastaların karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı vermekte, sevki takip etmektedir. Böylece yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımı sağlanmakta ve gereksiz yığılmalar engellenmektedir.

Aile hekimliği uygulamasına geçen illerimizdeki hekim-hasta ilişkilerindeki memnuniyet ve başarılı çalışmalar ışığında 2010 yılı sonunda tüm illerimiz aile hekimliği uygulamasına geçmiş ve uygulama başarı ile sürdürülmektedir.⁶²

2.3. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Türkiye’nin yeni uzmanlık dallarından birisi olan aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli sunumuna önem vermekte ve aile hekimliği uzmanları, asistanları ve araştırma görevlileri ile bu uygulamanın gelişmesi sağlanmaktadır.

2.3.1. Aile Hekimliği Uygulamasının Başlatılması

Aile hekimliği uygulaması sertifikasyon eğitimleri ve meslek içi eğitimler ile Avrupa Birliği uzmanlık eğitimi düzeyine ulaştırılmaya çalışılmaktadır.⁶³

Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği birim sağlık ocağıdır. Sağlık ocaklarında koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilmektedir. Sağlık ocakları ülke birinci basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere düzenlendiği için öncelikle buralardan yararlanılmaya başlanmıştır. Bireyler belirlenen bölge içinde aile hekimlerinden dilediklerini seçerek kayıt yaptırabilmekte ve aile hekimi tercihinde bölgesel yakınlık ve kolay ulaşılabilirlik önemli unsurlardan olabilmektedir.

⁶¹ Aile Hekimliği",
(Erişim)http://tr.wikipedia.org/wiki/Aile_hekimli%C4%9Fi#T.C3.BCcrkiye.27de_aile_hekimli.C4.9Fi, 01.03.2014.

⁶² Söyleyici, a.g.e., s.39.

⁶³ Ünlüoğlu ve Paycı, a.g.e., s. 27-29.

"Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi"nin "Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim Ve İnsan Gücü Planlaması" adı altında uzman hekim çalışma grubunun yaptığı bir araştırmaya göre, bir aile hekimine 2013 yılı planlarında 1192 hasta düşmesi gerekmekte iken ancak bir aile hekimine ortalama 3500-4000 civarında hasta düşmektedir.⁶⁴

2.3.2. Aile Hekimini Seçim ve Değiştirme Özgürlüğü

AHUY'a göre bireyler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmektedir. Aile hekimi üç aydan önce değiştirilememekte ve aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimi tarafından ya da ilgili Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) tarafından yapılmaktadır. Aile hekimi tarafından yapılan değişiklik ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılmaktadır.

İkamet ettiği ilden başka bir ile ikamet amacıyla yeni gelen hastalar istedikleri bir aile hekimine kayıt yaptırmaktadır. Ancak hastanın talepte bulunmaması durumunda, 30 gün içerisinde toplum sağlığı merkezi tarafından hastaya bilgi verilmek koşulu ile yeni adres yerine yakın aile hekimlerinden nüfusu en düşük olanına kayıt edilmektedir.⁶⁵

Gezici sağlık hizmeti (uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim yerinde verilen sağlık hizmeti) verilen yerlerde ise, hastalar gezici sağlık hizmet almak üzere başka bir aile hekimine kayıtlı olamamaktadırlar. Ancak, başka bir aile hekimine kayıt olmak isterler ise, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alabilmektedirler. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermek ile yükümlü tutulamamaktadır.

Tüm bunların yanı sıra, hastaların, uygunsuz davranışlarının (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması gibi) gerçekleşmesi, hekim ve hasta arasında tanı, tedavi ve takibi zorlaştırmakta, aile hekiminin verimini azaltmakta şekilde bozulması, hasta ile hekim arasında adlî bir sorunun olması durumlarının olması halinde aile hekimi hastayı kabul etmeyebilmektedir. Hekim seçme ve değiştirme özgürlüğünün kısıtlandığı alanlar

⁶⁴ Ülkü Bayındır, Halil İbrahim Durak, "Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu", **Türkiye' de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı**, 2008 (Şubat), s. 5-6.

⁶⁵ **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**, İkinci Bölüm Çalışma Usul Ve Esasları, Madde 8, T.C. Sağlık Bakanlığı, 23.01.2013

da olabilmekte, bunlar "kırsal bölgeler" olarak ifade edilmektedir. Başka alternatif olmamasından dolayı kırsal bölgelerde oturanlar, hekimlerini seçememektedirler.⁶⁶

2.3.3. Çalışma Saatleri ve İzinler

Aile hekimlerinin haftalık çalışma süresi kırk saatten az olmaması esas alınmıştır.⁶⁷ AHUY' da aile hekimlerinin tam gün esasına göre çalışmakta oldukları belirtilmiştir. Bununla birlikte mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınarak çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak belirlenmektedir. Çalışılan günler ve saatler ASM' lerin dış levhasının yakınında ve görülecek bir yerine asılarak kişilerin bilgileneceği sağlanmaktadır. AHUY' da gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin söz konusu olduğu durumlarda aile hekiminin bu çalışmaları nasıl bir mesai planlamasıyla yapacağına ilişkin bir açıklık bulunmamaktadır.

Aile hekimlerinin yıllık izin süreleri otuz gün olarak belirlenmiştir. Yıl içinde tek hekimin uygun görmesiyle toplam yirmi güne kadar hastalık izni kullanılabilen ve toplam yirmi günü aşan hastalık izni için sağlık kurulu raporu gerekmektedir.

2.3.4. Göreve Başlayış ve Ayrılış

Aile hekimi olmak isteyen sağlık personeli kamu çalışanı ise kurumunun muvafakati aranmaktadır. Kamuda çalışan ve sözleşme imzalayarak göreve başlayan hekimler bu görevlerini yürüttükleri sürece önceden atandıkları kamu kurumlarında ücretsiz izinli sayılmakta ve bulunan kadroları ile ilişkileri kesilmemektedir.

2.3.5. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)

ASM'ler, sağlık ocaklarının aile hekimliği uygulaması getirildikten sonra isimlendirilmiş hali olarak görülmektedir. Çünkü önceleri sağlık ocaklarında bir nevi aile hekimliği faaliyetleri bulunmakla birlikte aile hekimliği uygulaması getirildikten sonra tüm sağlık ocakları ASM'lere dönüştürülmekte ve yeni ASM'ler kurulmaktadır.

⁶⁶ Zafer Öztekin, "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği", **Toplum Hekimliği Bülteni**, 2006, Mayıs, Cilt: 25, Sayı: 2, s.6

⁶⁷ **Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik**, Birinci Bölüm, Madde 9, 30.12.2010.

Bunların yanı sıra ASM'ler buldukları bölgelerde ailelerden ve onların ihtiyaçlarından sorumlu olan onların ihtiyaçlarını karşılayan, çözüm üreten gibi özelliklere sahip aile hekimliği uzmanı ya da pratisyen hekim bulduran ve ücretsiz hizmet veren merkezlerdir.

AHUY'a göre, ASM, il sağlığı müdürlüklerince uygun görülen merkezi konumdaki yerlerde kurulmaktadır. ASM, öngörülen nüfus özellikleri esas alınmak üzere sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilmektedir. Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için personel çalıştırabilmekte ya da hizmet satın alabilmektedirler. ASM'nde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilmektedir. İllerde bir de eğitim aile sağlığı merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezler eğitim amaçlı kullanılabilmektedirler.

2.3.6. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)

Bireylerin sağlığını korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili ihtiyaçları ve sorunları belirleyen, bu ihtiyaç ve sorunları gidermek için planlama ve çözüm önerileri üreten; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresi tarafından yönetebilen, hizmetlerin verimli bir şekilde sunulmasını sağlayan, destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşuna TSM denilmektedir.⁶⁸

Her il ve ilçede bir TSM kurulması öngörülmüştür. Büyükşehirlerde ise Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı her ilçede bir tane, nüfusu 100.000'den fazla olan il merkezlerinde her 100 bin kişiye bir tane toplum sağlığı merkezi kurulması öngörülmüştür.

"Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge"ye göre, TSM'nin sunduğu hizmetler tespit edilmiştir: İdari ve mali hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme

⁶⁸ **Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge**, Birinci Bölüm, Madde 4, 27.01.2010.

ve müdahale hizmetleri, aile sağlığı merkezlerinin koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi, lojistik hizmetleri, görüntülemek ve laboratuvar hizmetleri, hizmet içi eğitim hizmetleri, kayıtların tutulması ve ASM'nin denetim hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, adli tıbbi hizmetler, okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve denetimi, afet organizasyonu, kurullara ve komisyonlara katılım, yeşil kart hizmetleri ve Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevler olmaktadır.

2.3.7. Aile Hekimliği Uygulamasında Uzmanlık Eğitimi ve Sertifikasyonu

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uzmanlarınca verilmesi amaçlanmaktadır. İleride uzman olmayanlardan aile hekimliği hizmeti alınmaması planlanmaktadır. Ancak buna ilişkin herhangi bir tarih söz konusu olmamakta ve günümüz itibariyle uzman olunmasa da aile hekimliği yapmaya devam edilmektedir.⁶⁹

Uzmanlık eğitimi, iki aşama halinde yapılmaktadır. Birinci aşama eğitim programı en fazla on gün sürmektedir. Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler birinci aşama eğitimden muaf tutulmaktadır.

İkinci aşama eğitim ise birinci aşama eğitiminin bitiminden sonra başlamakta ve en az on iki ay sürmektedir. AHUY'a göre ikinci aşama eğitimi uzaktan eğitim tarzında yapılması belirlenmiştir. Bu eğitimlerde Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği esaslara göre başarılı olmak gerekmektedir.

Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu olmamakta ve sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları, içeriği, süresi ve standartları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilmektedirler. Bununla beraber aile hekimlerinin her eğitim süresinin en az % 80 ine devam etmeleri gerekmektedir. Günümüzde, ASM'lerin kurulma projesine yönelik eğitim 3 yıllık aile hekimliği uzmanlık eğitimi için planlanmıştır. Bu sürenin 6 yıla çıkarılacağı düşünülmekte ve bu 6 yılın içerisinde 18 ay hastanelerde çalışmak planlanmaktadır. Ancak bu henüz hayata geçirilmemiştir.

⁶⁹ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, T.C. Sağlık Bakanlığı, (Erişim)<http://www.thsk.saglik.gov.tr/duyurular/1106-s%C3%B6zle%C5%9Fmeli-aile-hekimli%C4%9Fi-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimine-ba%C5%9Fvuracak-aile-hekimlerince-s%C4%B1k-sorulan-sorular-ve-cevaplar%C4%B1.html>, 01.04.2014.

2.3.8. Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışma Şekli ve Ücretlendirme

Aile hekimleri ile sözleşme imzalamaya Vali veya görevlendireceği merci yetkilidir. Sözleşme süresi, bir yıl olarak bütçe yılı itibarıyla sınırlı tutulmuştur. Atamalar, Sağlık Bakanlığı "Atama ve Nakil Yönetmeliği"ne göre yapılmaktadır. İhtiyaç duyulması halinde, kamu görevlisi olmayan uzman tabipler, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ve Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine sözleşme yaparak aile hekimliğinde çalışabilmektedir.

Sözleşmelerinin herhangi bir şekilde sona ermesi durumunda ücretsiz izne ayrıldığı görevine geri dönebilmektedir. Ancak kadrosunun bulunduğu kurumun aile hekimliği uygulaması nedeniyle kaldırılması halinde de eski görev yerinin bağlı bulunduğu TSM' ne ataması yapılmaktadır. Göreve başlamasına müteakip 30 gün içinde kendisinin talebi ve ilgili il sağlık müdürlüğünün onayı ile aynı il içinde ihtiyaç olan kadroya bir defaya mahsus ataması yapılmaktadır.⁷⁰

Aile hekimlerine aylık olarak yapılan ödemeler şu şekilde gösterilmektedir:

2.3.8.1. Kayıtlı Birey Sayısı İçin Yapılan Ücretlendirme

AHUY'a göre sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, görev tanımlarında verilen hizmetler karşılığında, 0-59 ay grubu için 1,6 gebeler için 3, altmış beş yaş üstü için 1,6 cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için 2,25 diğer hastalar için 0,79 katsayıları uygulanmaktadır. Daha sonra, gruptaki katsayı ile o gruptaki kayıtlı birey sayısının çarpılması ile oluşan puanların toplamı üzerinden, kayıtlı birey sayısına bakılmaksızın, ilk 1.000 puana kadar; uzman tabip veya tabip için 2.167 TL, aile hekimliği uzmanları için 3.139 TL, ödeme yapılmaktadır. 1.000 puanın üzerindeki puanlar için, söz konusu puanların 1,45 değişkeni ile çarpımı sonucunda bulunacak tutarda ayrıca ödeme yapılmaktadır. Nüfus ve coğrafi yapısından dolayı kayıtlı birey sayısının zorunlu olarak düşük olduğu Sağlık Bakanlığı'na belirlenen yerlerde ise 1,65 değişkeni ile çarpılmaktadır.

Eğer kayıtlı birey sayısı 4.000'den fazla ise, aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılmamaktadır.

⁷⁰ AHUY, Madde 15-20.

2.3.8.2. Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücretlendirilmesi

Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenmektedir.

2.3.8.3. Aile Sağlığı Merkezleri Giderleri

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri gibi AHUY'un 19.ve 20. maddeleri ile belirlenen asgarî fizikî ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için, her ay tavan ücretin % 50'si ödenmektedir. Aile hekimliği pozisyonunun, sözleşmeli aile hekimi bulunmaması nedeniyle boş olması durumunda, bu ödeme müdürlüğün döner sermayesine aktarılmakta ve birimin giderleri müdürlüğün döner sermayesinden karşılanmaktadır.

Aile hekimliği AHUY'a göre altı ayda bir denetlenmektedir. Denetim ekibi veya ekipleri, İl Sağlık Müdürlükleri tarafından oluşturulmaktadır. Denetim ekibi tarafından oluşturulan denetim raporuna karşı yedi gün içinde itiraz edilebilmekte, müdürlüğe yapılan bu itiraz, oluşturulan bir komisyon tarafından on beş gün içerisinde değerlendirilmektedir. İtiraz komisyonunun çalışma usul ve esasları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir.

2.3.8.4. Gezici Sağlık Hizmeti Ücretlendirilmesi

Aile hekimlerine, gezici sağlık hizmeti giderleri için, gezici sağlık hizmeti verilen her yüz kişi başına tavan ücretin binde on altısı oranında ödeme yapılmaktadır.

İklim ve ulaşım şartları gibi nedenlerle gezici sağlık hizmetinin sağlanamadığı durumlarda müdürlük tarafından aile hekimine tahsis edilebilmektedir.

2.3.8.5. Tetkik ve Sarf Malzemeleri Ücretlendirilmesi

AHUY'a göre sözleşmeyle çalıştırılan veya geçici aile hekiminin ihtiyaç duyduğu tetkikler, müdürlüğün belirlediği laboratuvarlarda yaptırılmaktadır. Bu tetkikler için

gerekli sarf malzemelerini müdürlük temin etmekte, müdürlüğün belirlediği laboratuvarlarda yaptırılan tetkikler için belge karşılığında ödeme yapılmakta; belgelendirilemeyen kısım için herhangi bir ödeme yapılamamaktadır. Tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılan toplam ödeme tutarının, tavan ücretin % 100'ünü geçmesi hâlinde, aile hekiminin laboratuvar tetkikleri incelemeye tâbi tutulmaktadır.

2.3.9. Aile Hekimliği Uygulamasında Hizmet Sürekliliğinin Devamı

Aile hekimliği uygulaması ile kayıtlı kişilerin sürekli olarak aynı hekim tarafından takip edilmesi hedeflenmiştir. Aile hekimi yıllık izne veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakacak olan geçici süreli aile hekimi İl Sağlık Müdürlüğüne atanmaktadır. Ayrıca hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için gerekli durumlarda bakanlık personeli görevlendirme suretiyle çalıştırabilmektedir. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları ile hizmetin devamlılığı sağlanır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları yangın, deprem, sel felaketi gibi olağanüstü durum ve hallerde çalışma saatleri ile bağlı olmaksızın çalıştırılabileceği ifade edilmektedir. Bununla birlikte çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığının sağlanması hedeflenmiştir.⁷¹

2.3.10. Aile Hekimliği Uygulamasında Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Daha önce de belirttiğimiz gibi, aile hekimliği kapı tutuculuk (gatekeeping) görevini esas almaktadır. Türkiye'de etkili bir sevk sistemi için aile hekimleri kapı tutuculuk görevini temel almaktadırlar. Buna göre, aile hekimleri, hastalarının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar vermekte, gerek görülmesi halinde hastaları da bilgilendirerek sevk etmekte ve hastalarına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izlemektedir. Bu anlamda hastalara rehberlik etmektedir. Böylece ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin

⁷¹ Zennure Karadağ, **Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri -Hasta Memnuniyetine Etkisi**, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, s. 31.

gereksiz kullanımını ve gereksiz yığılmaları önleyebilmektedir. Aile hekimleri ikinci ve üçüncü basamakta verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izlemektedir. Bu şekilde aile hekimleri hastalarının sağlık düzeyi konusunda bilgi sahibi olmaktadır.

Eğer hastalar ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti verilen yerlere sevk edilip ya da bu yerlere doğrudan müracaat ederlerse; hastalara verilen hizmetler, kendi aile hekimlerine elektronik ortamda bildirilmektedir.⁷²

Türkiye’ de aile hekimliği uygulamasında Sağlık Bakanlığı tarafından olması gereken sevk oranı %15 olarak belirlenmiştir. Hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %25'ine kadar kesinti yapılması öngörülmüştür. Sevk oranı %15-20 olan bir aile hekiminin maaşından %1 oranında, %20-25 sevk oranına sahip bir hekimin maaşından %2 oranında %25'in üzerinde sevk oranına sahip bir hekimin maaşından ise %5 oranında kesinti yapılmaktadır.⁷³

Aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınmaktadır. Alınan katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları tarafından belirlenmektedir.

AHUY'da ayrıca aile hekiminin kendisine kayıtlı hastaların sağlık dosyalarını tutmakla yükümlü olduğu belirtilmektedir. Kayıtların güvenliği ve mahremiyetinden aile hekimi sorumlu olmaktadır. Böylece aile hekimi hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar vermektedir. Hastayı gerekiyorsa sevk formu düzenleyerek sevk etmekte, sevk formuna, sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazması gerekmektedir. Birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sevki yalnızca aile hekimi yapabilmektedir. Aile hekimi sevk sonrası verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izlemektedir. Aile hekimine geri bildirim aynı sevk formu üzerinden veya forma ekli çıkış özeti vasıtasıyla yapılmaktadır. Ve üst basamaktan geri bildirim yapılması zorunlu olmaktadır.

⁷² AHUY, Madde 28.

⁷³ Bayındır vd., a.g.e.,s.3-4.

Sevk sistemi ilk olarak 2008'de 4 ilde (Denizli, Isparta, Gümüşhane, Bayburt) sevk uygulaması uygulanmaya konulmuş, günümüzde tüm illerde bu sistem uygulanmaktadır.

Acil haller dışında aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderler Sağlık Bakanlığınca ödenmemektedir. Acil hal nedeniyle aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderlerin ödenebilmesi için acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve kurumca kabul edilmesi şarttır. Ödeme ile ilgili diğer şartta sağlık hizmeti sunucuları ile Sosyal Güvenlik Kurumunun sözleşme imzalamış olması şarttır. Acil müracaat dışında sözleşmesi olmayan kurumlara hiçbir tedavi gideri kurumca karşılanmamaktadır. Tebliğ ile etkili birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ile ikinci ve üçüncü basamaktaki yığılmalar önlenmesi amaçlanmıştır.⁷⁴

2.3.11. Aile Hekimliği Uygulamasında Performans Değerlendirilmesi

Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınmaktadır dikkate alınarak yapılmaktadır.

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında, "Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler" ile "Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik"te belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenmektedir.

Performans değerlendirmelerinde ücretlendirme de esas alınmaktadır. AHUY' da ev ziyaretleri birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli görülmekte ve aile hekiminin bu hizmeti titizlikle yerine getirmeleri performans değerlemesi açısından önem arz etmektedir.

⁷⁴ Saraçlı, a.g.e., s.29.

Türkiye Aile hekimlerinin listelerindeki nüfus arttıkça hizmetlerin niteliği azalmaktadır, ters orantı söz konusudur, az hekimle hasta memnuniyetini kısa vadede elde etmek mümkün değildir.⁷⁵

Ayrıca ASM'lerin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi birinci basamak hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurları performans değerlemesi için önem oluşturmaktadır.

⁷⁵ Saraçlı, a.g.e., s. 31.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İLETİŞİM VE HEKİM HASTA İLETİŞİMİ

3.1. İLETİŞİMİN TANIMI

İletişim, “Bir kaynaktan (kişi, kişiler veya organizasyon), bir araçla (yazılı, sözlü, görsel veya beden dili ile), bilgi, haber, düşünce, durum, duygu veya kültürün bir başka insan veya insan topluluklarına aktarılmasıdır.”⁷⁶ denilebilir. Aynı zamanda İletişim, duygu, düşünce veya bilgilerin her türlü yolla başkalarına aktarılmasını ifade etmektedir.

İnsanın duruşu, oturuşu, konuşması, dinlemesi gülmesi susması kısaca her davranışı çevresine çeşitli mesajlar iletmektedir. Bu doğrultuda iletişim sadece sözlü ifadelerle değil, davranışlarla da gerçekleştirilebilmektedir.

İş hayatında ise iletişim dikkatli bir şekilde düzenlenmektedir. Resmidir, güzel duyguların alışverişinden çok, bir işi sonuçlandırmaya yönelik olmaktadır. İş hayatında iletişim, planlama, koordine etme, örgütleme ve kontrol gibi temel yönetim fonksiyonlarının gerçekleştirilmesine yardımcı olmaktadır. İyi bir iletişim işlerin hızlı ve doğru yürütülmesini sağlamakta, herkesin neyi, nasıl yapması gerektiği konusunda yardımcı olmaktadır. İyi bir iletişim sayesinde iş hayatında karşılaşılan sorunlar çabucak çözüm yoluna ulaştırılabilmektedir.⁷⁷

İletişimin iş hayatındaki başarı üzerine olması beklenen etkileri şu şekilde gösterilebilmektedir:

- İş hayatında başarının %85'i doğru iletişime dayanmaktadır.
- İş hayatında kusurların %75'i iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır.
- İş hayatında kayıpların %80'i kötü iletişim nedeniyle gerçekleşmektedir.

⁷⁶ "İletişim Becerileri",

(Erişim)[http://www.sanliurfakhb.gov.tr/FWPanel/my_documents/my_files/6C1_iletisim_becerileri\(pdf\),](http://www.sanliurfakhb.gov.tr/FWPanel/my_documents/my_files/6C1_iletisim_becerileri(pdf),) 15.02.2014

⁷⁷ Merve Yıldırım, "İş hayatında İletişimin Önemi",

(Erişim)<http://www.egeligirisimciler.net/ishayatindaitisiminonemi.html/>, 15.06.2011

3.1.1. İletişimin Temel Unsurları

İletişimin temel unsurları kaynak, mesaj, kanal ve alıcı olarak sıralanabilmektedir.⁷⁸

3.1.1.1. Kaynak (Gönderici-Verici)

Kaynak, mesajı başlatan iletilmek istenen mesajı alıcıya gönderen taraf konumundadır. Kaynak, bir kişi grup ya da kurum olabilmektedir. İletişim sürecinde en önemli sorumluluk kaynağa aittir. Çünkü kaynak olmadan iletişim başlayamamaktadır. İletişim sürecini başlatabilmek için kaynağın sahip olması gereken bazı özellikler şunlardır:

- İletilecek konu hakkında bilgi sahip olmak.
- Etkin konuşma, etkin dinleme, beden dilini iyi kullanmak.
- Saygıya dayalı bir güven ortamı oluşturmak.
- Ön yargılardan uzak olmak

3.1.1.2. Mesaj (İleti-Düşünce)

Mesaj, alıcıya gönderilen herhangi bir uyarı, bir fikir, duygu ya da bilginin kaynak tarafından belirlenmiş şeklidir. Mesaj, sözlü yazılı anlatım, hareket ses, ses tonu, renk, müzik, görsel ve işitsel işaretler olabilmektedir.

İletişim sorunlarına yol açılmaması için mesajların şu nitelikleri taşıması gerekmektedir:

Anlamlılık: Mesaj alıcının anlayabileceği şekilde net sunulmalı ve doğruyu ifade etmesi gerekliliği olarak tanımlanabilmektedir.

Doğruluk: Mesajın gerçek nesne olay ya da kişilerle bağlantısının olması anlamına gelmekte, yanıltıcı ya da yanlış ifadeler içermeyen mesajları ifade etmektedir.

Gerçeklik: Mesajın ulaşılabilir, gerçek ve uygulanabilir olmasını ifade etmektedir. Hekimin hastaya ya da hastanın hekime geri bildirim (geri dönüş) yapılabilmesi için mesajların gerçekçi olması önemli olmakta birlikte, gerçekçi olmayan mesajlar algılama gücü oluşturduğu gibi iletişim aksaklıklarına yol açabilmektedir.

⁷⁸ G. Gülnaz Gültekin, *Sağlık Kurumlarında İletişim Yönetimi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012, s.9-11.

Açık-Anlaşılabilirlik: Kaynak gönderdiği mesajla alıcıdan ne istediğini hem şekil hem de içerik olarak belirtmektedir. Mesajın alıcı tarafından tam ve doğru anlaşılabilmesi için, mesaj açık ve net olması gerektiğini ifade etmektedir. Kapalı ve anlaşılması güç mesajlar iletişim hatalarına yol açabilmektedir.

