



TIP FAKÜLTESİ

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR TIP FAKÜLTESİNİN AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI'NDAKİ ASİSTAN HEKİMLERİN,
AİLELERİNDEN VE YAKIN ÇEVRELERİNDEN GELEN
SAĞLIK TALEPLERİ ÜZERİNE GÖRÜŞLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Ramazan İlbey TEPELİ

UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2019



TIP FAKÜLTESİ

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR TIP FAKÜLTESİNİN AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI'NDAKİ ASİSTAN HEKİMLERİN,
AİLELERİNDEN VE YAKIN ÇEVRELERİNDEN GELEN
SAĞLIK TALEPLERİ ÜZERİNE GÖRÜŞLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Ramazan İlbey TEPELİ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi B. Furkan DAĞCIOĞLU

ANKARA, 2019

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından itibaren yazımına kadar olan aşamaların tamamında gerekli kurum ve kuruluşlardan izin aldığımı ve bu kurum ve kuruluşların talimatlarına uygun davrandığımı, patent ve telif haklarını ihlal eden etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, tez çalışması sırasında ortaya çıkan ücretler/masraflar tarafımdan ödendiğini beyan ederim.

Dr. Ramazan İlbey TEPELİ

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimin başından sonuna her anında bilgi ve deneyimleri ile desteklerini esirgemeyen, mesleki olarak gelişmem ve yeterli hâle gelmemde önemli katkıları olan başta Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Mehmet UĞURLU olmak üzere, anabilim dalı hocalarım Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Doç. Dr. Ahmet KESKİN, Dr. Öğr. Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU, Başasistan Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY, Başasistan Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a;

Değerli vaktini ayırarak bu tezin konusunun belirlenmesinden son düzenlemelerinin yapılmasına kadar geçen süreçte önemli katkılarda bulunan, sabırla bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU'ya;

Tezimin oluşmasında büyük katkıları olan ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma, meslektaşlarıma;

Her zaman desteklerini üzerimde hissettiğim, beni nakış nakış işleme sabrını gösteren değerli annem Sevilay TEPELİ ve babam Yusuf TEPELİ'ye, sevgisini, sabrını ve desteğini esirgemeyen biricik eşim Özge Didar'a, beni güne mutlu uyandıran, dünyamı anlamlandıran canım oğlum Yusuf Göktuğ'a ve kardeşim Yasin İlkağan'a

Saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ramazan İlbey TEPELİ

Ankara, 2019

BİR TIP FAKÜLTESİNİN AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI'NDAKİ ASİSTAN HEKİMLERİN, AİLELERİNDEN VE YAKIN ÇEVRELERİNDEN GELEN SAĞLIK TALEPLERİ ÜZERİNE GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Giriş: Çalışmalar hekimlerin, aile ve yakınlarından gelen bir sağlık talebiyle karşılaşma ihtimallerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Etik açıdan bakıldığında, hekimlerin kendilerini veya aile üyelerini tedavi etmesi önerilmemektedir ancak hekimlerin akrabalarının tıbbi bakımlarına doğrudan veya dolaylı yolla müdahil oldukları görülmektedir. Hekimler taleplere müdahil olurken ciddi çatışma ve etik uygunlukla ilgili kaygı yaşamaktadır. Bu çalışmada hekimlerin bu konuda yaşadıkları deneyimleri açığa çıkartarak, gelecekte yaşayacakları çatışma ve kaygıyla baş edebilmeleri için hekimlere yol gösterici olmayı amaçladık.

Yöntem: Araştırmamız fenomenolojik desende nitel bir çalışma olup, etik kuruldan onay alındıktan sonra bir Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında 1 Nisan 2019- 1 Temmuz 2019 tarihleri arasında 41 aile hekimliği asistanına yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanarak yapıldı. 38 katılımcının verileri analiz edildi. Veriler görüşmeci hekim tarafından yazıya geçirildikten sonra kodlanarak, kategori ve temalara ulaşıldı ve çalışmanın bulguları oluşturuldu.

Bulgular: Hekimler kendi yakınlarını bazı durumlar haricinde genel olarak tedavi etmeme görüşündeydiler ve talepler karşısında olumsuz duygular hissetmekte, zorluklar yaşamaktaydılar. Hatta aile ve yakınlarına bakmalarının getireceği dezavantajların da farkında olmalarına rağmen yüksek oranda talepleri kabul etmekte, taleplere karşı elinden geldiğince, genel olarak olumlu yaklaşım yardımcı olmaktadır. Buna rağmen talepleri karşılayamadıkları zamanlarda ise yakınlarından genellikle olumsuz tepkiler almışlardı. Hekimler talepleri isteyerek kabul etmelerinin yanı sıra bazı mesleki veyahut toplumsal, ailesel ilişkiye bağlı görev ve sorumluluklar nedeniyle mecburiyetten de kabul etmekteydiler. Bu durum onları karar alma mekanizmalarını bozan ikilem, kaygı ve çatışma içine sokmaktaydı.

Sonuç: Hekimler çatışmaya düştükleri zaman aile ve yakınlarının isteklerini geri çevirebilirler. Bunu yaparken tepkiden çekiniyorlarsa çözüm iletişimde saklı olabilir. Çalışmamızda yakınlarının taleplerini karşılayamadıklarında anlayışlı karşılandıklarını ifade eden hekimler iletişimin önemine dikkat çekmişlerdir. Hekimlerin, mesleklerini yaparken, yakınlarına hastalarına baktıkları gibi bakmadıklarını açık bir dille anlatmalarının ve bu çatışmanın yakınlarında oluşturacağı olası problemlerden bahsetmelerinin hekimlerin üzerindeki yükü azaltacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimleri, aile bireyleri, yakınlardan gelen sağlık talepleri, tedavi



**INVESTIGATION OF THE OPINIONS OF ASSISTANT PHYSICIANS OF
FAMILY MEDICINE DEPARTMENT OF A MEDICAL FACULTY, ABOUT
HEALTH DEMANDS FROM THEIR FAMILIES AND RELATIVES**

ABSTRACT

Introduction: Studies show that physicians are more likely to meet a health demand from their family and relatives. From an ethical point of view, it is not recommended that physicians treat themselves or their family members, but it has been seen that physicians directly or indirectly involves in relatives' medical care. Physicians are concerned about serious conflict and ethical compliance when dealing with requests. In this study, by revealing the experiences of physicians on this subject, we aimed to guide physicians to cope with the future conflict and anxiety.

Method: Our study was a qualitative study in phenomenological design and after an approval from the ethics committee, were applied to 41 family physician assistants in a semi-structured interview form between April 1, 2019 and July 1, 2019. The data of 38 participants were analyzed. After the data converted to written form by the interviewer, the categories and themes were reached and the findings of the study were formed.

Results: Physicians were generally in the opinion of not treating their relatives except in some cases and they had negative feelings and faced difficulties in the face of demands. Even though they were aware of the disadvantages of looking after the family and their relatives, they accepted the demands at a high rate and they were generally positive and helpful to the demands as much as they could. However, when they could not meet the demands, they often received negative reactions from their relatives. In addition to accepting requests voluntarily, physicians also compulsorily accept requests, due to duties or responsibilities which come with some professional, social or family relations. This situation puts them in dilemma, anxiety and conflict that disrupt their decision-making.

Conclusion: When physicians fall into conflict, they can refuse family and relatives' demands. If they are afraid of a reaction, the solution may be hidden in

communication. In our study, the physicians who stated that they were met with understanding when they could not meet the demands of their relatives pointed out the importance of communication. We believe that explaining the fact that they do not treat their relatives in the same way as they look at their patients while they are doing their jobs and talking about the possible problems that this conflict will create on their relatives, will reduce the burden on physicians.

Keywords: Family physician, family members, health demands from relatives, treatment



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	iv
ÖNSÖZ	v
ÖZET	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİL DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Aile ve Akrabalık İlişkileri	6
2.2. Hekim Hasta İlişkisi ve Hastanın Hekimden Beklentileri.....	9
2.3. Hekimin; Ailesi ve Yakınları İle İlişkileri	15
2.4. Nitel Araştırmaya Giriş ve Nitel Araştırma Deseni Olarak “Fenomenoloji” ..	20
2.4.1. Nitel Araştırma Deseni Olarak “Fenomenoloji”	23
3. MATERYAL VE METOT	25
3.1. Araştırma Deseni	25
3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu	25
3.3. Veri Toplama Aracı ve Uygulama Süreci	27
3.3.1. Veri Toplama Aracı ve Hazırlanması	27
3.3.2. Veri Toplama ve Veri Toplama Aracı Uygulama Süreci	29
3.4. Verilerin Analizi.....	30
3.5. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	33
4. BULGULAR	36
4.1. Aile Hekimliği Asistanlarının; Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerine Dair Görüşleri	37

4.1.1. Aile Hekimliği Asistanlarının, Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Aile ve Yakınlarından Gelen Tıbbi Bakım Taleplerinin Türüne Dair Görüşleri.	38
4.1.2. Aile Hekimliği Asistanlarının, Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Tıbbi Bakım Talebinde Bulunan Aile ve Yakınlarının Yakınlık Derecelerine Dair Görüşleri	41
4.1.3. Aile Hekimliği Asistanlarının, Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Aile ve Yakınlarından Gelen Tıbbi Bakım Talebinin Yeri, Zamanı ve Ortamına Dair Görüşleri	43
4.1.3.1. “Tıbbi Bakım Talebinin Yeri” Kategorisi (n=30).....	45
4.1.3.2. “Tıbbi Bakım Talebinin Ortamı” Kategorisi (n=21)	45
4.1.3.3. “Tıbbi Bakım Talebinin Zamanı” Kategorisi (n=15)	47
4.1.4. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Neler Yaptıklarına Dair Görüşler	48
4.1.4.1. “Öneriler ve Bilgilendirme” Kategorisi	49
4.1.4.2. “Muayene” Kategorisi.....	51
4.1.4.3. “Tedavi” Kategorisi.....	52
4.1.4.4. “Hastaneye Götürme” Kategorisi.....	53
4.1.4.5. “Talebi Reddetme” Kategorisi	54
4.2. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerine Dair Görüşleri.....	54
4.2.1. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerine Karşı Genel Olarak Genel Tutumlarına Dair Görüşleri	55
4.2.1.1. “Olumlu Eylemler” Kategorisi.....	56
4.2.1.2. “Yaklaşımlar” Kategorisi	59
4.2.1.3. “Olumsuz Eylemler” Kategorisi	60
4.2.1.4. “Duruma Bağlı Eylemler” Kategorisi	60
4.2.2. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Hissettikleri ve Yaşadıkları Zorluklara Dair Görüşler	61
4.2.2.1. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Hissettikleri” Ana Kategorisi	61
4.2.2.1.1. “Olumsuz Hisler” Alt Kategorisi.....	63
4.2.2.1.1. “Olumlu Hisler” Alt Kategorisi.....	65

4.2.2.2. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Yaşadıkları Zorluklar” Ana Kategorisi.....	67
4.2.2.2.1. “Zorluk Yaşandığına Dair Görüş” Alt Kategorisi.....	68
4.2.2.2.2. “Zorluk Yaşanmadığına Dair Görüş” Alt Kategorisi	72
4.2.3. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerini Yerine Getirme veya Getirmemelerini Etkileyen Faktörlere Dair Görüşler	72
4.2.3.1. “Tıbbi Bakım Talebinin İçeriğine İlişkin Faktörler” Kategorisi	74
4.2.3.2. “Tıbbi Bakım Talebinde Bulunan Kişiyeye İlişkin Faktörler” Kategorisi	77
4.2.3.3. “Tıbbi Bakım Talebinin Zamanı, Fiziki Durumu ve Şartlarına İlişkin Faktörler” Kategorisi.....	80
4.2.3.4. “Etkileyen Faktör Olmaması” Kategorisi	82
4.2.4. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile Ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerini Kabul Etme veya Etmeme Nedenlerine Dair Görüşlere Yönelik Bulgular	83
4.2.4.1. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Taleplerini Kabul Etmeme Nedenleri” Ana Kategorisi	83
4.2.4.1.1. “Talebin İçeriğine İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi	85
4.2.4.1.2. “Talepte Bulunan Kişiyeye İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi.....	86
4.2.4.1.3. “Yer, Ortam ve Zamanına İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi.....	88
4.2.4.1.4. “Kabul Edilirse Oluşabilecek Hatalara İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi	89
4.2.4.1.5. “Hekime İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi	90
4.2.4.1.6. “Reddetmeyenler” Alt Kategorisi.....	91
4.2.4.2. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Taleplerini Kabul Etme Nedenleri” Ana Kategorisi	92
4.3. Aile Hekimliği Asistanlarının; Profesyonel Bir Meslek Sahibi Olarak Meslek Etiği Bağlamında Aile Ve Yakınlarının Sağlık Taleplerine Dair Görüşleri	96
4.3.1. Aile Hekimliği Asistanlarının; “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Gerektiği” Yönündeki Görüşe Katıp Katılmadıklarına Dair Görüşleri	97
4.3.1.1. Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne “Katılıyorum Ancak Bazı Durumlarda Bakılabilir” Kategorisi	99

4.3.1.2. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne Katılıyorum” Kategorisi.....	101
4.3.1.3. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne “Katılmıyorum Ancak Bazı Durumlarda Bakılmamalıdır” Kategorisi.....	102
4.3.1.4. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne Katılıp Katılmadığını Belirtmeyenler” Kategorisi	104
4.3.1.5. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne Katılmıyorum” Kategorisi.....	105
4.3.2. Aile Hekimliği Asistanlarının Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlamalarının Yakınları İçin Avantaj ve Dezavantajlarına Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular.....	106
4.3.2.1. “Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlamalarının Yakınları İçin Avantajları” Kategorisi.....	106
4.3.2.2. “Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlamalarının Yakınları İçin Dezavantajları” Kategorisi	111
4.3.3. Aile Hekimliği Asistanlarının Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlarken Tıbbi Bilgileri Yetersiz Kaldığında, Durumu Başka Bir Hekimin Yönetmesine İzin Verme ya da Vermeme Tercihleri Ve Bu Tercihin Nedenlerine Dair Görüşleri	117
4.3.3.1. “Tercih Etme Nedenleri” Kategorisi	119
4.3.3.2. “Tercihe ek olarak yapılanlar” Kategorisi	121
4.3.4. Aile Hekimliği Asistanlarının, Aile ve Yakınlarını Tedavi Etme Durumunda Kaldıklarında Onlara Başka Bir Hekimin Değil De Kendilerinin Bakması Nedeniyle Çıkabilecek Olası Sorunları Vurgulayıp Vurgulamadıklarına Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular.....	123
4.3.5. “Kronik Hastalık Takibindeki Bir Yakınının Kendilerinden İlaç Dozu (Örneğin Tiroid İlacı) Ayarlama Talebinde Bulunmaları Hâlinde Aile Hekimliği Asistanlarının Bu Talebe Cevap Vermeleri ya da Yapmayıp Onlara, Düzenli Olarak Aynı Doktordan Yardım Almalarını Söylemelerine Dair Görüşleri.....	126
4.3.5.1. “Yapmayıp Aynı Doktordan Yardım Almalarını Söyleyen Katılımcılara Ait Görüşler” Kategorisi	128
4.3.5.2. “İlaç Dozunu Ayarlayan Katılımcılara Ait Görüşler” Kategorisi.....	130
4.3.5.3. İlaç Dozunu Belli Şartlarda Ayarlayan Katılımcılara Ait Görüşler” Kategorisi	133

4.4. Aile Hekimliği Asistanlarının, Tıbbi Bakım Talep Eden Aile ve Yakınlarının Kendilerinden Beklentilerine Dair Görüşleri	136
4.4.1. Tıbbi Bakım Talep Eden Aile Ve Yakınlarının Aile Hekimliği Asistanlarından Ne Tür Beklentileri Olduğuna Dair Görüşleri	136
4.4.2. Aile Hekimliği Asistanlarının, Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerini Yeterince Karşıladıklarını Düşünme Durumları ve Talepleri Karşılanmadığı Zaman Yakınlarından Aldıkları Geri Bildirimlere Dair Görüşleri	142
4.4.2.1. “Katılımcıların, Talepleri Yeterince Karşıladıklarını Düşünme Durumları” Ana Kategorisi	143
4.4.2.2. “Talepleri Karşılanmayan Yakınların Geri Bildirimleri” Ana Kategorisi	146
4.4.2.2.1. Olumsuz Geri Bildirimler Alt Kategorisi	147
4.4.2.2.2. Olumsuz Olmayan Geri Bildirimler Alt Kategorisi	150
4.4.2.2.3. “Karşılanmayan Talep Olmaması” Alt Kategorisi	152
4.4.2.2.4. Görüşü Net Olmayanlar Alt Kategorisi	152
4.4.3. Aile Hekimliği Asistanlarının, Aile ve Yakınlarına, Kendilerinin Uzmanlığını Aşan veya İstemedikleri Bir Uygulama Yapmak Zorunda Kalıp Kalmadıkları, Kalmışlarsa Ne Yaptıkları ve Yapmak Zorunda Kalsalardı Ne Yapacaklarına Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular	153
4.4.3.1. Katılımcıların Kendi Uzmanlıklarını Aşan veya İstemedikleri Bir Uygulama Yapmak Zorunda Kalıp Kalmadıkları, Kalmışlarsa Ne Yaptıkları Ana Kategorisi	153
4.4.3.1.1. “Yapmak Zorunda Kalmadım” Alt Kategorisi	154
4.4.3.1.2. “Yapmak Zorunda Kaldım” Alt Kategorisi	156
4.4.3.2. Katılımcıların Kendi Uzmanlıklarını Aşan veya İstemedikleri Bir Uygulama Yapmak Zorunda Kalsalardı Ne Yapacakları Ana Kategorisi	158
4.4.3.2.1. Normalde Yapmam, Yönlendiririm Ancak Bazı Durumlarda Yaparım Alt Kategorisi	159
4.4.3.2.2. Yapmam, Yönlendiririm Alt Kategorisi	161
4.4.3.2.3. “Yaparım” Alt Kategorisi	162
4.4.4. Aile Hekimliği Asistanlarının, Kendilerinden Tıbbi Bakım Talebinde Bulunurken Aile ve Yakınlarının Kendilerine Nasıl Davranmalarını İstediklerine Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular	163