Mesajın sahip olması gereken niteliklere bir örnek vermek gerekirse;

"Hekim: Sizde gastroözofajiyal reflü var hanımefendi

Hasta:???

Hekim: Bunun tedavisi için aniasitler, H2 reseptör antagonistleri ve proton pompası inhibitörleri....

Hasta: Ölecek miyim doktor?"

Bu diyalogda hekim tıbbi terimler kullanmakta; mesaj doğru, gerçekçi, kanıta dayalı olsa da ancak anlamlı, açık ve anlaşılır görünmemektedir.

3.1.1.3. Kanal

Kanal, mesajı kaynaktan alıp alıcıya götüren araç olarak tanımlanabilir. Kanal alıcı ve kaynak arasındaki yoldur. İnsanların beş duyu organı beyine giden haberleşme kanallarıdır. Beş duyu organı dışında gönderici ve alıcı arasında sesin iletildiği hava veya telefon hattı da kanal olabilmektedir. Örneğin yüz yüze iletişimde, ses, konuşma ya da bedenin kendisi de kanal olmaktadır. Kitle iletişiminde ise kanal, televizyon, gazete, internet gibi araçlar kullanılmaktadır.

3.1.1.4. Alıcı (Hedef)

Alıcı, kaynağın gönderdiği mesaja hedef olan, kaynağın hedef aldığı kişi, grup ya da toplum olabilmektedir. Alıcılar, karşılıklı konuşmalarda dinleyici, televizyon izleyicisi, bir e-postanın gönderildiği kişi, gazete okuyucusu, radyo dinleyicisi, gibi. kişi ya da kişiler olabilmektedir. Karşılıklı konuşmalarda alıcı sözlü ya da sözsüz geri bildirim verirken kaynak durumuna dönüşmektedir.

Alıcı seçilen iletişim kanalının niteliğine göre aktif ya da pasif olabilmektedir. Örneğin, yüz yüze iletişimde alıcı aktif iken, kitle iletişiminde alıcı pasif konumda olmaktadır.

Alıcı, gönderilen iletiyi almakta, yorumlamakta ve anlamlandırmaktadır. Kaynak, alıcıdan geribildirim vermesini beklemektedir. Geri bildirim verilen iletişim çift yönlü, verilmeyen iletişim ise tek yönlü olmaktadır.

3.1.2. Temel İletişim Süreci

İletişim süreci, bireylerin arasında geçen birbirlerini anlama şekli olarak ifade edilmekte, kaynağın bir mesajı anlaşılır biçimde kodlayarak, alıcıya göndermesiyle başlamaktadır. Bireyler arasında farklılıkların ve renkliliğin tartışma götürmez bir gerçek olduğu dünyada, bireylerin karşılıklı olarak farklılıklarına saygı duymayı gerektiren bir süreç olmaktadır.⁷⁹ İletişim süreci kodlama, algılama, geri bildirim gibi aşamalardan oluşmaktadır.⁸⁰

3.1.2.1. Kodlama

Bir duygunun, düşüncenin, bilginin gönderilmeye uygun hazır bir mesaj haline getirilmesine kodlama denilmektedir. Kodlama, kaynağın mesajı anlaşılır bir biçimde kodlayarak, alıcıya göndermesiyle başlamaktadır. Kodlama kaynak tarafından gerçekleştirilmektedir. Eğer kaynağın gönderdiği mesajı alıcı da kaynağın düşündüğü gibi alıyor ise iletişim tam anlamıyla gerçekleşmiş demektir. Belirli anlamları olan semboller birer "kod" olarak belirlenmektedir. Kodlar, insanların anlamlı mesajları değiş tokuş etmelerini sağlayan işaretler sistemidir. Dil, en çok bilinen kod sistemidir.

3.1.2.2. Kod Açılımı (Algılama - Değerlendirme)

Kod açılımı, alıcı tarafından gerçekleştirilmektedir. Alıcının kendisine ulaşan mesajın değerlendirilmesi ve anlamlı hale getirilmesi süreci kod açılımı olarak tanımlanabilmektedir. Mesajlar kod açılımından sonra anlam kazanmaktadır.

⁷⁹ Orhan Uz, **Kamu Sektöründe Yönetici-Yönetilen İlişkilerinde İletişim** Ve Güven, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006, s. 33.

⁸⁰ Gültekin, a.g.e., s. 12-15.

Kodlamayı yapan kaynak ile kod açılımını gerçekleştiren alıcının deneyimleri ve yaşantıları çakıştığında iletişim gerçekleşmez. Örneğin, kaynak kişi İngilizce konuşuyor, alıcı İngilizce bilmiyorsa kod açımı gerçekleşmez, iletişim süreci kesintiye uğrar.

3.1.2.3. Geri Bildirim (Feedback)

Geri bildirim alıcıdan kaynağa iletilen tepkidir. Geri bildirimler, kaynağın gönderdiği mesaj ile alıcının anlamlandığı mesajın örtüşüp örtüşmediğini ortaya koyması bakımından çok önemlidir. Böylelikle kaynak mesajın doğru anlaşılıp anlaşılmadığını tespit edebilmektedir. Kişiler arası iletişimde, iletişimin etkili olması ve devamlılığı için geri bildirim gereklidir. Çünkü kaynak aldığı geri bildirimlere bağlı olarak yeni mesajlar oluşturmakta ve göndermektedir. Karşılıklı iletişimde mesajın sunulması ve buna alınan tepkiler sonucu kaynak alıcıya alıcı da kaynağa dönüşmektedir.

Etkin bir geri bildirim ve etkin olmayan bir geri bildirim arasındaki farklar şu şekilde gösterebilir:⁸¹

Etkin geri bildirim;

- Kaynağa yardımcı olmayı amaçlamakta,
- Mesajın tam bir karşılığı olmakta,
- Zamanlaması tam olmakta,
- Kaynağın amacına ulaşmasını sağlayacak kadar açık ve seçik olmakta,
- Yapıcıdır ve davranış üzerinde durmaktadır.

Etkin olmayan geri bildirim;

- Mesajın anlamını özel olarak içermemekte ve genel olmakta,
- Mesajın anlamı ile doğrudan ilgisi olmamakta,
- Zamanlama itibariyle hatalı olmakta,
- Kişiyi ve kişiliği vurgulamakta,
- Anlaşılmayacak kadar karmaşık olmakta,
- Veri ve bilgi içermemekte, yorum ağırlıklı olmaktadır.

⁸¹ "İletişim Süreci Ve Türleri", MEGEP(Meslekî Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2007, s. 28.

3.1.2.4. Gürültü

Göndericinin mesajının, alıcı tarafından tam ve doğru olarak alınmasını etkileyen faktörlere gürültü denilmektedir.

Fiziksel Gürültü: Uzaklık, ses, yankı gibi engelleri içermektedir. Karşı kaldırımdaki bir arkadaşınıza seslendiğinizde sesinizi duyuramamanız buna örnek gösterilebilir.

Nörofizyolojik Gürültü: Görme, işitme, anlama kapasitesi gibi engelleri içermektedir. Görme engelli bir hastayla kurulan iletişim ya da yaşlı bir hastayla kurulan iletişim örnek olarak verilebilir.

Psikolojik Gürültü: Çarpıtma, silme gibi engelleri içermektedir. Klinik şefi ile Ayşe hemşire arasındaki diyalog, şefin belki sohbet olsun diye söylediği bir cümlenin, eleştiri olarak algılanmış olması, savunmacı bir geribildirim ve psikolojik gürültüye örnek olarak verilebilir.

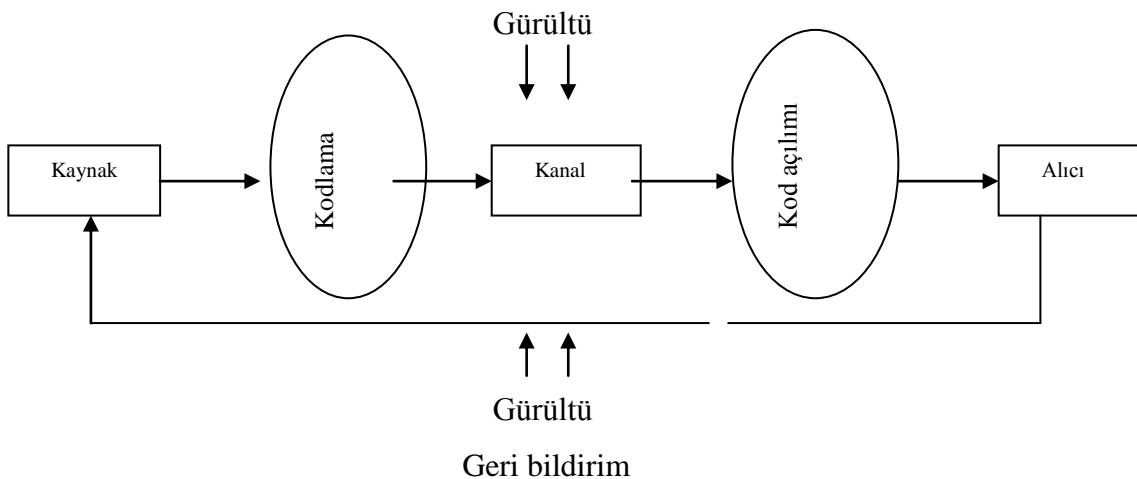
Psikolojik gürültü için bir örnek vermek gerekirse;

"Klinik Şefi: Günaydın Ayşe Hanım, trafik çok yoğundu herhalde.

Ayşe Hemşire: Siz de hep beni görüyorsunuz. Aslında daima erken gelirim. Bugün çocuğun bakıcısı geciktiği için geç kaldım.

Klinik Şefi: ?"

İletişim süreci Şekil 1.1’de şema halinde gösterilmiştir.⁸²



Şekil 1. 1. İletişim Süreci

⁸² İletişim Süreci Ve Türleri", MEGEP(Meslekî Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2007, s. 10.

3.1.3. İletişimin Sınıflandırılması

İletişim sözlü, sözsüz (beden dili), yazılı ve görsel iletişim olmak üzere 4'de ayrılmaktadır.

3.1.3.1. Sözlü İletişim

Sözlü iletişim, sözcükler aracılığı ile gerçekleştirilen diyaloglardır. Sözlü iletişim "konuşarak" ve "yazarak" olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir. Bu iletişim türü, kendini ifade etmenin duyguları, düşünceleri ve bilgileri anlatmanın en iyi yolu olarak gözükmektedir. Yazı ve konuşma yoluyla kurulan bağlantıların tamamı sözlü iletişimi oluşturmaktadır. Sözlü iletişim sese, konuşmaya ve dinlemeye dayalı iletişim şeklidir.

Sözlü iletişimde mesajlar belirli ve üzerinde anlaşılmuş bir semboller sistemi olan dil, o dile özgü sesler ve kelimeler ile kodlanmıştır. Sözlü iletişimin gerçekleşebilmesi için gönderici ile alıcının aynı dili konuşması gerekmektedir. Bu durum sadece ulusal dil için geçerli değildir. Her iki tarafın da anlayabileceği sözcüklerin seçilmesi önemli olmaktadır. Örneğin hekim-hasta iletişiminde hekimin tıbbi terimler kullanması ve hastanın bunları anlamaması iletişim sorunu doğurmaktadır.⁸³

Sözlü iletişim dil ve dil ötesi olmak üzere gruplandırabiliriz. Bireylerin karşılıklı konuşmaları ve yazışmaları dil ile iletişimi oluşturmakta, ses tonu, hızı, şiddeti, tını, duraklamalar, sessizlik gibi sesin niteliğini ifade eden özellikler dil ötesi sözlü iletişimi oluşturmaktadır. Dil ile iletişimde bireylerin "ne söylediğine" önem verilirken dil ötesi iletişimde "nasıl söylediğine" önem verilmektedir.

Sözlü iletişim, karşılıklı soru ve cevaba imkân tanıdığından anlaşılmayan noktaların açıklanması veya konunun tekrar edilmesi açısından büyük fayda sağlamakta bir yandan iletişimi sağlayanlara zaman kazandırmaktadır. Genelde güzel sesin farkına varılmaz, ama ses etkisiz olduğu zaman hemen fark edilir. Önemli olan sesin kontrol edilebilmesidir. Ses kontrolünde, nefes alışverişi ve telaffuz önemli olmaktadır. İletişim

⁸³ Gültekin, a.g.e., s. 24.

sırasında kelimeler yanlış anlaşılmalara ve yorumlamalara sebep olabileceğinden, konuşmadan önce söyleneceklerin değerlendirilerek zamanında uygun ses tonu ile alıcıya aktarılması gerekmektedir.⁸⁴

3.1.3.2. Sözsüz İletişim/Beden Dili (Body Language)

Sözsüz iletişim, mesajların yazılı veya sözlü olarak iletilmesi dışında, bireylerin gerçek duygu ve düşüncelerine ilişkin mesajlar veren jest ve mimiklerden oluşmaktadır. "İnsanlar konuşarak anlaşmayı geliştirmeden önce, beden dilleriyle anlaşmaktaydılar. Beden dili insanların ilk anlaşma aracı ve ilk dili olmuştur. Sözcükler, ses tonu ve beden dili kişiler arası iletişimin temel faktörleridir. İletişimin önemli bir bölümünü sözsüz iletişim oluşturmaktadır."⁸⁵

Sözsüz iletişim bir bakıma tüm insanlığın anadili olarak değerlendirilebilir. Sözsüz iletişimin, duygu ve coşkuları dile getirme, insanlar arasındaki ilişkileri tanımlama, sözel içerik hakkında bilgi verme, güvenilir mesajlar sağlama, kültüre göre biçimlendirme, çift anlamlılık, belirsizlik gibi temel özellikleri bulunmaktadır. İletişimde, % 7 sözlü ifadelerin, % 38 dil ötesi öğeler olan seslerin (alçak, yüksek ses, ritim, tonlama), % 55 yüz ve beden dilinin (el, vücut ve yüz ifadeleri) verdiği mesajların önemli olduğu tespit edilmiştir.

3.1.3.3. Yazılı İletişim

Bilginin yazı yoluyla ifade edildiği tüm belgeler yazılı iletişim aracı olmaktadır. Yazı yoluyla iletişim kurma yöntemi gündelik yaşamda önemli bir yer tutmaktadır. Yazılı iletişim kişisel yazışmalardan resmi yazışmalara uzanan geniş bir yelpazede ele alınabilmektedir. Sağlık sisteminde yazılı iletişim denildiğinde sağlık kurumunun işleyişi için gerekli belgeler anlaşılmalıdır. Kurum içi ve dışı yazışmalar, üst kurum yazışmaları, genelgeler ve yönergeler, dergiler ve bültenler, tebliğler, yetkili kurul

⁸⁴ Uz, a.g.e., s. 41.

⁸⁵ Ersin Atıntaş ve Devrim Çamur, **Sözsüz İletişim ve Beden Dili**, Aktüel Basım Yayın, İstanbul, 2002, s.55.

kararları, sicil raporları, mektuplar ve dilekçeler, reçeteler, araştırma dokümanları gibi örnekler verilebilir.⁸⁶

3.1.3.4. Görsel İletişim

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

3.1.4. Etkili İletişim

Etkili iletişim, kaynağın aktardığı duygu ve düşüncelerin alıcı tarafından kaynağın amacına, beklentisine, isteğine uygun biçimde anlaşılması demektir. Etkili iletişim sağlık çalışanları için temel bir ihtiyaçtır. Sağlık hizmetlerini yürüten profesyoneller, sosyal iletişimde başarılı olabilirken aynı başarının öfkeli endişeli kaygılı, telaşlı hastalarla iletişimin sürdürebilmesi mümkün olmayabilmektedir. En etkili iletişim biçimi yüz yüze ve sözlü iletişim olmakta ve böylece anlaşılmayan yerler sorularak, kısa sürede olumlu ya da olumsuz geri bildirim elde edilebilmektedir.⁸⁷

Hastanın hekime yönelttiği soruların yanıtlarını alma hakkı bulunmaktadır. Hekim, etkili bir dinleme ile hastasının anlayabileceği açık, net ve anlaşılır bir dille gerekli bilgilendirmeyi yapmakta ve hastasının sosyal ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurarak, bu noktada, hastasının hastalığı ile ilgili tedavi süresince neler yapması gerektiği konusunda hastasını aydınlatmaktadır. Diğer bir deyişle, hekim tarafından eğitilmesi söz konusudur. Etkili iletişimle, hastanın bu anlamda hekimle isteyerek işbirliği yapmaya özendirilmesi etkili olmaktadır. Bu ilişkide aslında ne söyleneceğinden çok nasıl söylenmesi gerektiği önem taşımaktadır. Etkin bir hekim-hasta iletişimi, doğru bilgi alınmasına ve böylece etkin tedaviye ve etkin sonuçlara hizmet etmektedir.

⁸⁶ Gültekin, a.g.e., s.26.

⁸⁷ Gültekin, a.g.e., s.42.

Etkili iletişim için kendini tanıma ve ötekini anlama, ilk karşılaşmada uyumlaşma ve yöneltme, kişiler arası mesafe gibi temel bilgiler bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde anlatılabilmektedir.⁸⁸

Kendini Tanımak ve Karşıdakini Anlamak (Farklı Kişilerle İletişim) : Kendini tanımak kişinin fiziksel zihinsel ve duygusal özelliklerinin, amaçlarının inanç ve değerlerinin, istek ve ihtiyaçlarının, güçlü ve zayıf yönlerinin, yeteneklerinin ve becerilerinin farkında olması anlamına gelmektedir. Kendini tanıyan birey çevreyi nasıl etkilediğinin ve çevreden nasıl etkilendiğinin farkındadır. Sözlü ya da sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak mesaj alış verişinde bulunmada daha bilinçlidir, davranışlarının nedenlerini bilir, duygularının bedenindeki yansımalarını fark edebilir.

İlk Karşılaşmada Uyum: Hekim ve hasta karşılaşması, iletişim sürecinin etkin yürütülmesi için yaşamsal önem taşımaktadır. Birbirlerini anlamaya yönelik diyalog ve güven önemli olmaktadır. Anlamaya yönelik diyalog hastayı gerilimden kurtarmaktadır. Bu hastanın kendini ifade etmesini sağlamakta, önyargılardan uzak, kabul edici bir tavır, açık, ilgili ve dikkatli bir tutum sergilemektedir. Hasta güven verici bir ortamın oluştuğunu hissettiğinde ise daha rahat konuşmaktadır.

İlk karşılaşmada ilişkiyi kolaylaştıran temel bileşenler, hazır bulunmak, dinlemek, algılamak, ilgilenmek, hastayı olduğu gibi kabul etmek, empati kurmak, içtenlik ve saygıdır. İlk karşılaşma ve alternatif karşılaşma durumuna bir örnek;

İLK KARŞILAŞMA

"Hasta yakını: (ilaç arabasını iteleyerek koridorda yürüyen hemşireye) merhaba benim adım Ahmet Çakır işte eşimin yatış belgesi.

Hemşire: kimmm?

Hasta yakını: Ahmet Çakır. Eşimin tetkikler için yatış işlemi yapıldı şimdi ne yapmamız gerek?

Hemşire: şimdi vizite saati çok işimiz var. Eşinizle birlikte bekleme salonunda bekleyin.

Hasta yakını: ne salonuna?

⁸⁸ Gültekin, a.g.e., s. 55.

Hemşire: (Hasta ve yakınına yaklaşp tıslayarak konuşur) Bekleme salonu, ileride sağda."

ALTERNATİF KARŞILAMA

"Hasta yakını: (İlaç arabasını iteleyerek koridorda yürüyen hemşireye) Merhaba benim adım Ahmet Çakır işte eşimin yatış belgesi.

Hemşire: Hoş geldiniz Ahmet Bey.

Hasta yakını: Eşimin tetkikler için yatış işlemi yapıldı şimdi ne yapmamız gerek?

Hemşire: (gülümser) Evet anladım, yalnız gördüğünüz gibi sabah vizitesi bitmek üzere. Sizi kısa bir süre bekleteceğiz. Sizi kısa bir süre bekleteceğiz. Lütfen benimle gelin sizi bekleme salonuna götüreyim. Az sonra Aylin hemşireyi göndereceğim o size yardımcı olacak."

Kişiler Arası Mesafe: Kişiler birbirlerine olan duygulara göre, konuşurken, aralarındaki uzaklık artar ya da azalır. Kişiler arası mesafe çeşitleri sayısal olarak şöyle ifade edilebilmektedir:

Samimiyet alanı (0,5 metreye kadar)

Kişisel mesafe (0,5-1,25 metre arası)

Sosyal mesafe (1.25-4 metre arası)

Açık mesafe (4-8 metre arası)

Hastalığın teşhisi ve tedavisi sürecinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları hastanın samimiyet alanı içerisinde faaliyet göstermektedir ve hastaya çeşitli şekillerde dokunmaktadır. Kadın hastalıkları bölümünde utanma ve kaygı duygularının ortaya çıkması buna örnektir.

3.1.5. İletişim Engelleri

Kişinin kendinden ya da karşıdaki kişiden kaynaklanan, iletişim kurmayı engelleyen bazı tutum ve davranışları iletişimin kopmasına ve yanlış anlamalara neden olmaktadır. İletişimi bozan tutum ve davranışları iletişim engelleri olarak ifade edebilir. İletişim engelleri dört başlık halinde incelenir. Bunlar kişisel engeller, dil güçlükleri, dinleme

yetersizlikleri, ifade açıklığının bulunmamasından kaynaklanan engeller şeklinde sıralanabilmektedir.⁸⁹

3.1.5.1. Kişisel Engeller

İletişimin gönderici ve alıcı olmak üzere iki ana faktörü bulunmaktadır. İki birey farklı kişilikte olmaları durumunda iletişimin etkisini azaltmaktadır. Alıcının, göndericinin anlatmak istediği bilgiyi algılayamadığı, göndericinin bilgiye aynı ölçüde değeri verememesinden kaynaklanmaktadır.

3.1.5.2. Dil Güçlüğünden Kaynaklanan Engeller

İletişimde temel faktörlerin başında dil gelmektedir. Ancak bir dilin içerdiği kelimelerin bazen birden çok anlam taşıması ve bu anlamların birbirleriyle hiç ilgisi olmayan hususlar olması dil güçlükleri olarak ifade edilebilmektedir.

3.1.5.3. Dinleme Yetersizliklerinden Kaynaklanan Engeller

Hekimin hastasını ya da hastanın hekimini dinlemesi yerine ne cevap vereceğini düşünerek, önyargı ya da başka nedenlerle birbirlerinin söylediklerini dinlememekte ve buna bağlı olarak söylenenleri tam olarak anlayamamaktadırlar. Bu engeli aşmak için karşılıklı iyi bir dinleyici olmak gerekmektedir.

3.1.5.4. İfade Açıklığının Bulunmamasından Kaynaklanan Engeller

Hekim ve hasta iletişim sırasında birbirlerinin çoğu şeyi bildiğini düşünerek mesajı eksik iletmektedir. Diğer taraftan çok kısa şekilde iletilebilecek mesaj, konu dağıtılarak ana fikir kaybolabilmektedir. Bunlar birer iletişim engelidir. Bu engeller ile karşılaşmamak için öncelikle empati kurularak düşüncelerin aktarılması yerinde bir davranış olmaktadır.

⁸⁹ Uz, a.g.e., s. 40-41.

Hekim-hasta iletişimde söz konusu olabilecek hekim kaynaklı iletişim engelleri;

- Hastayı dinlediğini gösteren davranışlar göstermemek,
- Hastanın anlayamayacağı teknik sözcüklerle dolu bir dil kullanmak,
- Sürekli saatine ya da kapıya göz atmak,
- Hasta üzerinde bir şey düşündüğü ya da rahatsız edilmemesi gerektiği izlenimi bırakacak biçimde kendi kendine bir şeyler mırıldanmak,
- Hastanın sözünü kesmek ya da kendisi tamamlayarak sonlandırmak,
- Önyargılarına uygun bilgi almak,
- Hastayı seçici dinlemek,
- Hastanın konuşması bitmeden ortamdan uzaklaştırmak,
- Hastanın sorularını duymazdan gelmek,

şeklinde sıralanmaktadır.

Hekim-hasta iletişimde söz konusu olabilecek hasta kaynaklı iletişim engelleri ise;

- Açık, net ve yalın bir ifade kullanmamak,
- Hızlı ya da çok yavaş konuşmak,
- Yüksek ya da çok düşük ses tonu kullanmak,
- Sıkıntılarını paylaşmadan sapıp asılsız konulardan konuşmak,
- Soyutlamaları çok fazla kullanmak,
- Vurgulama ve imla kullanımı yetersiz olması,
- Gereksiz açıklamalarda bulunmak, fazla detaya inmemek,
- Benzetmeleri yerine oturtmamak,
- Yeterli bilgi verememek,
- Kelimeleri yanlış kullanmak,
- Önyargılı yaklaşmak,

şeklinde sıralanmaktadır.⁹⁰

⁹⁰ Havva Ülker, "Hekim Hasta iletişimi", (Erişim) <http://www.bursaonkoloji.gov.tr/onkoloji/hastahak/hasta-hekimiletisimi.pdf>, 2006, yy.