5. TARTIŞMA	169
5.1. Kısıtlılıklar.....	186
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	188
7. KAYNAKLAR	192
8. EKLER	198
8.1. Ek-1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	198
8.2. Ek-2 Etik Kurul Onayı	202
9. ÖZGEÇMİŞ	203

KISALTMALAR

A	: 0-12 aylık Tam Zamanlı Aile Hekimliği Asistanlarının oluşturduğu çalışma grubu
AKC	: Akciğer
AMA Etik Dergisi	: American Medical Association Etik Dergisi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
B	: 13-24 aylık Tam Zamanlı Aile Hekimliği Asistanlarının oluşturduğu çalışma grubu
BFT	: Böbrek fonksiyon testi
C	: 25-36 aylık Tam Zamanlı Aile Hekimliği Asistanlarının oluşturduğu çalışma grubu
CRP	: C-reaktif protein
EKG	: Elektrokardiyografi
f	: Kod, kategori ve temaların katılımcılar tarafından ifade edilme sıklık sayısı
INR	: İnternational normalized ratio
IV	: İntravenöz
KBB	: Kulak Burun Boğaz
MI	: Miyokard enfarktüs
n	: Veri incelemesine dahil edilen katılımcı sayısı
NSAİ	: Non steroid antienflamatuar ilaçlar
PA akciğer grafisi	: Posteranterior Akciğer Grafisi
PPI	: Proton pompa inhibitörü
S	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanlarının oluşturduğu çalışma grubu
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı
SS	: Standart sapma
TSH	: Tiroid Stimule Edici Hormon
ÜSYE	: Üst solunum yolu enfeksiyonu
Vb.	: Ve benzeri

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Nitel ve nicel araştırma arasında farklılıklar.....	22
Tablo 2.2.	Geçerlilik ve Güvenilirlikte Nicel ve Nitel Araştırmaların Karşılaştırılması	23
Tablo 3.1.	Çalışma grubunu oluşturan aile hekimliği asistanlarının demografik bilgileri.....	26
Tablo 3.2.	Veri toplama sürecine dair iş ve işlem takvimi	29
Tablo 4.1.	Talebin içeriğine dair görüşler alt teması.....	38
Tablo 4.2.	Talebi yapan kişiye dair görüşler alt teması.....	41
Tablo 4.3.	Talebinin yeri ve zamanına dair görüşler alt teması	44
Tablo 4.4.	Talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt teması	48
Tablo 4.5.	Hekimlerin genel tutumlarına dair görüşler alt teması	55
Tablo 4.6.	Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt teması ..	61
Tablo 4.7.	Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt temasında hissedilen duygulara dair görüşler kategorisi	62
Tablo 4.8.	Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt temasında yaşanan zorluklara dair görüşler kategorisi	67
Tablo 4.9.	Hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler dair görüşler alt teması.....	73
Tablo 4.10.	Hekimin talebi karşılayıp karşılamama nedenlerine dair görüşler alt teması	83
Tablo 4.11.	Katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler ana kategorisi.....	84
Tablo 4.12.	Katılımcıların talepleri kabul etme nedenlerine dair görüşler ana kategorisi.....	92
Tablo 4.13.	Aile hekimliği asistanlarının; “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi” gerektiği yönündeki görüşe katıp katılmama yüzdeleri.....	97
Tablo 4.14.	Aile hekimliği asistanlarının; “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi” gerektiği yönündeki görüşe katıp katılmadıklarına dair görüşler alt teması	98

Tablo 4.15. Yakınlara tıbbi bakım sağlamanın avantajları ve dezavantajlarına dair görüşler alt teması	106
Tablo 4.16. Tıbbi bakım sağlamanın yakınlar için avantajlarına dair görüşler kategorisi.....	107
Tablo 4.17. Aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamlarının yakınları için dezavantajlarına dair görüşler ana kategorisi.....	112
Tablo 4.18. Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme ya da vermeme tercihlerinin sayısal dağılımı	117
Tablo 4.19. Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme tercihlerinin nedenine dair görüşleri.....	118
Tablo 4.20. Aile ve yakınlarını tedavi etme durumunda kaldıklarında onlara başka bir hekimin değil de kendilerinin bakması nedeniyle çıkabilecek olası sorunları vurguladıkları ya da vurgulamadıklarına dair görüşleri alt teması	123
Tablo 4.21. Kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu (örneğin tiroid ilacı) ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde katılımcıların; bu talebe cevap vermeleri ya da yapmayıp onlara, düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söylemelerine dair görüşleri alt teması.....	127
Tablo 4.22. Kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde, bunu yapmayıp onlara düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söyleyen katılımcılara ait görüşler ana kategorisi	128
Tablo 4.23. Kronik hastalık takibindeki yakınının ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde onlara ilaç dozu ayarlayan katılımcılara ait görüşler ana kategorisi	131
Tablo 4.24. Kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozunu şarta bağlı olarak ayarlarım diyen katılımcılara ait görüşler ana kategorisi.....	133
Tablo 4.25. Yakınların hekimlerden beklentilerine dair görüşler alt teması	137
Tablo 4.26. Hekimlerin beklentileri karşılama durumları ve talepler karşılanmadığında aldıkları geri bildirimlere dair görüşler alt teması ..	143

Tablo 4.27. Katılımcıların, talepleri yeterince karşıladıklarını düşünme durumlarına dair görüşler ana kategorisi	143
Tablo 4.28. Talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimlerine dair görüşleri ana kategorisi.....	146
Tablo 4.29. Katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıklarına dair görüşler ana kategorisi.....	154
Tablo 4.30. Katılımcıların, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacaklarına dair görüşleri ana kategorisi	158
Tablo 4.31. Uzmanlığını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalan katılımcı hekimlerin o zaman yaptıkları ile tekrar bu tarz bir durumla tekrar karşılaştıklarında yapacaklarının katılımcılar düzeyinde karşılaştırılması.....	162
Tablo 4.32. Hekimlerin yakınlarından beklentilerine dair görüşler alt teması	163

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 3.1. Ham verilerin içerik analizi süreci.....	32
---	----



1. GİRİŞ

Değişen koşullara bağlı olarak ortaya çıkan yeni ihtiyaçlara göre yeniden yapılandırılan kurum ve kuruluşların başında sağlık sektörü gelmektedir. Bu yapılandırma durağan değil, dinamiktir (1). Bu değişim toplumun sağlığa bakışının, topluma sağlığı sunma biçiminin, tıp eğitiminin yeniden oluşturulmasına yol açmaktadır. Bu dönüşüm ve yeniden yapılanma doğal olarak aile hekimliğine de yansımaktadır (2). Aslında tıpta değişim yeni değildir. Tıp en başından beri sık sık değişime uğramaktadır. Sadece bu değişimin hızı farklıdır (3).

Ülkemizde tıbbi uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliği 1983'de Tababet Uzmanlık Tüzüğüne ilk defa girmiştir. İlk üniversite kabulü 1984 yılında Gazi Üniversitesi bünyesindeki YÖK tarafından üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulması kararının alınması ve aile hekimliği akademisyenlerinin üniversitelerde görev alması 1993-1994 yıllarında olmuştur (4).

Türkiye'de birinci basamağa gerekli önem verilmesi ve birinci basamak uygulamalarının başlaması esas olarak 2003 yılından sonraya dayanmaktadır. Aile Hekimliği 2003 yılında başlayan pilot uygulama ile 2010 yılında tüm ülkede yaygın hâle gelmiştir (5). Birinci basamak sağlık sisteminde köklü değişikliğin tamamlanması ve birinci basamak hekimlerinin görev ve çalışma koşullarına yeni tanımların gelmesi yine 2010 yılı itibariyledir (6).

Bu süreçler sonrasında aile hekimliği uzmanlık eğitimini daha tanınır, bilinir ve hekimler tarafından tercih edilir hâle getirmiştir.

Aile hekimleri bireye odaklanmalı, rahatsızlığın bağlamını anlamaya çalışmalı, hastalarıyla her görüşmeyi sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için kullanmalı, nüfusundaki bireyleri hastalık riskleri açısından gözden geçirmeli, kendisini toplumdaki sağlık bakımı ve destekleyici hizmetlere adapte etmeli, hastalarıyla aynı çevreyi paylaşmalı, hastalarını evde ziyaret etmeli, tıpta öznelliğe önem vermeli ve kaynak yönetimini bilmelidir (3).

Aile hekimliği; sosyal, fizyolojik, ekonomik, kültürel ve biyolojik konulara da dikkat edilerek hasta olan birey ve ailesinin bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenilmesini gerektirdiği için oldukça kapsamlı bir uzmanlık alanıdır. Bu uzmanlık alanı için yeterli özellikte asistanlar yetiştirilmesi önerilmektedir (2). İhtiyaçlar doğrultusunda yetiştirilmeye çalışılan asistan hekimlerin, asistanlık sürecinde yaşadıkları veya daha sonraki uzman hekimlik sürecinde yaşayacakları çok farklı sorunları da bulunmaktadır. Bahsettiğimiz sorunlardan birisi de hekimlerin aile ve yakınlarından gelen taleplerle ilgilidir. Aile hekimliği asistanları mesleklerini icra ederken hastaları ve onların yakınlarıyla olduğu gibi aile ve yakınlarıyla da bir ilişki içerisindedir. Bir literatür taraması çalışmasında; aile hekimliği uzmanlık eğitimini tercih edenlerin kişisel özellikleri içerisinde yüksek sosyal sorumluluk dikkati çekmektedir (7).

Aile hekimlerinin aile ve yakınlarından gelen sağlık talepleri nedeniyle yaşadıkları sorunları ele alan güncel çalışmalar dünyada ve Türkiye’de oldukça kısıtlıdır. Var olan çalışmalar da genellikle nicel çalışmalardır. Bu konudaki araştırmaların çoğu, bu sorunların nedenlerini, nasıl yönetildiğini, nasıl yönetilmesi gerektiğini araştırmaktan ziyade, sorunun boyutu ile ilgilenmiştir (1).

Araştırmacıyı bu çalışmaya iten sebep, aile hekimliği asistanlarının meslek ve özel hayatlarında, yakın veya uzak çevrelerinden gelen tıbbi bakım talepleri ile sık sık karşılaşmaları, bu maddi, bedenî, manevi, ahlaki anlamda zorlayıcı olabilen talepler karşısında kendilerini baskı altında hissetmeleri ve ne yapmaları gerektiklerine dair yol gösterici bir kaynağa ulaşmakta zorlanmalarıdır. Yapılan alan taramasında hekimlerin, aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım talepleri konusunda deneyimleri üzerine ulaşılabilir literatürde, ülkemizde, güncel çalışmaların yeterli sayıda olmadığı görülmektedir. Bu konuda uluslararası literatür zengin olsa da aile bağlarının ve sosyokültürel ilişkilerin ülkelere hatta aynı ülkede coğrafyaya göre değişiklik gösterdiği, Türkiye’deki aile ilişkilerinin birçok Batı ülkesine göre daha iyi olduğu dşnldğnde ülkemizdeki hekimlerin aile ve yakınlarının sağlık sorunlarına yaklaşımlarının farklı olması beklenmektedir. Çalışmamızda Türkiye’de bir hastanede çalışan aile hekimi asistanlarının, ailelerinden birisi veya yakınları rahatsızlandığı zaman, onlardan gelen tıbbi bakım taleplerine karşı sergiledikleri tutumları, hissettikleri duyguları ve bu durumu nasıl yönettiklerine ve diğer

yaşadıklarına dair deneyimlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Nitel bir fenomenolojik araştırma olarak planlanan bu çalışmada hekimlere, literatür bilgisini ve katılımcı doktorların deneyimlerini aktararak yakınlarından gelen talepleri karşılama ve talepler karşısında yaşayabilecekleri sorunlar ile baş etme konusunda yol göstermek amaçlanmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda, yarı yapılandırılmış görüşme sorularının çerçevesini çizen, aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmaktadır.

1. Grup:

1. Ana soru: Aile hekimliği asistanlarının; yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerine dair görüşleri nelerdir?

1.1. Aile ve yakınlarının; aile hekimliği asistanlarından hangi tür tıbbi bakım talepleri olmuştur?

1.2. Tıbbi bakım talebinde bulunan aile bireyleri ve yakınlarının, aile hekimliği asistanlarına yakınlık dereceleri nedir?

1.3. Aile ve yakınlarının, aile hekimliği asistanlarından tıbbi bakım talebinde buldukları yer, zaman ve ortam nedir?

1.4. Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında yaptıkları nelerdir?

2. Grup:

2. Ana soru: Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerine dair görüşleri nelerdir?

2.1. Aile hekimliği asistanları; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerine karşı tutumları nasıldır?

2.2. Aile hekimliği asistanları; aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında hissettikleri ve yaşadıkları zorluklar nelerdir?

2.3. Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini yerini getirip getirmemelerini etkileyen faktörler nelerdir?

2.4. Aile hekimliği asistanları; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etme veya etmeme nedenleri nelerdir?

3. Grup:

3. Ana soru: Aile hekimliği asistanlarının; profesyonel bir meslek sahibi olarak meslek etiği bağlamında aile ve yakınlarının sağlık taleplerine dair görüşleri nelerdir?

3.1. Aile hekimliği asistanlarının; deontolojik açıdan “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi” gerektiği yönündeki görüşle ilgili düşünceleri nelerdir?

3.2. Aile hekimliği asistanlarının aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamalarının yakınları için avantaj ve dezavantajları nelerdir?

3.3. Aile hekimliği asistanlarının aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz kaldığında, durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme ya da vermeme tercihleri ve bunun nedenleri nelerdir?

3.4. Aile hekimliği asistanları, aile ve yakınlarını tedavi etme durumunda kaldıklarında onlara başka bir hekimin değil de kendilerinin bakması nedeniyle çıkabilecek olası sorunları vurgular mı ya da vurgulamaz mı?

3.5. Kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu (örneğin tiroid ilacı) ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde aile hekimliği asistanları; bu talebe cevap verirler mi ya da yapmayıp onlara, düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını mı söyler? Bu konuya dair görüşleri nelerdir?

4. Grup:

4. Ana soru: Aile hekimliği asistanlarının, tıbbi bakım talep eden aile ve yakınlarının kendilerinden beklentilerine dair görüşleri nelerdir?

4.1. Aile hekimliği asistanlarının, tıbbi bakım talep eden aile ve yakınlarının kendilerinden ne tür beklentileri olduğuna dair görüşleri nelerdir?

4.2. Aile hekimliği asistanlarının, “Aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini yeterince karşıladıklarını düşünüyorlar mı? Yakınlarının talepleri karşılanmadığı zaman onlardan ne tür geri bildirimler almaktadırlar?” sorularına dair görüşleri nelerdir?

4.3. Aile hekimliği asistanlarının, aile ve yakınlarına, kendilerinin uzmanlığını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıkları ve yapmak zorunda kalsalardı ne yapacaklarına dair görüşleri nedir?

4.4. Aile hekimliği asistanları, kendilerinden tıbbi bakım talebinde bulunurken aile ve yakınlarının nasıl davranmalarını isterlerdi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile ve Akrabalık İlişkileri

Bireyin doğduğu andan itibaren sosyal bir varlık olarak gelişebilmesi ve beşerî özelliklerini geliştirebilmesi için diğer insanların oluşturduğu bir etkileşim örüntüsü içerisinde yaşaması gerekmektedir (8). Bireyin doğumuyla birlikte kendini içinde bulduğu ilk grup, ailedir. Aile, toplumun en küçük yapı taşı olarak nitelendirilen, biyolojik ilişkiler sonucu insan türünün devamını sağlayan, toplumsallaşma sürecinin başlangıç noktası, biriken maddi ve manevi zenginlikleri kuşaktan kuşağa aktaran; biyolojik, psikolojik, ekonomik, toplumsal, hukuksal ve benzeri yönleri bulunan toplumsal bir kurum olarak ifade edilmektedir (9).

Aile bağları, ortak soy, evlilik veya evlat edinmeye dayalı olarak oluşan sosyal bağ, akrabalık olarak adlandırılmaktadır. Sanayi öncesi toplumlarda insanlar genellikle ebeveyn ve çocukların yanı sıra diğer akrabaları da içeren genişletilmiş aile hâlinde yaşamışlardır. Sanayileşmenin sosyal hareketliliği ve coğrafi göçü artırmasıyla birlikte, bir veya iki ebeveyn ve onların çocuklarından oluşan çekirdek aile ortaya çıkmıştır. Çekirdek aile evlilik ailesi olarak da ifade edilmektedir (10).

Bütün toplumlarda, toplumla bütünleşme sürecinin en önemli temsilcisi olarak addedilen aile; bebeklikten yetişkinliğe kadar sosyal ve kültürel değerleri kuşaktan kuşağa aktarma işlevini yerine getirmektedir (11).

Aile, kendisine dâhil olan bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını karşılayan toplumsal bir kurumdur. Bu yönüyle çok işlevli bir kurum olarak nitelendirilebilir. Ailenin temel işlevleri şu şekilde sıralanabilir (12):

- ❖ Neslin devamlılığını sağlaması bakımından sahip olduğu *biyolojik işlev*,
- ❖ Temel ihtiyaçları karşılaması bakımından sahip olduğu *ekonomik işlev*,
- ❖ Sosyal güvenlik, sağlık, eğitim ve eğlence gibi ihtiyaçları karşılaması bakımından sahip olduğu *sosyal işlev*,

- ❖ Kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlaması bakımından sahip olduğu *kültürel işlev*,
- ❖ Sevgi ve güven ihtiyaını karşılaması bakımından sahip olduğu *psikolojik işlev*.

Ailenin yukarıda sıralanan temel işlevlerine bakıldığında, bireyin ihtiyalarını karşılama noktasında son derece önemli bir pozisyonda olduğu görülmektedir. Işlevlerini doğru ve yeterli düzeyde yerine getiren ailelerden oluşan toplumların sağlam ve güçlü bir zeminde yükseleceğini söylemek mümkündür.

Ailenin evrensel bir kurum olduğu konusunda bir uzlaşı söz konusudur. Ancak toplumsal yapı üzerinde değişim yaşandığından modern toplumun aileye geleneksel toplumdaki farklı işlevler yüklediği görülmektedir (13). Kırsal alanda görülen tarıma dayalı geleneksel yaşam, kentte son derece farklılaşmış, iş bölümü ve uzmanlaşmaya dayalı bir yaşam biçimine dönüşmüştür. Aile  yelerinin çoğunun dışarıda olması sebebiyle, aile ve akrabalık bağları gevşemiş, kişi baęımsızlařtıķa dayanışma duygusu ikinci plana itilmiştir. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak ailenin sahip olduğu pek çok işlev, toplumdaki farklı kurumlar tarafından değişik kalıplar içerisinde yerine getirilmeye başlanmıştır. Bununla beraber, ailenin toplumda bazı temel işlevlerini yitirdiği fakat üyelerine manevi destek olma işlevinin, eskiye kıyasla daha büyük bir önem kazandığını vurgulayan yapısal “işlevselci görüş”, ailenin bu işlevinin başka kurumlar tarafından yerine getirilemeyeceğini ve yalnızca bu işleviyle ailenin toplumda varlığını sürdüreceğini savunmaktadır (14).

Aile ve akrabalık ilişkilerini ortaya koymak amacıyla yayınlanan bir rapora göre, dünyadaki en zayıf aile bağlarına sahip olan  lke Işve’tir. Işkandinav  lkelerinde özellikle Işve’te devletin, büyük ve profesyonel bir devlet bürokrasisi ile hemen hemen tüm insan ihtiyalarını dikkate alarak, modern refah devletinin vaat ettiği, amaçladığı her hizmeti yerine getirdiği görülmektedir. Fakat David Poppenoe’ye göre (1991, 1994) bu kadar büyük bir refah devleti olan Işve’in yery zindeki en zayıf aile bağlarına sahip olması, refah devletinin tüm gereklerini yerine getirmesinin bir dezavantajı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin ekonomik yardım almak için eşlerine değil h k mete başvuruyor olmaları sebebiyle tüm diğer yüksek gelirli toplumların üyelerine göre evlenmeye daha az meyilli

oldukları dikkat çekicidir. Ayrıca toplumdaki çiftlerin büyük çoğunluğu evlilik dışı bir arada yaşamaktadırlar. Popenoe'ye göre hükümet sunduğu sınırsız hizmetle bir anlamda ailenin yerini almıştır (10).

Modernleşmenin akrabalık ilişkileri üzerindeki etkisi dünyanın her yerinde aynı düzeyde olmadığını söylemek gerekir. Batı'da özellikle Avrupa ülkelerinde akrabalık ilişkileri genel olarak aşınmış olduğu hâlde Batı dışındaki toplumlarda çözülme daha azdır. Türkiye genelinde akrabalık ilişkilerinin yalnızca kırsal alanda değil kentlerde de sürdürüldüğü gözlemlenmektedir. 2010 yılında Türkiye genelinde yapılan bir araştırmaya göre katılımcıların %62,4'ü akrabalarla sıklıkla görüşülmesi gerektiğini düşünürken %14,1'lik kısım bu ifadeye olumsuz yanıt vermiş, %23,5 ise kararsız kalmıştır. Bu oranlara bakıldığında Türkiye'de akrabalık ilişkilerinin sürdürülmesi yönünde bir talebin var olduğu ancak akrabalık ilişkilerinde bir gerilemenin de söz konusu olduğu gerçeğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini ifade etmek mümkündür (15).

Türk aile yapısının ve akrabalık ilişkilerinin kendine özgü geleneksel temel özelliklerini kısmen de olsa koruduğunu söylemek yerinde olacaktır. Bugünün aile ilişkilerinde, geleneksel değerlerden birçoğunun hâlâ muhafaza edildiği ve Batı'yla kıyaslanmayacak derece "güçlü ailelere" sahip olduğumuz göz ardı edilemez bir gerçekliktir. Evin yaşlılarına çok değer verilen toplumumuzda, yaşlıların bakımını bizzat üstlenip bakımlarını kendi evlerinde yapan birçok aile bulunmaktadır. Kuşkusuz modern zamanların kaçınılmaz kıldığı değişimden aile ve akrabalık ilişkileri de nasibini de almıştır. Ancak yine de koruduğumuz pek çok değer dikkate alındığında, evlerimiz hâlâ "kutsal aile ocağı" olarak görülmektedir (16).

Genel olarak pek çok toplumda, bireyler farklı destek ve güvence mekanizmaları oluşturmak amacıyla ev halkının yeterliklerini aşan bir sosyal ilişkiler ağı oluşturmak ve sürdürmek isterler. Hemen hemen her toplumda akrabalık, bu sosyal ilişkiler ağını oluşturan temel yapı olarak karşımıza çıkmaktadır (17). Modern kent toplumunda akrabalık ilişkileri aile üyelerinin bütün sorunlarını çözemese de üyelerini kötü sürprizlere karşı koruyabilmektedir. Yalnızlığın yoğun olduğu ve bireyciliğin revaçta olduğu metropolde, akrabalık ilişkisi birey için tutunacak bir dal görevi üstlenmekte ve bir bağlanma ortamı sunmaktadır (18).

Ailenin temel işlevlerinden sosyal işlev bireyin sağlık ihtiyaçlarının diğer aile bireyleri tarafından karşılanmasını da içermektedir. Değindiğimiz üzere kent yaşantısında artan iş bölümü ve uzmanlaşmanın getirisine ek ülkemizde bireylerin sağlık ve diğer alanlarda ihtiyaçlarının tamamının devlet tarafından karşılanamaması aile bireylerinin birbirlerinin uzmanlık alanlarına olan ihtiyacını arttırmaktadır. Bu uzmanlık alanlarından biri de sağlık alanıdır. Bireyler sağlık alanında uzman yakınlarının ve akrabalarının görüş ve yönlendirmelerine, sosyoekonomik ve kültürel durumlarına göre çeşitli seviyelerde ihtiyaç duyabilirler. Bununla birlikte sağlıklı olma durumunun insanlık için vazgeçilmez olduğu düşünülürse, bireylerin sosyal ilişkiler ağına her zaman bir sağlık çalışanı eklemek isteyeceğini söyleyebiliriz. Belki de bireyin hekimlik mesleğini icra etmesi onun akrabaları ile olan ilişkisini arttırmaktadır.

2.2. Hekim Hasta İlişkisi ve Hastanın Hekimden Beklentileri

İletişim kelimesinin kökeni geç Latince de birlikte iş yapmak, yardımlaşmak anlamına gelen “communicare” terimine uzanmaktadır. Hekim hasta arasındaki ilişki de birlikte iş yapmak olarak düşünülebilir. Hekimler sağlıklı olma durumunun sürdürülmesinde ve hastalık yönetiminde, hastalar ise sosyokültürel durumları, şikâyetleri, istekleri ve kaygıları konusunda birbirlerinde olmayan bilgiye sahiptir. Bu yüzden hasta hekim arasındaki çift yönlü iletişim mutlaka olmalıdır (19). Hekimin hastaya, hastanın hekime ait düşünceleri anlaması hasta hekim arasındaki iletişiminin başarılı sayılabilmesi için gereklidir (20). Bu ilişkinin şekillenmesinde hekim ve hastanın rol ve kimlikleri önemlidir (21).

Hasta hekim ilişkisinde ana unsurunun güven olduğu söylenebilir. Güven dayanağının tarihsel süreçte değişime uğraması hasta hekim ilişkisinin tarihsel değişimini de açıklar (21). Bu değişimde klasik davranışlar yerini hastanın hekimle olan ilişkisinde daha aktif olduğu eylemlere bırakmaktadır (22). Günümüzde hastanın hekime karşı olan güven duygusu, hekimin kendisi için en iyi tercihi yapacağını düşünmesinden ileri gelmemektedir. Bu güvenin kaynağı hekimin hastasını bilgilendirerek en iyi seçimi yapmasına olanak sağlayacağına olan inançtır. (21).

Hekimlik mesleğinin başında bu güveni, varlığı somut olarak gösterilememiş bir güç ve yarattığı otorite sağlamaktaydı. O dönem tıp alanındaki bilgilerin yetersiz olmasının hekim için açıklanamayan bir tedavi etme gücü yaratması ve hastalıkların mortalite oranlarının yüksek olması nedeniyle hastaların ölüm karşısında daha fazla çaresizlik hissetmesi hastaların hekimden kendileri için en iyisi neyse onu yapmasını beklemesiyle sonuçlanmış ve hastaların hekime babaca güven duyduğu hipokratik güven duygusu oluşmuştur (21). Hekimin hasta tarafından babası ya da yarı-tanrı olarak nitelendirildiği babaca ilişki modelinde zamanla hekim otoritesi sorgulanamaz duruma gelmiş hatta hastayla konuşmamak, onları bilgilendirme ihtiyacı duymamak hekimliğin bir kuralı hâline gelmiştir (21). Buyurgan'a göre bu ilişkide hastanın vazifesi hekime en doğru bilgiyi vermek ve hekimin söylediklerini yapmaktır. (21), (22).

Bu durumu bilimsel tıbbi bilginin artması da değiştirememiş, değişim ancak bu bilgilerin toplumda yaygınlaşması ile mümkün olmuştur (21).

Hastaların eğitim düzeylerinin yükselmesi ve tıbbi bilgiye ulaşımının kolaylaşması ile hasta hakları kavramının gelişmesi hekim otoritesini sorgulanabilir duruma getirmiştir (21). Ayrıca 2. Dünya Savaşı'nda bazı hekimlerin otoritelerini kötüye kullandıklarının görülmesi bu sürecin kırılma noktasını oluşturmuş ve Batı'da bu otorite yıkılmıştır. Bunun sonucunda hekimin otoritesini hastasıyla paylaşması gerektiği fikri ortaya çıkmıştır. Bu durum hekimin; hastanın kendi kararlarını alabilmesini sağlayacak bilgilendirmeyi yapmasını zorunlu hâle getirmiş olup buna "aydınlatılmış onam" denmektedir (21). Sağlığı konusunda nasıl hareket edileceğinin ve hangi yolun izleneceğinin son kararını veren hastadır. Burada hekimin görevi hastanın durumunu anlayabilmesi ve sağlığı için gerekli olanları uygulayabilmesi için hastaya yardımcı olmaktır. Önemli olan nokta hekimin zorla bir kararı hastaya kabul ettirmemesidir (23). Ancak bu ilişki tarzında hekimin hastasına ayırması gereken sürenin daha fazla olması sebebiyle, günlük başvuru sayısı yüksek polikliniklerde hekimler, bu ilişkiyi kurarken zorluk yaşayabilmektedir.

Geleneksel yaklaşımda hasta hekim ilişkisinde hekim etken, hasta edilgen durumda olsa da hastaların edilgenden etkene doğru bir değişim yaşandığı aşikârdır (22). Hasta hakları savunucularının etkin çalışmaları, hekimleri kendilerini gözden geçirmeleri gerektiğini düşünmeye itmiştir (21). Bu düşünce ilişkideki değişimi

beraberinde getirmiş ancak tüm ülkelerde bu değişimin hızı aynı olmamıştır (21). Tıbbi bilgi ve gelişmişlik düzeyine göre bakılırsa ülkemizde hasta hekim ilişkisindeki dönüşüm yavaş seyirlidir (21). Nitekim Cumhuriyet'in kuruluşundan 2000'li yıllara kadar hekimler otoriter tutumlarını hastalar üzerinde devam ettirmişlerdir.

Hekimlerin bilgi, düşünce ve planlarını hastalarına olduğu gibi aktaramamaları aralarındaki ilişkiyi de etkilemektedir (22). Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse iletişimin hekim elinde olmasının; sağlık eğitimi düşük hastalar ile hekimler arasındaki bilgi düzey farklılığının daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir (24). Yani hasta ile hekim iletişim kurarken aynı seviyede buluşmamaktadır. Bunun bir sonucu olarak da hasta hekimiyle olan iletişime yeterince katılamamaktadır. Hasta hekim ilişkisinde ve iletişiminde problem yaratan bir diğer durum da tıp dilidir (25). Bu dile tamamen uzak olan bir hastanın hekimin kendi sağlığı ile ilgili verdiği bilgileri tam olarak anlaması da mümkün olamamaktadır (25). Bunu destekleyici olarak Yağbasan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta ile iletişimde doktorların büyük kısmının tıp dilini kullandıkları, hastaların da aynı oranda hekimleri anlamadığı tespit edilmiştir (20). Bunun haricinde hekimler de tıbbi terimleri hastaya açıklamada zorlandıkları için, daha az çaba harcadıkları tıp dili ile iletişim kurmayı tercih etmektedirler (25). 1997 yılında yayımlanan Açıkalın'a ait nitel bir araştırmada yükseköğretim mezunu ve orta öğretim mezunu hastaların hekim ile olan iletişimi incelenmiş olup yükseköğretim mezunu hastaların düşüncelerini daha rahat hekime ilettikleri, buna karşılık hekimlerin de onlara anlayabilecekleri dilde bilgilendirme yaptıkları ifade edilmiştir. Araştırmada hastaların düşünme ve soru sorma yetilerini kullanarak hekimi bir sonraki konu hakkında yönlendirdiği ve hekimin de endişeleri gidermek için hastasının anlayacağı bir dilde iletişim kurduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada ortaöğretim mezunu hastaların hekimlerle olan iletişimini ise hekimin yönettiği görülmüştür. Bu hasta grubunda soru sorma ve iletişim becerilerinin yetersizliği ve hastaların çekinmeleri nedeniyle hekim hasta tarafından bilgi almak amacıyla yönlendirilememiştir. Bu durumda hekim hastaya yapması gerekeni söylemiş ancak bilgisini aktaramamıştır (25). Hekim, sağladığı tıbbi bakım süresince hastasının eğitim ve sosyokültürel durumuna uygun iletişim tarzı ve dilini kullanmak zorundadır ancak hekimlerin bu duruma dikkat ettikleri her zaman için söylenemez

(20). Yağbasan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların hekimlerden bilgi istememeleri ve soru sormamalarında hekim davranışının etkisinin olup olmadığı araştırılmış, katılımcıların %59,2'si etkisi olduğunu belirtmiştir (20). Açıkalın'ın araştırmasında hastaların iletişim becerilerinin zayıflığı, çekinmeleri ve tıbbi terminolojiye vakıf olmamaları onların hekim ile iki yönlü bir iletişim kurmalarını zorlaştırmıştır. Bu durum hekimin otoriter olduğu bir ilişkiyi öne çıkarmıştır (25).

Bursa ve İstanbul'daki hastanelerde yapılan bir çalışmada hastaların, hekimler ile aralarındaki iletişimden memnun olmadıkları saptanmıştır. Bu memnuniyetsizliğin altında yatan sebebin de özellikle bilgi edinme ile ilgili olduğu görülmüştür (24). Hastaların kaygılarını azaltacak faktörün "bilgi edinme" olduğunu belirtmelerine karşılık, hekimlerin kaygıları azaltacak bilgilendirmeyi yapmaktan uzak durdukları ve hekimlerin doğru teşhis koymaya odaklandıkları belirtilmiştir (24). Benzer olarak hasta hekim iletişiminin incelenmesine yönelik bir tez çalışmasında hastalar özellikle hekimin yeterli vakti ayıramamasından yakınmışlardır. Zaman kısıtlılığı nedeniyle hekimin ilgili ve anlayışlı olmadığı, bilgilendirme açısından beklentilerini karşılayamadığı, tedavileri hususunda gerekli bilgiyi veremediği hastalarca belirtilmiştir. Çalışmada hastanın hekime karşı güven duygusunun oluşmasında en önemli engelin zaman kısıtlılığı olduğu ifade edilmiştir (26).

Hastaların eğitim ve kültürel özellikleri, kendi kararlarını alma konusundaki istekliliği ile hekimin günlük hasta sayısı, zaman müsaitliği, enerjisi, hastalarıyla ilgilenme ve bilgi, beceri durumu paylaşımcı yaklaşım modelinin pratikte uygulanmasının önüne geçebilmektedir (27). Ayrıca yukarıdaki çalışmalarda da geçen hekim ve hastalar arasındaki bilgi düzeyi ve dil farklılığı, iki tarafın da iletişim becerilerindeki zayıflık, hekimlerin hasta bilgilendirmesine önem vermemeleri paylaşımcı ilişki modelinden otoriter modele doğru tersine bir gidişe neden olmaktadır.

Günümüzde, hekimin hastayı bilgilendirmesi gerekliliği, hasta hakları bildireleri ile korumaya alınmıştır. Dünya Tabipler Birliği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin 1995 yılında Endonezya'da kabul edilen tekrar gözden geçirilmiş şeklinde aşağıdaki maddeler bulunmaktadır.

“3.a. Hasta kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptir. Hekim hastayı verdiği kararların sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. (28)”

“3.b. Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli şekilde bilgilendirilmeye hakkı vardır. Hasta uygulanacak test veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açık bir şekilde anlamalıdır. (28)”

“7.a. Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçekler dâhil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir kişiyi ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir. (28)”

“7.c. Bilgilendirme yerel kültüre uygun olarak ve hastanın anlayabileceği şekilde yapılmalıdır. (28)”

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’nden de anlaşılacağı üzere hastalar ve hasta hakları savunucuları hekim ile kurulan ilişkide, paylaşımcı modelin, olması gereken ilişki modeli olduğunu savunmaktadır. Nitel bir çalışmada doktor ve hastalara ideal hasta hekim ilişki modelinin hangisi olduğu sorulmuş, her iki grubun büyük çoğunluğundan eşitler arası bir hizmet sunumu cevabı alınmıştır (29). Ne yazık ki ülkemizde bahsettiğimiz gibi hasta hekim arasında doğru ve etkin iletişimin kurulamaması otoriter modelin varlığını sürdürmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda genel olarak hastaların hekimleri ile olan iletişimden memnun olmamalarını ifade etmeleri de bunu desteklemektedir. Tecim, iletişimde hasta merkezli ve hastanın kültürel yapısının önemsendiği, onun kişilik yapısına uygun bir iletişimin tercih edilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca hekimlerin hastalarının kültürel inanç, davranış ve düşüncelerine vâkıf olmaları onların şikâyet ve ihtiyaçlarını anlamalarına ve hastalıkların tanı tedavi sürecine olumlu katkıda bulunacağını belirtmektedir (22). Unutulmamalıdır ki başarılı doktorun bir özelliği de hastalarıyla kolaylıkla iletişim kurabilmesidir (30).