3.1.6. İletişim Engellerini Önleme Yolları

İletişim engellerini ortadan kaldırmanın en etkili yolu, öncelikle engelin ne olduğunu belirlemek ve daha sonra bu engeli ortadan kaldırmak için gerekli çabayı göstermektir. İletişim engelini giderilmesinde, kaynak, sözlü mesajları alıcının düzeyine uygun şekilde kullanılmalı, mesajlar, alıcının ilgisini çekecek şekilde biçimlendirilmeli, gerektiğinde beden dili ya da başka sembollerle (ses, yazı) güçlendirilmeli, iletişim çevresi iletişime elverişli duruma getirilmeli, gürültü unsurları ortadan kaldırılmalı, uygun iletişim kanalları ve olumlu pekiştirme yolları kullanılmalı, kaynak ve alıcı arasında oluşabilecek olası duygusal reaksiyonlar için önlem alınmalı ve mesajın anlaşılıp anlaşılmadığı uygun geri bildirim yöntemleri ile kontrol edilmesi gerekir. Bütün bu süreçlerde konuşma, beden dilini kullanma, dinleme gibi iletişim becerileri empatik yaklaşımla desteklenerek kullanılabilir. Bunlar dışında, sağlık hizmetlerini yürütenlerin iletişim konusundaki eğitimlerinin desteklenmesi ile sürekli iyileşme sağlanabilecektir.⁹¹

3.2. HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ VE İLETİŞİMİ

Türkiye genelinde hekim-hasta ilişkisi ve iletişimin boyutları ele alındığında tüm hastaların yaklaşık % 70'inde tanı, sadece görüşme ile konabilmekte, iletişim yetenekleri yüksek hekimler hastaları tarafından daha az dava edilmekte, hekime tüm kaygılarını anlatmayı başaran hastaların memnuniyetinin daha yüksek olduğu görülmekte, hasta görüşmelerinin %69'unda hekim ilk 18 saniyede hastanın sözünü kesmekte, bu görüşmelerin % 77'sinde hastanın hekime gelme nedenini henüz açıklayamamış olduğu görülmektedir. Hekiminin ofisinden henüz çıkmış hastaların sadece % 50'sinin hastalığı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu, yaklaşık %50 hastanın kullanacağı ilaçları bilmediği, %22-70 hastanın hekimlerinin önerilerine uymadığı saptanmıştır.⁹²

⁹¹ Gültekin, a.g.e., s. 102.

⁹² Ümit Aydoğan, "İletişimin Temelleri",

(Erişim)http://www.paradoksdanismanlik.com/FileUpload/ds29999/File/iletisimin_temelleri_umit_aydogan.ppt, 30.04.2014

Hekim- hasta iletişim sürecinde hastanın yaşı, cinsiyeti, fiziksel, zihinsel, ruhsal özellikleri önem kazanmaktadır. Pek çok farklı değişkenin iletişim sürecinde belirleyici olması iletişim zorluklarına yol açabilmektedir. Bu yüzden tedavi edici iletişim hastanın tedavi sürecinde pek çok olumlu etkisi bulunmaktadır. Tedavi edici iletişim, "bireyin benlik değerini ve sorun çözme yeteneğini artıran, otonomi ve yaşamsal amaca duyarlılık durumunu etkileyen, kendisi ve çevresiyle sağlıklı bir etkileşime girmesine yardım eden iletişim biçimine denilmektedir."⁹³ Tedavi edici iletişim, hekim ile hastanın ilk görüşmesinden itibaren başlamaktadır. Tedavi edici iletişim, zaman, işgücü ve maliyet kaybını önlemekte ve hastanın bakım planına dâhil olarak iyileşmede sorumluluk almasını sağlamaktadır. Tedavi ve uygulamaların yanlış anlaşılmasını önlemekte, hastanın psikolojik açıdan kendisini iyi hissetmesi sağlayarak tıbbi tedaviye destek sağlamaktadır. Hastanede yatış süresini kısaltmakta ve güven ortamı oluşturarak sorunların etkin şekilde çözümünü sağlamaktadır.⁹⁴

Bireylerin farklı sosyo-kültürel dünyada yaşadıkları ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya oldukları bilinmektedir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirme ilişkisinden çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır. Bu doğrultuda İngiltere’de yapılan bir araştırma, hastanın hekim karşısındaki davranışlarında birçok faktörün rol oynadığını göstermektedir. Örneğin, hastanın eğitim düzeyinin, cinsiyetinin ve daha önemlisi geldiği etnik kökenin bunda rolünün olduğu saptanmıştır.⁹⁵ Bu araştırmanın sonuçlarına göre, hastaların hekim karşısında dile getiremedikleri sorularının olduğu, sorularını utangaçlık nedeniyle sormadıkları, hekimin gerekeni zaten yapacağını düşünmeleri ve hekimlerinden cevap alamayacakları endişeleri ortaya çıkmıştır.

Hekime gitmenin genellikle hastanın endişelerini azaltacağı düşünülmektedir. Ancak bazen hekim de hastanın endişelerini arttırabilmektedir. Davranış biçimi, endişeyi azaltmak veya arttırmakta önemli olmaktadır. Otoriter hekim, hasta özerkliğini veya

⁹³ "Hemşirelik, Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş",

(Erişim)http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ruh%20Sa%C4%9Flı%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Ve%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1na%20Giri%C5%9F.pdf, Ankara, 2012, s. 28.

⁹⁴ Belgin Babadağlı, Seçil Ekiz Erim, Sarper Erdoğan, "Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, Cilt:1, Sayı:3, 2006, s. 59.

⁹⁵ Mustafa Yağbasan, Fatih Çakar, "Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması", **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, sayı:1, Konya, 2006, s. 6-8

endişesini azaltabilmekte, hastanın özerkliğini arttırıp, endişenin artmasını sınırlamak için en uygun yol, bilgi paylaşımı ve anlaşılmayı sağlamaktadır. Diğer yandan hekimin duygusal durumu ve sağlığının hastaları ile kuracağı iletişimde etkin olduğu bilinmektedir. Yaptıkları işten memnun olmayan hekimlerin hastalarına daha çok yatıştırıcı ilaçlar ve antibiyotikler yazdıkları saptanmıştır. Bu durumda hekimlerin hastalarıyla olan görüşme süreleri de daha kısa olduğu ortaya çıkmıştır.⁹⁶

Sağlıklı bir iletişimin gerçekleşmesi ve doğru kararların alınabilmesi için, hekim-hasta ilişkisinin bir arkadaş ilişkisi formatında olması gerekmektedir. Hastanın sağlığıyla ilgili olarak, kaygılarını ve şikâyetlerini hekimine açık ve net bir şekilde aktarması, hekimin de sağlık konusundaki bilgilerini hastaya açık ve anlaşılabilir olarak iletmesi gerekmektedir. Örneğin yapılan bir araştırmada, göğüs kanseri tedavisi gören kadınların yarısının, kendilerine hastalıkları konusunda verilen bilgiyi anlamadıklarını ortaya konulmuştur. Münih Kanser Araştırmaları'ndan Dr. Kerr, hekim- hasta iletişimindeki kopuklukların hastanın hayat kalitesinde kalıcı etkiler yarattığına dikkati çekerek, "daha iyi bir iletişim, göğüs kanseri tedavisini daha etkili duruma getirmenin en ucuz ve en kolay yöntemidir" demektedir.⁹⁷ Hekim-hasta arasındaki iletişimde, bazen hasta, hekimine daha ilk gidişte pozitif iletişim kurabilmişse, psikolojik olarak rahatlayıp tedavideki iyileşme süresinde ilk adımı atmış olmaktadır. "Hekimlerin başarısı, tedaviyi nasıl uygulayacaklarının veya hastalara ne tür bilgiler sunarak eğiteceklerinin yanı sıra, hastalara yaklaşımlarından hastalarına ayırdıkları zamana, kullandıkları dilden uyguladıkları vücut dillerine kadar birçok iletişimsel ortama veya iletişimsel başarıya bağlı bulunmaktadır."⁹⁸

3.2.1. Hekim-Hasta İletişim Türleri

(Atıcı, 2007: 46-47) Hekim-hasta ilişkisi;

- Etkenlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki,
- Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki,
- Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki,

⁹⁶ Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı web sayfası, (Erişim)<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/ah.html>, 25.08.2009.

⁹⁷ (Erişim)http://www.hastanedergisi.com/sayi_21/busayida4.asp, 16.01.2006.

⁹⁸ Yağbasan,a.g.m., s. 6-8.

olmak üzere üç şekilde sıralanabilmektedir.

3.2.1.1. Etkenlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki

Ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir. "Ataerkil, babacıl, paternalistik" tutum ve davranışları içeren ilişki biçimi olarak da adlandırılır. Hekim, "teknokrat" yaklaşım içerisindedir. Bu ilişki türünde, hekimin hasta adına ve hastanın rızası olmaksızın eylemde bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin hastanın iyiliği, yararı için olduğu varsayımı vardır. Bu ilişki, komada ya da genel anesteziye gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgen durumdaki hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır.

3.2.1.2. Yol Gösterme-İşbirliği Etme Temeline Dayanan İlişki

Sağlığını kazanmak için işbirliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını kabul edip, bunları yapan hasta ile hastanın karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Bu ilişkide hasta bir ölçüde etkindir. Ancak tanı ve tedavi sorumluluğu tümüyle hekimin üzerindedir. Bu ilişkide hekim, hastanın değerleri doğrultusunda "yol gösterici", "yorumlayıcı" bir yaklaşımdadır. Bu ilişki, akut seyreden ya da bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır.

3.2.1.3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki

Hastanın kendisine yararlı olmasında hekimin yardımcı olduğu durumlardaki hekim-hasta ilişkisini tanımlar. Bu ilişkide, tanının konmasından tedavinin seçimine kadar yapılan tüm uygulamalarda hekim ve hasta birlikte karar vermektedirler. Bu ilişki, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlenmelerde olduğu gibi hekimin hastanın kendisine yararı olmasında yardımcı durumda olduğu hekim-hasta ilişkisine uymaktadır.

3.2.2. Hekim-Hasta İlişkisi ve Tedaviye Uyum

Çakır ve diğerlerine (2010) göre uyum (komplians), hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım yalnızca reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın hekimin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı kapsamaktadır. Tedaviye uyumsuzluk reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta karşımıza çıkmaktadır.

Tedaviye uyumsuzluk, hastalığı ve hastaneye yatışı durumlarını artırmaktadır. Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir. Tedaviye uyumsuzluğun nedenleri arasında; kişinin hastalığı önemsememesi, ilaç kullanımına karşı hastanın yaşadığı kuruntu ve korkular; ayrıca ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilenmek veya tedaviyi yanlış yorumlamak sayılabilmektedir. Hastalar sağlık hizmetinin verilmiş şeklinden, sonuçlarından memnun olmadıkları durumlarda ise kendi şifalarını kendileri aramakta ve sağlık dışı istenmedik yollara başvurmaktadırlar. Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin olumsuz olması sonucunda, hastaların hoşnutsuzluğu tedaviye uymama, yanlış tedavi için dava açma, hastalara kişi olarak daha çok ilgi gösterdikleri düşünülen (akupunktur, hipnoz, masajcı gibi) şifa dağıtan kişilere gitme gibi çeşitli biçimlerde kendini gösterilebilmektedir.

3.2.3. Hekim-Hasta İletişim Modelleri

Bazı bilim adamlarına göre üç iletişim modeli bulunmaktadır. Bunlar "asimetrik iletişim", "simetrik iletişim" ve "paralel iletişim"dir.

3.2.3.1. Asimetrik İletişim

Asimetrik iletişim, bir tarafın baskın olduğu diğer tarafın bu duruma izin verdiği ve pasif rolü kabul ettiği ilişkidir. Bu ilişki türünde bir taraf planlarını uygulamaya koyduğunda, diğeri kabul etmektedir." Taraflardan birinin uzmanlığına, ödüllendirme veya cezalandırmasına yönelik iletişim biçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu iletişim biçiminde hekimden hastaya doğru bir bilgi iletişimi söz konusudur. Hasta pasif durumda bulunmaktadır.⁹⁹

3.2.3.2. Simetrik İletişim

Simetrik iletişim, eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Her iki taraf da, ilişkiyi belirlemede eşit haklara sahip olduklarına inanmaktadır. "Simetrik iletişimde, hastadan hekime, hekimden de hastaya düzenli bir bilgi akışı bulunmaktadır. Bu bilgi akışının sonucu olarak iki tarafın da hastalık, tedavi ve tedavi süreçleri ile ilgili eşit bilgi sahibi olmaları sağlanmaktadır."¹⁰⁰

3.2.3.3. Paralel İletişim

Paralel iletişim, her bir tarafın bazı alanları kontrol edebildiği ve bir tarafın bazen aktif, bazen de pasif rolü oynadığı iletişim türüdür. Bu ilişki çeşidinde, taraflar eşitliğe inanmakta ve her bir tarafın kontrol ve yönlendirme hakkı olduğunu kabul etmektedir. Bu iletişim biçiminde zaman zaman hastanın, zaman zamanda hekimin pasif durumda olduğu durumlar oluşmaktadır.

⁹⁹ Fatih Çelik, **Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma**, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008, s.31.

¹⁰⁰ Alemdar Yalçın, "Hasta- Doktor ; Sağlık Kurumları İletişimi", **I. Uluslar arası Hasta Hakları Sempozyumu**, Antalya, 2010.

Hekim-hasta iletişim modelleri üzerine çalışan bilim adamlarından Pensilvanya Üniversitesinde bioetik çalışmaları yapan E. J. Emanuel ve geriatri ve halk sağlığı çalışmaları uzmanı L. L. Emanuel hekim-hasta iletişim modeli olarak dört ayrı modelden söz etmektedirler.

Paternalistic (Baba rollü) İletişim: Hekimin baba rolü aldığı, hastasıyla ilgili bütün kararları kendisinin verdiği bir iletişim modeli olarak tanımlanmakla birlikte otorite hekimdedir. Buna aynı zamanda hastanın kaderi ile ilgili hayati kararların tek başına alınması sebebiyle hekimin Tanrı rolü üstlendiği iletişim modeli de denilmektedir. Antik çağın önemli hekimlerinden olan Hipokrat'ın önerilerine de dayandığı için hipokratvari iletişim biçimi olarak da değerlendirilmektedir. Hekim, hasta için neyin doğru olduğunu söylemekte ve bunu uygulamaktadır. Hekim, hastasının sağlık durumunu, hastalığın hangi aşamada olduğunu ve hastayı sağlığına kavuşturacak ya da acısını tedavi yöntemlerini belirlemede tüm becerilerini kullanmakta ve hastayı ikna etmek için uygulayacağı tedavinin en iyi müdahale şekli olduğu konusunda hastayı bilgilendirmektedir. "Bu modelde hekim-hasta etkileşimi, hastanın sağlık ve iyiliğini en iyi sağlayacak müdahalenin yapılmasını garanti etmektedir. Bunun sonucunda hekimler, hastaya gerekli olan tedaviyi belirlemede kendi becerilerini kullanmakta ve uygun buldukları yönteme razı etmek için hastayı seçici bilgilendirmeye karşı karşıya bırakmaktadır. Hastanın özerkliği, hekimin belirlediği en iyiyi onaylamakla sınırlı kalmaktadır."¹⁰¹

Informative (Bilgilendirici) İletişim: Hekimin bütün bilgileri hastaya sunması, hastanın istediği tıbbi yöntemi seçmesi ve seçilen yöntemi hekimin uygulamasına dayanan bir iletişim biçimidir. Bunun için hekim, hastanın durumu hakkındaki bilgiyi betimlemekte, teşhis ve teşhis ve tedavi yöntemleri ve bu yöntemlerle ilgili risk ihtimalleri konusunda hastayı bilgilendirmekte ve bilginin belirsizliği hakkında hastaya yardımcı olmaktadır. Bu modelde hekim, hastaya uygulama kontrolü sağlayan bir teknik uzman gibi görülmektedir. Paternalistik modele göre daha demokratik olduğu söylenebilir.¹⁰² Hekim, hastaya gerekli bilgileri vererek kararı hastaya bırakmaktadır.

¹⁰¹ -¹⁰² Çelik, a.g.e., s. 31-32.

Interpretive (Yorumlayıcı) İletişim: Hekimin, hastasının ne istediğini aydınlatmada ve hastasının en iyi teşhis ve tedavi yöntemini seçmesine yardım etmede kullanılan, belirtileri izleyip bulguları tamamladıktan sonra onu yorumlamasına dayanan bir iletişim biçimidir. Hekim, hastanın amaçlarını, kararlarını ve karakterini yeniden inşa etmek için hastayla birlikte çalışmaktadır. Hekim, hastasına davranış biçimini zorla kabul ettirmek istememekte, en iyiye sonuçta hasta karar vermektedir. Hekim, hasta ile iletişimde gerekli bilgileri vererek hastanın isteğini yorumlamaktadır."Bilgilendirici hekim gibi, yorumlayıcı hekim de hastaya, duruma ve olası müdahalelerin risk ve yararlarına dair bilgi vermektedir."¹⁰³

Deliberative (Karşılıklı Görüşmec) İletişim: Daha önce tanımları yapılan paralel ve simetrik iletişim biçimlerinin farklı bir tanımıdır. Hekimin amacı, hastası için en iyi teşhis ve tedavi yöntemlerini belirlemek ve hastasının en iyi yöntemi seçmesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla, hekim neden bazı sağlık değerlerinin daha değerli olduğunu ve bunlara ulaşmak için ne yapılması gerektiğini açıklamaktadır. Hekim, hastasına en iyiyi ve olması gerektiğine inandığını önermekte, hastasını ikna etme yolunu seçerek hastasının kafasındaki soru işaretlerinin kalkmasını sağlamakta ve zorlamaktan kaçınmaktadır.¹⁰⁴ Örneğin;

"Hekim: Şikayetlerinizi dinledim, ancak daha fazla bilgiye ihtiyacım var, bunun için izninizle sizi muayene etmek istiyorum. Sizi şu şekilde muayene edeceğim. Size tanı koyabilmem için, şu tetkiklere ihtiyacım var. Röntgen incelemesi yapmamız gerekiyor, bunun için bir engeliniz var mı?"

"Hekim: Sizin için şöyle bir tedavi düşünüyorum. Bu tedavinin şöyle yan etkileri olabilir. Bu tedavi süresince benim de sizden bazı isteklerim olacak, tedaviyi birlikte uygulayacağız gibi."¹⁰⁵

¹⁰³ -¹⁰⁴ Onur Özer, **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, İstanbul, 2007, s. 15.

¹⁰⁵ Mehmet Karataş, "Hekim-Hasta İlişkisi", (Erişim)http://iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/857/file/Hekim_hasta.ppt.

3.3. BAZI ÖZEL DURUMLARDA İLETİŞİM

3.3.1. Çocuk Hastalar İle İletişim

Her yaş grubu farklı iletişim özellikleri taşımaktadır. Çocukluk döneminin yaş grupları arasında bile önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu özellikler dikkate alınarak iletişim kurulduğunda çocuklarla anlaşmak kolaylaşmaktadır. Herhangi bir sağlık sorunu ile sağlık kurumuna gelen çocukların birçoğu tedirginlik yaşamaktadır. Çünkü çocukların bir kısmı hekimden ve iğneden korkutularak büyümektedir. Hastane ortamındaki kalabalık, gürültü ve hastalar çocukta tedirginlik ve huzursuzluk yaratmaktadır. Öncelikle çocukların korkusunu ve kaygısını azaltmak için çaba harcanması önemlidir.¹⁰⁶ Korku ve kaygıyı azalmak için bazı ipuçları bulunmaktadır. Çocukların güvenini kazanmak, istenilir yöndeki davranışlarında onları ödüllendirmek ve oyunlarla bilgi almak iletişimi güçlendirmenin bazı ipuçlarıdır. Çocukların kendilerini ifade etmesine, duygularını paylaşmasına izin vermek, göz göze aynı hizada iletişim kurmak, onları dinlemek, yumuşak bir ses tonuyla yaşlarına uygun açık net ve kısa cümleler kullanmak çok önemlidir.

3.3.2. Terminal Dönemdeki Hastalar İle İletişim

Terminal dönemdeki hasta, yaşamının son günlerini yaşayan, ölmek üzere olan hasta anlamına gelmektedir. Bu dönemde, hastanın kalan günleri için kısa vadeli planlar yapmak, geçmişini gözden geçirip bugün yapabileceklerini değerlendirilmek, gelecekte neler yapmayı istediğini konuşmak, duygularını paylaşması için hastayı teşvik etmek önemlidir. Terminal dönemdeki hastaya planlı zaman ayrılmak, hasta ile iletişimin açık tutulması, mümkün olduğu kadar birlikte olmak, hastanın duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmesi, iletişim sürecinde “şimdi ve burada” ilkesi üzerinde durulması, hastaya güven içinde olduğunun hissettirilmesi, hastanın yanında fısıltı ile konuşulmaması önemli olmakta ve hastanın sürdürebildiği aktivitelerin devam ettirilmesi desteklenmelidir. Terminal dönemdeki hasta inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarından geçmektedir.

¹⁰⁶ Gültekin, a.g.e., s. 133.

İnkâr: Bu dönemdeki birey ölümün yakın olduğunu kabul etmemekte, yok saymakta ve öleceğine inanmamaktadır. "Örneğin kişi tanıyı yalanlamak için hekim hekim gezebilir."¹⁰⁷Bu dönemdeki hastanın sosyal desteklerinin arttırılması, tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmelerin yapılması, inkârının sözel olarak desteklenmesi ve hastaya zaman tanınması önemlidir.

Kızgınlık, öfke: Birey bu durumun neden kendisinin başına geldiğini düşünerek öfke yaşamakta ve daha yapacak çok şey varken, ölmesini haksızlık olarak görmektedir. Birey kendisine tedirgin olarak “neden ben” sorusunu sorar. Hastalığı ceza olarak görür ve kendisini öfkeye yöneltir. Bu durumdaki hasta ile empati yapmak yapılmalı, hasta kınanmamalı ve gerçeği kabul edinceye kadar destek olunmalıdır.

Pazarlık: Hasta bu dönemde bir erteleme arayışı içerisindedir. Yaşanan çaresizlik ve umutsuzluk duyguları yerini, bir güçlülük duygusuna bırakır. Bu dönemdeki hastaların konuşmaya teşvik edilmesi ve dinsel desteklerin sağlanması katkı sağlayabilir.

Depresyon: Bireyin fiziksel durumu kötüleştikçe, hastalığın ciddiyetini inkâr, öfke ve pazarlık anlamsız hale gelir ve bunun sonucunda derin kayıp duygusu ve depresyon görülür. Birey geçmişte kaybettikleri ve gelecekte ulaşamayacakları içi yas tutar. Bu dönemde hastaya moral verilmeli, birey ile empati yapılmalı depresyon dönemi akışına bırakılmalıdır. Ayrıca aile bireyelerine de anlayış gösterilmeli ve aile bireyleri cesaretlendirilmelidir.

Kabullenme: Bu dönemde birey artık ölmek düşüncesine alışmıştır ve daha gerçekçi davranmaya, yarım kalan işlerini tamamlamaya başlamaktadır. Bireylerin, tedavi programlarına katılımları sağlanmalı, bireyler yalnız bırakılmamalıdır.¹⁰⁸

3.3.3. Ruh Sağlığı İleri Derecede Bozulmuş Hasta ile İletişim

Algı ve düşünce bozuklukları bu tür hastaların iletişimlerinde kopuklukların ya da gerçek dışı kapsamın bulunmasına neden olmaktadır. İletişimle ilgili saygı, empati, kabullenme, mesleki iletişim, yardım amaçlı iletişim sınırlarını koruma, sözsüz mesajlarımızı kontrol altında tutma gibi tüm ilkeler gerçek dışı algı ve düşüncelere

¹⁰⁷ Özlem Işıl, Terminal Dönemde Hasta ve Ailesiyle İletişim, (Erişim)http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/terminal_donem.pdf, 25.04.2014.

¹⁰⁸ Gültekin, a.g.e., s. 137-138.

sahip hastaların iletişimde geçerli olmaktadır.¹⁰⁹ Bunlara ek olarak, gerçek dışı algı ve düşüncelerin desteklenmemesi, somut ve kısa anlatımların kullanılması, sakin, kararlı, güvenlik mesafesini koruyan iletişimin kurulması, hasta halüsinasyonundan ya da sanrısından söz ettiğinde bu konuyu irdelememek, konu değiştirmek gerekmektedir. "Bu tür hastaların gerçek dünya ile bağlantıları zayıftır. Bu yüzden hastalarla iletişimde soyut kavramların iletişimde kullanılmaması gerekmektedir. Gerçekle bağlantısı zayıflamış hastalar uzun ve mecazi anlatımları kavrayamayabilmektedirler. Somut ve kısa anlatımlar iletişimi geliştirmekte, panik durumlarında sakin ve kararlı güvenlik mesafesini koruyan iletişim kurulması gerekmektedir."¹¹⁰

3.3.4. Travma Atlamış Hasta İle İletişim

Trafik kazası, deprem, yangın, ölüm gibi olayların yaşanması birey için travma sayılabilir. Bunun yanı sıra hiç hazır olmadığı halde bir cerrahi operasyon geçirmek, beklenmeyen bir başarısızlık yaşamak gibi durumlar da bireylerde travma etkisi yapmaktadır.

Olayların birey üzerindeki etkisi her zaman olayın büyüklüğü ile eş olmamaktadır. Bu nedenle travmanın büyük ya da küçük oluşu değil, bireyi nasıl etkilediği önem taşımaktadır. Örneğin, plastik cerrahi servisine, çok hoş görümlü genç bir hanımın trafik kazasında yitirdiği kulak kepçesinin üst kısmının onarılması için yatırılmasının, saçlarla kapatılan beden parçası kaybının neden önemli olduğunu servis çalışanlarının anlamlandırılmamasıdır.

Anlatmak, olayın bireyde yarattığı duygusal yükü azaltmaktadır. Bu nedenle travma sonrası bireyin tekrarlı anlatımı, anlatmıyorsa anlatması teşvik edilmektedir. Travma sonrası, travma rüyalarda tekrarlanabilmekte ve bu nedenle travma yaşayan bireyin uyku güçlüğü de ele alınmaktadır. Anlattırma ve uyku sorununu ele alma müdahalesi bireyin travmaya yönelik kaygısını azaltmamakta ise birey psikiyatrik yardım almaya yönlendirilmektedir.¹¹¹

¹⁰⁹ Gültekin, a.g.e., s. 135.