Bireyler birlikte yaşadıkları kişiler ile çoğu zaman sosyokültürel bir uyum içerisindeyler. Bu uyum onların iletişim kabiliyetlerini arttırmakta ve kendilerini daha net ve doğru olarak ifade edebilmelerine olanak sağlamaktadır. Bireyler aile içi rol ve sorumlulukların getirilerine güvenerek ihtiyaçlarını aile üyeleri ve yakınlarına daha rahat ifade edebilmektedir. Bu noktadan bakıldığı zaman yakın çevrede tanıdık bir hekim varlığı hastada daha iyi ilişki kurabileceği bir hekim varlığı olarak çağrışım yapabilir. Hekim hasta iletişimi üzerine nitel bir çalışmada on hastadan altısı hekimin tanıdık olmasının daha etkin bir iletişim sağladığını belirtmiştir (29). Hastaların yakınları olan doktorlara başvuru nedenleri yer, zaman, kültür ve dil açısından etkin bir iletişim kurarak bu sayede otoriter ilişki yerine daha uygun buldukları paylaşımcı ilişki modeline ulaşmak istemeleri olabilir. Ancak bunu net olarak söyleyebilmek için ülkemizde bu konuda çalışma yapma gerekliliği vardır.

Bireylerin yakınlarına istek ve ihtiyaçlarını daha rahat aktarabiliyor olmaları, tıbbi bir istekleri olduğunda da yakınlarında tıbbi hizmet sağlayan birilerini bulma ihtiyacı doğurmuştur. Samsun'da 2003 yılında birinci basamakta hasta memnuniyeti üzerine yapılan bir çalışmada hastaların çoğunun ilk başvuru yerini sağlık ocağı olarak seçmesinde; bekleme süresinin düşük-orta olması, hekimin muayene için yeterli vakti ayırması, hastanın hekim dâhil olmak üzere sağlık personelinin tutum ve ilgisinin iyi, çok iyi olması etkili olmuştur (31). Ayrıca katılımcıların büyük kısmı gerektiğinde aynı sağlık ocağına tekrar başvuracağını belirtmiştir (31). Çalışmalardan anlaşıldığı üzere hastalar sağlık ocağı seçiminde bulunurken isteklerini göz önünde bulundurmaktadır. Onların sağlık ocaklarını tercih etme nedenleri hekimlerden ve kurumlardan beklentilerini de göstermektedir. Hastaların beklentilerine yönelik başka bir çalışmada 2002 yılında ABD'de yapılmıştır. Bu çalışmada 1031 kişinin birinci basamak hekimden beklentileri sorulmuştur. Katılımcılar özellikle hekimlerin kendilerine maddi kaygı yaşatmamalarını, kolay ulaşılabilir bir yerde olmalarını, makul sürelerde randevu vermelerini, iletişim becerilerinin iyi olmasını ve kabul edilebilir bir deneyime sahip olmalarını istemişlerdir. Hastalar için bu beş kriterden daha önemlisi de hekimler ile olan ilişkileridir (32). Bu çalışmalardan da anlaşılabacağı üzere hastalar genel olarak sağlık hizmeti alırken az beklemek, hekimle daha fazla vakit geçirmek, iyi bir tutum ve ilgi görmek, maddi kaygı yaşamamak, kolay ve hızlı şekilde ulaşmak ve iyi bir iletişim kurmak istemişlerdir. Birey bu tarz isteklerde ihtiyaçlarını, yakınları olan bir

doktordan daha rahat karşılayacaklarını düşünerek ilk etapta tanıdıkları hekime yönlenebilir. Hasta memnuniyeti üzerine yapılan bir çalışmada hastane seçiminde “hastanede tanıdık olması” faktörünün önemli bir parametre olması bu durumu desteklemektedir (33).

2.3. Hekimin; Ailesi ve Yakınları İle İlişkileri

Hekimlerin kendilerini veya yakın aile üyelerini tedavi etmesi, etik açıdan bakıldığında, hekimlerin kendilerini veya yakın aile üyesini tedavi etmesi, genellikle hekimin hislerinin mesleki olarak profesyonelce karar almasını etkileyeceğinden ve tıbbi bakım sağlamada aksaklılara yol açabileceğinden önerilmemektedir (34). Genel Sağlık Konseyi İyi Tıbbi Uygulama Kılavuzu'nun Hekimlere Güvenlik ve Kalite başlığında “Aileniz dışında bir pratisyen hekime kayıt yaptırmalısınız” önerisi bulunmaktadır (35). Kılavuzlar, yaşanabilecek tıbbi aksaklıkların; hekimlerin anamnez alırken hassas bir konuda bilgi edinmemesinden veyahut mahrem bölgelerdeki muayene esnasında detaylı inceleme fırsatı bulamamasından, kendi uzmanlık ve bilgi sınırlarını aşan problemleri tedavi etmeye çalışabileceklerinden dolayı oluşabileceğini belirtmektedir (34).

Mevcut çalışmaların sonuçları hekimlerin aile ve yakınlarından gelen bir sağlık talebiyle karşılaşma ihtimallerinin yüksek olduğunu göstermektedir (36,37,38). La Puma ve arkadaşları çalışmalarında hekimlerin sadece %1'i aile üyelerinin tıbbi danışmanlık talebinde bulunmadığını belirtmiştir (39). Ovid Medline taraması yapılarak 1950-2010 yılları arasında belirlenen 41 makalenin yeniden incelendiği bir araştırmada hekimlerin akrabalarının tıbbi bakımlarına doğrudan veya dolaylı yolla müdahil oldukları belirtilmiştir (38). Hekimler bu taleplere müdahil olurken ciddi ikilem, bunun uygunluğu ile ilgili etik kaygı yaşamaktadırlar (40,41). Taleplerden dolayı ortaya çıkan etik ve pratik bu çatışmanın İngilizce literatürde ilk olarak 1803 yılında ele alındığı bilinmektedir (38). Ebeveynleri son beş yılda ciddi hastalık yaşayan sekiz aile hekimiyle yapılan nitel bir araştırmada “hekimlerin içeride ideal aile rolü ve profesyonel rolü arasında”, dışarıda da hekim-aile üyesi ilişkisindeki “ailesel beklentileri” ile “diğer hekimlerin ve sağlık sisteminin beklentileri” arasında çelişmekte oldukları belirtilmektedir (42). Etik ilkeler hem aile üyesi hem hekim olmaya çalışan bireyleri, bu çıkmazdan kurtarmaya yeterince

yardımcı olamayabilir (40,41,42). Hekim bu ikilemler içerisinde karar alırken hekimliğinin bilgi ve beceri sınırlarını iyi bilmeli ve ona göre davranmalıdır. Çünkü istekleri hekim için uygunsuz olsa bile aile bireylerini reddetmek oldukça güç olabilir (40).

1292 hekime yapılan bir anket çalışmasında aile bireylerine tıbbi bakım sağlama noktasında en sık tıbbi bakım sağlayan hekim grubunun aile hekimleri ve pratisyen hekimler olduğu ifade edilmiştir. Çalışmaya hekim özellikleri açısından bakıldığında da genç, kadın ve kentte çalışan hekimlerin, yaşlı, erkek ve kırsalda çalışan hekimlere göre ailelerine daha az tıbbi bakım sağladığı bulunmuştur (40). Bir çalışmada buna benzer olarak yaş ve hekimlik süresinin artmasıyla aile üyelerine hizmet veren katılımcılar da genel olarak artmıştır. Akrabaların isteklerinin hekimlerin yaşına göre neredeyse eşit dağıldığı bu çalışmada 45 yaş ve üzeri hekimler 45 yaşından küçük hekimlere göre yakınlarına daha fazla hizmet vermiştir (39).

Nitel bir çalışmaya göre tıbbi bakım talebini kabul ederken hekimler; talebin ne olduğuna, nerede olduğuna ve talebi yapanın kim olduğuna dikkat etmişler ve yakın hissettikleri kişilerin taleplerini daha yüksek oranda kabul etmişlerdir. Ayrıca kendilerine mesleki anlamda güvenen hekimlerin yakınlarına yardımcı olma ihtimallerinin daha fazla olduğu ve onların probleme aşına olmalarının, talebe cevap vermelerinde önemli olduğu belirtilmiştir (36).

La Puma ve arkadaşlarının çalışmasında ailelerden gelen talepleri hekimlerin en sık reddetme nedenleri; talebin hekimin uzmanlığı dışında kalması, muayene, inceleme ve takipte yetersizlik ile objektif olamama olarak bulunmuştur. Hekimler bunun dışında da %1 ile %9 arasında değişen oranlarda tıbbi bir endikasyon olmaması, hastanın kendi asıl doktoruna ihtiyacının olması, talebin etik olmaması, yasal kaygılar, ailesel anlaşmazlık nedenlerinden dolayı istekleri kabul etmemişlerdir (39).

Bir başka çalışmada hekimler; yakını ile yakınına tedavi eden asıl doktorun arasındaki takip ve tedavi ilişkisini bozmamak adına talepleri karşılamak istememişler ve bu kişileri tedavi etmenin tıbbi kayıtlarda eksikliğe neden olabileceğini belirtmişlerdir (36). Ancak yine aynı araştırmada bazı hekimler

sevdiklerine karşı sorumluluk hissederek onlardan tıbbi durumlarıyla ilgili bilgi almak istemiş, bazıları da arkadaşlarına yardım etmek isteğiyle talepleri cevaplamıştır (36). Malezya’da yapılan nitel bir çalışmada da hekimler sorumluluk hissetmeleri, ilaç ve hastaneye ulaşımı kolaylaştırmaları, ailelerine baktıkları için daha mutlu ve gururlu hissetmeleri ve kendilerinin başka bir hekimden daha iyi tedavi yapacaklarını düşünmeleri nedeniyle istekleri kabul etmiştir (43). Hekimlerin yakınlarını başka bir hekimden daha iyi tedavi edeceklerini düşünmeleri iyi hekim bulamamalarından ve yakınlarının tıbbi öyküsünü daha iyi bilmelerinden kaynaklanmıştır (43). Hastanın hekimin yakını olması nedeniyle hastayla ilgili bilgi sahibi olmak ve onu tanımak iyi olabilir. (40) Bunlar dışında literatürde hekimler bu ricaları en çok kolaylık sağlamak, akrabalarının ricası olduğu için karşılamaktadır (37, 40).

Hekimler yakınlarına zarar verme korkusuyla taleplere cevap vermekten uzak dursalar da gerektiğinde bir şey yapmamanın da zararlı olabileceğini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada “Bir şey yapmayıp geride durduklarında önemli bir durum kaçırılırsa bunu vicdanen taşımak istemezler” ifadesi ile bu durum desteklenmiştir (36). Bunun dışında zaten kardiyopulmoner resüsitasyon gerekliliği gibi acil durumlarda hastanın hekim ile ilişkisine bakılmaksızın hekimin diğer hastalarına nasıl davranıyorsa yakınına da o şekilde davranması beklenmektedir (41). Amerikan Tabipler Birliği Etik Kurulu ve Adli İşler Konseyi de “Acil durumda veya doktor bulunmadığında, başka bir doktor bulunana kadar hekimler kendilerini veya aile üyelerini tedavi etmekte tereddüt etmemelidir” önerisinde bulunmakta olup ayrıca hekimlerin küçük ve ciddi olmayan problemlerde, kısa süreli tedavi ve bakım verilebileceğini belirtilmektedir (44). Literatürde hekimlerin genel bir davranış olarak üst solunum yolu enfeksiyonu gibi basit hastalıkların tedavisini yapmaktan çekinmediklerini belirtilmektedir (43).

Korenman ve arkadaşları hekimlerin eşlerine reçete yazmalarının etik boyutunu değerlendirdikleri yazılarında, bir yakına reçete yazabilmesinde “hekimin uzmanlığının hastalığı kapsamaması”, “hekimin tam olarak öykü alabilmesi, fizik muayene yapabilmesi, tıbbi kayıtlarına ulaşabilmesi, sorularına doğru cevap alabilmesi”, “tedavi kararı aldıktan sonra, hekimin uygulayacağı tedavi hakkında yeterince bilgili olması”, “tedavi başladıktan sonra hekimin yakınına takip

edebilmesi” şartlarının gerekliliklerini belirtmişlerdir. Bu şartlar sağlanamadığı takdirde aile üyeleri uygun bir hekime yönlendirilmelidir (41).

Yakınlara reçete yazma gündelik hayatta sık yapılan bir uygulamadır. Reagan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre, en sık küçük reçeteler yazılmış, onu rutin çocuk bakımı, muayene ve minör cerrahi izlemiştir (40). Literatürde hekimlerin %65-85 oranlarında yakınlarına ve/veya kendilerine reçete yazdıkları gösterilmiştir (37,39,45). Nitel bir araştırmaya göre ise doktorlar tedavi vermektense en çok yakınlarını bilgilendirmeyi ve onlara önerilerde bulunmayı tercih etmişlerdir (43). La Puma ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre tanı koyma, fizik muayene, reçete örnekleri sağlama (reçete önerme), aşılama, asıl hekim olarak hastanede hizmet verme, danışman olarak hareket etme ve kardiyopulmoner resusitasyon hekimlerin reçete yazmanın yanı sıra yaptıkları işlemlerdir. Ayrıca hekimler yakınlarına elektif ve acil cerrahi müdahalelerde bulunmaktadırlar (39).

Hekimler danışmanlık yaparken, tedavi ederken hata yapabilecekleriyle ilgili endişelerini belirtmekte ve objektifliklerini kaybetme, yakınlarını tıbbi bir durumla ilgili yanlışlıkla rahatlatma veya daha da endişelendirme olasılıklarından dolayı kaygılı olduklarını ifade etmektedirler (36). Hekimin yakınlarına tıbbi bakım sağlarken objektif olamayacağı pek çok araştırmanın ve tıbbi görüşün ortak vurgusudur (40,44). Çalışmalarda hekimler, akraba ve yakınları hastaları olduğunda, fizik muayenenin optimal olmayacağını düşünmektedir (40,46). Ayrıca öykü alma, tanı tedavi ve takibinde doğru yönetilemeyeceği ifade edilmektedir (46). Hekimlerin aile üyelerine madde bağımlılığı ve cinsel konularda soru sormakta, hastaların ise bu bilgileri tanıdıkları bir hekime söylemek konusunda zorlanmaları söz konusudur (46). 1988 yılında bir çalışmada doktorların çocuklarını tedavi etmelerinin olumsuz sonuçları olarak, fizik muayenenin, tıbbi kayıtların, aşı ve aşı belgelerinin tamamlanamaması olarak bulunmuştur. Ayrıca çocukların “iyi huylu tıbbi ihmal” veya “aşırı kuşkuculuk” nedeniyle zarar gördükleri ifade edilmiştir (47). Hekimlerin; ailelerine bakım sağlayan meslektaşlarını gözlemledikleri bir çalışmada; “objektif olamama”, “doğru konulmuş bir tanıya, verilmiş bir tedaviye karışmak”, “kontrendike işlem yapmak”, “aile bireylerine yetersiz inceleme, gözlem yapmak” hekimlerin yaptıkları yanlışlar olarak belirtilmiştir (39).

1989 yılında La Puma ve arkadaşlarının “Blue Cross and Blue Shield of Illinois”ın “Medicare B Bülteni”nden aktardığına göre Medicare ahlaki değerleri hiçe sayan sağlayıcılar tarafından yapılan maddi suiistimalden korkarak “yakın aile üyeleri”ne bakım yapan doktorlara ödemeyi yasaklamıştır (39).

Yapılan araştırmada hekimlerden birisi aile üyelerine tedavi sağladığı zaman, iyileşme sürecinde sabırsız davrandıklarını, başka bir tedavi vermesi için üzerinde baskı kurduklarını, bu baskının kendisini endişe ve hayal kırıklığına sürüklediğini belirtmiştir (40). Hekimler sıkça kaygılı, rahatsız, stresli hissetmektedir (36,39,40, 43). Ayrıca bu süreçte her şey yolunda gitmezse yakınlarıyla ilişkilerinin bozulacağından da korkmaktadırlar (36). Yapılan bir çalışmada kıdemsiz hekimler sık sık özel hayatlarından iş hayatlarını ayırmak için çabalamak zorunda kaldıklarını, kıdemli doktorlar ise yıllar içinde bu konuyla daha etkin bir şekilde başa çıkmayı öğrendiklerini ifade etmişlerdir (36). Tıbbi bilgi eksikliği hekimlerin rahatsızlık duymalarına neden olmaktadır (39).

Nik-Sherina ve NG'nin yaptıkları nitel çalışmada hekimlerin yaşadığı zorluklar; ciddi bir durumu atlamadan, süreci yanlış yönetmeden ve bunlara bağlı ilişki bozulmasından korkma, yakınların hekimin hastane imkânlarına erişimini kendileri için suiistimal etmesini istemesi, yakınlarının tıbbi gizliliğini korumada zorlanma, objektif kalamama, yakınların uygunluk gözetmeden bir şey danışması olarak belirtilmiştir (43).

Hekimler, belirttiğimiz gibi, yakınlarından gelen talepleri rahatsızlık duyarak kabul ediyor olabilir. Buna karşılık aile bireyleri de başka bir hekimi tercih etmek isteyebilir, yakınları olan hekime sağlık sorunlarını iletmede isteksiz olabilir. Burada iki tarafın birbirinden habersiz, karşılıklı olarak birbirini kıramamasının aile ilişkisinden kaynaklanan bir durum olduğu söylenebilir. En sık inceleme ve takibin yetersiz olduğu durumlar olmak üzere objektifliğin veya tıbbi bir endikasyonun olmadığı durumlarda hekimler rahatsızlık hissetmelerine rağmen talepleri kabul etmiş olmaları bunu destekleyici niteliktedir (39).

Aile ve yakınlarından gelen taleplerin ne olduğunu hekimlerin taleplere karşı neler yaptıklarını uluslararası literatür açıklık getirirse de kültürel farklılıkların

hekimlerin aile ve yakınlarıyla olan ilişkilerin de farklılaştıracağı göz önünde bulundurulursa yurt dışı çalışmaların da ülkemize genellenemeyeceği görülmektedir.

Bu çalışmada hekimlerin aile ve yakınlarının tıbbi bakımlarına dair yaşadıkları deneyimleri inceleyerek, gelecekteki tıbbi istekler için yol gösterici olabileceğimizi düşünmekteyiz. Araştırmamızın; hekimlerin deneyimlerini sınırlandırmadan ve bütüncül olarak aktarabilmesi ve verilerin derinlemesine betimleme imkânının bulunması gibi özellikleri nedeniyle literatürdeki eksiklikleri tamamlayıcı vasıfta olacağı söylenebilir.

2.4. Nitel Araştırmaya Giriş ve Nitel Araştırma Deseni Olarak “Fenomenoloji”

20. yüzyılın başlarında önce antropologların, sonra sosyologların çalışmalarıyla ortaya çıkan nitel araştırma son 40 yılda büyük bir gelişim göstererek sosyal bilimlerde, davranış bilimlerinde, eğitim bilimlerinde oldukça yaygın olarak kullanılır hâle gelmiştir (48). Değişen koşullara bağlı ortaya çıkan yeni ihtiyaçlara göre tekrar yapılandırılan kurum ve kuruluşların başında da sağlık sektörü gelmektedir. Sağlık çalışanları ve hastaların ihtiyaçlarına yönelik yeni sağlık politikaları üretilirken bu alanda yapılan ve yapılacak araştırmalar yol göstericiliği açısından önemlidir. Nicel araştırmalar sağlık alanında bir durumun boyutuna ilişkin bilgi verse de, bizi durumun derinliğine ve nedenlerine ulaştıramadığı için tek başına araştırma ihtiyacını karşılamada yeterli değildir (1).

Nitel araştırmaların ortak amacı, insanın davranışlarını sosyal hayatları içerisinde ele almaktır. Bu davranışlar ancak sınırları çizilmemiş bütüncül bir yaklaşımla incelenebilir ve bu incelemede katılımcıların görüş ve deneyimleri büyük önem taşımaktadır (49). Yıldırım ve Şimşek nitel araştırmayı “gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma” olarak tanımlamıştır (49).

Nitel araştırmayı açıklarken daha iyi kavrayabilmek için nitel araştırma özelliklerini, daha çok bildiğimiz nicel araştırma özellikleri ile karşılaştırarak anlatmanın yararlı olacağı düşüncesindeyim.

Nitel ve nicel yöntemler arasındaki bazı farklar kolay, bazıları da zor ayırt edilir. Öncelikle nicel araştırma üstü kapalı soru ve hipotez içerirken, nitel araştırma ise açık bir şekilde genel sorular ile keşfetmeyi arzuladığımız bir olguyu içerir. Nicel çalışmalarda kapsamlı literatür taraması araştırmacı ve okuyucu arasına objektif bir mesafe koyarken, bu durum nitel çalışmanın araştırmacının kişisel deneyim ve görüşlerini okuyucuya aktardığı tarzıyla çelişir. Ayrıca araştırma yöntemleri arasında bölümlerin yapılandırılmasında da farklılıklar bulunur. Nicel araştırma genelde giriş, literatür taraması, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç şeklinde yapılandırılmış bir düzeni takip ederken, nitel çalışmalar yazarın kişisel fikir ve düşünceleri ile başlayabilir veyahut yöntem ve sonuçlar birlikte işlenebilir (48). Farklar her zaman biraz önce verdiğimiz örnekler gibi kolay anlaşılır değildir. Nicel araştırmada, çalışılacak değişkenlerin belirlenmesi, ölçme araçlarının kullanımı, istatistiksel analizde kullanılacak metot gibi çalışmayla ilgili birçok karar çalışma başlamadan önce alınır. Nitel araştırmada sorular açık uçludur, böylelikle ilgili unsurların (değişkenlere karşılık gelen) belirlenmesi böylelikle mümkündür. Nitel çalışmada ek olarak hiçbir ölçme aracının önceden tam olarak belirlenmesi mümkün değildir. Burada araştırmacı bizzat veri toplama aracıdır. Ayrıca veri analiz süreci de açık, net olmayabilir. Nicel araştırma sık sık bir kuram geliştirmeyi ve tümdengelimle veri toplayıp analiz ederek onu test etmeyi içerirken; nitel araştırma tümevarımla veriyi toplar, önce kod sonra tema şeklinde gruplandırarak anlamlı hâle getirir. Nicel araştırmalarda araştırmacı değişkenler arası ilişkilerle ilgili neticeyi açıklar ve bu değişkenlerin detaylı ve açık analizidir. Nitel araştırmada ise bu duruma zıt olarak bulgulardaki durumun anlaşılması zor karmaşıklığını ele alınır. Genellikle keşfedilen faktörler nicel araştırmalar gibi tek yönlü değil etkileşim hâlinde ve canlıdır. Nitel çalışmalardaki bu anlaşılması zor karmaşıklık temalarla oluşturulan *çoklu bakış açıları* yoluyla taktim edilir. Nicel araştırmalarda ise sonuçlar son kısımda *araştırmacı görüşü* olarak verilir yani burada analizi yapan ve yorumlayan araştırmacıdır. Buna zıt olarak araştırmacılar nitel çalışmada katılımcılara ait görüşleri sunarlar. Araştırmacılar nitel çalışmalarda genellikle katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntılar yaparak bulgularda verirler. (48). Yıldırım ve Şimşek de nitel araştırmanın ne olduğunun tam anlaşılması ve nicel araştırmadan temel farklılıklarının kavranması amacıyla 14 farklılık belirtmişlerdir. Bu farklılıklar

Yıldırım ve Şimşek'ten değiştirilmeden alınarak aşağıda tablo hâlinde verilmiştir (Yıldırım, Şimşek'ten, 49).

Tablo 2.1. Nitel ve nicel araştırma arasında farklılıklar

Nitel Araştırma	Nicel Araştırma
Asıl olan çalışılan durumdur	Asıl olan yöntemdir.
Değişkenler karmaşık ve iç içe geçmiştir ve bunlar arasındaki ilişkileri ölçmek zordur	Değişkenler kesin sınırları ile saptanabilir ve bunlar arasındaki ilişkiler ölçülebilir.
Araştırmacı olay ve olguları yakından izler, katılımcı bir tavır geliştirir.	Araştırmacı olay ve olgulara dışarıdan bakar, nesnel bir tavır geliştirir.
Derinlemesine betimleme	Genelleme
Yorumlama	Tahmin
Aktörlerin bakış açılarını anlama	Nedensellik ilişkisini açıklama
Kuram ve denence ile son bulur	Kuram ve denence ile başlar
Kendi bütünlüğü içinde ve doğal	Deney, manipülasyon ve kontrol
Araştırmacının kendisinin veri toplama aracı olması	Standardize edilmiş veri toplama araçlarının kullanılması
Örüntülerin (pattern) ortaya çıkarılması	Parçaların analizi
Çokluluk ve farklılık arayışı	Uzlaşma ve norm arayışı
Verilerin, derinliği ve zenginliği içinde betimlenmesi	Verilerin sayısal göstergelere indirgenmesi
Olay ve olgulara dâhil, öznel bakış açısı olan ve empatik	Olay ve olguların dışında, yansız ve nesnel

Tabloda da görüldüğü gibi nitel ve nicel araştırmalar birbirinden oldukça farklı hatta bazı zaman tamamen zıt iki araştırma yöntemidir. Bu nedenle birbirlerinin yerine kullanılması uygun değilken, birlikte kullanılması faydalı kabul edilir (1).

Nitel araştırmalarda örneklem seçiminde, amaçlı örnekleme yöntemlerinin kullanılması gerektiği belirtilmektedir (1). Amaçsal (amaçlı) örnekleme, araştırmanın amacına uygun olarak “bilgi açısından zengin durumların” seçilmesine ve ayrıntılı araştırılmasına imkân verir (50). Kimlerin katılımcı olacağını, kullanacak alt örnekleme yöntemini ve örnekleme oluşturacak kişi sayısını belirleme olarak üç aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalarda araştırılan olgu konusunda deneyimli kişilerin çalışmaya dâhil edilmesi ve kişileri seçmede amaçlı örnekleme yetersiz kaldığından alt örneklem yöntemlerinin de belirlenmesi gereklidir. Sık kullanılan iki amaçlı örnekleme çeşidi maksimum çeşitlilik ve kolay ulaşılabilir örnekleme

yöntemidir. Bu iki örnekleme türü dışında seçenek olarak birçok amaçlı örnekleme türü bulunmaktadır. (48).

Nicel araştırmalarda olduğu gibi olmasa da nitel araştırmalarda da geçerliği ve güvenilirliği sağlamak adına bazı yöntemler kullanılabilir. Shenton, Guba'nın nitel araştırmalarda dikkate alınması gereken dört kriter önerdiğini aktarmıştır. Bunlar “kredibilite, inandırıcılık, aktarabilirlik, güvenilirlik ve onaylanabilirliktir. (51)”

Yıldırım ve Şimşek'in; Erlandson, Harris, Skipper ve Allen'den (1993) uyarladığı tabloda geçerlilik güvenilirlik için Guba'nınkinden benzer şekilde inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirlik kavramları belirtilmektedir (49).

Yıldırım ve Şimşek'in Erlandson, Harris, Skipper ve Allen (1993)'den uyarladığı tablo Yıldırım ve Şimşek'ten aynı şekilde alınarak aşağıda verilmiştir (Yıldırım, Şimşek'ten, 49).

Tablo 2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlikte Nicel ve Nitel Araştırmaların Karşılaştırılması

Ölçüt	Nicel Araştırma	Nitel Araştırma	Kullanılabilen Yöntemler
Araştırma sonuçları yoluyla gerçekliğin doğru temsili	İç geçerlilik	İnandırıcılık	Uzun süreli etkileşim Derinlik odaklı veri toplama Çeşitleme Uzman İncelemesi Katılımcı teyidi
Sonuçların uygulanması	Dış geçerlilik (genelleme)	Aktarılabilirlik (Transfer edilebilirlik)	Ayrıntılı betimleme Amaçlı örnekleme
Tutarlılığı sağlama	İç güvenilirlik	Tutarlılık	Tutarlılık incelemesi
Nesnel, yansız olma	Dış güvenilirlik (tekrar edilebilirlik)	Teyit edilebilirlik	Teyit incelemesi

2.4.1. Nitel Araştırma Deseni Olarak “Fenomenoloji”

Nitel araştırmanın özellikle araştırma soruları, veri toplama, bulgular, sonuçlar vb. bakımlardan tasarlanmasında “bir araştırmanın nasıl planlanacağı ve yürütüleceği” anlamına gelen desen türünün belirlenmesi çok önemlidir. Creswell nitel desen türlerinden özellikle beşini vurgulamaktadır. Bunlar “anlatı çalışması, olgubilim, kuramsal teori, kültür analizi, durum çalışmasıdır.” Creswell ek olarak bu

beş nitel desen türüne yenilerinin eklenebileceğini de ifade etmektedir (48). Doğru bir planlama ve sistematik bir inceleme yapabilmek için sosyal ve sağlık bilimlerinde en fazla kullanılan desenlerden biri olan fenomenoloji (olgubilim) desendir. (48). “İnsanın deneyimleriyle oluşturduğu anlamlara odaklanan” fenomenolojik felsefe davranışları; geçmiş deneyimlerin, bunun yanı sıra inanç, istek ve amaçların, korku gibi duyguların şekillendirdiğini ve aynı fenomeni deneyimleyen bireylerin deneyimlerinin ve oluşturdukları anlamların farklı olduğunu savunur (52). Fenomen (olgu) kavramı ise günlük yaşantımızda karşılaşılabileceğimiz bir olay, tecrübe, deneyim, yönelim, kavram, durum ve algı olabilir (49).

Fenomenoloji bir fenomenin gerçek doğasını araştırarak insanların deneyimi nasıl anlamlandırdığına ve bilinç düzeyinde farkındalığa nasıl dönüştürdüklerini keşfetmeye odaklanır. İnsanların olguları nasıl deneyimlediklerinin betimlenmesini lüzumlu kılar. Yani fenomenoloji insanların doğrudan kendilerinin yaşayarak deneyimlediği bir fenomeni; algılama, tasvir etme, yargılama, hatırlama, anlamlandırma şekillerine ve ona karşı hissettiklerine, onun hakkında nasıl konuştuklarına odaklanır (53).

“Görüşme” fenomenolojik araştırmalarda temel veri toplama aracıdır. Araştırmacı ve katılımcı güven ve empatiye dayalı iletişim oluşturmalıdır (49). Görüşmenin temel boyutlarından biri de görüşme formunun hazırlanmasıdır. Bunu yaparken uyulması gereken bazı ilkeler mevcuttur. Bunlar anlaşılabilir soru hazırlama, odaklı soru yazma, açık uçlu soru sorma, yönlendirici olmama, geniş boyutlu sorulardan uzak durma, alternatif sorular ve sondalar oluşturma, soruların farklı türleri barındırması, soruları uygun şekilde düzenleme ve soruları geliştirmedir (49). Fenomenolojik araştırmalarda veri analizi zengin ve hacimli veri setine sahip olduğu için zordur (52). Veri analizi olgulardan anlam çıkartmaya yani olguyu tanımlayabilecek temaları ortaya çıkartmaya çalışır. Sonuçlar betimlenir ve sık sık doğrudan alıntılar verilir (49).

Son söz olarak nitel araştırmalar ile elde edilen derinlemesine bilgiler nicel çalışmalar yoluyla elde edilememektedir. Sağlık sektöründe nitel araştırmaların tek veyahut nicel araştırmalarla beraber kullanılması sağlığı ve sağlık politikalarını geliştirecek yöntemleri saptamada veri sağlaması açısından önemlidir (1).

3. MATERYAL VE METOT

Araştırmamız Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 2019-114 araştırma kodlu etik kurul izni alındıktan sonra Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında 1 Nisan 2019- 1 Temmuz 2019 tarihleri arasında 41 aile hekimliği asistanı ile yapıldı.

3.1. Araştırma Deseni

Araştırmamız, amacına ve ruhuna uygun doğru bir planlama ve sistematik bir inceleme yapabilmesi için nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji (olgubilim) araştırma deseni ile yürütüldü. Bu deseni seçerek farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız aile hekimliği asistanlarının, aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım talepleri bağlamında yaşadıkları zorluklara odaklanıldı (49). Böylece, katılımcıların bu zorlukları aşmalarında, aile hekimleri ve diğer hekimleri için aile ve yakınlarından gelen sağlık taleplerine karşı doğru, mantıklı ve bireylerin istedikleri gibi bir tutum geliştirebilmelerinde yol gösterici olabileceğimiz düşünüldü.

3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmamızda katılımcıların aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım taleplerine yönelik deneyimlerine ilişkin fikirlerini derinlemesine ve ayrıntılı açıklayabilmemiz için araştırmanın katılımcıları belirlenirken amaçlı örneklem tekniklerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminden faydalandı. Maksimum çeşitlilik tekniğine bağlı olarak, bir tıp fakültesi aile hekimliği anabilim dalında asistan olarak çalışan yaklaşık 73 katılımcının tamamı çalışmamızın katılımcı havuzu olarak belirlendi. Katılımcıları seçmeden önce katılımcı havuzundaki bireyleri asistanlık süreleri ve uzmanlık eğitim programlarının içeriğine göre dört gruba ayrıldı. Eşit sayıda olmalarına mümkün mertebe dikkat ederek dört ayrı grup oluşturacak şekilde, gönüllülük esasına göre katılımcılar seçildi. Bu suretle 41 aile hekimliği asistanıyla, çalışmanın örnekleme oluşturuldu. 3 katılımcı, yeterli cevap

vermediği için çalışmanın dışında bırakıldı. Sonuçta 38 katılımcı araştırmanın çalışma grubunu oluşturdu. Bu çalışma grubuna ait demografik bilgiler Tablo 3.1.'de sunuldu.