¹¹⁰ -¹¹¹ Gülşen Terakye, **Hemşirelikte İletişim Ve Hasta Hemşire İlişkileri**, Aydoğdu Ofset, İkinci Basım, Ankara, 1994, s. 103.

3.3.5. Bilinci Kapalı Hastalar İle İletişim

Bilinci kapalı hastaların çevresinde konuşulanları işitebildiği belirtilmiştir. Bu nedenle hekimler bu hastalara yapılacak her işlem bildirilmektedir. Bilinci kapalı hastalar geri bildirim verememeleri nedeni ile iletişimi güç hastalardır. Hastanın isteklerinin bilinebilmesi ancak yakınlarının yardımı ile mümkün olmaktadır.

Örneğin, çiçek kokusunu seven bir hastanın odasında çiçek bulundurulması, ya da hastanın sevdiği müzik türünün çalınması, aile ile görüşmenin gerekirse hasta yanında yapılması hasta gereksinimlerinin karşılanmasında önemlidir. Bilinci kapalı hastaların ailelerine, hastalarının onları anlayabilme olasılığı olduğu anlatılmakta, hasta ile iletişim kurmaları önerilmektedir. Çünkü bilinci kapalı hastalar, bazen gözlerinden yaş ile iletilen mesajlara geribildirim verebilmektedirler.¹¹²

3.4. HASTALARIN GENEL OLARAK ŞİKÂyetLERİ

Türkiye’de ve diğer ülkelerde hekim-hasta iletişimi üzerine araştırmaların tümünün üzerinde durdukları temel şikâyetler şöyledir.¹¹³

3.4.1. Yeterince Bilgilendirilmemek

"Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi"nde hastaların yeterince bilgilendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Hastanın sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı yeterince bilgilendirilmemeye dayalı şikâyetin temel noktalardan birincisidir. Hasta, sosyo-kültürel bakımdan üst seviyede birisi ise durum ona göre değişmektedir. Hekimin verdiği bilgiyi ya başka kaynaklarla kontrol edilmekte ya da daha fazla bilgiyi kendi çabalarıyla elde etmeye çalışmaktadır. Bu durumda hekimin verdiği bilgileri yetersiz görmesi, internetten veya başka bilgi kaynaklarından hastalığı ile ilgili bilgi toplamaya çalışması, başka sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında hekime duyulan güvenin sarsılması önemli sonuçlardan birini oluşturmaktadır. Tedavi sürecinin aksaması, gazete, dergi televizyon veya internet gibi kaynaklarda verilen genel bilgileri hastanın kendi özel hastalığı ve tedavi yöntemine karıştırmasına sebep olmaktadır.

¹¹² Terakye, a.g.e., s. 103.

¹¹³ Yalçın, a.g.e., s.10-12.

Sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi yüksek olmayan hastaların ise temel sorunu hekiminin önerilerini tam ve eksiksiz anlamamak, hekime yeterince soru sorma konusunda duyulan çekimserlik, soru sorma becerisi ve anlatma becerisindeki eksiklik, şive ve ağız farklılıklarının doğurduğu iletişim kopuklukları gibi birçok unsuru içinde barındırmaktadır.

Yeterli bilgi verilmemesi, şikâyetinin dayandığı temel noktalardan diğeri de bilgi kirliliği olmaktadır. Bir hastalık ve tedavi süreci ile ilgili olarak çevrede var olan bilgi kirliliği de hekim-hasta iletişimde böyle bir şikâyete sebep olmaktadır. Yeterli bilgi eksikliğinin hekimden kaynaklanan boyutu şikâyetlerin üçüncü temel sebebi olmaktadır. Hekimin tutum, bilgi ve psikolojisi burada etkili olmaktadır. Hekimin iletişim konusunda bilgi ve beceri eksikliği, ses ve konuşma kusurları, bu şikâyetlerin sebeplerinin başında yer almaktadır.

Yeterli bilgi verilmesinin hastalar üzerindeki etkisine bir örnek;

"35 yaşında erkek hasta, birkaç yıldır mide yakınmalarından ünlü bir hekime gider ve mide ülseri tanısı konulur. Muayene sonunda hekim, "ameliyat" der. Ameliyat günü hastanın arkadaşları, eşine nasıl bir ameliyat yapılacağını sorarlar. Kadın, "Bilmiyoruz, hekim anlatmadı, biz de sormadık" der. Ameliyat sonrası, hastaya operasyonun başarılı geçtiği söylenir fakat ağrıları şiddetlenerek artar. Yapılan hatalar nedeniyle hasta birkaç ay içinde 8 kez daha ameliyat edilir. Eşi hekimden bilgi alabilmek için adeta baskı uygular. Ancak hekimden hep aynı cevabı alır: "Anlatırsam anlamayacaksınız" Uzun yalvarmalar sonucunda ikinci hekim hastanın nesi olduğunu anlatır. Bunun üzerine ilk hekim "Öğrendin de ne oldu sanki" diye karşılık verir. 4,5 ayın sonunda hasta hayatını kaybeder."¹¹⁴

¹¹⁴ M. Erdal Güzeldemir, "Hasta Bilgilendirmenin Önemi", **Türkiye Sendrom Tıp Dergisi**, Gata Tıp Fakültesi, Ankara, Mayıs, 2005, s. 2-3.

3.4.2. Zaman Problemi

Hasta şikâyetlerinden bir diğeri zaman ayrılmaması konusundadır. Hasta, hekimin kendisine yeterince zaman ayırmadığından şikâyet etmektedir.

Yeterli zaman ayırmama konusunda üç temel nokta bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, hekim açısından zaman kullanımınıdır. Hekimin hastasına duyduğu sempati ve antipati, hastasından alacağı ücret, çalışma koşulları hastasına ayıracağı zamanı etkilemektedir. İkincisi hasta açısından zaman ayırmama konusudur. Bu durum değişkenlik göstermektedir. Çünkü hasta kendisine hekim ne kadar çok zaman ayırsa bile bununla yetinmeyebilir. Bunun sebebi duygusal olarak kaygılı olmasıdır. Hekimin kendisinden başka hastalara da zaman ayırması gerektiğini düşünmemesi gibi zaman kullanımı konusunda asla objektif olarak davranmamaktadır. Üçüncüsü ise nesnel olarak günlük iş yükü ve bir hekimin hastasına ayıracağı zaman ve hasta sayısı arasındaki orantı olmaktadır.

3.4.3. Dinleme Eksikliği

Dinleme eksikliği hastaların hekimlerle ilgili şikâyetlerinin başında gelmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda hekimlerin ya hastalarını hiç dinlemedikleri, ya hastaların daha konuşmaya başladıkları sırada konuşmalarını keserek konuşmaya başlamaları ya da hiç soru sormamaları şeklinde kendisini göstermektedir. Özellikle anamnez (hastanın öyküsü) aşamasında çok daha önemli olan hekimin hastayı dinleme süreci ile ilgili olarak yapılan araştırmalar hekimin hastasını dinlememesini ciddi bir sorun olarak ortaya koymaktadır. Bu yüzden dinleme teknikleri konusunda ciddi bir bilgi ve beceri eğitiminden geçirilmesi gerekmektedir.

Hekim-hasta görüşmelerinin %69'unda hekim, hastasının konuşmasını görüşmenin başlangıcından itibaren ortalama 18. saniyede kesmekte ve bu hastaların yalnızca %2'sinden azı konuşmaya devam etmektedir. Görüşmelerin yarısında hekim ve hasta asıl sorun hakkında bilgi sahibi değildir Çünkü hekimler, hastaların ilk belirttikleri sorunun asıl sorun olduğunu düşünmektedir. Genellikle görüşmeler hekim merkezli bir yaklaşım izlenerek yapılmaktadır. Malpraktis (tıbbi yanlış uygulama) davalarının

%70'inde, hastayla ilgilenmemek, hastanın görüşlerini dikkate almamak, hastaya yeterli bilgi vermemek ve hastanın bakış açısını anlamamak gibi iletişim sorunları neden olarak gösterilmiştir.¹¹⁵

3.4.4. Hekimin Soru Sormaması

Hastaların en çok şikâyet ettikleri noktaların bir başkası hekimlerin hastalarına yeterince soru sormamalarıdır. Hekim-hasta iletişimine yönelik yapılan araştırmalarda toplam görüşme süresinin %9'u soru cevap biçiminde gelişmektedir. Bu oran çok düşüktür. Hekimin hastasına özellikle soru yönelterek şikâyetlerini dinlemesinin tedaviye katkısı çok önemlidir. Bunun içinde hekimin soru sorma stratejileri konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Soru sorma stratejileri ayrı bir bilimin alt dalı olarak karışımıza çıkmaktadır. Psikoloji ve dil bilim alanının uzmanlık konusu içine giren bu soru sorma stratejileri hekimin hastasını teşhis ve tedavi süresini ustalıkla yönlendireceği niteliktedir.

3.4.5. Tıbbi Dil Kullanımı

Hastaların hekimlerde şikâyet ettikleri diğer bir konu tıbbi dil kullanımınıdır. Tıbbi terimlerin genellikle Latince veya batı dillerinde olması sebebiyle hekimlerin kullandıkları dil anlaşılamamaktadır. Tıbbi dil kullanımının diğer bir boyutu da entelektüel düzeyde kalma durumu olarak gözükmektedir. Buna göre hekimleri anlamamalarının sebeplerinden biri de hekimlerin, hastaların kültür durumlarını göz ardı ederek entelektüel dil kullanmaları olmaktadır. Bu da hastanın anlama güçlüğüne ve şikâyetlerini oluşturmaktadır. Hekimin, hastasının kültür seviyesine göre bilgiyi, onun seviyesine indirmesi gerekmektedir. Bu durum anlatma becerileri denilen ayrı bir süreç olarak etkili bir retorik (güzel söz söyleme sanatı) bilgisini gerektirmektedir. Hekimin bu bilgi birikiminden yoksun olması anlattıklarının anlaşılmasını engelleyen önemli süreçler arasında yer almaktadır.

¹¹⁵ Serpil Aydın, Hatice Kurdak, "Hekim-Hasta Görüşmesi", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları**, Ankara, 2004, s.55.

3.4.6. Ayrımcılık (Psikolojik, Sanal veya Gerçek)

Hekim-hasta iletişimde ortaya çıkan şikâyetlerden bir başkası da ayrımcılıktır. Bu durum her ülkenin sosyal, kültürel ve etnik yapısına göre değişmektedir. ABD’de zenci beyaz ayrımının hekim-hasta iletişimde ciddi sorun yarattığı bilindiği gibi Avrupa ülkelerinde bu ülkelerde yaşayan Türklerin karşı karşıya kaldıkları ayrımcılık hekim-hasta iletişimini etkilemektedir. Türkiye’de ayrımcılığın yarattığı hekim-hasta iletişimi şikâyetleri arasında hemşericilik, inanca dayalı iletişim problemleri, bölgeler arası farklılıklar olmakla birlikte hastaların da hekimleri cinsiyetlerine göre tercih etmeleri, bunu bir sorun haline getirmeleri hekimler için şikâyet sebebi gösterilebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİNDE HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNDE İLETİŞİM BECERİLERİNİN İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ARAŞTIRMASI VE METODOLİJİSİ

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmada, aile hekimleri ve hastalar arasında sağlıklı iletişimin kurulması ve iletişimde yaşanan memnuniyet ya da memnuniyetsizliğin saptanması, hastaların aile hekimliği uygulamasından ve aile hekimlerinden iletişim konusunda beklentileri, hekimlerin de aile hekimliği uygulamasından beklentileri ve iletişim sorunlarının açığa çıkarılması ve aile hekimi-hasta arasındaki iletişim kurma becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Kişilerin ASM' leri en çok ve ne amaçla tercih ettikleri yaş, cinsiyet, eğitim düzeyine göre değişiklikler gösterilmektedir.

Bu araştırma, 18 yaş üzeri kadın ve erkeklerden ve ASM' ler de çalışan aile hekimlerinden oluşmaktadır.

4.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

YIĞIN

Bu araştırmanın kapsamı Türkiye'de bazı illerde ASM' lere gelen hastalar ve ASM' lerde çalışan aile hekimlerinden oluşmaktadır.

ÖRNEK

Araştırma verileri 1 Mart-1 Mayıs 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. 200 hasta anketi ve 100 aile hekimi anketi değerlendirmeye alınmıştır. Yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır.

Kİ-KARE TESTİ

Bu araştırmada aile hekimi ve hastalar arasındaki iletişim sorgulanmıştır. İletişim becerilerine yönelik hekim ve hasta anketlerinden toplam 20 adet hipotez etüt edilmiştir. Hipotezlerde yer alan sorgulamada “Ki-Kare Bağımsızlık Testi” uygulanmıştır.

4.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARACI

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yönteminden yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formları hastalar için 24 sorudan, hekimler için 22 adet sorudan oluşmaktadır ve 5’li likert leği kullanılmıştır. Anket aracılığı ile elde edilen veriler IBM SPSS 21.0 (Statistics Statistical Package for the SocialSciences) Windows sürümü bilgisayar programı yardımıyla analiz edilmiştir.

4.5. FREKANS TABLOLARI, HİPOTEZLER VE ÇAPRAZ TABLOLAR

4.5.1. Hastalara Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Frekans Tabloları

Tablo 1. Ankete Katılan hastaların Demografik Özellikleri

Cinsiyete Göre Dağılım	Frekans	%	Kümülatif %
Kadın	122	61,0	61,0
Erkek	78	39,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Yaşa Gruplarına Göre Dağılım	Frekans	%	Kümülatif %
18-30	49	24,5	24,5
31-40	42	21,0	45,5
41-50	35	17,5	63,0
51 Ve Üzeri	74	37,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Eğitim Düzeyine Göre Dağılım	Frekans	%	Kümülatif %
Okur Yazar	12	6,0	6,0
İlkokul-Orta Okul	38	19,0	25,0
Lise Ve Dengi	65	32,5	57,5
Üniversite Ve Üzeri	85	42,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Anket çalışmasında hastaların demografik özellikleri göre dağılım incelenmiştir. Bu kapsamda katılımcıların demografik özellikleri dikkate alınarak hazırlanan tablo 1.e göre ankete %61 (122) kadın, %39 (78) erkek olmak üzere, toplam 200 kişi katılmıştır. Yaş dağılımlarına bakıldığı zaman 51 ve üzeri yaş grubunun oranının yaklaşık olarak %37 oranı ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Diğer yaş gruplarının dağılımına bakıldığında 18-30 yaş grubu %24,5'i ile ikinci, 31-40 yaş grubu %21'i ile üçüncü

sırada yer almakta, 41-50 yaş grubu %17,5 ile son sırada yer almaktadır. Buna göre aile hekimine en çok 51 ve üzeri yaş grubunda bulunan hastaların geldiği gözlenmiştir. Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında üniversite ve üzeri eğitim düzeyi oranı %42 ile birinci sırada yer almakta, %32 ile lise ve dengi ikinci sırada yer almakta, %19 ile ilkokul-ortaokul üçüncü, %6 ile okuryazar düzeyi dördüncü sırada yer almaktadır.

Tablo 2. Ankete Katılan Hastaların "Aile Hekimlerini Tanıyıp Tanımadıkları"na İlişkin Dağılımı

Aile Hekimini Tanıma	Frekans	%	Kümülatif %
Evet	179	89,5	89,5
Hayır	21	10,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 2.de "hastaların aile hekimlerini tanıyıp tanımadıkları"na ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, toplam 200 katılımcının %89,5'i (179 kişi) evet, %10,5'i (21 kişi) hayır olarak düşüncelerini belirtmiştir. Sonuçlardan yola çıkarak katılımcıların çoğunluğu aile hekimlerini tanıdığı görülmektedir.

Tablo 3. Ankete Katılan Hastaların "Aile Hekimliğine Gitme Sıklığına" İlişkin Dağılımı

Aile Hekimliğine Gitme Sıklığı	Frekans	%	Kümülatif %
Haftada Bir Ya Da Daha Sık	17	8,5	8,5
Ayda Bir	91	45,5	54,0
Altı Ayda Bir	60	30,0	84,0
Yılda Bir Veya Daha Az	32	16,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 3.te aile hekimliğine gitme sıklığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ankete göre, toplam 200 katılımcının %8,5'i (17 kişi) haftada bir, %45,5'i (91 kişi) ayda bir, %30'u

(60 kişi) altı ayda bir, %16'sı (32 kişi) yılda bir veya daha az sıklıkla gitmektedir. Hastaların çoğunluğunun ayda bir kere aile hekimliğine gittiği görülmektedir.

Tablo 4. Hekime Anlaşılmayan Konuların Sorulup Sorulamamasına İlişkin Dağılımı

Hekiminize anlaşılmayan konuların sorulması	Frekans	%	Kümülatif %
Evet	131	65,5	65,5
Bazen	54	27,0	92,5
Hayır	15	7,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Anlaşılmayan Konuların Sorulmama Nedeni	Frekans	%	Kümülatif %
Utangaçlık	26	13,0	37,7
Cevap Alamamak	14	7,0	58,0
Gerekenin Zaten Yapılacağı	24	12,0	92,8
Aile Hekimine Güvenmemek	5	2,5	100,0
Toplam	69	34,5	

Tablo 4.te "hekimin anlaşılmayan soruların sorulup sorulamaması"na ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, toplam 200 katılımcının %65,5'i (131 kişi) evet, %27'si (54 kişi) bazen, %7,5'i (15 kişi) hayır cevabını vermiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak "bazen" ve "hayır" fikrine katılan toplam 69 kişinin aile hekimlerine anlamadıkları soruları sormama nedenleri gösterilmiştir. %13,5'i (26 kişi) utandığını, %7'si (14 kişi) cevap alamayacağını, %12'si (24 kişi) gerekenin zaten yapılacağını, %2,5'i (5 kişi) hekimine güvenmediğini belirtmiştir. Çoğunluk soru sormama nedenlerini "utangaçlık" olarak belirtmişlerdir.

Tablo 5. Hastalara Göre Hekimin Cinsiyetinin İletişimde Bir Problem Oluşturup Oluşturmamasına İlişkin Dağılımı

Hekimin Cinsiyetinin İletişimde Problem Oluşturup Oluşmaması	Frekans	%	Kümülatif %
Evet	32	16,0	16,0
Bazen	66	33,0	49,0
Hayır	102	51,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 5.te katılımcıların "hekimin cinsiyetinin iletişimde bir probleme sebep olup olmadığı"na ilişkin sonuçlar bulunmaktadır. Buna göre, toplam 200 katılımcının %16'sı (32 kişi) evet, %33'ü (66 kişi) bazen, %51'i (102 kişi) hayır cevabını vermiştir. Bu dağılımdan hastaların problemlerini anlatmalarında hekimlerinin cinsiyetinin önem arz etmediği sonucuna varılmıştır.

Tablo 6. Hekimlerin Hastalarına İsimleriyle Hitap Edip Etmediklerine İlişkin Dağılım

Hekimin hastalarına isimleri ile hitap edip etmedikleri	Frekans	%	Kümülatif %
Evet	111	55,5	55,5
Bazen	30	15,0	70,5
Hayır	59	29,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 6.da katılımcıların "hekimlerinin kendilerine isimleriyle hitap edip etmedikleri"ne ilişkin düşünceleri belirtilmiştir. Buna göre, toplam 200 katılımcı düşüncelerini %55,5'i (111 kişi) evet, %15'i (30 kişi) bazen, %29,5'u (59 kişi) hayır olarak belirtmiştir. Bu dağılımdan hekimlerin hastaları ile iletişimde hastalarına çoğunlukla isimleri ile hitap ettiği sonucuna varılmıştır.

Tablo 7. Hastaların Sağlıkları İle İlgili Bir Problem Yaşadıklarında İlk Olarak Nereye Başvurduklarına İlişkin Dağılımı

Hastaların İlk Olarak Nereye Başvurdukları	Frekans	%	Kümülatif %
Aile Hekimliği	153	76,5	76,5
Diğer Sağlık Kuruluşları	47	23,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Aile Hekimliğine Başvuranlar	Frekans	%	Kümülatif %
Aile Hekimine Güvendiğim İçin	40	20,0	26,1
Hasta Geçmişimi Biliyor Olması	38	19,0	51,0
Çevremde de Aynı Hekime Geliyor Olması	10	5,0	57,5
Daha Önceki Hastalıklarımda Olumlu Sonuç Almış Olmam	15	7,5	67,3
Daha Hızlı Ve İyi İletişim Kurabilirim	50	25,0	100,0
Toplam	153	76,5	

Diğer Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlar	Frekans	%	Kümülatif %
Teknik İmkânlar	10	5,0	21,3
Uzmanlık	29	14,5	83,0
Hekimin Taşındığı Sıfat	2	1,0	87,2
Aile Hekimini Tanımıyorum	6	3,0	100,0
Toplam	47	23,5	

Tablo 7.de katılımcıların "sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak nereye başvurduklarına" ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, toplam 200 katılımcıdan %76,5'i (153 kişi) aile hekimini, %23,5'i (47 kişi) diğer sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. 153 kişinin %19'u hekiminin hasta geçmişi biliyor olmasından, %20'si aile hekimine güvendiği için, %5 çevresinin etkisinden, %7,5 daha önceki memnuniyetinden, %25'i aile hekimi ile daha hızlı iletişim kurabildiğinden öncelikle aile hekimini tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Geriye kalan 47 kişinin ise %5'i teknik imkânlardan dolayı, %14,5'u hekimlerin uzmanlıklarından dolayı, %1'i hekimin taşıdığı sıfattan dolayı, %3'ü aile hekimlerini tanımadıklarından dolayı aile hekimini tercih etmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 8. Hekimlerin Hastalarına Karşı Her Zaman Nazik ve Güler Yüzlü Olup Olmadıklarına İlişkin Dağılım

Hekimin Hastalarına Karşı Her Zaman Nazik Ve Güler Yüzlü Olup Olmadığı			
Zaman Nazik Ve Güler Yüzlü Olup Olmadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	96	48,0	48,0
Katılıyorum	67	33,5	81,5
Kararsızım	21	10,5	92,0
Katılmıyorum	10	5,0	97,0
Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Katılımcıların aile hekimlerinin kendilerine karşı "her zaman nazik ve güler yüzlü olup olmadıkları"na ilişkin düşünceleri Tablo 8.de yer almaktadır. Toplam 200 katılımcıdan %48'i (96 kişi) kesinlikle katıldığını, %33,5'i (67 kişi) katıldığını, %10,5'i (21 kişi) kararsız olduğunu, %5'i (10 kişi) katılmadığını, %3'ü (6 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Bu sonuca göre, katılımcıların çoğu aile hekimlerinin nazik ve güler yüzlü oldukları doğrultusunda düşüncelerini belirtmişlerdir.

Tablo 9. Hastalara Göre Hekimlerin Hastalarını Dinlerken İlgili Olup Olmadıklarına Ait Düşüncelerine İlişkin Dağılım

Hekimin İlgili Davranıp Davranmadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	64	32,0	32,0
Katılıyorum	96	48,0	80,0
Kararsızım	21	10,5	90,5
Katılmıyorum	11	5,5	96,0
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Hekimin hastası ile görüşmesi Esnasında Başka Şeylerle İlgilenip ilgilenmediği	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	6	3,0	3,0
Katılıyorum	14	7,0	10,0
Kararsızım	22	11,0	21,0
Katılmıyorum	94	47,0	68,0
Kesinlikle Katılmıyorum	64	32,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 9.da hekim-hasta iletişiminde, "hekimlerin ilgili bir şekilde dinleyip dinlemediklerine ve iletişim esnasında başka unsurlarla ilgilenip ilgilenmedikleri"ne göre hastaların düşünceleri yer almaktadır. Toplam 200 katılımcının %48'i (96 kişi) hekimlerin ilgili davrandığına yer vermiş, toplam 200 katılımcının %47'si (94 kişi) de hekimlerin iletişim esnasında başka unsurlarla ilgilenip ilgilenmediklerine katılmıyorum cevabını vermişlerdir. Buna göre katılımcıların çoğunluğu hekimleri ile iletişimlerinde memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

Tablo 10. Hastaların, Hekimlerin Kişisel Mahremiyete Özen Gösterip Göstermediklerine İlişkin Düşünceleri

Kişisel Mahremiyetime (Muayene Edilirken Varsa Kapının Kapanması, Aradaki Perde Ya Da Paravanın Çekilmesi Gibi) Özen Gösterir.			
	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	85	42,5	42,5
Katılıyorum	92	46,0	88,5
Kararsızım	15	7,5	96,0
Katılmıyorum	6	3,0	99,0
Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 10.da katılımcıların, aile hekimlerinin "kişisel mahremiyete (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterip göstermedikleri" konusundaki düşünceleri bulunmaktadır. Toplam 200 katılımcıdan %42'si (85 kişi) kesinlikle katıldığını, %46'sı (92 kişi) katıldığını, %7,5'i (15 kişi) kararsız olduğunu, %3'ü (6 kişi) katılmadığını, %1'i (2 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Buna göre katılımcıların çoğu aile hekimlerinin kişisel mahremiyete özen gösterdiklerine dair olumlu düşüncelerini belirtmişlerdir.

Tablo 11. Hastaların, Hekimlerin Tıbbi Terimler Kullanıp Kullanmadığına Ait Düşüncelerine İlişkin Dağılımı

Hekimlerin tıbbi terimler kullanıp kullanmaması	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	24	12,0	12,0
Katılıyorum	54	27,0	39,0
Kararsızım	62	31,0	70,0
Katılmıyorum	47	23,5	93,5
Kesinlikle Katılmıyorum	13	6,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 11.de hastalara göre "hekimlerin tıbbi terimler kullanıp kullanmadığı"na ilişkin düşünceler yer almaktadır. Anket sonuçlarına göre toplam 200 katılımcının %12'si (24 kişi) kesinlikle katıldığını, %27'si (54 kişi) katıldığını, %31'i (62 kişi) kararsız olduğunu, %23,5'i (47 kişi) katılmadığını, %6,5'i (13 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Bu veriler ışığında, hekimlerin yüksek sayılabilecek bir oranda tıbbi terimler kullandıkları gözlenmiştir.