Tablo 3.1. Çalışma grubunu oluşturan aile hekimliği asistanlarının demografik bilgileri

KATILIMCI KODU	YAŞ	CİNSİYET	EĞİTİM TİPİ	HEKİMLİK SÜRESİ YIL	ASİSTANLIK SÜRESİ AY
A1	29	E	Tam zamanlı	3,5	9
A2	27	K	Tam zamanlı	2,5	7
A3	25	E	Tam zamanlı	1,5	12
A4	28	E	Tam zamanlı	4	8
A5	28	K	Tam zamanlı	3	9
A6	26	E	Tam zamanlı	2	1
A8	27	K	Tam zamanlı	3	10
A9	32	E	Tam zamanlı	5	12
A10	26	E	Tam zamanlı	2	6
B1	28	E	Tam zamanlı	4,5	20
B2	30	E	Tam zamanlı	3,5	19
B3	27	E	Tam zamanlı	1,25	13
B4	27	E	Tam zamanlı	2	13
B5	35	K	Tam zamanlı	1	14
B6	26	K	Tam zamanlı	2,5	20
B7	29	E	Tam zamanlı	2,5	23
B8	28	K	Tam zamanlı	1,5	15
B9	28	K	Tam zamanlı	2	20
B10	28	E	Tam zamanlı	2,5	24
C1	28	E	Tam zamanlı	4	30
C2	27	K	Tam zamanlı	4	36
C3	29	K	Tam zamanlı	6	35
C4	28	E	Tam zamanlı	4	34
C5	39	E	Tam zamanlı	12	30
C6	40	E	Tam zamanlı	14	36
C7	27	K	Tam zamanlı	3	30
C8	31	K	Tam zamanlı	5	60
C9	30	K	Tam zamanlı	6	36
C10	31	E	Tam zamanlı	7	32
S1	39	K	SAHU	10	43
S2	34	K	SAHU	10	56
S3	36	E	SAHU	12	56
S5	49	E	SAHU	23	48
S6	50	E	SAHU	22	58
S7	44	E	SAHU	20	58
S8	42	E	SAHU	12	58
S9	40	E	SAHU	15	52
S10	45	K	SAHU	21	48

Tablo 3.1.'de görüldüğü gibi çalışmamız toplam 38 katılımcı ile gerçekleştirildi. Araştırmamızın yapıldığı anabilim dalında “tam zamanlı aile hekimliği asistanları” ve “sözleşmeli aile hekimliği asistanları” olmak üzere iki farklı asistan grubu bulunmaktaydı. Katılımcılardan “sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı (SAHU) asistanları “S”, tam zamanlı asistanlar ise A, B, C olarak kodlandı. Asistanlık süresi 0-12 ay arasında olanlar “A”, 13-24 ay arasında olanlar “B”, 25 ay ve üzeri asistanlık süresi içinde olanlar “C” olarak kodlanarak belirlendi. A grubunda 5 erkek 5 kadın olmak üzere 10 kişi, B grubunda 6 erkek 4 kadın olmak üzere 10 kişi, C grubunda 6 erkek 3 kadın olmak üzere 9 kişi mevcuttu ve S grubunda 6 erkek 3 kadın olmak üzere 9 kişi vardı.

Tüm katılımcıların en genci 25, en yaşlısı 50 yaşındaydı. Katılımcıların 15'i kadın, 23'ü ise erkekti. Katılımcı hekimlerin 9'u sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı, 29'u tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı programında eğitimlerini sürdürmekteydi. Katılımcıların hekimlik tecrübeleri 1 yıl ile 23 yıl arasında, aile hekimliği asistanlık tecrübeleri ise 1 ay ile 60 ay arasında idi.

3.3. Veri Toplama Aracı ve Uygulama Süreci

3.3.1. Veri Toplama Aracı ve Hazırlanması

Araştırmamızda veri toplama aracı olarak aile hekimliği asistanlarına yönelik “yarı yapılandırılmış bireysel görüşme formu” uygulandı.

Çalışmamızda aile hekimlerinin aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım talepleriyle nerde, hangi ortamda ve ne zaman karşılaşacağı belli olamayacağından gözlem yapılmadı ve fenomenolojik çalışmalarda bireyin yaşadığı deneyimlerin kendi yorumlarına dayalı olarak betimlenmesinin esas alınması sebebiyle (52) aile hekimleriyle görüşme yapmanın yeterli olacağı düşünüldü.

Araştırmamızda veri toplama tekniklerinden “birebir görüşme” tekniği kullanıldı. Buna uygun veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış bireysel görüşme formu hazırlandı. Görüşme formu aile hekimliği asistanlarının, aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım taleplerine dair yaşadıkları deneyimlere ilişkin

görüşlerini belirlemek amacıyla “standartlaştırılmış açık uçlu görüşme” yaklaşımına göre oluşturuldu.

Bu yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanırken konu hakkında literatür taraması yapıldı ve araştırma soruları belirlendi. Sonrasında bu çalışma kapsamında yer alabilecek geniş bir soru havuzu oluşturuldu. Havuzdaki sorular daha önceden belirlenmiş olan araştırma soruları doğrultusunda hazırlandı. Literatür taraması sonuçları ve ilgili ilkeler yanı sıra bir aile hekimliği asistanı olarak meslektaşlarımla yaptığım sohbetlerden edindiğim ön bilgilerin, danışmanımdan ve nitel araştırma konusunda deneyimli kişilerden aldığım görüşlerin de önemli bir rolü oldu. Oluşturulan bu soru havuzundan çalışmamızın amacına en uygun sorular seçilerek yarı yapılandırılmış görüşme formunun soruları oluşturuldu. Yarı yapılandırılmış görüşme formu araştırmanın amacı, alan bilgisi, nitel çalışmaya uygunluğu, dili vb. açılardan değerlendirmek üzere biri aile hekimliği alanı uzmanı, ikisi Türkçe alan uzmanı, ikisi ölçme ve değerlendirme alan uzmanı, biri de tıp fakültelerinde görev yapan aile hekimliği asistanı olmak üzere 6 uzmandan görüş alındı. Alan uzmanlarından gelen geri bildirimler doğrultusunda görüşme formu yeniden düzenlendi ve yarı yapılandırılmış görüşme formuna son şekli verildi. Düzenleme sonrası görüşme formu 4 grup ve 17 alt sorudan oluştu. Bu soruların aile hekimliği asistanlarına anlaşılır gelip gelmeyeceğini belirlemek için 3 aile hekimliği asistanı ile pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulama sonucunda soruların anlaşılabilirliği ile ilgili ortaya çıkan bazı noktalar düzeltildi. Ayrıca açık uçlu görüşmenin doğasına uygun olarak her görüşmede anlaşılmayan, eksik noktalara bir sonraki görüşmede dikkat edildi. Hem görüşme esnasında katılımcıların anlamadığı noktalara açıklık getirilerek, hem de görüşme formunda gerekli düzenlemeler yapılarak, anlaşılabilirlik arttırılmaya çalışıldı.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu iki bölümden oluştu. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgileri, ikinci bölümde ise görüşme soruları yer aldı. Uzmanlardan alınan geri bildirimler ve yapılan pilot uygulama ile yeniden düzenlenerek son hâli verilen yarı yapılandırılmış görüşme formu ek 1’de sunuldu.

3.3.2. Veri Toplama ve Veri Toplama Aracı Uygulama Süreci

Araştırmanın bu bölümünde veri toplamaya başlamadan önce ve veri toplama esnasında yapılanlara dair bilgiler yer almaktadır. Veri toplama sürecinde (öncesi ve esnasında) yapılan iş ve işlemlere dair temel bilgiler Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Veri toplama sürecine dair iş ve işlem takvimi

İş ve İşlemler	Araçlar ve Belgeler
Yarı yapılandırılmış görüşme formunun hazırlanması	Yarı yapılandırılmış görüşme formu
Etik kurul onayının alınması	Üniversite etik kurulu izin belgesi
Katılımcı onamlarının alınması	Katılımcılara ait onam formları
Katılımcılardan veri toplanması	Katılımcılara ait yarı yapılandırılmış görüşme formları

Tablo 3.2.'de görüldüğü gibi katılımcılarla görüşmeye başlamadan önce üniversitemiz etik kurulundan izin alındı. Bu izin yazısı Ek 2'de sunuldu. İlgili izin alındıktan sonra katılımcılarla birebir yüz yüze görüşmelere başlamadan önce de onam formuyla katılımcılardan görüşme yapmak için izin alındı.

Çalışmamızda katılımcılardan veri toplama sürecinin başlatılabilmesi için öncelikle evren içerisinde bulunan kişilere, çalışma yerlerinde ziyaret edilerek veya telefon ile arama ya da mesaj yoluyla ulaşılmaya çalışıldı. İletişim kurulan kişilere çalışma hakkında ön bilgi verildi. Çalışmaya gönüllülük esasıyla katılmayı kabul eden katılımcılar ile uygun oldukları gün ve saatte, belirlenen bir yerde randevu ayarlandı. Katılımcılarla genellikle çalıştıkları hastanede bazen de hastane dışında onların da uygun gördüğü, kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda, genellikle kapalı bir odada görüşme yapıldı. Katılımcılara sözel olarak çalışma hakkında bilgi verildi. Tarafımızdan hazırlanmış “bilgilendirilmiş onam formu” imzalatıldı.

Ulaşılan katılımcılardan 41'ine yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulandı. Katılımcılara sorular standartlaştırılmış açık uçlu görüşme yaklaşımına uygun olarak her katılımcıya aynı biçimde ve aynı sırada soruldu. Böylelikle güvenilirlik de sağlanmaya çalışıldı. Verilerinin yetersiz olduğunu düşündüğümüz için

3 katılımcı çalışmadan çıkartıldı. 38 katılımcıya ait veriler analiz edildi. Verileri analiz edilen 38 katılımcıdan 33'ünün verilerini birebir ve yüz yüze görüşme yoluyla elde edildi. Kalan beş katılımcıdan üçü yarı yapılandırılmış görüşme formunu bizzat kendisi, araştırmacının olmadığı bir ortamda doldurup araştırmacıya teslim etti. İki katılımcı kendilerine mail yoluyla ulaştırılan görüşme formlarını doldurarak yine elektronik ortamda mail ile araştırmacıya ulaştırdı. Bu beş katılımcıya ait veriler kontrol edildi. Eksik ve anlaşılamayan noktaların teyit edilmesi için yüz yüze veya telefon yoluyla kendileriyle iletişime geçildi ve alınan geri bildirimler doğrultusunda düzeltmeler yapılarak verileri analize hazır hâle getirildi.

Yarı yapılandırılmış bireysel görüşme formu; birebir ve yüz yüze uygulanan 33 kişinin 18'inin verileri sadece ses kaydı ile toplandı. Onam formundaki ses kaydı alınmasına izin verdiğini beyan eden alan da doldurtuldu. Genellikle bu türden yaptığımız görüşmeler 15-40 dakika arasında sürdü.

Yarı yapılandırılmış bireysel görüşme formu; birebir ve yüz yüze uygulanan 33 kişiden geri kalan 15 katılımcıdan ise veriler konuşmalar yazıya geçirilerek alındı. Yazıların güvenliği için yer yer katılımcının söylediklerini doğruluğu kendisine teyit ettirildi. Genellikle bu türden yaptığımız görüşmeler 40-60 dakika arasında sürdü.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmamızda demografik nicel bilgilerin analizi için Microsoft Office Professional Excel 2010 kullanıldı. Analysis ToolPak programı ile tanımlayıcı istatistik yapıldı. Elde edilen veriler açısından gruplar karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma (SS) ile verildi.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formuyla elde edilen nitel verilerin analizinde ise tümevarımcı bir içerik analizi tekniği kullanıldı.

Verileri hazırlamak, yani ham veri setini oluşturmak için öncelikle katılımcıların her birinden edilen ses kayıtları veya görüşme metinleri bilgisayar ortamında yazıya aktararak deşifre edildi. Veri toplama süreciyle zaman zaman paralellik gösteren, görüşmelerin bilgisayar ortamında yazıya aktarılma sürecinin, tamamlanmasıyla ham veri seti oluşturuldu. Görüşme sonucunda katılımcılardan elde

edilen veriler ana ifadeye dokunmadan yazım ve noktalama işaretleri kullanılarak daha anlaşılır hâle getirildi ve bir çıktısı alındı.

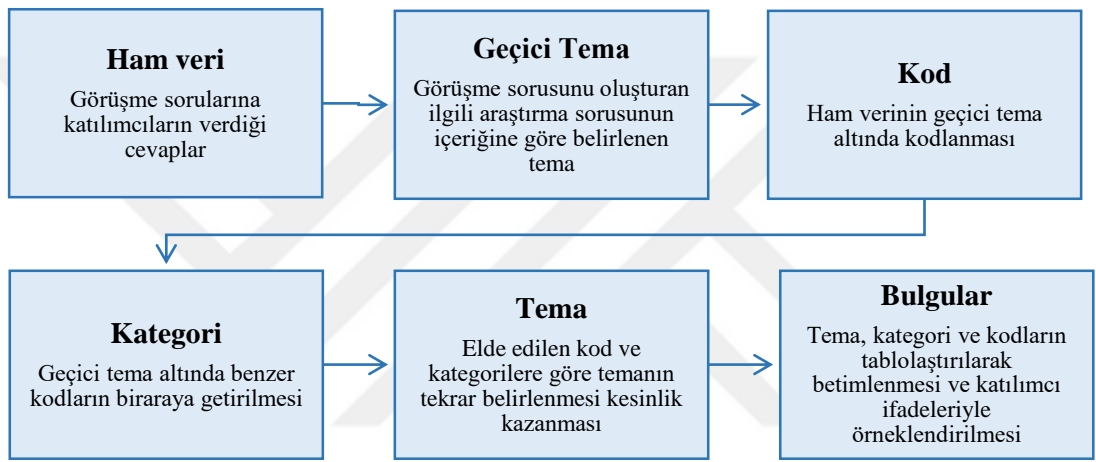
Kodlama öncesinde yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlanmadan önce belirlenen ana ve alt araştırma soruları nitel araştırmanın geçici temaları olarak varsayıldı. Varsayılan geçici temalar belirlendikten sonra kodlamaya geçildi. Çalışmamızda, elde edilen ham verilerin kodlaması, “verilerden çıkarılan kavramlara göre” yapıldı. Yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorular araştırma soruları paralelinde hazırlandığı için katılımcıların bu sorulara verdikleri cevaplar da araştırma soruları paralelinde kodlandı. Yani her bir alt araştırma sorusuyla ilişkili yarı yapılandırılmış görüşme formundaki soruya verilen cevaplar, ilgili temayı oluşturacak şekilde kodlandı.

Genel olarak her araştırma sorusunun kodlaması kendi içinde yani soru soru kodlama yapıldı. İstisnaî durum olarak birinci grup sorularda katılımcılar yönlendirici görüşme sorularına yönelik değil de genel olarak gruba yönelik cevap vermeleri hâlinde, verdikleri cevaplar ilgili yönlendirici görüşme sorusu altında kodlandı. Ayrıca katılımcıların ikinci grupta yer alan üçüncü ve dördüncü yönlendirici görüşme sorularına birbirinin yerine geçebilecek cevaplar vermeleri hâlinde, verdikleri cevaplar ilgili yönlendirici görüşme sorusu altında kodlandı.

Çalışmamızda katılımcıların verdikleri cevaplar okunurken yanlarına olası kodları yazıldı ve kodlamada kullanılacak sözcük veya sözcük öbekleri oluşturup ayrı bir müsvedde kâğıda not edildi. İlk katılımcının ilgili soruya verdiği cevapların kodlanmasından son katılımcıya doğru bir kodlama sırası izlenmesi kodlamada en doğru adlandırmanın yapılmasında oldukça faydalı oldu. Olası olarak yapılan kod adlandırmalarını kontrol etme ve düzeltme fırsatı verdi. Bu işlem katılımcıların diğer sorulara verdikleri cevapların kodlamasında da aynı şekilde devam etti. Bu kodlama işlemi yapılırken aynı zamanda ilgili kodları yansıtan katılımcı ifadelerinin altı çizilerek belirginleştirildi, ayrıca ilgili koda uygun olabilecek örnek katılımcı ifadeleri de ayrıca belirlendi ve müsvedde kâğıda not edildi. Verilerin kodlanması aşamasında zorlandığımız, tereddüde düştüğümüz anlar olduğunda araştırmanın danışman hocası ve nitel araştırmada deneyimli uzmanlarla görüş alışverişinde bulunuldu. Ham veri yığınının doğru kodlanması için soruların bazılarının kodlamaları gözden geçirildi. Gereken durumlarda nitel araştırma konusunda

deneyimli bir araştırmacı ile kodlamalar tekrar yapıldı. Kodlamalar ayrıntılı olarak yapıldı.

Araştırma sorularından oluşturulan geçici temaların altında oluşturulan kodlar arasında ortak yönler bulunarak kodlar kategorize edildi. Kodlardan oluşan kategorilerin aralarında da benzerlik olması durumunda kategoriler tekrar kategorize edilerek ana ve alt kategoriler oluşturuldu. Kodlamadan önce belirlenen geçici temalar, içerik analizi sonrasında bulunan kod ve kategoriler ile tekrar belirlendi ve kesinlik kazandı. Böylece tematik kodlama tamamlandı.



Şekil 3.1. Ham verilerin içerik analizi süreci

Tematik kodlama aşamasından verilerin kodlara, kategorilere ve temalara göre düzenlenmesi ve tanımlanması, yani bulgular aşamasına geçildi. Araştırmamızda, elde edilen verilerden yaptığımız ayrıntılı kodlamalar ve tematik kodlamalar (kategorize etme ve temalandırma) sonucunda bulgular oluşturuldu. Bulgular ana ve alt araştırma soruları doğrultusunda başlıklandırıldı ve bulunan temalar altında bulgular kategorize edilerek tablolar hâline getirildi. Verilerden elde edilen bulgular araştırmacı olarak kendi görüş ve yorumlarımıza yer vermeden ilgili tabloların altında önemli noktalar, betimlenerek katılımcılara ait örnek ifadelerle sunuldu.

Bulguların tartışılması aşamasında ise katılımcılardan elde ettiğimiz verilere anlam kazandırarak bulgular arasındaki ilişkiler açıklandı, neden-sonuç ilişkileri kuruldu, bulgulardan birtakım sonuçlar çıkararak bunların önemine ilişkin

açıklamalar yapıldı. Ayrıca katılımcılardan ilk elden topladığımız ifadelerle dayanarak bulgular yorumlandı.

Şimşek ve Yıldırım Şimşek; Cropley'e göre rapor yazmanın akla yatkınlık, bireylerin deneyimlerine uygunluk, inandırıcılık, önem ve okunurluk olmak üzere beş özelliği olduğunu belirtmektedir (49). Bulgularımızın raporlaştırılmasında "akla yatkınlık" bağlamında araştırmamızın sonuçları var olan literatürle ilişkilendirilerek tartışıldı. Araştırma raporumuzun; "bireylerin deneyimlerine uygunluk" bağlamında alandaki aile hekimliği uzmanları ve asistanlarının deneyimleri açısından anlamlı ve onlara yeni bakış açısı ve anlayışlar kazandırmaya yönelik olmasına dikkat edildi. "İnandırıcılık" bağlamında topladığımız verilere sadık bir şekilde sonuçlara, yorumlara ve çıkarımlara giderek anlatım ve yorumlarımızın gerekçesini okuyucuya sunmaya çalışıldı. "Önem" bağlamında araştırma raporumuzda uygulamaya ve sonraki araştırmalara yönelik çıkarımlarda bulunarak önerilere yer verildi. "Okunurluk" bağlamında ise araştırmamızı her kesimden insanın anlayabileceği, sade, açık, akıcı bir dille okuyucu dostu bir rapor yazmaya çalışıldı. Ayrıca bulgularımızı raporlaştırırken tablolarda katılımcıların, kod, kategori ve temaların frekansına da yer verildi.

3.5. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Yıldırım ve Şimşek'in; Erlandson, Harris, Skipper ve Allen'den (1993) uyarladığı tabloda nitel araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği için inandırıcılık, aktarılabirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirlik kavramları geçmektedir (49)

İnandırıcılık: Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere araştırmada iç geçerliği artırmak için Yıldırım ve Şimşek'in aktarmasına göre "Lincoln ve Guba (1985) inandırıcılığın başarılabilmesi için araştırmacıların kullanabileceği bir takım stratejiler önermektedir (49)."

Bu stratejilerden "uzun süreli etkileşim" bağlamında araştırmacının katılımcılarla aynı mesleği icra etmesi ve aynı ortamda bulunması nedeniyle onlar ile ortaklaşa bir deneyime sahipti. Bu onlarla empati kurmasını sağladı ve onlarda samimiyet ve güven duygusu oluşturdu. Bütün bunlar araştırmacının topladığı verilerin geçerliğinin, inandırıcılığının artmasında etkili oldu.

“Derin odaklı veri toplama” bağlamında araştırmacının katılımcı araştırmacı niteliği taşımasının, katılımcıların araştırma sorularına yeterli ve gerçeğe uygun yanıt verip vermediklerinin tespitinde önemli rolü oldu.

“Çeşitleme” bağlamında bu çalışmada sadece aile hekimlerinin aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım taleplerine ilişkin yaşadıkları deneyimlerin anlamlandırılmasına odaklanıldığından katılımcıların aile ve yakınlarına ulaşp onlardan veri toplamak suretiyle veri kaynaklarının çeşitlendirilmesine gerek duyulmadı, yalnızca aile hekimliği asistanlarının deneyimlerine ve görüşlerine başvurulmasının yeterli olacağı düşünüldü. Ayrıca katılımcıların aile ve yakınlarından gelen tıbbi talepler genellikle özel ortamlarda ve öngörülemeyen zamanlarda gerçekleştiği için gözlem yapılması da nerdeyse imkânsızdı. Çalışmada inandırıcılığı artırmak için yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorular bütün katılımcılara aynı sırada ve aynı biçimde sorularak araştırmacının gözlemci araştırmacı olmasının olumsuz etkisi en aza indirilmeye çalışıldı.

“Uzman incelemesi” bağlamında araştırmanın bütün aşamalarında başta aile hekimliği alan uzmanı araştırmanın danışman hocası olmak üzere ölçme ve değerlendirme alan uzmanları ile Türkçe alan uzmanlarından geri bildirim alındı, çalışmanın şekillenmesinde ve olgunlaşmasında geri bildirimlerin büyük bir rolü oldu.

“Katılımcı teyidi” bağlamında elde edilen verilerle ulaşılan sonuçların gerçeekliğini teyit etmek için sondajlama yoluyla birkaç katılımcının görüşüne başvuruldu.

Aktarılabilirlik (transfer edilebilirlik):

“Ayrıntılı betimleme” bağlamında araştırma sonuçlarının aktarılabilirliğini artırmak için elde edilen ham veriler ortaya çıkan kod ve temalara göre düzenlenerek okuyucuya yorum katmadan katılımcılardan doğrudan alıntılar verilerek aktarıldı. “Amaçlı örneklem” bağlamında araştırmanın çalışma grubunu oluşturan aile hekimliği asistanları uzmanlık süreleri ve eğitim biçimlerine göre seçildi.

Tutarlık: “Tutarlık incelemesi” bağlamında araştırmaya dışarıdan bir gözle bakılabilmesi için araştırmanın veri toplama aracının oluşturulması, verilerin toplanması ve analizine dair süreçler hakkında ayrıntılı ve anlaşılır bir şekilde bilgilendirmeler ve açıklamalar yapıldı.

Teyit edilebilirlik: “Teyit edilebilirlik incelemesi” bağlamında araştırmada ulaşılan sonuçlar ile ham veriler karşılaştırılarak teyidi yapıldı. Ayrıca gerekli durumlarda teyit edilebilirliğinin değerlendirilmesi için ham veriler ve sonuçları nitel araştırma deneyimine sahip bir uzmana sunuldu ve teyit edilebilir olduğuna dair geri bildirim alındı.



4. BULGULAR

Çalışmamız toplam 38 katılımcı ile gerçekleştirildi. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 32,18 olup, en genci 25, en yaşlısı 50 yaşındaydı. Standart sapmanın ise 6,88 olduğu görüldü.

Katılımcıların %39,47'si (n=15) kadın, %60,53'ü (n=23) ise erkekti. Hekimlik süresi ortalama 6,84 yıl iken asistanlık süresi ortalama 28,71 ay olarak bulundu. Katılımcıların hekimlik tecrübeleri 1 yıl ile 23 yıl arasında, aile hekimliği asistanlık tecrübeleri ise 1 ay ile 60 ay arasındaydı. Asistanlık süresinin hem ortalamasının hem de en yüksek değerinin bu kadar fazla olmasının bir sebebi SAHU (sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı) programının eğitim süresinin en az 60 ay olmasıydı. Katılımcı hekimlerin %23,68 (n=9) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı, %76,32'si (n=29) tam zamanlığı aile hekimliği uzmanlığı programında eğitimlerini sürdürmekteydi.

A grubunda 5 erkek 5 kadın, olmak üzere 10 kişi vardı ve yaş ortalaması 27,55'ti. 25 ile 32 arası değişen yaşların standart sapması 2,07 idi ve küçük bir aralıktaydı. Hekimlik süreleri ise 1,5 ile 5 yıl arası değişmekte olup yine küçük bir aralıktaydı. Asistanlık süreleri de 1 ile 12 ay arası değişmekte olup 3,38 standart sapma ve 8,22 ortalama ile daha geniş bir dağılıma sahipti. Bu grup diğer gruplara göre en genç grup olma ve en az asistanlık süresine sahip olma özelliği taşımaktaydı.

B grubunda 6 erkek 4 kadın olmak üzere 10 kişi vardı ve yaş ortalaması 28,60'dı. 26 ile 35 arası değişen yaşların standart sapması 2,50 idi ve ortalamadan daha küçük bir aralıktaydı. Hekimlik süreleri ise 1 ile 4,5 yıl arası değişmekte olup yine küçük bir aralıktaydı ve ortalaması 2,33'tü. Asistanlık süreleri de 13 ile 24 ay arası değişmekte olup 4,07 standart sapma ve 18,10 ortalama ile A grubuna göre daha geniş bir dağılıma sahipti. Bu grup diğer gruplara göre en az süre hekimlik yapmıştı.

C grubunda 6 erkek 3 kadın olmak üzere 9 kişi vardı ve yaş ortalaması 31,00'dı. 27 ile 40 arası değişen yaşların standart sapması 4,72 idi ve ortalama aralığa yakındı. Hekimlik süreleri ise 3 ile 14 yıl arası değişmekte olup büyük bir aralığa ve 6,5 yıl ortalamaya sahipti. Asistanlık süreleri olarak da 30 ile 60 ay arası değişmekte

olup 8,85 standart sapma ve 35,90 ortalama ile en geniş dağılıma sahip gruptu. Bu grup diğer gruplara göre asistanlık süresinde en fazla çeşitlilik gösteren gruptu.

S grubunda 6 erkek 3 kadın olmak üzere 9 kişi vardı ve yaş ortalaması 42,11'di. 34 ile 50 arası değişen yaşların standart sapması 5,46 idi ve aralıkları diğer gruplara göre genişti. Hekimlik süreleri ise 10 ile 23 yıl arası değişmekte olup yine 16,11 ortalama ile geniş bir aralıktaydı. Asistanlık süreleri de 43 ile 58 ay arası değişmekte olup 5,52 standart sapma ve 53,00 ortalama ile daha geniş bir dağılıma sahipti. Bu grup diğer gruplara göre en yaşlı grup olma ve en fazla asistanlık ve hekimlik süresine sahip olma özelliği taşıymaktaydı.

Aile hekimlerinin, aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerine ilişkin görüşlerini belirlemek üzere araştırmacının kendisi tarafından geliştirilen ve Ek 1'de de yer alan ölçme aracı (yarı yapılandırılmış görüşme formu) ile 38 aile hekimliği asistanından elde edilen veriler içerik analizi yapılarak incelendi. Araştırmamızda verilerin analizi sonucunda “yaşanılan bir olayda tıbbi talep döngüsü”, “hasta yakını olarak hekimlik”, “profesyonel olarak hekimlik” ile “aile ve yakınlarla iletişim” olmak üzere dört ana temaya ulaşıldı. Bu temalar ve temalardaki katılımcı aile hekimlerine ait görüşler araştırma soruları temel alınarak dört ana başlık altında verildi.

4.1. Aile Hekimliği Asistanlarının; Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerine Dair Görüşleri

Yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarının tıbbi talepleriyle ilişkili yaşadıkları bir olaya dair görüşleri*”ni ortaya koymayı amaçlayan birinci grup görüşme sorularına verilen cevaplardan elde edilen bulguları içeren bu ana başlık, görüşme soruları doğrultusunda dört alt başlık altında toplandı. Bu dört alt başlık altında aile hekimliği asistanlarının yaşadıkları bir olayda “talebi yapan kişi”, “talebin içeriği”, “talebin yapıldığı yer, zaman” ve “talebe karşılık hekimlerin tutumları” alt temalarına yer verildi. Bu alt temalar “yaşanılan bir olayda tıbbi talepler döngüsü” ana temasını oluşturdu.

Bu grupta görüşmenin başlatılması için katılımcı hekime “*Şimdi hayal edin. Evinizde yakın akrabalarınız ile birlikte aile yemeğindesiniz. Yemek sonrası amcanız sohbet sırasında “3 haftadır öksürüyorum. Acaba neyim var? Beni bir muayene edip*

ilaç yazabilir misin?” dedi. Bu tarz bir durum yaşadığınız bir tek olayı seçerek bu deneyiminizi bizimle paylaşabilir misiniz?” sorusu soruldu.

Bu ana başlıkta veri incelemesine dâhil edilen katılımcı sayısı 36 kişidir. Bir katılımcı cevaplarındaki yetersizlik nedeniyle, bir katılımcı yakınlarından hiç sağlık talebi almadığı için görüş bildirmediğinden veri incelemesine dâhil edilmedi.

Sağlık talebi almayan katılımcıya ait ifade aşağıdadır.

B2 (E, 30) “Hiç yaşamadım. Hiç kimse bana şikâyetini söylemedi. Ben acil hekimiydum bundan önce. Acil çok farklı insanların kafasında. Bir ortopedist olsam belki yapabilirlerdi. Dermatoloji olsa gösterebilirlerdi. İnsanların kafasındaki algıyla alakalı bu bence.”

4.1.1. Aile Hekimliği Asistanlarının, Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Aile ve Yakınlarından Gelen Tıbbi Bakım Taleplerinin Türüne Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “Yakınınızın sizden talebi neydi?” sorusuna 36 aile hekimliği asistanlarının yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek Tablo 4.1.’de sunuldu.

Tablo 4.1. Talebin içeriğine dair görüşler alt teması (n=34)

Kategori	Kod	Frekans f				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Talebin türüne dair görüşler (f=45)	Muayene	6	5	6	6	23
	İlaç önerisi	2	2	2	2	8
	Hastalığı, şikâyeti hakkında bilgi	3	2	-	1	6
	Reçete	-	1	2	1	4
	Genel sağlık konusunda bilgi	-	-	-	1	1
	İlaçlarının düzenlenmesi	-	-	-	1	1
	Şikâyetiyle ilgili nereye başvuracağını öğrenme	1	-	-	-	1
	Tanıdık hekime yönlendirilme	-	-	1	-	1
<i>Toplam</i>		12	10	11	12	45

Tablo 4.1.’de görüldüğü gibi “talebin içeriğine dair görüşler” alt teması altında toplanan bulgular sonucunda sadece 45 sıklık değerine sahip “talebin türüne

dair görüş” kategorisine ulaşıldı. Bu kategoride aile ve yakınları katılımcı hekimlerinden 8 farklı türde tıbbi bakım talebinde bulundu.

Bu kategoride yer alan 8 farklı koddan sıklık değeri açık ara farkla en yüksek olan “muayene” koduydu (f=23). Onu da “ilaç önerisi” (f=8), “hastalığı, şikâyeti hakkında bilgi” (f=6) ve “reçete” (f=4) kodları takip etti.

Katılımcıların yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım taleplerinin türüne dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi:

“Muayene” koduna dair ifadeler

A4 (E, 28) *“Yemek esnasında evimize gelen 70 yaşında bir hasta akrabamız iki gün önce 40 dereceyi gören bir ateşi olduğunu, ondan sonra da bypass olduktan sonra greft alınan bacağında kırmızı lezyonların olduğunu, ateş gibi yandığından bahsetti bir bakabilir misin diye ricada bulundu”*

A10 (E, 26) *“4 yaşında bir yeğenim var. Öksürüğü ve ateşi vardı. ‘Bir bakar mısın?’ dediler.”*

B7 (E, 29) *“En son 1 hafta önce bir akrabamızın çocuklarını muayene etmemi istediler.”*

S7 (E, 44) *“Otobüste giderken yan koltuğumda oturan kişi kasık ağrısı olduğunu söyleyerek benimle sohbet etmeye başladı. Doktor olduğumu öğrenince ‘Muayene edebilir misin?’ diye sordu.”*

“İlaç önerisi” koduna dair ifadeler

A8 (K, 27) *“İlaç tavsiyesi. Genel cerrahi tarafından 2’li antibiyotik, nsai, ppi başlanan yakınım ilaçlarının 3. gününden beri dispeptik yakınmaları olduğunu, ek olarak midesi için ne ilaç kullanabileceğini sordu.”*

B5 (K, 35) *“İdrarda yanma şikâyeti olduğu için ilaç ismi istedi.”*

C2 (K, 27) *“Dayım kuzenimin atopik dermatiti hakkında ilaç önerisi istedi.”*

C9 (K, 30) “Dizlerinin ağrıdığını ve hangi ilacı kullanması gerektiğini sordu.”

S9 (E, 40) “Ayağındaki nasırı gösterdi. İlaç ve krem önerisi istedi.”

“Hastalığı, şikâyeti hakkında bilgi” koduna dair ifadeler

A1 (E, 29) “Benden talebi benim gözlerim şişiyor boynum şişiyor bununla ilgili ben ne yapmalıyım. Neye bağlıdır. Beni bir muayene et şeklinde talebi oldu.”

S8 (E, 42) “Teyzimdi. Muayene talebi. Kullandığı ilaçlarla ilgili merak ettiği soruları, daha başka neler yapılabileceğini sordu”

“Reçete” koduna dair ifadeler

B10 (E, 28) “Yakınımın benden talebi muayene etmemdi. İlaç yazmamdı. Hastalığı olarak soğuk algınlığı vardı. İşte, ateş öksürük balgam çıkartma şikâyetleri vardı.”

Diğer kodlara dair ifadeler

C6 (E, 40) “İlaç yazmamı ve muayene etmemi, doktor bir tanıdığa yönlendirmemi istedi.”

S1 (K,39) “Yengem evde otururken ‘Dizlerim çok ağrıyor.’ dedi. Bir torba ağrı kesici verdi. Bunlara bakmamı istedi. Daha önce diz operasyonu önerilmiş ama kabul etmiyor. Ona ağrı kesicilerin geçici çözüm olduğunu anlattım. Ameliyat olması gerektiğini anlattım. Pek memnun olmadı.”

S3 (E, 36) “Mesela şöyle bir durum oluştu. Dolma yiyorduk. Yerken böyle kilo alınıyor, böyle spor yapmalı, işte kolesterol böyle kötü falan konuşuyorduk. Bir akrabamız ‘Ne yapalım peki hani, ne tavsiye edersin?’ dedi.”

A6 (E, 26) “Telefonla teyzemin torunu yakınının karın ağrısı, hâlsizlik şikâyetini paylaştı. ‘Bu ne olabilir?’ açısından yorum istedi. Hangi bölüme başvurması gerektiğini öğrenmek istedi.”

4.1.2. Aile Hekimliği Asistanlarının, Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Tıbbi Bakım Talebinde Bulunan Aile ve Yakınlarının Yakınlık Derecelerine Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*Talebi yapan size ne kadar yakındı?*” sorusuna 36 aile hekimliği asistanlarının yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek Tablo 4.2’de sunuldu.

Tablo 4.2. Talebi yapan kişiye dair görüşler alt teması (n=36)

Kategori	Kod	Frekans f					
		Gruplar				Toplam	
		A	B	C	S		
Yakınlık derecesine dair görüş (f=36)	1. Derece akraba	3	1	3	2	9	
	2. Derece akraba	2	2	2	1	7	
	3. Derece akraba	1	2	1	1	5	
	Daha uzak akraba	1	3	-	1	5	
	Hısım	2	-	1	2	5	
	Yakının Yakını	-	-	2	-	2	
	Arkadaş	-	-	-	1	1	
	Komşu	-	-	1	-	1	
	Tanımadık	-	-	-	1	1	
	<i>Toplam</i>		9	8	10	9	36

Tablo 4.2.’de görüldüğü gibi “talebi yapan kişiye dair görüşler alt teması” altında toplanan bulgular sonucunda sadece 36 sıklık değerine sahip “yakınlık derecesine dair görüş” kategorisine ulaşıldı. Bu kategoride katılımcı hekimlerden 9 farklı yakınlık derecesine sahip yakınları tıbbi bakım talebinde bulundu.

Bu 9 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “1. derece akraba” (f=9) koduydu. Onu “2. derece akraba” (f=7), “daha uzak akraba” (f=5), “3. derece akraba” (f=5) ve “hısım” (f=5) kodları takip etti.