Tablo 12. Hekimin Muayene İçin Ayırdığı Zamanın Yeterli Bulunup Bulunmadığına İlişkin Dağılım

Hekimin yeterli zaman ayırıp ayırmadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	46	23,0	23,0
Katılıyorum	75	37,5	60,5
Kararsızım	42	21,0	81,5
Katılmıyorum	32	16,0	97,5
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 12.de hastalara göre "aile hekiminin yeterli zaman ayırıp ayırmadığı"na ilişkin düşünceler yer almaktadır. Bulunan sonuçlara göre toplam 200 katılımcının %23'ü (46 kişi) kesinlikle katıldığını, %37,5'i (75 kişi) katıldığını, %21'i (42 kişi) kararsız olduğunu, %16'sı (32 kişi) katılmadığını, %2,5'u (5 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcılar, muayene için kendilerine ayrılan zamanı yeterli bulmaktadırlar.

Tablo 13. Hekimlerin Hastaların Şikâyetlerini Anlamak İçin Yeterli Ve Anlaşılır Sorular Sorup Sormadıklarına İlişkin Dağılım

Hekimin Hastalarının Şikâyetlerini Anlamak İçin Yeterli Ve Anlaşılır Sorular Sorup Sormadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	49	24,5	24,5
Katılıyorum	92	46,0	70,5
Kararsızım	25	12,5	83,0
Katılmıyorum	26	13,0	96,0
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 13.te "hekimlerin hastalarının şikâyetlerini anlamak için yeterli ve anlaşılır sorular sorup sormadıkları"na ait katılımcıların düşüncelerine yer verilmiştir. Buna göre, toplam 200 katılımcının %24,5'ü (49 kişi) kesinlikle katıldığını, %46 (92 kişi) katıldığını, %12,5'i (25 kişi) kararsız olduğunu, %13'sü (26 kişi) katılmadığını, %4'u (8 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun düşünceleri hekimlerinin şikâyetlerini anlamak için anlaşılır sorular sordukları yönündedir.

Tablo 14. Hekimlerin Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Yeterli Bilgilendirmeyi Yapıp Yapmadıklarına İlişkin Dağılım

Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Yeterli Bilgilendirmenin yapıp yapılmadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	52	26,0	26,0
Katılıyorum	87	43,5	69,5
Kararsızım	30	15,0	84,5
Katılmıyorum	16	8,0	92,5
Kesinlikle Katılmıyorum	15	7,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 14.te "hekimlerin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp yapmadıkları" hakkında katılımcıların düşünceleri yer almaktadır. Buna göre

toplam 200 katılımcının %26'ü (52 kişi) kesinlikle katıldığını, %43,5 (87 kişi) katıldığını, %15'i (30 kişi) kararsız olduğunu, %8'si (16 kişi) katılmadığını, %7,5'u (15 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu hekimlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yaptıklarını ifade etmiştir.

Tablo 15. Hekimlerin Kullanılması Gereken İlaçlar Hakkında Yeterli Bilgilendirmeyi Yapıp Yapmadıklarına İlişkin Dağılım

Kullanılması Gereken İlaçlar Hakkında Bilgilendirme Yapılıp Yapılmadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	54	27,0	27,0
Katılıyorum	101	50,5	77,5
Kararsızım	29	14,5	92,0
Katılmıyorum	12	6,0	98,0
Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 15.te "hekimlerin kullanılması gereken ilaçlar hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp yapmadıkları"na ilişkin hastaların düşüncelerine yer verilmiştir. Buna göre, toplam 200 katılımcının %27'ü (54 kişi) kesinlikle katıldığını, %50 (101 kişi) katıldığını, %14,5'i (29 kişi) kararsız olduğunu, %6'sı (12 kişi) katılmadığını, %2'u (4 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu hekimlerin, kullanılması gereken ilaçlar hakkında yeterli bilgilendirmeyi yaptıkları yönünde fikirlerini belirtmişlerdir.

Tablo 16. Hekimlerin Bazı Hastalara Ayrıcalıklı Davranıp Davranmadıklarına İlişkin Dağılım

Bazı Hastalara Ayrıcalıklı Davranılıp Davranılmadığına Göre	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	36	18,0	18,0
Katılıyorum	69	34,5	52,5
Kararsızım	55	27,5	80,0
Katılmıyorum	32	16,0	96,0
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 16.da "hekimlerin bazı hastalara ayrıcalıklı davranıp davranmadıkları"na ilişkin hastaların düşünceleri yer almaktadır. Buna göre toplam 200 katılımcının %18'i (36 kişi) kesinlikle katıldığını, %34,5 (69 kişi) katıldığını, %27,5'i (55 kişi) kararsız olduğunu, %16'sı (32 kişi) katılmadığını, %4'ü (8 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Hastaların çoğunluğu bu önermeye katıldıklarını belirtmiştir. Yani hastalar hekimlerin ayrıcalıklı davrandıklarını düşünmektedirler.

Tablo 17. Hekimin Davranışında Sosyal Durumun Etkili Olup Olmadığına İlişkin Katılımcıların Düşünceleri

Hekimin Davranışında Sosyal Durumun (Ekonomik Durum, Giyim, Dış Görünüş, v.b) Etkili Olup Olmadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	8	4,0	4,0
Katılıyorum	21	10,5	14,5
Kararsızım	25	12,5	27,0
Katılmıyorum	99	49,5	76,5
Kesinlikle Katılmıyorum	47	23,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 17.de "hekimlerin davranışlarında sosyal durumun (ekonomik durum, giyim, dış görünüş, vb) etkili olup olmadığı"na ilişkin hastaların düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, toplam 200 katılımcının %4'ü (8 kişi) kesinlikle katıldığını, %10,5 (21 kişi) katıldığını, %12,5'i (25 kişi) kararsız olduğunu, %49,5'sı (99 kişi) katılmadığını,

%23,5'u (47 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcılar, hekimin davranışında sosyal durumun (ekonomik durum, giyim, dış görünüş, v.b) etkili olmadığı yönünde düşüncelerini belirtmişlerdir.

Tablo 18. Katılımcıların Muayene Sonrası Herhangi Bir Sorun Yaşadıklarında Hekimleri İle Her Zaman İletişim Kurup Kuramadıklarına Ait Düşünceleri

Muayene Sonrası Herhangi Bir Sorun Yaşanıldığında Her Zaman İletişim kurulup kurulamadığı			
	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	41	20,5	20,5
Katılıyorum	76	38,0	58,5
Kararsızım	52	26,0	84,5
Katılmıyorum	22	11,0	95,5
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 18.de "katılımcıların muayene sonrası herhangi bir sorun yaşadıklarında hekimlerini her zaman arayıp arayamadıkları"na ait düşünceleri yer almaktadır. Buna göre toplam 200 katılımcının %20,5'ü (41 kişi) kesinlikle katıldığını, %38 (76 kişi) katıldığını, %26 (52 kişi) kararsız olduğunu, %11'si (22 kişi) katılmadığını, %4,5'u (9 kişi) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun düşünceleri her zaman hekimlerini arayabilecekleri yönündedir.

Tablo 19. Katılımcıların Yapılan Tahlil ve Tetkikler, Bekleme Süresinden Memnun Olup Olmadıklarına İlişkin Dağılımı

Yapılan Tahlil Ve Tetkikler, Bekleme Süresinden Memnuniyet			
	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	34	17,0	17,0
Katılıyorum	104	52,0	69,0
Kararsızım	45	22,5	91,5
Katılmıyorum	11	5,5	97,0
Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,0	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 19.da "katılımcıların yapılan tahlil ve tetkikler, bekleme süresinden memnun olup olmadıklarına" ait veriler yer almaktadır. Buna göre toplam 200 katılımcının %17'si (34 kişi) kesinlikle katıldığını, %52 (104 kişi) katıldığını, %22,5'i (45 kişi) kararsız olduğunu, %5,5'i (11 kişi) katılmadığını, %3'u (6 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda katılımcılar yapılan tahlil ve tetkikler, bekleme süresinden memnuniyetlerini belirtmişlerdir.

Tablo 20. Katılımcıların ASM' lerin Ulaşılabilirliğinden Memnun Olup Olmadıklarına İlişkin Dağılım

ASM' lerin Ulaşılabilirliğine Ait Memnuniyet	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	67	33,5	33,5
Katılıyorum	113	56,5	90,0
Kararsızım	12	6,0	96,0
Katılmıyorum	7	3,5	99,5
Kesinlikle Katılmıyorum	1	5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 20.de "katılımcıların asm' lerin ulaşılabilirliğinden memnun olup olmadıkları" hususundaki düşüncelerine ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. Buna göre, toplam 200 katılımcının %33,5'ü (67 kişi) kesinlikle katıldığını, %56,5'i (113 kişi) katıldığını, %6'sı (12 kişi) kararsız olduğunu, %3,5'i (7 kişi) katılmadığını, %5'u (1 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda ASM' lerin ulaşılabilirliği katılımcılarca memnuniyet verici olduğu kanaatindedirler.

Tablo 21. Katılımcıların “Sağlığımla İlgili Bir Problemimi Önce Aile Hekimimle Paylaşırım, Çünkü Kendime Daha Yakın Bulurum.” Önermesine Ait Düşünceleri

Aile Hekimlerinin ilk sağlık problemini paylaşılacak kadar yakın bulunup bulunmadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	52	26,0	26,0
Katılıyorum	87	43,5	69,5
Kararsızım	40	20,0	89,5
Katılmıyorum	16	8,0	97,5
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,5	100,0
Toplam	200	100,0	

Tablo 21.de katılımcıların “sağlığımla ilgili bir problemimi önce aile hekimimle paylaşırım, çünkü kendime daha yakın bulurum” önermesine ait düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, toplam 200 katılımcının %26’sı (52 kişi) kesinlikle katıldığını, %43,5’i (87 kişi) katıldığını, %20’si (40 kişi) kararsız olduğunu, %8’i (16 kişi) katılmadığını, %2,5’i (5 kişi) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Çoğunluk bu önermeye katıldığını belirterek, aile hekimleri ile daha iyi iletişim kurabildikleri sonucuna varılmıştır.

4.5.2. Hastalara Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Hipotez Ve Çapraz Tabloları

Hipotez 1: Eğitim Düzeyinin Aile Hekimliğine Gidilme Sıklığı Üzerinde Yaratacağı Etkinin İncelenmesi

H₀: Eğitim düzeyine göre dağılım ile aile hekimliğine gitmek sıklığı arasında bir ilişki yoktur.

H₁: Eğitim düzeyine göre dağılım ile aile hekimliğine gitmek sıklığı arasında bir ilişki vardır.

Tablo 22. Eğitim Düzeyinin Aile Hekimliğine Gidilme Sıklığı Üzerinde Yaratacağı Etkinin İncelenmesine İlişkin Dağılım

Çapraz Tablo			Aile hekimliğine gitme sıklığı				
			Haftada Bir Ya Da Daha Sık	Ayda Bir	Altı Ayda Bir	Yılda Bir Veya Daha Az	Toplam
Eğitim Düzeyi	Okur Yazar	Gözlenen Değer	0	9	1	2	12
		Beklenen Değer	1,0	5,5	3,6	1,9	12,0
	İlkokul-Orta Okul	Gözlenen Değer	11	9	10	8	38
		Beklenen Değer	3,2	17,3	11,4	6,1	38,0
	Lise Ve Dengi	Gözlenen Değer	2	35	22	6	65
		Beklenen Değer	5,5	29,6	19,5	10,4	65,0
	Üniversite Ve Üzeri	Gözlenen Değer	4	38	27	16	85
		Beklenen Değer	7,2	38,7	25,5	13,6	85,0
	Toplam	Gözlenen Değer	17	91	60	32	200
		Beklenen Değer	17,0	91,0	60,0	32,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Taraflı)
Pearson Ki-Kare	36,030 ^a	9	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	32,225	9	,000
Linear İlişki	2,505	1	,113
Olgu	200		

Çapraz tabloda üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde bulunan hastalar ayda bir aile hekimliğine gitmekte olduğu belirtilerek, ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ki-Kare test sonuçlarına göre $p=0,000$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyaslamamız gerekmektedir. Gerçekleşen p-değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,000 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Dolayısıyla, "eğitim düzeyinin değişmesi ile aile hekimliğine gidilme sıklığı" değişmektedir.

Hipotez 2: Yaşa Göre Dağılım İle Hekimin Cinsiyetinin İletişimde Problem Oluşturup Oluşturmadığı Arasında Bir İlişki Olup Olmadığına Ait Dağılım

H_0 : Yaşa göre dağılım ile hekimin cinsiyetinin iletişimi etkileyip etkilemediği arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaşa göre dağılım ile hekimin cinsiyetinin iletişimi etkileyip etkilemediği arasında bir ilişki vardır.

Tablo 23. Yaşa Göre Dağılım İle Hekimin Cinsiyetinin İletişimde Problem Oluşturup Oluşturmadığına İlişkin Dağılım

Çapraz Tablo			Hekimin Cinsiyetinin iletişimi etkileyip etkilemediği			Toplam	
			Evet	Bazen	Hayır		
Yaş	18-30	Gözlenen Değer	15	18	16	49	
		Beklenen Değer	7,8	16,2	25,0	49,0	
	31-40	Gözlenen Değer	3	14	25	42	
		Beklenen Değer	6,7	13,9	21,4	42,0	
	41-50	Gözlenen Değer	6	9	20	35	
		Beklenen Değer	5,6	11,6	17,9	35,0	
	51 Ve Üzeri	Gözlenen Değer	8	25	41	74	
		Beklenen Değer	11,8	24,4	37,7	74,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	32	66	102	200
			Beklenen Değer	32,0	66,0	102,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	15,031 ^a	6	,020
En Çok Olabilirlik Oranı	14,807	6	,022
Linear İlişki	6,452	1	,011
Olgu	200		

Çapraz tabloda yaşa göre dağılım ile hekimin cinsiyetinin iletişimde problem oluşturup oluşturmadığı arasında bir ilişki olup olmadığına ait veriler gösterilmektedir. Ki-Kare test sonuçlarına göre $p=0,020$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımızda, gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,02 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Yani bu nitelikler birbirinden bağımsız değildir. Buna göre, 18-30 yaş grubundaki hastalar hekimleri ile iletişim kurarken hekimlerinin cinsiyetleri iletişim kurmalarını etkilerken, diğer yaş grubundaki hastalar hekimleri ile iletişim kurarken hekimin cinsiyetini önemsememektedir.

Hipotez 3: Yaşa Göre Dağılım İle “Sağlığımla İlgili Bir Problemimi Önce Aile Hekimimle Paylaşıyorum, Çünkü Kendime Daha Yakın Bulurum.” Önermesi Arasında Bir İlişkinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Yaşa göre dağılım ile “Sağlığımla ilgili bir problemimi önce aile hekimimle paylaşırım, çünkü kendime daha yakın bulurum.” Önermesi arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaşa göre dağılım ile “Sağlığımla ilgili bir problemimi önce aile hekimimle paylaşırım, çünkü kendime daha yakın bulurum.” Önermesi arasında bir ilişki vardır.

Tablo 24. Yaşa Göre Dağılım İle Aile Hekimlerinin Sağlık Problemini Paylaşılacak Kadar Yakın Bulunup Bulunmadığı Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			Yaş				Toplam	
			18-30	31-40	41-50	51 Ve Üzeri		
Aile Hekimlerinin Sağlık Problemini Paylaşılacak Kadar Yakın Bulunup Bulunmadığı	Kesinlikle Katılıyorum	Gözlenen Değer	13	11	12	16	52	
		Beklenen Değer	12,7	10,9	9,1	19,2	52,0	
	Katılıyorum	Gözlenen Değer	13	18	19	37	87	
		Beklenen Değer	21,3	18,3	15,2	32,2	87,0	
	Kararsızım	Gözlenen Değer	14	11	3	12	40	
		Beklenen Değer	9,8	8,4	7,0	14,8	40,0	
	Katılmıyorum	Gözlenen Değer	5	2	1	8	16	
		Beklenen Değer	3,9	3,4	2,8	5,9	16,0	
	Kesinlikle Katılmıyorum	Gözlenen Değer	4	0	0	1	5	
		Beklenen Değer	1,2	1,1	,9	1,9	5,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	49	42	35	74	200
			Beklenen Değer	49,0	42,0	35,0	74,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Taraflı)
Pearson Ki-Kare	12,209 ^a	4	,016
En Çok Olabilirlik Oranı	10,918	4	,028
Linear İlişki	1,893	1	,169
Olgu	200		

Çapraz tabloda yaşa göre dağılım ile “sağlığımla ilgili bir problemimi önce aile hekimimle paylaşırım, çünkü kendime daha yakın bulurum” önermesi arasında bir ilişki olup olmadığı gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,016$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,016 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir ve ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Önermeye “katılıyorum” cevabını veren 51 ve üzeri yaş grubundakilerin sayısal olarak üstünlüğü görülmektedir. 51 ve üzeri yaş grubundakiler sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimlerine başvurmaktadırlar. Yani, bu niteliklerin birbirinden bağımsız olmadığı görülmektedir.

Hipotez 4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı İle Hekimlerine Anlaşılmayan Konuların Sorulup Sorulamaması Arasında Bir İlişkinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H₀: Cinsiyetlerine göre dağılımı ile hekimlerine anlaşılmayan konuların sorulup sorulamaması arasında bir ilişki yoktur.

H₁: Cinsiyetlerine göre dağılımı ile hekimlerine anlaşılmayan konuların sorulup sorulamaması arasında bir ilişki vardır.

Tablo 25. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı İle Hekimlerine Anlaşılmayan konuların Sorulup Sorulamaması Arasındaki ilişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			Hekime anlaşılmayan konuların sorulması			Toplam
			Evet	Bazen	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Gözlenen Değer	83	35	4	122
		Beklenen Değer	79,9	32,9	9,2	122,0
	Erkek	Gözlenen Değer	48	19	11	78
		Beklenen Değer	51,1	21,1	5,9	78,0
Toplam		Gözlenen Değer	131	54	15	200
		Beklenen Değer	131,0	54,0	15,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	8,069 ^a	2	,018
En Çok Olabilirlik Oranı	7,916	2	,019
Linear İlişki	3,607	1	,058
Olgu	200		

Çapraz tabloda hastaların hekimlerine anlaşılmayan konuların sorulup sorulamamasında cinsiyetlerinin etkili olduğu gösterilmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,018$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,018 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir ve ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yani bu niteliklerin birbirinden bağımsız olmadığı gösterilmektedir. Buna göre, hekime istenilen soruların sorulup sorulamaması durumunda “evet” cevabı çoğunlukta ve kadın hastaların %79,9’u; erkek hastaların ise %51,1’i bu cevap üzerinde etkilidir.

Hipotez 5: Hekim-Hasta Görüşmesinde Hekimin Hastaya İlgili Davranmasının, Aile Hekimliğinin Tercih Edilen İlk Yer Olup Olması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

H_0 : Hekimin hastaya ilgili davranmasının; aile hekimliğinin tercih edilen ilk yer olup olması arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimin hastaya ilgili davranmasının; aile hekimliğinin tercih edilen ilk yer olup olması arasında bir ilişki vardır.

Tablo 26. Hekimin Hastaya İlgili Davranmasının; Aile Hekimliğinin Tercih Edilen İlk Yer Olup Olmaması Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			İlk Başvurulan Yer		Toplam	
			Aile Hekimliği	Diğer Sağlık Kuruluşları		
Hekimin Hastasına İlgili Göstermesi	Kesinlikle Katılıyorum	Gözlenen Değer	54	10	64	
		Beklenen Değer	49,0	15,0	64,0	
	Katılıyorum	Gözlenen Değer	80	16	96	
		Beklenen Değer	73,4	22,6	96,0	
	Kararsızım	Gözlenen Değer	12	9	21	
		Beklenen Değer	16,1	4,9	21,0	
	Katılmıyorum	Gözlenen Değer	6	5	11	
		Beklenen Değer	8,4	2,6	11,0	
	Kesinlikle Katılmıyorum	Gözlenen Değer	1	7	8	
		Beklenen Değer	6,1	1,9	8,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	153	47	200
			Beklenen Değer	153,0	47,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	30,255 ^a	4	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	26,248	4	,000
Linear İlişki	23,636	1	,000
Olgu	200		

Çapraz tabloda hekimin hastaya ilgi göstermesinin, sağlıkla ilgili bir problemin yaşanılması durumunda aile hekimliğinin ya da diğer sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi arasında bir ilişki olup olmadığı gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir ve ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta, diğer bir ifadeyle bu niteliklerin birbirinden bağımsız olmadığı gösterilmektedir. Buna göre hekimin ilgili davranmasının, aile hekimliğinin tercih edilmesi üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Hipotez 6: Hekimlerin Muayene İçin Ayırdıkları Zamanın, Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Yeterli Bilgilendirmenin Yapılıp Yapılmadığı Üzerinde Bir Etkisinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hekimlerin muayene için ayırdıkları zamanın, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılp yapılmadığı üzerinde bir etkisi yoktur.

H_1 : Hekimlerin muayene için ayırdıkları zamanın, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılp yapılmadığı üzerinde bir etkisi vardır.

Tablo 27. Hekimlerinin Muayene İçin Ayırdıkları Zamanın, Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Yeterli Bilgilendirmenin Yapılıp Yapılmadığı Üzerindeki Etkisinin Dağılımı

Çapraz Tablo			Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Yeterli Bilgilendirmenin Yapılması					Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Hastalara ayrılan zamanın yeterli bulunması	Kesinlikle Katılıyorum	G.D	23	11	9	2	1	46
		B.D	12,0	20,0	6,9	3,7	3,5	46,0
	Katılıyorum	G.D	16	42	7	4	6	75
		B.D	19,5	32,6	11,3	6,0	5,6	75,0
	Kararsızım	G.D	7	14	9	7	5	42
		B.D	10,9	18,3	6,3	3,4	3,2	42,0
	Katılmıyorum	G.D	5	17	4	3	3	32
		B.D	8,3	13,9	4,8	2,6	2,4	32,0
	Kesinlikle Katılmıyorum	G.D	1	3	1	0	0	5
		B.D	1,3	2,2	,8	,4	,4	5,0
	Toplam	G.D	52	87	30	16	15	200
		B.D	52,0	87,0	30,0	16,0	15,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	35,211 ^a	16	,004
En Çok Olabilirlik Oranı	34,712	16	,004
Linear İlişki	6,617	1	,010
Olgu	200		

Çapraz tabloda, hastaların hekimlerinin muayene için ayırdıkları zamanın hekimlerin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp yapmadıkları üzerinde bir ilişkinin olup olmadığı gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,004$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,004 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir ve ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve bu niteliklerin birbirinden bağımsız olmadığı gösterilmektedir. Buna göre hastaların hekimlerinin muayene için ayırdıkları zamanı yeterli bulmaları durumunda hekimlerin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yaptıkları konusunda olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Hipotez 7: Hastaların Aile Hekimlerini Tanımalarının; Sağlıkları İle İlgili Bir Problem Yaşadıklarında İlk Olarak Aile Hekimliğini Tercih Etmeleri Arasında Bir İlişkinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hastaların aile hekimlerini tanımalarının; sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastaların aile hekimlerini tanımalarının; sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında bir ilişki vardır.

Tablo 28. Hastaların Aile Hekimlerini Tanımalarının, Sağlıkları İle İlgili Bir Problem Yaşadıklarında İlk Olarak Aile Hekimliğini Tercih Etmeleri Arasında ki İlişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			İlk Başvurulan Yer		Toplam
			Aile Hekimliği	Diğer Sağlık Kuruluşları	
Aile Hekimini Tanıma	Evet	Gözlenen Değer	144	35	179
		Beklenen Değer	136,9	42,1	179,0
	Hayır	Gözlenen Değer	9	12	21
		Beklenen Değer	16,1	4,9	21,0
Toplam		Gözlenen Değer	153	47	200
		Beklenen Değer	153,0	47,0	200,0

K-Kare Testi

	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	14,772 ^a	1	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	12,513	1	,000
Linear İlişki	14,699	1	,000
Olgu	200		

Çapraz tabloda, katılımcıların aile hekimlerini tanımalarının; sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında bir ilişkinin olup olmadığının analizi gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu, iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermekte ve hastaların aile hekimlerini tanımalarının, sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Hipotez 8: Hastaların Aile Hekimlerini Tanımalarının, Muayene Sonrası Herhangi Bir Sorun Yaşadıklarında Her Zaman iletişim kurup kuramadıkları Üzerinde Bir Etkisinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hastaların Aile Hekimlerini Tanımalarının; Muayene Sonrası Herhangi Bir Sorun Yaşadıklarında Her Zaman iletişim kurup kuramadıkları Üzerinde Bir Etkisi yoktur.

H_1 : Hastaların Aile Hekimlerini Tanımalarının; Muayene Sonrası Herhangi Bir Sorun Yaşadıklarında Her Zaman iletişim kurup kuramadıkları Üzerinde Bir Etkisi vardır

Tablo 29. Hastaların Aile Hekimlerini Tanımalarının, Muayene Sonrası Herhangi Bir Sorun Yaşadıklarında Her Zaman İletişim Kurup Kuramadıklarına İlişkin Dağılımı

Çapraz Tablo			Aile Hekimini Tanıma		Toplam
			Evet	Hayır	
Muayene Sonrası Herhangi Bir Sorun Yaşanıldığında Her Zaman İletişim Kurulup Kurulamayacağı	Kesinlikle Katılıyorum	Gözlenen Değer	39	2	41
		Beklenen Değer	36,7	4,3	41,0
	Katılıyorum	Gözlenen Değer	71	5	76
		Beklenen Değer	68,0	8,0	76,0
	Kararsızım	Gözlenen Değer	40	12	52
		Beklenen Değer	46,5	5,5	52,0
	Katılmıyorum	Gözlenen Değer	21	1	22
		Beklenen Değer	19,7	2,3	22,0
	Kesinlikle Katılmıyorum	Gözlenen Değer	8	1	9
		Beklenen Değer	8,1	,9	9,0
	Toplam	Gözlenen Değer	179	21	200
		Beklenen Değer	179,0	21,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	12,209 ^a	4	,016
En Çok Olabilirlik Oranı	10,918	4	,028
Linear İlişki	1,893	1	,169
Olgu	200		

Çapraz tabloda, hastaların aile hekimlerini tanımalarının; muayene sonrası herhangi bir sorun yaşadıklarında her zaman iletişim kurup kuramadıklarına ilişkin düşüncelerinin analizi gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,016$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,016 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu sonuç iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadıklarını göstermektedir. Bu durumda, hastaların aile hekimlerini tanımalarının; muayene sonrası herhangi bir sorun yaşadıklarında her zaman hekimleri ile iletişim kurup kuramayacakları üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Hipotez 9: Hastaların, Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Yeterli Bilgilendirilmeleri Konusundaki Düşüncelerinin, İlk Olarak Aile Hekimliğini Tercih Etmeleri Üzerinde Bir Etkisinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hastaların, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirilmeleri konusundaki düşüncelerinin; ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri üzerinde bir etkisi yoktur.

H_1 : Hastaların, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirilmeleri konusundaki düşüncelerinin; ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri üzerinde bir etkisi vardır.

Tablo 30. "Hastaların, Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Yeterli Bilgilendirilmeleri" konusundaki düşüncelerinin, İlk Olarak Aile Hekimliğini Tercih Etmeleri Üzerindeki Etkisinin Dağılımı

Çapraz Tablo			İlk Başvurulan Yer		Toplam	
			Aile Hekimliği	Diğer Sağlık Kuruluşları		
Teşhis Ve Tedavi Yöntemleri Hakkında Bilgilendirilme	Kesinlikle Katılıyorum	Gözlenen Değer	45	7	52	
		Beklenen Değer	39,8	12,2	52,0	
	Katılıyorum	Gözlenen Değer	75	12	87	
		Beklenen Değer	66,6	20,4	87,0	
	Kararsızım	Gözlenen Değer	23	7	30	
		Beklenen Değer	23,0	7,1	30,0	
	Katılmıyorum	Gözlenen Değer	10	6	16	
		Beklenen Değer	12,2	3,8	16,0	
	Kesinlikle Katılmıyorum	Gözlenen Değer	0	15	15	
		Beklenen Değer	11,5	3,5	15,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	153	47	200
			Beklenen Değer	153,0	47,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	58,049 ^a	4	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	53,439	4	,000
Linear İlişki	40,439	1	,000
Olgu	200		

Çapraz tabloda, katılımcıların hekimin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp yapmadığı konusunda düşüncelerinin, sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında bir ilişkinin olup olmadığı gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde, gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre aile hekiminin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp yapmadığı konusunda %66,6 çoğunluk ile katılıyorum cevabını verenlerin, sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Hipotez 10: Hekimin Hastalarına Karşı Her Zaman Nazik Ve Güler Yüzlü Olmasının, Hastaların İlk Olarak Aile Hekimliğini Tercih Etmeleri Arasında Bir İlişkinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hekimin hastalarına karşı her zaman nazik ve güler yüzlü olmasının; hastaların sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimin hastalarına karşı her zaman nazik ve güler yüzlü olmasının; hastaların sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında bir ilişki vardır.

Tablo 31. Hekimin Hastalarına Karşı Her Zaman Nazik Ve Güler Yüzlü Olmasının, Hastaların İlk Olarak Aile Hekimliğini Tercih Etmeleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			İlk olarak başvuru alan kurum		Toplam	
			Aile Hekimliği	Diğer Sağlık Kuruluşları		
Hekimin Her Zaman Nazik Ve Güler Yüzlü olup olmaması	Kesinlikle Katılıyorum	Gözlenen Değer	82	14	96	
		Beklenen Değer	73,4	22,6	96,0	
	Katılıyorum	Gözlenen Değer	52	15	67	
		Beklenen Değer	51,3	15,7	67,0	
	Kararsızım	Gözlenen Değer	15	6	21	
		Beklenen Değer	16,1	4,9	21,0	
	Katılmıyorum	Gözlenen Değer	1	9	10	
		Beklenen Değer	7,7	2,4	10,0	
	Kesinlikle Katılmıyorum	Gözlenen Değer	3	3	6	
		Beklenen Değer	4,6	1,4	6,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	153	47	200
			Beklenen Değer	153,0	47,0	200,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	31,535 ^a	4	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	27,135	4	,000
Linear İlişki	20,794	1	,000
Olgu	200		

Çapraz tabloda, hekimin hastalarına karşı her zaman nazik ve güler yüzlü olmasının, hastaların sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri arasında bir ilişki olup olmadığı gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre, hekimin hastalarına karşı her zaman nazik ve güler yüzlü olmasına %73,4 çoğunlukla “kesinlikle katılıyorum” olarak cevaplayan hastaların, sağlıkları ile ilgili bir problem yaşadıklarında ilk olarak aile hekimliğini tercih etmeleri üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu gösterilmektedir.

4.5.3. Aile Hekimlerine Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Frekans Tabloları.

Tablo 32. Ankete Katılan Aile Hekimlerinin Demografik Özellikleri

Cinsiyete Göre Dağılım	Frekans	%	Kümülatif %
Kadın	29	29,0	29,0
Erkek	71	71,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Yaşa Göre Dağılım	Frekans	%	Kümülatif %
18-30	8	8,0	8,0
31-40	38	38,0	46,0
41-50	32	32,0	78,0
51 Ve Üzeri	22	22,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Ankete katılan katılımcıların demografik özellikleri dikkate alınarak hazırlanan tablo 32.de gösterilmektedir. 100 aile hekimiyle görüşüldüğü için yüzdeler aynı zamanda kişi sayılarını da vermektedir. Bu durumda ankete katılan aile hekimlerinin 29'u kadın, 71'i erkektir. 8'i 18-30 yaş grubunda, 38'i 31-40 yaş grubunda, 32'si 41-50 yaş grubunda ve 22'si 51 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Buna göre, çoğunluğu 31-40 yaş grubundaki erkek hekimlerden oluşmaktadır.

Tablo 33. Ankete Katılan Aile Hekimlerinin Daha Önce Herhangi Bir Hasta Ya Da Hasta Yakınıyla Olumsuz Bir İletişim Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Dağılım

Herhangi Bir Hasta İle			
Olumsuz Bir İletişim Yaşanıp Yaşanılmaması	Frekans	%	Kümülatif %
Evet	63	63,0	63,0
Hatırlamıyorum	15	15,0	78,0
Hayır	22	22,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 33.te aile hekimlerinin "daha önce herhangi bir hasta ile olumsuz bir iletişim yaşayıp yaşamadıkları"na ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre, toplam 100 katılımcının 63'ü evet, 15'i hatırlamıyorum, 22'si hayır seçeneğini işaretlemiştir. 63'lük bir çoğunlukla aile hekimleri hasta veya hasta yakınlarıyla bir iletişim sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 34. Aile Hekimlerine Göre Hastaların Kendilerine Yaklaşım Durumuna İlişkin Dağılım

Hastaların Aile Hekimlerine Yaklaşımı			
	Frekans	%	Kümülatif %
Çok İyi	6	6,0	6,0
İyi	73	73,0	79,0
Fikrim Yok	6	6,0	85,0
Kötü	15	15,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 34.de aile hekimlerinin genel olarak "hastaların kendilerine yaklaşımını nasıl buldukları"na ilişkin bilgiler yer almaktadır. Toplam 100 katılımcı düşüncelerini %6'sı çok iyi, 73'ü iyi, 6'sı ile fikrim yok, 15'i kötü olarak belirtmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak hekimler hastalarının kendilerine yaklaşımlarını iyi olarak değerlendirmiştir.

Tablo 35. Hekimlerin Hastaları İle İletişimlerinde Tıbbi Terimler Kullanıp Kullanmadıklarına İlişkin Dağılım

Hastalar ile iletişimde			
Tıbbi Terimler Kullanılması	Frekans	%	Kümülatif %
Evet, Kısmen	71	71,0	71,0
Hayır	29	29,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 35.te "hekimlerin hastaları ile iletişimlerinde tıbbi terimler kullanıp kullanmadıkları"na ait düşüncelerine yer verilmiştir. Buna göre, toplam 100 hekimin 71'i evet kısmen, 29'u hayır cevabını vermiştir. Bu dağılımdan hekimlerin hastaları ile iletişimlerinde genel olarak tıbbi terimler kullandıkları sonucuna varılmıştır.

Tablo 36. Hekimlerin Türkiye'de Hekim-Hasta İletişiminde Sorun(lar) Olup Olmadığına İlişkin Düşünceleri

Türkiye'de Hekim-Hasta İletişiminde Sorunlar Olup Olmadığının Düşünülmesi			
İletişiminde Sorunlar Olup Olmadığına İlişkin Düşünceleri	Frekans	%	Kümülatif %
Evet, Kesinlikle	35	35,0	35,0
Evet, Kısmen	65	65,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 36.da hekimlerin "Türkiye'de hekim-hasta iletişiminde sorun(lar) olup olmadığı" hususundaki düşüncelerine ilişkin sonuçlar gösterilmektedir. Buna göre, toplam 100 hekimin 35'i evet-kesinlikle seçeneğini işaretleyerek iletişimde kesinlikle sorun(lar) olduğunu belirtmiş, 65'i ise evet-kısmen, seçeneğini işaretlemiştir. Bu soruya hayır cevabını veren hekim olmamıştır.

Tablo 37. Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Eğitim Almaları Hakkındaki Düşünceleri Ve Sonuçlarına İlişkin Dağılım

Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Eğitim Almaları Gerekip Gerekmediği Hakkındaki Düşünceleri			
	Frekans	%	Kümülatif %
Evet	61	61,0	61,0
Fikrim Yok	4	4,0	65,0
Hayır	35	35,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Yukarıda Ki Soruya Evet Diyen Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Ki Eğitimi Ne Zaman Almaları Gerektiği Konusundaki Düşünceleri			
	Frekans	%	Kümülatif %
Mezuniyet Öncesi	24	24,0	39,3
Mezuniyet Sonrası	4	4,0	45,9
Hem Mezuniyet Öncesi Hem De Mezuniyet Sonrası	33	33,0	100,0
Toplam	61	61,0	

Tablo 37.de "hekimlerin iletişim becerileri konusunda eğitim almaları hakkındaki düşünceleri ve sonuçlarına ilişkin düşünceleri" yer almaktadır. Buna göre, toplam 100 hekimin 61'i iletişim becerileri konusunda eğitim alınması gerektiğine olumlu yanıt vermiş, 4'ü fikri olmadığını belirtmiş, 35'i ise hayır cevabını vermiştir. Olumlu yanıt veren 61 çoğunluğun 24'ü mezuniyet öncesi verilmesi gerektiğini, 4'ü mezuniyet sonrası, 33'ü ise hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası iletişim becerileri konusunda eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 38. Hekimlerin Hekim-Hasta Görüşmesinde İletişimi Engelleyen/Bozan En Önemli Unsur(lar) Ne Olduğuna İlişkin Düşünceleri

Hekim-Hasta Görüşmesinde;			
Hekimler İçin İletişimi Engelleyen/Bozan En Önemli Unsur	Frekans	%	Kümülatif %
Zaman Kısıtlılığı	38	38,0	38,0
Sosyokültürel Farklılık	36	36,0	74,0
Ağır İş Yükü	14	14,0	88,0
Diğer.	12	12,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 38.de "hekimlerin hekim-hasta görüşmesinde iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsur(lar) ne olduğuna ilişkin düşünceleri" yer almaktadır. Bu durumda, toplam 100 hekimin 38'i iletişimde engel olarak zaman kısıtlılığını görmektedir. 36'sı sosyokültürel farklılıkların etkili olduğunu, 14'ü hekimlerin ağır iş yükünün etkili olduğunu düşünmüş, 12'si ise diğer seçeneğini işaretleyerek hastaların görüşmelere önyargılı bir şekilde geldiklerini ya da hem hekimden hem de hastalardan kaynaklanan ön yargıların iletişimde engellere yol açtığını belirtmiştir.

Tablo 39. Aile Hekimlerinin Kendileri İçin İletişimle İlgili Seminer, Konferans vb. Etkinliklere İhtiyaç Olup Olmadığına İlişkin Düşünceleri

Aile Hekimleri İçin İletişimle İlgili Seminer, Konferans Vb. Etkinliklere İhtiyaç olup olmadığı			
	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	27	27,0	27,0
Katılıyorum	42	42,0	69,0
Kararsızım	17	17,0	86,0
Katılmıyorum	14	14,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 39.de aile hekimlerinin kendileri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. etkinliklere ihtiyaç olup olmadığına ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, toplam 100 hekimin 27'si aile hekimlerinin iletişimle ilgili seminer, konferans gibi

etkinliklere ihtiyaçları olduğuna kesinlikle katıldıklarını belirtmiş, 42'si katıldığını, 17'si bir fikri olmadığını, 14'ü ise katılmadığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin çoğunun düşünceleri aile iletişimiyle ilgili seminer, konferans gibi etkinliklere ihtiyaç olduğu yönündedir.

Tablo 40. Aile Hekimlerinin Sosyo-Kültürel Durumun Hastaları İle İletişimini Etkileyip Etkilemediğine Dair Düşünceleri

İletişim Kurduğumuz			
Hastanın Sosyo-Kültürel, Eğitim Durumunun Aramızdaki İletişimi Etkilediğine İnanıyorum.	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	29	29,0	29,0
Katılıyorum	57	57,0	86,0
Katılmıyorum	7	7,0	93,0
Kesinlikle Katılmıyorum	7	7,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 40.da "aile hekimlerinin sosyo-kültürel durumun hastaları ile iletişimini etkileyip etkilemediğine dair düşünceleri yer almaktadır. Buna göre, toplam 100 hekimin 29'u kesinlikle katıldığını, 57'si katıldığını, 7'si katılmadığını, 7'si kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Bu sonuca göre hekimlerin düşünceleri sosyo-kültürel durumun hastaları ile iletişimlerini etkiledikleri yönündedir.

Tablo 41. Hekimlerin, “Bazı zamanlar hastalara haklılığımı açıklayamıyorum.” Önermesine Ait Düşünceleri

Hastalara Haklılığın Açıklanıp	Frekans	%	Kümülatif %
Açıklanamaması			
Kesinlikle Katılıyorum	11	11,0	11,0
Katılıyorum	60	60,0	71,0
Kararsızım	9	9,0	80,0
Katılmıyorum	20	20,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 41.de hekimlerin, “bazı zamanlar hastalara haklılığımı açıklayamıyorum” önermesine ait düşünceleri yer almaktadır. Toplam 100 hekimin 11’i kesinlikle katıldığını, 60’ı katıldığını, 9’u kararsız olduğunu, 20’si katılmadığını ifade etmiştir. Bu verilere göre hekimlerin ifadeleri haklılıklarını açıklayamadıkları yönünde olmuştur.

Tablo 42. Hekimlerin, Hasta Yakınlarıyla İletişim Kurmak Zorunda Kalmalarının Hastaları İle İletişimlerini Geciktirdiğini Düşünüp Düşünmediklerine İlişkin Dağılım

Hasta Yakınlarıyla İletişim	Frekans	%	Kümülatif %
Kurmanın Hekimlerin hastaları ile iletişimini etkilemesi			
Kesinlikle Katılıyorum	22	22,0	22,0
Katılıyorum	38	38,0	60,0
Kararsızım	11	11,0	71,0
Katılmıyorum	29	29,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 42.de "hekimlerin, hasta yakınlarıyla iletişim kurmak zorunda kalmalarının hastaları ile iletişimlerini geciktirdiğini düşünüp düşünmediklerine" ilişkin veriler yer almaktadır. Bu soruda toplam 100 hekimin 22’si kesinlikle katıldığını, 38’i katıldığını, 11’i kararsız olduğunu, 29’u katılmadığını ifade etmiştir. Bu veriler doğrultusunda hekimlerin düşünceleri hasta yakınlarıyla iletişim kurmanın işlerini geciktirdiği yönünde olmuştur.

Tablo 43. Hekimlerin Hitap Şeklinin Hastalarla İletişimi Etkileyip Etkilemediğine Ait Düşüncelerine İlişkin Dağılım

Hitap Şeklinin Hastalarla İletişimini Etkilediğini Düşünüyorum.	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	45	45,0	45,0
Katılıyorum	42	42,0	87,0
Kararsızım	7	7,0	94,0
Kesinlikle Katılmıyorum	6	6,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 43.te "hekimlerin hitap şeklinin hastalarla iletişimi etkileyip etkilemediğine ait düşüncelerine ilişkin" veriler yer almaktadır. Buna göre, toplam 100 hekimin 45'i kesinlikle katıldığını, 42'i katıldığını, 7'si kararsız olduğunu, 6'sı kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Bu verilere göre hekimlerin hitap şekillerinin hastaları ile iletişimlerini kesinlikle etkiledikleri görülmektedir.

Tablo 44. Hekimlerin, Ekonomik Durumlarının Hastaları İle İletişimlerini Etkileyip Etkilemediklerine Ait Düşüncelerine İlişkin Dağılım

Hekimlerin Ekonomik durumunun hastalarla iletişimini etkileyip etkilemediği	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	14	14,0	14,0
Katılıyorum	3	3,0	17,0
Kararsızım	25	25,0	42,0
Katılmıyorum	41	41,0	83,0
Kesinlikle Katılmıyorum	17	17,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 44.de "hekimlerin, ekonomik durumlarının hastaları ile iletişimlerini etkileyip etkilemediklerine ait düşüncelerine" ilişkin veriler yer almaktadır. Toplam 100 hekimin 14'ü kesinlikle katıldığını, 3'ü katıldığını, 25'i kararsız olduğunu, 41'i katılmadığını, 17'si kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Bu verilere göre hekimlerin ekonomik durumlarının hastaları ile iletişimlerini etkilemedikleri görülmektedir.

Tablo 45. Hekimlerin Hastalara Kendilerini Yeterince İfade Edebilecekleri Zamanı Verip Veremediklerine İlişkin Dağılım

Bölgemdeki Hastalara Kendilerini Yeterince İfade Edebilecekleri Zamanı Veriyorum.	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	28	28,0	28,0
Katılıyorum	58	58,0	86,0
Kararsızım	10	10,0	96,0
Katılmıyorum	4	4,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 45.te "hekimlerin hastalara kendilerini yeterince ifade edebilecekleri zamanı verip veremediklerine" ilişkin veriler yer almaktadır. Toplam 100 hekimin 28'i kesinlikle katıldığını, 58'i katıldığını, 10'u kararsız olduğunu, 4'ü katılmadığını belirtmiştir. Bu verilere göre hekimlerin düşünceleri hastalarına kendilerini ifade etmeleri için yeterli zamanı verdikleri yönündedir.

Tablo 46. Hekimlerin Çalıştıkları Kurum Ve Çalışma Koşullarının Aile Hekimliği Uygulaması'na Yeteri Kadar İmkân Tanıyıp Tanımadığına Ait Düşüncelerine İlişkin Dağılım

Çalıştığımız Kurum Ve Çalışma Koşulları Aile Hekimliği Uygulaması'na Yeteri Kadar İmkân Tanıyor.	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	6	6,0	6,0
Katılıyorum	51	51,0	57,0
Kararsızım	9	9,0	66,0
Katılmıyorum	29	29,0	95,0
Kesinlikle Katılmıyorum	5	5,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 46.da "hekimlerin çalıştıkları kurum ve çalışma koşullarının aile hekimliği uygulamasına yeteri kadar imkân tanıyıp tanımadığına" ait düşüncelerine ilişkin veriler yer almaktadır. Toplam 100 hekimin 6'sı kesinlikle katıldığını, 51'i katıldığını, 9'u

kararsız olduğunu, 29'u katılmadığını, 5'i kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. Bu veriler doğrultusunda hekimlerin çalıştıkları kurum ve çalışma koşullarının aile hekimliği uygulamasına yeteri kadar imkân tanıdığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 47. Hekimlerin Hastalarına Önerdikleri Tedaviyi Hastaların Anlayıp, İnanıp, Uygulayıp Uygulamadıklarına Ait Düşüncelerine İlişkin Dağılım

Hekimlerin Önerdikleri Tedaviyi Hastaların Anlayıp, İnanıp, Uygulayıp Uygulamadığı	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	12	12,0	12,0
Katılıyorum	76	76,0	88,0
Kararsızım	12	12,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 47.de "hekimlerin hastalarına önerdikleri tedaviyi hastaların anlayıp, inanıp, uygulayıp uygulamadıklarına ait düşüncelerine ilişkin veriler" yer almaktadır. Buna göre, toplam 100 hekimin 12'si kesinlikle katıldığı, 76'sı katıldığı, 12'si kararsız olduğu görülmektedir. Bu durumda hekimlerin düşünceleri, hastaların tedavilerini anlayıp, inanıp, uyguladıkları yönündedir.

Tablo 48. Hekimlerin Sağlıkta İnsan Gücünün Sayısal Olarak Yeterli Olup Olmadığına Ait Düşüncelerine İlişkin Dağılım

Sağlıkta İnsan Gücü Sayısal			
Olarak Yeterli bulunup bulunmaması	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	3	3,0	3,0
Katılıyorum	15	15,0	18,0
Kararsızım	21	21,0	39,0
Katılmıyorum	43	43,0	82,0
Kesinlikle Katılmıyorum	18	18,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 48.de hekimlerin sağlıkta insan gücünün sayısal olarak yeterli olup olmadığına ait düşüncelerine ilişkin veriler yer almaktadır. Buna göre, toplam 100 hekimin 3'ü kesinlikle katıldığını, 15'i katıldığını, 21'i kararsız olduğunu, 43'ü katılmadığını, 18'i kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. Bu verilere göre hekimlerin düşünceleri sağlıkta insan gücünü sayısal olarak yeterli bulmadıkları yönündedir.

Tablo 49. Hekimlerin Son Yıllarda Değişen Kanun Ve Yönetmeliklerin Hekim-Hasta Arasındaki İletişimi Olumsuz Etkileyip Etkilemediğine İlişkin Dağılım

Son Yıllarda Değişen Kanun Ve Yönetmeliklerin hekim-hasta iletişimine olumsuz etkisi			
Yönetmeliklerin hekim-hasta iletişimine olumsuz etkisi	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	56	56,0	56,0
Katılıyorum	29	29,0	85,0
Kararsızım	9	9,0	94,0
Katılmıyorum	6	6,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 49.da "hekimlerin son yıllarda değişen kanun ve yönetmeliklerin işlerini etkileyip etkilemediklerine ait düşüncelerine" ilişkin veriler yer almaktadır. Toplam 100 hekimin 56'sı kesinlikle katıldığı, 29'u katıldığı, 9'u kararsız olduğu, 6'sı katılmadığı görülmektedir. Bu verilere göre, hekimler son yıllarda değişen kanun ve yönetmelikten kesinlikle etkilenmektedirler.

Tablo 50. Hekimlerin “İşimle İlgili Gelecek Kaygısı Nedeniyle Hastalarımaya Yeterince İlgı Gösteremiyorum “Önermesine Ait Düşünceleri

Gelecek Kaygısının hekim-hasta iletişimine olumsuz etkisi	Frekans	%	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	29	29,0	29,0
Katılıyorum	37	37,0	66,0
Kararsızım	10	10,0	76,0
Katılmıyorum	18	18,0	94,0
Kesinlikle Katılmıyorum	6	6,0	100,0
Toplam	100	100,0	

Tablo 50.de hekimlerin “işimle ilgili gelecek kaygısı nedeniyle hastalarımaya yeterince ilgi gösteremiyorum“ önermesine ait düşüncelerine yer verilmiştir. Buna göre toplam 100 hekimin 29’u kesinlikle katıldığını, 37’si katıldığını, 10’u kararsız olduğunu, 18’i katılmadığını, 6’sı kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. Bu verilere göre hekimler bu önermeye çoğunluk olarak katıldıkları görülmektedir. Yani gelecek kaygısı hekimlerin hastaları ile iletişimlerini etkilemektedir.

4.5.4. Aile Hekimlerine Yapılan Anketler Sonucunda Elde Edilen Verilerin Hipotez ve Çapraz Tabloları

Hipotez 11: Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Eğitim Almaları Gerektiğini Düşünüp Düşünmediklerinin Aile Hekimlerinin Hitap Şeklinin Hastalarla İletişimini Etkileyip Etkilemediği Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

H_0 : Aile hekimlerinin iletişim becerileri konusunda eğitim almaları gerektiğini hakkındaki düşünceleri ile hitap şeklinin hastalarla iletişimini etkileyip etkilemediği arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Aile hekimlerinin iletişim becerileri konusunda eğitim almaları gerektiğini hakkındaki düşünceleri ile hitap şeklinin hastalarla iletişimini etkileyip etkilemediği arasında bir ilişki vardır.

Tablo 51. Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Eğitim Almaları Gerektiğini Düşünüp Düşünmediklerinin Aile Hekimlerinin Hitap Şeklinin Hastalarla İletişimini Etkileyip Etkilemediği Üzerindeki Etkisine İlişkin Dağılımı

Çapraz Tablo			Hitap Şeklimin Hastalarla İletişimini Etkileyip etkilemediği				Toplam	
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Kesinlikle Katılmıyorum		
Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Eğitim Almalarının gerekliliği	Evet	Gözlenen Değer	31	27	3	0	61	
		Beklenen Değer	27,5	25,6	4,3	3,7	61,0	
	Fikrim Yok	Gözlenen Değer	0	0	4	0	4	
		Beklenen Değer	1,8	1,7	,3	,2	4,0	
	Hayır	Gözlenen Değer	14	15	0	6	35	
		Beklenen Değer	15,8	14,7	2,5	2,1	35,0	
Toplam			Gözlenen Değer	45	42	7	6	100
			Beklenen Değer	45,0	42,0	7,0	6,0	100,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	67,607 ^a	6	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	39,436	6	,000
Linear İlişki	7,812	1	,005
Olgu	100		

Çapraz tabloda, "aile hekimlerinin iletişim becerileri konusunda eğitim almaları gerektiğini hakkındaki düşünceleri ile hitap şeklinin hastalarla iletişimini etkileyip etkilemediği arasında bir ilişki olup olmadığı" gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre, %27,5 çoğunlukla iletişim konusunda eğitim alınması gerektiğini düşünen aile hekimleri hitap şeklinin hekim-hasta iletişiminde etkili olduğunu düşünmektedir.

Hipotez 12: Aile Hekimlerinin Çalışma Süreleri İle Hekim-Hasta Görüşmelerinde İletişim Engelleyen Unsur(lar) Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

H_0 : Aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekim-hasta görüşmelerinde iletişim engelleyen unsur(lar)un ne olduğu arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekim-hasta görüşmelerinde iletişim engelleyen unsur(lar)un ne olduğu arasında bir ilişki vardır.

Tablo 52. Aile Hekimlerinin Çalışma Süreleri İle Hekim-Hasta Görüşmelerinde İletişim Engelleyen Unsur(lar) Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			Hekim-Hasta Görüşmesinde; Hekimler İçin İletişimi Engelleyen/Bozan En Önemli Unsur				Toplam
			Zaman Kısıtlılığı	Sosyokültürel Farklılık	Ağır İş Yükü	Diğer	
ASM' de çalışma süresi	5 Yılda Daha Az	Gözlenen Değer	22	9	2	8	41
		Beklenen Değer	15,6	14,8	5,7	4,9	41,0
	5-10 Yıl	Gözlenen Değer	16	27	12	4	59
		Beklenen Değer	22,4	21,2	8,3	7,1	59,0
Toplam		Gözlenen Değer	38	36	14	12	100
		Beklenen Değer	38,0	36,0	14,0	12,0	100,0

Ki-Kare Testi

	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	15,692 ^a	3	,001
En Çok Olabilirlik Oranı	16,396	3	,001
Linear İlişki	,655	1	,418
Olgu	100		

Çapraz tabloda, "aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekim-hasta görüşmelerinde iletişim engelleyen unsur(lar) ne olduğu" üzerine ilişkin veriler gösterilmektedir.

Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,01$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,01 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Bu sonuca göre ASM' lerde 5-10 yıldır süre ile çalışan aile hekimleri iletişim engeli olarak sosyo-kültürel farklılığı görmekte, 5 yıldan az süre ile ASM' lerde çalışan aile hekimleri ise iletişim engeli olarak zaman kısıtlılığını görmektedir.

Hipotez 13: Aile Hekimlerinin Çalışma Süreleri İle Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Ne Zaman Eğitim Alması Gerektiği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

H_0 : Aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekimlerin iletişim becerileri konusunda ne zaman eğitim alması gerektiği arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekimlerin iletişim becerileri konusunda ne zaman eğitim alması gerektiği arasında ilişki vardır.

Tablo 53. Aile Hekimlerinin Çalışma Süreleri İle Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Ne Zaman Eğitim Alması Gerektiği Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Ki Eğitimi Ne Zaman Alması Gerektiği			Toplam
			Mezuniyet Öncesi	Mezuniyet Sonrası	Hem Mezuniyet Öncesi Hem De Mezuniyet Sonrası	
ASM' de çalışma süresi	5 Yıldan Daha Az	Gözlenen Değer	21	0	11	32
		Beklenen Değer	12,6	2,1	17,3	32,0
	5-10 Yıl	Gözlenen Değer	3	4	22	29
		Beklenen Değer	11,4	1,9	15,7	29,0
Toplam		Gözlenen Değer	24	4	33	61
		Beklenen Değer	24,0	4,0	33,0	61,0

Ki-Kare Testi

	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	21,070 ^a	2	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	24,321	2	,000
Linear İlişki	15,353	1	,000
Olgu	61		

Çapraz tabloda, ise aile hekimlerinin çalışma süreleri ile hekimlerin iletişim becerileri konusunda ne zaman eğitim alması gerektiği arasında bir ilişkinin olup olmadığı gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu, iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre, ASM' lerde 5-10 yıldır süre ile çalışan aile hekimleri hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası iletişim becerileri konusunda eğitim almaları gerektiğini düşünmekte, 5 yıldan az süre ile ASM' lerde çalışan aile hekimleri ise mezuniyet öncesi iletişim becerileri konusunda eğitim almaları gerektiğini düşünmektedir.

Hipotez 14: Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hastaların Aile Hekimlerine Yaklaşımı Arasında Bir İlişkinin Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaların aile hekimlerine yaklaşımı arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaların aile hekimlerine yaklaşımı arasında bir ilişki vardır.

Tablo 54. Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hastaların Aile Hekimlerine Yaklaşımı Arasında Bir İlişkinin Olup Olmadığının İncelenmesine İlişkin Dağılımı

Çapraz Tablo			Hekimlere göre, Hastaların Aile Hekimlerine Yaklaşımı				Toplam	
			Çok İyi	İyi	Fikrim Yok	Kötü		
Yaş	18-30	Gözlenen Değer	0	4	0	4	8	
		Beklenen Değer	,5	5,8	,5	1,2	8,0	
	31-40	Gözlenen Değer	6	23	0	9	38	
		Beklenen Değer	2,3	27,7	2,3	5,7	38,0	
	41-50	Gözlenen Değer	0	26	6	0	32	
		Beklenen Değer	1,9	23,4	1,9	4,8	32,0	
	51 Ve Üzeri	Gözlenen Değer	0	20	0	2	22	
		Beklenen Değer	1,3	16,1	1,3	3,3	22,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	6	73	6	15	100
			Beklenen Değer	6,0	73,0	6,0	15,0	100,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	38,950 ^a	9	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	43,831	9	,000
Linear İlişki	3,985	1	,046
Olgu	100		

Çapraz tabloda, hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaların aile hekimlerine yaklaşımı arasında bir ilişkinin olup olmadığı incelenmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile kıyasladığımız takdirde, gerçekleşen p -değeri anlamlılık derecesinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre tüm yaş grubundaki aile hekimleri genel olarak hastaların hekimlerine yaklaşımlarını “iyi” olarak değerlendirmişlerdir.

Hipotez 15: Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hastaları İle Konuşurken Tıbbi Terimler Kullanıp Kullanmadıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

H_0 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaları ile konuşurken tıbbi terimler kullanıp kullanmadıkları arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaları ile konuşurken tıbbi terimler kullanıp kullanmadıkları arasında bir ilişki vardır.

Tablo 55. Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hastaları İle Konuşurken Tıbbi Terimler Kullanıp Kullanmadıkları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çapraz Tablo			Hekimlerin Tıbbi Terimler Kullanıp kullanmadığı		Toplam	
			Evet, Kısmen	Hayır		
Yaş	18-30	Gözlenen Değer	4	4	8	
		Beklenen Değer	5,7	2,3	8,0	
	31-40	Gözlenen Değer	30	8	38	
		Beklenen Değer	27,0	11,0	38,0	
	41-50	Gözlenen Değer	28	4	32	
		Beklenen Değer	22,7	9,3	32,0	
	51 Ve Üzeri	Gözlenen Değer	9	13	22	
		Beklenen Değer	15,6	6,4	22,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	71	29	100
			Beklenen Değer	71,0	29,0	100,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	16,785 ^a	3	,001
En Çok Olabilirlik Oranı	16,346	3	,001
Linear İlişki	2,319	1	,128
Olgu	100		

Çapraz tabloda, hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastaları ile konuşurken tıbbi terimler kullanıp kullanmadıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ki-kare testi sonuçlarında ise $p=0,01$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık değerinden küçük ($0,01 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre, 51 e üzeri yaş grubundaki aile hekimleri hastaları ile iletişimlerinde tıbbi terimler kullanmadıklarını, diğer yaş grubundaki hekimler hastaları ile iletişimlerinde tıbbi terimler kullandıkları gösterilmiştir.

Hipotez 16: Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hekimlerin İletişim Becerileri Konusundaki Eğitimi Ne Zaman Alması Gerektiği Konusundaki Düşünceleri Arasında Bir İlişki Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hekimlerin iletişim becerileri konusunda ki eğitimi ne zaman alması gerektiği konusundaki düşünceleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hekimlerin iletişim becerileri konusunda ki eğitimi ne zaman alması gerektiği konusundaki düşünceleri arasında bir ilişki vardır.

Tablo 56. Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hekimlerin İletişim Becerileri Konusunda Ki Eğitimi Ne Zaman Alması Gerektiği Konusundaki Düşüncelere İlişkin Dağılım

Çapraz Tablo			Hekimlerin, İletişim Becerileri Konusunda Ki Eğitimi Ne Zaman Alması Gerektiği Konusundaki Düşünceleri			Toplam	
			Mezuniyet Öncesi	Mezuniyet Sonrası	Hem Mezuniyet Öncesi Hem De Mezuniyet Sonrası		
Yaş	18-30	Gözlenen Değer	8	0	0	8	
		Beklenen Değer	3,1	,5	4,3	8,0	
	31-40	Gözlenen Değer	0	0	19	19	
		Beklenen Değer	7,5	1,2	10,3	19,0	
	41-50	Gözlenen Değer	0	4	14	18	
		Beklenen Değer	7,1	1,2	9,7	18,0	
	51 Ve Üzeri	Gözlenen Değer	16	0	0	16	
		Beklenen Değer	6,3	1,0	8,7	16,0	
	Toplam		Gözlenen Değer	24	4	33	61
			Beklenen Değer	24,0	4,0	33,0	61,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	68,805 ^a	6	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	88,051	6	,000
Linear İlişki	4,629	1	,031
Olgu	61		

Çapraz tabloda hekimlerin yaşlarına göre dağılımının ile hekim-hasta görüşmesinde; hekimlerin iletişim becerileri konusundaki eğitimi ne zaman alması gerektiği konusundaki düşüncelerini etkilediği gösterilmektedir. Ki-Kare testi sonuçlarında ise $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde, gerçekleşen p -değeri anlamlılık değerinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Çoğunluk olarak 31-40 yaş grubundaki hekimler hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası iletişim becerileri konusunda eğitim alınması gerektiği yönünde düşüncelerini belirtmişlerdir.

Hipotez 17: Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hekim-Hasta Görüşmesinde; Hekimler İçin İletişimi Engelleyen/Bozan En Önemli Unsurun Ne Olduğu Arasında Bir İlişki Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hekim-hasta görüşmesinde; hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsurun ne olduğu arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hekim-hasta görüşmesinde; hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsurun ne olduğu arasında bir ilişki vardır.

Tablo 57. Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hekim-Hasta Görüşmesinde; Hekimler İçin İletişimi Engelleyen/Bozan En Önemli Unsurun Ne Olduğuna İlişkin Dağılım

Çapraz Tablo			Hekimler İçin İletişimi Engelleyen/Bozan En Önemli Unsur				Toplam
			Zaman Kısıtlılığı	Sosyokültürel Farklılık	Ağır İş Yükü	Diğer....	
Yaş	18-30	Gözlenen Değer	8	0	0	0	8
		Beklenen Değer	3,0	2,9	1,1	1,0	8,0
	31-40	Gözlenen Değer	8	15	6	9	38
		Beklenen Değer	14,4	13,7	5,3	4,6	38,0
	41-50	Gözlenen Değer	10	13	6	3	32
		Beklenen Değer	12,2	11,5	4,5	3,8	32,0
	51 Ve Üzeri	Gözlenen Değer	12	8	2	0	22
		Beklenen Değer	8,4	7,9	3,1	2,6	22,0
	Toplam	Gözlenen Değer	38	36	14	12	100
		Beklenen Değer	38,0	36,0	14,0	12,0	100,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Taraflı)
Pearson Ki-Kare	26,340 ^a	9	,002
En Çok Olabilirlik Oranı	30,842	9	,000
Linear İlişki	1,211	1	,271
Olgu	100		

Çapraz tabloda, hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hekim-hasta görüşmesinde, hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsurun ne olduğu arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,02$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde; gerçekleşen p -değeri anlamlılık değerinden küçük ($0,02 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre, 18-30 ve 51 üzeri yaş grubundaki hekimler iletişim engeli olarak "zaman kısıtlılığını" göstermişlerdir. 31-40 ve 41-50 yaş grubundaki hekimler ise "iletişim engeli olarak sosyo-kültürel farklılığı" göstermişlerdir.

Hipotez 18: Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hastalarına Kendilerini Yeterince İfade Edebilecekleri Zamanı Verip Vermedikleri Arasında Bir İlişki Olup Olmadığının İncelenmesi

H_0 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastalarına kendilerini yeterince ifade edebilecekleri zamanı verip vermedikleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastalarına kendilerini yeterince ifade edebilecekleri zamanı verip vermedikleri arasında bir ilişki vardır.

Tablo 58. Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Hastalarına Zaman Ayırıp Ayıramadıklarına ilişkin Dağılım

Çapraz Tablo			Hekimlerin Hastalarına Kendilerini Yeterince İfade Edebilecekleri Zamanı verip vermediklerine ait düşünceler				Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	
Yaş	18-30	Gözlenen Değer	0	4	4	0	8
		Beklenen Değer	2,2	4,6	,8	,3	8,0
	31-40	Gözlenen Değer	0	34	4	0	38
		Beklenen Değer	10,6	22,0	3,8	1,5	38,0
	41-50	Gözlenen Değer	11	17	0	4	32
		Beklenen Değer	9,0	18,6	3,2	1,3	32,0
	51 Ve Üzeri	Gözlenen Değer	17	3	2	0	22
		Beklenen Değer	6,2	12,8	2,2	,9	22,0
	Toplam	Gözlenen Değer	28	58	10	4	100
		Beklenen Değer	28,0	58,0	10,0	4,0	100,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	71,124 ^a	9	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	77,667	9	,000
Linear İlişki	20,837	1	,000
Olgu	100		

Çapraz tabloda, hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile hastalarına kendilerini yeterince ifade edebilecekleri zamanı verip vermedikleri arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Ki-Kare testi sonuçlarında ise $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde, gerçekleşen p -değeri anlamlılık değerinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Buna göre, 18-30 yaş grubundaki hekimler yarı yarıya “katılıyorum” ve “kararsızım” seçeneklerini işaretlemişlerdir. 31-40 ve 41-50 yaş grubundaki hekimler “katılıyorum” seçeneğini, 51 ve üzeri yaş grubundaki hekimler ise “kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretleyerek hastalarına kendilerini ifade etmeleri için yeterli zamanı verdiklerini belirtmişlerdir.

Hipotez 19: Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Önerdikleri Tedaviyi Hastalarının Anlayıp, İnanıp, Uyguladığını Düşünüp Düşünmedikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

H_0 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile önerdikleri tedaviyi hastalarının anlayıp, inanıp, uyguladığını düşünüp düşünmedikleri arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile önerdikleri tedaviyi hastalarının anlayıp, inanıp, uyguladığını düşünüp düşünmedikleri arasında bir ilişki vardır.

Tablo 59. Hekimlerin Yaşlarına Göre Dağılımı İle Önerdikleri Tedaviyi Hastalarının Anlayıp, İnanıp, Uyguladığını Düşünüp Düşünmediklerine İlişkin Dağılım

Çapraz Tablo			Önerilen Tedavinin Hastalar tarafından Anlaşıp, Uygulanıp uygulanmadığı			Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	
Yaş	18-30	Gözlenen Değer	0	4	4	8
		Beklenen Değer	1,0	6,1	1,0	8,0
	31-40	Gözlenen Değer	0	30	8	38
		Beklenen Değer	4,6	28,9	4,6	38,0
	41-50	Gözlenen Değer	3	29	0	32
		Beklenen Değer	3,8	24,3	3,8	32,0
	51 Ve Üzeri	Gözlenen Değer	9	13	0	22
		Beklenen Değer	2,6	16,7	2,6	22,0
	Toplam	Gözlenen Değer	12	76	12	100
		Beklenen Değer	12,0	76,0	12,0	100,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafı)
Pearson Ki-Kare	42,211 ^a	6	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	43,604	6	,000
Linear İlişki	31,533	1	,000
Olgu	100		

Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde, gerçekleşen p -değeri anlamlılık değerinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Tabloda, hekimlerin yaşlarına göre dağılımı ile önerdikleri tedaviyi hastalarının anlayıp, inanıp, uyguladığını düşünüp düşünmedikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre, 18-30 yaş grubundaki hekimler hastalarına önerdikleri tedaviyi uygulayıp uygulamadıkları konusunda düşüncelerini yarı yarıya katıldıklarını ve kararsız kaldıklarını belirtmiş, diğer yaş grubundaki hekimler ise uyguladıklarını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Hipotez 20: Aile Hekimlerinin ASM' de Çalışma Süreleri İle Aile Hekimleri İçin İletişimle İlgili Seminer, Konferans vb. Etkinliklere İhtiyaç Olup Olmadığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

H₀: Aile hekimlerinin ASM' de çalışma süreleri ile aile hekimleri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. Etkinliklere ihtiyaç olup olmadığı arasında bir ilişki yoktur.

H₁: Aile hekimlerinin ASM' de çalışma süreleri ile aile hekimleri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. Etkinliklere ihtiyaç olup olmadığı arasında bir ilişki vardır.

Tablo 60. Aile Hekimlerinin ASM' de Çalışma Süreleri İle Aile Hekimleri İçin İletişimle İlgili Seminer, Konferans vb. Etkinliklere İhtiyaç Olup Olmadığına İlişkin Dağılım

Çapraz Tablo			Aile Hekimleri İçin İletişimle İlgili Seminer, Konferans Vb. Etkinliklere İhtiyaç olup olmadığı				Toplam
			Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	
ASM'de çalışma süresi	5 Yıldan Daha Az	Gözlenen Değer	5	26	9	1	41
		Beklenen Değer	11,1	17,2	7,0	5,7	41,0
	5-10 Yıl	Gözlenen Değer	22	16	8	13	59
		Beklenen Değer	15,9	24,8	10,0	8,3	59,0
Toplam		Gözlenen Değer	27	42	17	14	100
		Beklenen Değer	27,0	42,0	17,0	14,0	100,0

Ki-Kare Testi			
	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-Tarafli)
Pearson Ki-Kare	20,865 ^a	3	,000
En Çok Olabilirlik Oranı	22,963	3	,000
Linear İlişki	,081	1	,777
Olgu	100		

Ki-Kare testi sonuçlarına göre $p=0,00$ olarak gerçekleşmiştir. Bu oranı $p=0,05$ anlamlılık değeri ile karşılaştırdığımız takdirde, gerçekleşen p -değeri anlamlılık değerinden küçük ($0,00 < 0,05$) olduğu için sıfır hipotezi reddedilmektedir bu da iki nitelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve birbirinden bağımsız olmadığını göstermektedir. Çapraz tabloda, aile hekimlerinin ASM' de çalışma süreleri ile aile hekimleri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. Etkinliklere ihtiyaç olup olmadığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre 5 yıldan daha az ASM' lerde çalışan aile hekimleri aile hekimleri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. Etkinliklere ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. 5-10 yıldır ASM' lerde çalışan aile hekimleri ise kesinlikle bu tür seminer ve konferanslara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin giderek önem kazanması ve bireylerin sağlık bilincinin yükselmesi, sağlık hizmetlerine giderek artan bir talep oluşturmuştur. Çalışmanın genel sonucunda, hastaların aile hekimleri ile kurdukları iletişimden memnun oldukları saptanmıştır. Aynı şekilde hekimler de hastaların kendilerine yaklaşımlarını olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Hastalara göre, aile hekimlerinin nazik ve güler yüzlü olup olmamaları hastaları ile kurdukları iletişimde bir memnuniyet göstergesidir. Hastalar "hekimlerin kendilerini her zaman nazik ve güler yüzlü karşıladıklarına katıldıklarını" belirterek, bu konudaki olumlu düşüncelerini yansıtmışlardır (tablo 8).

Bununla beraber hastalar ve aile hekimleri birbirlerine yaklaşımlarını değerlendirdiklerinde şu hususlar ön plana çıkmıştır. Hekimler hastaların kendilerine yaklaşımlarını genel olarak olumlu değerlendirmişlerdir (tablo 34). Hastalar da hekimlerinin kendilerine yeterince ilgi gösterdiklerini belirtmişlerdir (tablo 9).

Ayrıca hastaların hekimleri ile aralarındaki iletişiminden doğan memnuniyeti ile ilgili durumu gösteren sonuçlar arasında yer alan hastaların "kendilerine ayrılan zamanın yeterli bulunmasına" dair düşüncelerini büyük bir çoğunlukla "yeterli zaman ayrıldığı" yönündedir (tablo 12). Hastaların büyük bir çoğunluğu "hekimlerin teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında kendilerini bilgilendirdiklerini belirtmişlerdir (tablo 14). Bu sonuçlardan, anket uygulanan bölgelerde "hastaların zaman ve bilgilendirilme yönünden hekimlerinden memnun" olduğu saptanmıştır.

Aile hekimleri ve hastalar arasındaki iletişimin önemli bir memnuniyet göstergesi hastaların muayene sonrasında da her zaman aile hekimleri ile rahatça iletişime geçebilmeleridir. Bundan yola çıkarak hastaların çoğunluğu hekimleri ile muayene sonrasında da rahatça iletişime geçebildikleri sonucuna varılmıştır (tablo 18). Veriler, aile hekimlerinin hastaları ile aile hekimliği uygulamasının gerektirdiği gibi hasta odaklı ve güvene dayalı bir ilişki geliştirebildiklerini göstermekle birlikte, azımsanamayacak

bir çoğunluk "kararsız" olduklarını ifade etmiştir. Bu, hastaların sağlık konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir.

Bu çalışmada "memnuniyetle" beraber "memnuniyetsizliği" oluşturan iletişim sorunlarının da yaşandığı tespit edilmiştir. Buna göre aile hekimi ve hastalar arasında oluşan iletişim sorunlarında, hekimlerin görevleri ile duydukları gelecek kaygısı hastaları ile aralarındaki iletişimi olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır (tablo 50). Diğer bir iletişim sorununun kaynağı ise, son yıllarda sık değişen yasa ve yönetmeliklerin hekimlerin motivasyonunu olumsuz etkilemesi sonunda işlerini yapamadıkları ve bunu hastalarına yansıtmalarına sebep olmasıdır (tablo 49). Ayrıca hekimlerin hastaları ile iletişimini olumsuz etkileyen başka faktörlerin bulunduğu da gözlemlenmiştir. Örneğin "zaman kısıtlılığı"nın olumsuz etkisi ilk sırada, "sosyokültürel-ekonomik farklılığın etkisi ikinci sırada, hekimlerin ağır iş yükünün etkisi üçüncü sırada olduğu gözlenmiştir. İş yüklerinin ağır olması, yeni bilgilere erişme ve kullanmayı engellemekte ayrıca hastalarına yeni bilgiler aktaramama, hastalarını bilgilendirememe gibi sorunları akla getirmektedir. Hekimlerin %12'lik bir çoğunluğu hastaların görüşmelere önyargılı bir şekilde geldikleri ve tedaviye uyumda ilgisiz davrandıklarını, kendilerini yeterince dinlememelerini ve hem kendilerinden hem de hastalardan kaynaklanan ön yargıların mevcut olduğunu belirtmişlerdir (tablo 38).

Anket uygulamasında, aile hekimleri ve hastalar arasında oluşan bir başka iletişim sorununun "hastaların hekimlerine anlayamadıkları konularda sorular sorup soramamaları ile ilgili olduğu" ortaya çıkmıştır. Hastaların görüşleri incelendiğinde, hastaların büyük bir çoğunluğu anlayamadığı konularda sorularını sorabildiklerini belirtmiştir. Çoğunluk sorabildiklerini belirtmiş olsa da diğer bir bölümün düşünceleri de önemlidir. Geriye kalan hastalar bazı nedenlerden (utangaçlık, cevap alamamak gibi.) dolayı bazen sorabildiklerini ya da hiç sormadıklarını belirtmiştir. Bu verilerden yola çıkarak soramama nedeni olarak ilk sırada "utangaçlık" gösterilmiştir. ikinci sırada "gerekenin zaten yapılacağı" ve üçüncü sırada "cevap alınamayacağı" düşünülmüştür. Son sırada ise, iletişim sorununun ortaya çıkmasında "hastaların hekimlerine güvenmedikleri" gösterilmiştir (tablo 4).

İletişimi olumsuz etkileyen önemli bir bulgu ise hastalarca bazı hastalara ayrıcalıklı davranıldığı konusundaki düşünceleridir. Bu konuda fikri olmadığını belirtenler ikinci sırada, kesinlikle ayrıcalıklı davranıldığını belirtenler ise üçüncü sıradadır. Bazı hastalara "ayrıcalıklı davranma" algısı azımsanmamalıdır. Çünkü bu durum, hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisini zedeleyebilecek ve iletişimlerini olumsuz yönde etkileyecektir (tablo 16).

ASM'lerin etkinliğinin artırılması hekim-hasta ilişkilerinde memnuniyetin ve hizmet kalitesinin artırılması için önerilerimiz şunlardır:

- Hekim ve hasta iletişim sorunlarından biri de, hasta memnuniyetlerinde hekimlerin tıbbi terimler kullanmalarıdır. İletişimde daha önce belirttiğimiz gibi açık ve anlaşılabilir mesajlar vermek ve aynı dili konuşmak önemlidir. Mesaj aktarımının iyi yapılmadığı durumlarda hasta hekim tarafından önerilen tedaviyi yanlış anlamakta bunun sonucunda da yanlış bir tedavi süreci ortaya çıkmaktadır. Ayrıca hekim ve hasta arasında tıbbi terimler yüzünden doğan iletişim kopukluğu söz konusu olduğunda yanlış anlaşılmalara, yanlış ilaç kullanımına ve tedaviye uyumsuzluğa yol açabilir. Hasta, iletişim kopukluğunun doğurduğu yanlış bilgi sebebiyle hekimine güvenini kaybedebilir. Hastalar elbette tıp terimlerini bilmeyebilir ancak hekimlerin hastalık hakkında anlaşılabilir, pratik bilgiler vermesi iletişimi güçlendirecektir (tablo 11). Çalışmalarımız sırasında Sağlık Bakanlığınca bu konu üzerinde iyileştirme çalışmaları başlattığı öğrenilmiştir.
- Aile hekimliği uygulaması, hekim-hasta ilişkilerinde gerek aile hekimlerinin ve gerekse hastaların beklentilerine yönelik hizmet sunarak, birbirleri ile ilişkilerini güçlendirmelidir. Gelişmiş ülke örneklerinde olduğu gibi sistemin başarılı olması için ankete dayalı çözümler geliştirilip taraflar arasında iletişim ve güvenin tesis edilebilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Bireyler ilk tepkilerini çoğunlukla beden dili ile göstermeye çalışmaktadırlar. Tıbbi terimler yerine beden diline önem verildiği takdirde iletişim sorunları

karmaşık bir hal almadan engellenmelidir. Bir bakıma beden dili hekim-hasta iletişimde söylenmeyenlerin dile getirilmesidir. Bu yüzden hekimler hastalarının duygularının farkında olduklarını hissettirerek hastalarını duygularını dile getirmek konusunda özendirmeleri ve beden diline yeterli önemi vermeleri gerekmektedir. (Güle yüzlü davranma, sıcak bir karşılama gibi)

- Hekimler hastaları ile iletişimlerinde, tek taraflı düşünmemeleri, hastalarının duygu ve düşüncelerini de göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Bu, hastaların tedaviye uyum sürecinin etkinliğini artıracaktır. Bu kapsamda hekimlerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi adına, hekimlere mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrasında, etkili iletişim konusunda, empati, soru sorma stratejileri gibi konularda eğitimler, seminerler verilmesi, hekim-hasta iletişim memnuniyetinin artırılması konusunda katkı sağlayacaktır.
- Hekim-hasta ilişkilerinde önyargıya dayalı iletişim, ileride olabilecek başarıları daha başından olumsuz etkileyecektir. Önyargılı bir hastanın hekiminden, bir hekiminde hastasından karşılıklı yarar sağlaması kolay değildir. Hastaların kulaktan bilgilerle aile hekimlerine başvurmaları iletişimi olumsuz etkilemektedir.
- Tez çalışmamızdaki sonuçlara göre, aile hekimliğini "ulaşılabilirliğine" göre tercih edenler büyük çoğunluktadır. Ancak bunun yanı sıra bireylerin bu hizmeti almak isteyenlerin ASM' lerde ne tür hizmetler alabilecekleri ile ilgili doyurucu bilgileri bulunmamaktadır. Zira, hastalar ne tür hizmetler alabileceklerini iyi bilmeleri halinde, ASM' lerden faydalanmaları daha kolay olacak ve arzulanan hizmet kalitesine ulaşılacaktır. Hastalar, aile hekimlerine gelmeden önce teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sırasında nasıl davranmaları gerektiği hakkında bilgilendirilme (medya ve sosyal paylaşım ağları gibi) yapılması iletişimi güçlendirecek, beklenen faydayı arttıracaktır.

- Üniversitelerde ve sağlık meslek okullarında "etkili iletişim dersleri"ne daha fazla yer verilmeli, bu konudaki eğitimlerin Türkiye'nin kültürel, sosyo-ekonomik durumu göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Öte yandan, sağlık sektörünün başarısı modern teknolojinin kullanılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Hekim-hasta ilişkisi ne kadar mükemmel olursa olsun temel muayene aralarındaki eksiklikler, daha başından aile hekimliği uygulamasının başarısını olumsuz etkileyecektir. Çalışmamız sırasında ASM' lerde bulunması gerekli teçhizatın AHUY'da belirlendiği görülmüştür. Hekim ve hasta memnuniyetinde önemli bir unsur olan "teknoloji"nin göz ardı edilmemesi gerektiği, hatta teknolojik gelişmelerin sonunda değişen ve gelişen teçhizatın ASM' lerde kısa sürede kullanılmasının temininin hem hekim hem de hasta motivasyonunu arttıracadı dolayısıyla da iletişimi güçlendireceği açıktır.

KAYNAKÇA

- **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 25 Mayıs 2013.
- **Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik**, 30.12.2010.
- **Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge**, 27.01.2010.
- **Akademik Aile Hekimliği Toplantısı Sonuç Bildirgesi**,
(Erişim)http://tahad.org/docs/I_Akademik_Aile_Hekimligi_Toplantisi_Sonuc_Bildirgesi_Bursa_Haziran_2007.pdf, Bursa, 27-28.06.2007.
- Akdoğan C. "Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Mevcut Durum",
(Erişim)<http://ailehekimleri.net/index.php/ailehekimligi/tanimi>, 04.10.2013
- Aktaş E. Ö. Çakır G. "Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması", **Türkiye Ege Tıp Dergisi**, Cilt: 51, Sayı: 1, İzmir, 2012, s. 21-29.
- Aktürk Z. Dağdeviren N. "Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları Millis ve Willard Raporları", (Erişim)www.tahud.org.tr,Edirne, 2004.
- Algın K. Şahin İ. Top M. "Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları Ve Çözüm Önerileri", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:7, Sayı:3, 2004, s. 249-273.
- Altıntaş E. Çamur D. **Sözsüz İletişim ve Beden Dili**, Aktüel Basım Yayın, İstanbul, 2002.

- Atıcı, E. "Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar", **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt: 33, Sayı: 2, Bursa, 2007, s. 91-96.
- Atıcı, E. "Hasta Hekim İlişkisi Kavramı", **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt: 33, Sayı: 1, Bursa, 2007, 45-49.
- Aydın S. Kurdak H., "Hasta-hekim Görüşmesi", T.C. Sağlık Bakanlığı, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları(pdf)**, 1. Basım, Ankara, 2004, Basım Yeri, Ata Ofset Tanıtım Ve Matbaacılık , s.55-60.
- Aydoğan Ü. "İletişimin Temelleri",
(Erişim)http://www.paradoksdanismanlik.com/FileUpload/ds29999/File/iletisimin_temelleri_umit_aydogan.ppt, 01.04.2014.
- Babadağlı B. Erim S. E. Erdoğan S. "Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, Cilt:1, Sayı:3, 2006, s. 59.
- Baltaş Z. Baltaş A. **Bedenin Dili**, 6. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992.
- Başak O., "Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Gelişim Özellikleri", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 17, Sayı: 1, 2013, s. 29-36.
- Başak O. Güldal D. "Akademik Aile Hekimliği Bölümlerinin 20 Yılı: Gelişimsel Süreç Üzerine Bir Değerlendirme", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 18, Sayı: 1, 2014, s.16-24.
- Başak O. Saatçi E. Ceyhan G. "Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 9, Sayı: 4, 2005 (Ekim-Aralık), s.174-182.

- Bayam L. "İngiltere'deki Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bir Bakış", **Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı**,
(Erişim)http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=33&t=ingiltere_deki_Aile_Hekimligi_Uygulamasina_Genel_Bir_Bakis , 30.03.2007.
- Bayındır Ü. Durak H. İ. "Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu", **Türkiye' de Tıp- Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı**, 2008 (Şubat), s. 5-6.
- Birgül E., **Aile Hekimliği Cilt 2**, Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, 1996.
- Çağlayaner H. **Aile Hekimliği Cilt 2**, Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, 1996.
- Çakır F. İnem C. Yener, "Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum", **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, Kars, 2010, sayı: 23, s. 50-59.
- Çelik F. **Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma**, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.
- Çiftçioğlu B. A. Ordun G. "Hastaların Hekimlerin Kendileri İle Kurdukları İletişiminden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma", **Öneri Dergisi**, Cilt: 9, Sayı: 34, 2010 (Temmuz), s. 109-118.
- Dikici vd. "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi", **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi**, Cilt:27, Sayı:3, 2007, s. 412-418.
- Ersoy F. Görpelioğlu S. Gürel S. "Aile Hekimliğinde Doktor Hasta İletişimi Ve Önemi", **Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı**,
(Erişim)http://www.ailehekimligi.com.tr/?ctrl=html&htmlid=951&t=aile_hekimliginde_doktor_hasta_iletisimi_ve_onemi ,07.02.2009.

- Ersoy F., Görpelioglu S., Gürel S., "Aile Hekimliğinde Son Durum", **Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı**, (Erişim)<http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=849>, 16.01.2009.
- Göktaş O. "Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri", (Erişim) www.bsm.gov.tr, 22.02.2014.
- Güldal D. vd. "Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri İle Uyuşmakta Mıdır?", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi (Turkish Journal Of Family Practice**, Cilt : 16, Sayı: 3, 2012, s. 107-112.
- Gültekin G. G. **Sağlık Kurumlarında İletişim Yönetimi**, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012.
- Güzeldemir M. E. "Hasta Bilgilendirmenin Önemi", **Türkiye Sendrom Tıp Dergisi**, Gata Tıp Fakültesi, Ankara, Mayıs, 2005, s. 2-10.
- Haliloğlu S. "LOVAH-WES Hollanda Değişim Programı Deneyimlerim", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 18, Sayı:1, 2014, s. 3-6.
- Işıl Ö. "Terminal Dönemde Hasta ve Ailesiyle İletişim", (Erişim)http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/terminal_donem.pdf, 25.04.2014.
- Karadağ Z. **Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri -Hasta Memnuniyetine Etkisi**, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
- Karataş M., "Hekim-Hasta İlişkisi", (Erişim)http://iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/857/file/Hekim_hasta.ppt.

- Kasavuran S. Kaya S. Akturan S. "Hasta Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** ,Cilt:14, Sayı: 2, Ankara, 2011, s. 190-199.
- Kasım İ. Üstü Y. Doğusan A.R. "Küba ‘da Aile Hekimliği Uygulaması", **Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı**,
(Erişim)http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=480&t=Kuba_da_Aile_Hekimligi_Uygulaması,07.07.2010.
- Kaya, A.A. **Hastanelerde Halkla İlişkilerin Yeri Ve Önemi Bir Örnek Uygulama**, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- Kihitir A. "Sağlık çalışanları için etkili iletişim: Hekim-hasta iletişiminde temel noktalar", **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Sayı: 18,
(Erişim)<http://www.sdplatform.com/Dergi/489/Saglik-calisanlari-icin-etkili-iletisim-Hekim-hasta-iletisiminde-temel-noktalar.aspx>, 18.05.2011.
- Özçakar N."Aile Hekiminin Görev Ve Tanımı", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları(pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Basım, Ankara, 2004, s. 17-18.
- 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, İstanbul, 2007.
- Öztekin Z. "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği", **Toplum Hekimliği Bülteni**, 2006, Mayıs, Cilt: 25, Sayı: 2, s.1-6.
- Saraçlı T. S. **Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir İli Pilot Uygulaması**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı , Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.

- Saran U. "Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri", **Aile Hekimliği Dergisi**, 2007, Cilt: 1, Sayı: 4, s.10-15.
- Saygılı M. Kaya S. Songur C. Özer Ö., "Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları", **S.D.U Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 4 , Sayı: 3, Ankara, 2013.
- Söyleyici T. **Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması**, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli, 2010.
- Tambağ H. "Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler-I", t.y., s.6-7.
- Terakye G. **Hemşirelikte İletişim Ve Hasta Hemşire İlişkileri**, Aydoğdu Ofset, İkinci Basım, Ankara, 1994.
- Tulu Ö. "Sağlık Çalışanı Hasta İlişkisi", **İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü**.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, T.C. Sağlık Bakanlığı, (Erişim)<http://www.thsk.saglik.gov.tr/duyurular/1106-s%C3%B6zle%C5%9Fmeli-aile-hekimli%C4%9Fi-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimine-ba%C5%9Fvuracak-aile-hekimlerince-s%C4%B1k-sorulan-sorular-ve-cevaplar%C4%B1.html>, 01.04.2014.
- Tüzün S. Kaya Ç. A. "Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliğinin Tarihi", Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Marmara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, **Asistan Dağarcığı**, (Erişim)<http://www.tahud.org.tr/guncel/asistan-dagarcigi/uzmanlik-dali-olarak-aile-hekimliginin-tarihi/11>, 10.12.2009.
- Uğurlu M. vd., "Aile Doktorluğu Uygulaması", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları (pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s.194-201.

- Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Web Sayfası, (Erişim)<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/ah.html>, 25.08.2009.
- Uz O. **Kamu Sektöründe Yönetici-Yönetilen İlişkilerinde İletişim Ve Güven**, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
- Ülker H. "Hekim Hasta iletişimi", (Erişim)<http://www.bursaonkoloji.gov.tr/onkoloji/hastahak/hasta-hekimiletisimi.pdf>, 2006.
- Ünalın P. "Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları (pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s.11-15.
- Ünlüoğlu İ. Paycı S.Ö. "Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları (pdf)**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 23-29.
- **Wonca World Family Doctors Caring For People Europe**, Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005, (Çeviri: Başak O. Saatçi E.), Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Nisan 2011.
- Yağbasan M. Çakar F. "Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması", **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:1, Konya, 2006, s. 6-8.
- Yalçın, A. "Hasta- Doktor ; Sağlık Kurumları İletişimi", **I. Uluslar arası Hasta Hakları Sempozyumu**, Antalya, 2010.
- Yaman H. Karataş İ. "Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği", **Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı**, (Erişim)http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=3867&t=Amerika_Birlesik_Devletleri_nde_Aile_Hekimligi ,29.07.2010.

- Yaman H. Sanholzer H. "Almanya 'da Aile Hekimliği Uygulaması", **Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı**,
(Erişim)http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=42&t=Almanya_daki_Aile_Hekimligi_Uygulamalari,04.04.2007.
- Yaman H. Wayenburg C.V. Weel C.V. "Hollanda'da Aile Hekimliği ", **Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı**,
(Erişim)http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=351&t=Hollanda_da_Aile_Hekimligi_,17.07.2007.
- Yıldırım M. "İş hayatında İletişimin Önemi",
(Erişim)<http://www.egeligirisimciler.net/ishayatindailetisiminonemi.html/>, 15.06.2011.
- (Erişim)http://www.hastanedergisi.com/sayi_21/busayida4.asp, 16.01.2006.
- (Erişim)<http://www.thsk.saglik.gov.tr/duyurular/1106-s%C3%B6zle%C5%9Fmeli-aile-hekimli%C4%9Fi-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimine-ba%C5%9Fvuracak-aile-hekimlerince-s%C4%B1k-sorulan-sorular-ve-cevaplar%C4%B1.html>, 30.04.2014.
- "Aile Hekimi Kimdir?", **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, T.C. Sağlık Bakanlığı,
(Erişim)http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=152:aile-hekimi-kimdir&catid=56:aile-hekimlii-nedir&Itemid=190, 26.01.2014.
- "Aile Hekimliği Disiplinin İlkeleri", Türkiye'de aile hekimliği, **Piyade Aile Sağlığı Merkezi**, T.C. Sağlık Bakanlığı,
(Erişim)<http://www.piyadeasm.com/?Syf=26&Syz=22291&/Türkiyede-Aile-Hekimligi>
[31.03.2011](http://www.piyadeasm.com/?Syf=26&Syz=22291&/Türkiyede-Aile-Hekimligi).
- "Aile Hekimliği Gelişimi",
(Erişim)http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=98:aile-hekimliinin-uelkemizdeki-geliimi-&catid=38, 15.03.2014.

- "Aile Hekimliği",

(Erişim)[http://tr.wikipedia.org/wiki/Aile hekimli%C4%9Fi#T.C3.BCrkiye.27de aile h ekimli.C4.9Fi](http://tr.wikipedia.org/wiki/Aile_hekimli%C4%9Fi#T.C3.BCrkiye.27de_aile_hekimli.C4.9Fi), 01.03.2014.

- "Aile hekimliği", **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, T.C. Sağlık Bakanlığı,

(Erişim)[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article &id=152:aile-hekimi-kimdir&catid=56:aile-hekimlii-nedir&Itemid=190](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=152:aile-hekimi-kimdir&catid=56:aile-hekimlii-nedir&Itemid=190), 15.03.2014.

- "Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Gelişimi",

(Erişim)<http://www.ailehekimleri.net/index.php/ailehekimligi/turkiyede?format=pdf>.

- "Amerika'da Aile Hekimliği", **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, T.C. Sağlık

Bakanlığı, (Erişim)[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&vie w=category&layout=blog&id=55&Itemid=214](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=214), 01.04.2014.

- "Dünya'da Aile Hekimliği", **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, T.C. Sağlık Bakanlığı,

(Erişim)[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=categor y&id=55&layout=blog&Itemid=214](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&id=55&layout=blog&Itemid=214), 01.04.2014.

- "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler", **Türkiye'de Aile Hekimliği**

Uygulamaları ve Serbest Eczacılara Yansımaları, Sayı:3, (Erişim)[http://www.e- kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398](http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398), 01.12.2009

- "Hemşirelik, Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş",

(Erişim)[http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ruh%20Sa%C4% 9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Ve%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1na%20Giri% C5%9F.pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ruh%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Ve%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1na%20Giri%C5%9F.pdf), Ankara, 2012.

- "İletişim Becerileri",

(Erişim)[http://www.sanliurfakhb.gov.tr/FWPanel/my_documents/my_files/6C1_iletisim _becerileri.pdf](http://www.sanliurfakhb.gov.tr/FWPanel/my_documents/my_files/6C1_iletisim_becerileri.pdf), 15.02.2014.

- "İletişim Becerileri", **İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi**,
(Erişim)http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kriz/belge/iletisim_becerileri.pdf,15.02.2014.
- "İletişim Süreci Ve Türleri", **MEGEP(Meslekî Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi)**, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2007.
- "İletişimin Temelleri", **Aile Hekimliği 1. Aşama Kursiyer Eğitimi**,
(Erişim)<http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/iletisimintemelleri.ppt>,15.03.2014.
- "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008, s.20.
- "Türkiye’de Aile Hekimliği",
(Erişim)http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213, 15.03.2014.

Sayın Katılımcı;

Anket çalışmamızda sorulara vereceğiniz bilgiler büyük önem arz etmekte olup tamamen gizli tutulacak diğer katılımcıların cevapları ile birlikte değerlendirilecektir ve sadece bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

I. BÖLÜM KİŞİSEL BİLGİLER	
1- Cinsiyetiniz? () kadın () erkek	3- Eğitim düzeyiniz? () okuryazar değil () okuryazar () ilkokul-ortaokul () lise ve dengi () üniversite ve üzeri
2- Yaşınız? () 18-30 () 31-40 () 41-50 () 51 ve üzeri	
II. BÖLÜM GENEL BİLGİLER	
4- Aile hekiminizi tanıyor musunuz? () Evet () Hayır	
5- Ne kadar Sıklıkta Aile Hekimine gelirsiniz? () Haftada bir veya daha sık () Ayda bir () Altı ayda bir () Yılda bir veya daha az	
6- Hekiminize anlayamadığınız konularda soru sorabiliyor musunuz? () Evet () Bazen () Hayır Cevabınız “bazen” ya da “hayır” ise 6a.soruyu cevaplandırınız.	
6a- Anlayamadığınız soruyu sormama nedeniniz nedir? () Utangaçlık () Cevap alamamak () Gerekenin zaten yapılacağı () Hekime güvenmemek	
7- Hekiminiz görüşme sırasında size isminizle hitap eder mi? () Evet () Bazen () Hayır	
8- Aile Hekiminizin <u>cinsiyeti</u> probleminizi rahatça anlatmanızı etkiler mi? () Evet () Bazen () Hayır	
9- Aile hekimini mi yoksa hastanedeki hekimlerimi kendinize daha yakın bulursunuz? () aile hekimi () diğer sağlık kuruluşlarındaki hekimler	
9a- Aile hekimi ise neden? () Aile hekimine güvendiğim için () Hasta geçmişimi biliyor olması () Yakın çevremde de aynı hekime geliyor olması () Daha önceki hastalıklarımda olumlu sonuç almış olmam. () Daha hızlı ve iyi iletişim kurabilirim.	9b- Diğer sağlık kuruluşlarındaki hekimler ise nedeni? () Teknik imkânlar () Uzmanlık () Hekimin taşıdığı sıfat () Aile Hekimini tanımıyorum

AİLE HEKİMİNİZ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİZ	Kesinlikle Katılıyorum (1)	Katılıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (4)	Kesinlikle Katılmıyorum (5)
10-Hekimim bana karşı her zaman nazik ve güler yüzlüdür.					
11-Hekimin beni dinlerken bana ilgi gösterdi ve beni dinledi.					
12-Hekimim görüşmemiz esnasında başka şeylerle ilgilendi.					
13-Kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterir.					
14-Hekimin tıbbi terimler kullandığını düşünüyorum.					
15-Hekimim muayene yeterli zaman ayırdı.					
16-Şikâyetlerimi anlamak için yeterli ve anlaşılır sorular sordu.					
17-Teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yaptı.					
18-Kullanmam gereken ilaçlar hakkında yeterli bilgilendirmeyi yaptı.					
19-Hekimim yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadığımı bana sordu.					
20-Benden önceki bazı hastalara ayrıcalıklı davrandığına tanık oldum.					
21-Muayene sonrası herhangi bir sorun yaşadığımda her zaman arayabileceğimi düşünüyorum					
22-Yapılan tahlil ve tetkikler, bekleme süresinden memnunum.					
23-Sağlık kuruluşunun ulaşılabilir olmasından memnunum.					
24-Sağlığımla ilgili bir problemimi ilk önce aile hekimimle paylaşıyorum, çünkü kendime daha yakın bulurum.					

Sayın Katılımcı;

Anket çalışmamızda sorulara vereceğiniz bilgiler büyük önem arz etmekte olup tamamen gizli tutulacak, diğer katılımcıların cevapları ile birlikte değerlendirilecektir ve sadece bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

I. BÖLÜM KİŞİSEL BİLGİLER	
1- Cinsiyetiniz? () kadın () erkek	2- Yaşınız? () 18-30 () 31-40 () 41-50 () 51 ve üzeri
II. BÖLÜM GENEL BİLGİLER	
3- Kaç yıldır ASM' de çalışıyorsunuz? () 1-5 yıl () 5-10 yıl () 10-15 yıl () 15-20 yıl () 20 yıldan fazla.	
4- Daha önce herhangi bir hasta veya yakınıyla olumsuz bir iletişim yaşadınız mı? () Evet () Hatırlamıyorum () Hayır	
5- Genel olarak hastaların aile hekimlerine yaklaşımını nasıl buluyorsunuz? () Çok iyi () İyi () Fikrim yok () Kötü () Çok kötü	
6- Hastalarınız ile konuşurken tıbbi terimler kullanır mısınız? () Evet, kesinlikle () Evet, kısmen () Hayır	
7- Türkiye'de hekim-hasta iletişimde sorun(lar) olduğunu düşünüyor musunuz? () Evet, kesinlikle () Evet, kısmen () Hayır	
8- Hekimlerin iletişim becerileri konusunda eğitim almaları gerektiğini düşünüyor musunuz? () Evet () Fikrim yok () Hayır	
9- Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise, hekimlerin iletişim becerileri konusundaki eğitimi ne zaman alması gerektiğini düşünüyorsunuz? () Mezuniyet öncesi () Mezuniyet sonrası () Hem mezuniyet öncesi hem mezuniyet sonrası () Mezuniyet öncesi ya da sonrası olabilir	
10- Sizde hekim-hasta görüşmesinde hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsur nedir? () Zaman kısıtlılığı () Hastanın sosyokültürel düzeyi () Ağır iş yükü () Diğer: Yazınız.....	

III. AİLE HEKİMİNİN GÖRÜŞLERİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
11- Aile Hekimleri için iletişimle ilgili seminer, konferans vb. etkinliklere ihtiyaç vardır.					
12- İletişim kurduğumuz hastanın <u>sosyo-ekonomik ve eğitim durumunun</u> aramızdaki iletişimi etkilediğine inanıyorum.					
13- Bazı zamanlar hastalarım haklılığımı açıklayamıyorum.					
14- Bazen hasta yakınlarıyla iletişim kurmak zorunda kalmamızın hasta ile iletişimi geciktirdiğini düşünüyorum.					
15- Hitap şeklimin hastalarla iletişimimi etkilediğini düşünüyorum.					
16- Ekonomik durumumuz hastalarımız ile iletişimimizi etkiliyor.					
17-Bölgemdeki hastalara kendilerini yeterince ifade edebileceği zamanı veriyorum.					
18- Çalıştığımız kurum ve çalışma koşulları aile hekimliği uygulamasına yeteri kadar imkân tanıyor.					
19- Önerdiğim tedaviyi hastalarımın anlayıp, inanıp, uyguladığını düşünüyorum.					
20- Sağlıkta insan gücü sayısal olarak yeterlidir.					
21-Son yıllarda değişen kanun ve yönetmelikler hastalarım ile aramdaki iletişimi olumsuz etkiliyor.					
22-İşimle ilgili gelecek kaygısı nedeniyle hastalarım yeterince ilgi gösteremiyorum.					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :Esra Seda TURHAN

Doğum Yeri ve Tarihi :Gümüşhane 1988

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi :Karadeniz Teknik Üniversitesi - İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi-İşletme Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi :Ufuk Üniversitesi- İşletme Anabilim Dalı - Sağlık
Kurumları İşletmeciliği

Bildiği Yabancı Diller :İngilizce

İletişim

E-posta Adresi : turhansedaesra@gmail.com

Tarih :18.06.2014