Katılımcıların kendilerinden tıbbi bakım talebinde bulunan yakınlarını yakınlık derecesi açısından değerlendirdiğimizde 36 sıklık değerinden 31’inin “akraba ve hısım” olduğu görüldü.

Çalışmamızda 1. derece akrabayı katılımcının kendisinin ve eşinin anne, baba ve çocukları; 2. derece akrabayı kendisinin ve eşinin dede, nine, kardeş ve torunlar, 3. derece akrabayı; kendisinin ve eşinin amca, dayı, teyze, hala, yeğenleri, hısımları ise bu akrabaların eşleri oluşturdu. Eş herhangi bir akrabalık grubuna girmemekle birlikte tabloda olmamasının nedeni hiçbir katılımcı tarafından ifade edilmemiş olmasıydı.

Bu ana kategoride yer alan sıklık değeri ile ilgili alt kategoriye yönelik görüş bildiren katılımcıların sayısı birbirine denkti. Katılımcıların yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle tıbbi bakım talebinde bulunan aile ve yakınlarının yakınlık derecelerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Birinci derece akraba” koduna dair ifadeler:

A3 (E, 25) *“Annem mesela bir kere danışmıştı. Ve baş dönmesi olmuştu. Bulantısı falan oluyordu.”*

A5 (K, 28) *“Daha önce sık sık yaşadım. Babam MI geçirdiğinde yanımdaydım. Gece bir civarında epigastrik ağrısı olduğunu söyledi.”*

S2 (K,34) *“Yani en yakınımnda annemin kronik hastalığı var. Genelde onda bu tarz şeyler oluyor.”*

“İkinci derece akraba” koduna dair ifadeler:

A2 (K, 27) *“Anneannem hipertansiyon hastası BFT bozukluğu mevcut. Yüz kızarması ve üsye (üst solunum yolu enfeksiyonu) şikâyetleri vardı.”*

C7 (K, 27) *“Mesela ablamın işte idrarla ilgili şikâyetleri vardı.”*

C8 (K, 31) *“Kardeşimin mesela el parmakları şişiyormuş, eklemleri. O gösterdi”*

S6 (E, 50) *“Baldızımdı.”*

“Üçüncü derece akraba” koduna dair ifadeler:

A10 (E, 26) *“Dayım talep etmişti.”*

B4 (E, 27) *“Talebi yapan dayımdı.”*

B10 (E, 28) *“Amcamdı.”*

“Daha uzak akraba” koduna dair ifadeler:

B6 (K, 26) *“Babamın teyzesi mesela torunu öksürüyor, aynı dediğin gibi. ‘Öksürüyor, evde bir öksürük şurubu var, onu versem olur mu?’ dedi.”*

B7 (E, 29) *“Eşimin kuzeni”*

“Hısım” koduna dair ifadeler:

A4 (E, 28) *“Eşimin eniştesi oluyor. Ben de baktım”*

S1 (K,39) *“Yengem evde otururken ‘Dizlerim çok ağrıyor.’ dedi. Bir torba ağrı kesici verdi. Bunlara bakmamı istedi.”*

S10 (K, 45) *“Dayımın eşi idi.”*

Diğer kodlara dair ifadeler:

C4 (E, 28) *“Talebi yapan komşum ve eşi idi.”*

C5 (E, 39) *“Babam vasıtası ile tanıdığım pastanede çalışan yaşlı bir amca”*

S7 (E, 44) *“Otobüste giderken yan koltuğumda oturan kişi kasık ağrısı olduğunu söyleyerek benimle sohbet etmeye başladı. Doktor olduğumu öğrenince ‘Muayene edebilir misin?’ diye sordu.”*

S9 (E, 40) *“Arkadaşımdı.”*

4.1.3. Aile Hekimliği Asistanlarının, Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Aile ve Yakınlarından Gelen Tıbbi Bakım Talebinin Yeri, Zamanı ve Ortamına Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki *“Bu talep nerede ve ne zaman yapıldı?”* sorusuna aile hekimliği asistanlarının yaşadıkları bir

örnek olaydan hareketle verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek tablo 4.3.'te sunuldu.

Tablo 4.3. Talebinin yeri ve zamanına dair görüşler alt teması

Kategori	Kod	Frekans f				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Yer (f=30)	Evde	8	5	7	6	26
	İş yerinde	-	-	1	1	2
	Arabada	1	-	-	-	1
	Otobüste	-	-	-	1	1
	<i>Toplam</i>	9	5	8	8	30
Zaman (f=15)	Akşam	4	3	3	-	10
	Öğlen	-	-	-	2	2
	Gündüz	-	-	2	-	2
	Gece	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	5	3	5	2	15
Ortam (f=21)	Otururken	3	1	-	2	6
	Yemek esnasında	1	2	-	1	4
	Telefon görüşmesi ile	1	2	-	-	3
	Çay içerken	-	-	2	-	2
	Sohbet esnasında	1	1	-	-	2
	Yolculuk esnasında	1	-	-	1	2
	Duş alırken	-	-	1	-	1
	Uyurken	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	8	6	3	4	21

Bu alt araştırma sorusuna 36 aile hekimliği asistanından 30'si “yer”, 15'i “zaman”, 21'si de “ortam” kategorilerine yönelik görüş bildirdi.

Tablo 4.3.'te görüldüğü gibi “talebinin yeri ve zamanına dair görüşler alt teması” altında toplanan bulgular sonucunda üç kategoriye ve toplam 66 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 3 kategoriden sıklık değeri en yüksek olan, “yer” (f=30) kategorisiydi. Onu ise “ortam” (f=21) ve “zaman” (f=15) kategorileri takip etti. Bu kategorilerde yer alan sıklık değeri ile ilgili alt kategoriye yönelik görüş bildiren katılımcının sayısı birbirine denkti.

4.1.3.1. “Tıbbi Bakım Talebinin Yeri” Kategorisi (n=30)

“Talebinin yeri ve zamanına dair görüşler alt temasında” sıklık değeri en yüksek olan 30 sıklık değeri ile “tıbbi bakım talebinin yeri” kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu kategoride yakınlarının 4 farklı yerde tıbbi bakım talebinde bulduklarını belirtti.

Bu 4 farklı koddan sıklık değeri açık ara farkla en yüksek olan, “evde” (f=26) koduydu. Bu kodu “iş yeri” (f=2), “araba” (f=1), “otobüs” (f=1) kodları takip etti.

Katılımcıların yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım talebinin yerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Evde” koduna dair ifadeler

A1 (E, 29) *“Kendi evimizde memlekette bundan iki yıl önce.”*

A4 (E, 28) *“Yemek esnasında evimize gelen 70 yaşında bir hasta akrabamız iki gün önce 40 dereceyi gören bir ateşi olduğunu, ondan sonra da bypass olduktan sonra greft alınan bacağında kırmızı lezyonların olduğunu, ateş gibi yandığından bahsetti. ‘Bir bakabilir misin?’ diye ricada bulundu.”*

C2 (K, 27) *“Dayımın evinde akşam çay içerken.”*

S10 (K, 45) *“2 yıl önce benim evimde bir ziyaret sırasında yaşandı.”*

Diğer kodlara dair ifadeler:

A8 (K, 27) *“Mesai çıkışı aynı araçla eve dönerken.”*

C1 (E, 28) *“Galeride babamın iş yerinde.”*

4.1.3.2. “Tıbbi Bakım Talebinin Ortamı” Kategorisi (n=21)

“Talebinin yeri ve zamanına dair görüşler alt temasında” sıklık değeri en yüksek olan “tıbbi bakım talebinin yeri” (f=30) kategorisine dair görüşünü ise 21 sıklık değeriyle “tıbbi bakım talebinin ortamı” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride yakınlarının 8 farklı ortamda tıbbi bakım talebinde bulduklarını belirttiler.

Bu 8 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olanı “otururken” (f=8) koduydu. Onu sırasıyla “yemekte” (f=4), “telefonda” (f=3), “çay içerken” (f=2), “sohbet ederken” (f=2), “yolculukta” (f=2), “telefonda” (f=2), “duş alırken” (f=1), “uyurken” (f=1) kodları takip etti.

Katılımcıların yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım talebinin ortamına dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler:

B10 (E, 28) *“Kayseri’de yapıldı. 2-3 yıl önce akşam vaktinde evde oturuyorduk.”*

S1 (K,39) *“Yengem evinde otururken ‘Dizlerim çok ağrıyor.’ dedi. Bir torba ağrı kesici verdi. Bunlara bakmamı istedi.”*

B3 (E, 27) *“Genellikle sırt ağrısı işte eklem ağrıları daha çok ağrı üzerine yaşadım. Muayene talebinde bulundu ama yemek esnasında yemeği bırakıp muayene etmedim. Sonrasında bir zamanda hani daha uzun uzadıya muayene edebileceğimi ve bu işin yemek masasında değil de yani ayrıca üzerinde durulması gerektiğini dedim. Ayrıca bir odaya geçtik, yarım saat işte anemnez, fizik muayene yaptım. Yani tedavisinden ziyade birinci basamak yani ilaçsız mesela egzersiz önerdiklerimiz oldu. Hani su sıvı tüketimi arttırmasını önerdiklerimiz oldu. İlaçla mesela şu ilaçları kullanabilirsin dedim ama ilaç yazamadım doğal olarak.”*

S3 (E, 36) *“Genel olarak aile hekimi, zaten yönlendirici olduğumuzu bilerek, yani ailemizdeki kişilerde şuyum var nereye gideyim veya şuyum var ne yaparız, ya televizyonda izliyorlar şu doğru mudur diye telefonla da arayıp sorabiliyorlar, böyle yemekte iken de olabiliyor. Mesela öyle bir durum oluştu. Dolma yiyorduk. Yerken böyle kilo alınıyor, böyle spor yapmalı, işte kolesterol böyle kötü falan. Bir akrabamız ‘Ne yapalım peki hani, ne tavsiye edersin?’ dedi. Tam da dolmaya batırmıştı. ‘O dolmayı bırakacaksın önce’ dedim. Herkes buz kesti orada. ‘Neyse devam et’ dedim. Evet, danışma, bilgi alma genelde oluyor. Önerilerde bulunuyoruz yani. O da beni çok rahatsız etmiyor aslında yani”*

C6 (E, 40) “Evde oturup çay içerken”

A5 (K, 28) “Daha önce sık sık yaşadım. Babam MI geçirdiğinde yanındaydım. Gece bir civarında epigastrik ağrısı olduğunu söyledi. Uyumaya geri gitti. Bir süre sonra kol ağrısı da olduğunu söyleyerek geri geldi.”

A8 (K, 27) “Mesai çıkışı aynı araçla eve dönerken.”

C4 (E, 28) “Talep evde akşam duş aldığım sırada eşim vasıtası ile gönderdikleri haber ile yapıldı.”

B5 (K, 35) “2-3- ay önce telefonda”

4.1.3.3. “Tıbbi Bakım Talebinin Zamanı” Kategorisi (n=15)

“Talebinin yeri ve zamanına dair görüşler alt temasında” sıklık değeri ikinci sırada olan “tıbbi bakım talebinin ortamı” (f=22) kategorisini ise 15 sıklık değeri ile “tıbbi bakım talebinin zamanı” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride yakınlarının 4 farklı zamanda tıbbi bakım talebinde bulduklarını belirttiler.

Bu 4 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olanı “akşam” (f=10) koduydu. Onu sırasıyla “öğlen” (f=2), “gündüz” (f=2), “gece” (f=1) kodları takip etti.

Katılımcıların yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım talebinin zamanına dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara Dair İfadeler:

A2 (K, 27) “Ev ortamında akşam saatlerinde. Anneannem hipertansiyon hastası BFT bozukluğu mevcut. Yüz kızarması ve üsye şikâyetleri vardı. Aslında ben kendim muayene etmek istedim. Tansiyonunu ve nabzını ölçtüm. Steteskopum yanımdaydı. Akciğer muayenesi yaptım. Tansiyonu kontrol altındaydı, muayenede bir şey saptamadım. Viral üsye için semptomatik tedavisini verdim, parol verdim.”

B7 (E, 29) “Akşam saatiydi. Saat 7.00 7.30 gibi. İşte bir hafta, iki hafta kadar önce, kayınpederimin evinde. Yani aile ortamında sohbet zamanında oluşan bir durumdu.”

A5 (K, 28) “Babam MI geçirdiğinde yanındaydım. Gece bir civarında epigastrik ağrısı olduğunu söyledi. Uyumaya geri gitti. Bir süre sonra kol ağrısı da olduğunu söyleyerek geri geldi.”

S5 (E, 49) “Evde kalabalık bir ortamda öğle vakti”

4.1.4. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Yaşadıkları Bir Örnek Olaydan Hareketle Neler Yaptıklarına Dair Görüşler

Bu alt başlık altında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “Talebe karşılık ne yaptınız?” sorusuna 36 aile hekimliği asistanının yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek Tablo 4.4’te sunuldu.

Tablo 4.4. Talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt teması (n=36)

Kategori	Kod	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Öneriler ve bilgilendirme (f=40)	Genel öneriler ve bilgilendirme	2	2	3	4	11
	Sevk	4	1	2	2	10
	İlaç	2	4	2	1	9
	Tetkik yaptırma	-	1	2	1	4
	Yaşam tarzı değişikliği	1	1	-	1	3
	Hastanede muayene etme	-	-	1	-	1
	Yakınları tarafından izlem	-	-	1	-	1
	Uzman hekim görüşü alıp aktarma	1	-	-	-	1
	Literatür araştırması yapıp aktarma	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	11	9	11	9	40
Muayene (f=21)	Muayene	5	5	5	6	21
Tedavi (f=4)	Medikal tedavi yapma*	2	-	-	-	2
	Kullanması için ilaç temin etme	-	-	-	1	1
	İlaç reçeteleme	-	-	-	1	1
	<i>Toplam</i>	2	-	-	2	4
Hastaneye Götürme (f=1)	Hastaneye götürmek	1	-	-	-	1
Talebi reddetme (f=1)	İlaç önerisi istemi reddi	-	1	-	-	1
<i>Genel Toplam</i>	<i>Toplam</i>	19	15	16	17	67

(*Talep anında hastaya ilaç ile tedavi yapmak)

Tablo 4.4.'te görüldüğü gibi “talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt teması” altında toplanan bulgular sonucunda beş kategoriye ve toplam 67 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 5 kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “öneriler ve bilgilendirme” (f=40) kategorisiydi. Onu “muayene” (f=21), “tedavi” (f=4), “hastaneye götürme” (f=1) ve “talebi reddetme” (f=1) izledi.

4.1.4.1. “Öneriler ve Bilgilendirme” Kategorisi

“Yakınlarının tıbbi bakım talebi karşısında neler yaptıkları” temasında, sıklık değeri en yüksek olan, 40 sıklık değeri ile “öneriler ve bilgilendirme” kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu kategoride 9 farklı tıbbi öneri ve bilgilendirmede bulduklarını belirttiler.

Bu 9 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “genel öneri/bilgilendirme” (f=11) koduydu. Bu kodu “sevk” (f=10), “ilaç” (f=9), “tetkik yaptırma” (f=4) ve “yaşam tarzı değişikliği” (f=3) kodları ve diğerleri takip etti.

“Öneriler ve bilgilendirme” kategorisinde katılımcıların, yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında, neler yaptıklarına dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Genel öneri bilgilendirme” koduna dair ifadeler

C2 (K, 27) *“Dayım kuzenimin atopik dermatiti hakkında ilaç önerisi istedi. 6 aylık bebek olduğu için çok fazla kortikosteroidli krem kullanmamasını tavsiye ettim. Atopik dermatiti hakkında bilgi verip önerilerde bulundum.”*

S1 (K,39) *“Yengem evinde otururken ‘Dizlerim çok ağrıyor.’ dedi. Bir torba ağrı kesici verdi. Bunlara bakmamı istedi. Daha önce diz operasyonu önerilmiş ama kabul etmiyor. Ona ağrı kesicilerin geçici çözüm olduğunu anlattım. Ameliyat olması gerektiğini anlattım. Pek memnun olmadı.”*

“Sevk” koduna dair ifadeler

A4 (E, 28) *“Yemek esnasında evimize gelen 70 yaşında bir hasta akrabamız iki gün önce 40 dereceyi gören bir ateşi olduğunu, ondan sonra da bypass olduktan*

sonra greft alınan bacağında kırmızı lezyonların olduğunu, ateş gibi yandığından bahsetti. ‘Bir bakabilir misin?’ diye ricada bulundu. Eşimin eniştesi oluyor. Ben de baktım. Zaten ilk gösterdiği doktor antibiyotik yazmış. Ateş düşürücü anti-inflamatuar yazmış. İlk fotoğrafları ile karşılaştırınca lezyonların gerilediğini gördüm. Selülit demişler ama pek selülit benzemiyordu. Ben de bu konuda dermatolojiye gitmesi gerektiğini söyledim. Yumuşak doku enfeksiyonu oluştuğunu, iyi yaptığını söyledim. Antibiyotik başlamış zaten ateşe düşmüş. Ağrı kesici, ateş düşürücü kullanıyordu zaten. Aktif bir şikâyeti yoktu ama sadece lezyonlardan şikâyetçiydi. Bu şekilde önerilerde bulundum.”

C5 (E, 39) “Kalp ve akc muayenesi edip ilgili doktora ileri tetkik için kardiyojiye yönlendirdim.

“İlaç” koduna dair ifadeler

A10 (E, 26) “Yeni mezundum. Baktım. Akciğerlerini dinledim. Dinlemekle bir sıkıntı göremedim. Sadece ateş düşürücü önerdim. Ateşi ve öksürüğü geçmeyince hastaneye götürmüşler. Bronşit başlangıcı denilmiş. Burada evdeki muayenenin sağlıklı olmadığını fark ettim.”

S6 (E, 50) “Kabul ettim. Muayene edip ilaç önerdim ama yazmadım. Evinde önerdiğim ilaçlardan varsa kullanmasını söyledim.”

Diğer kodlara dair ifadeler

C8 (K, 31) “Kardeşimin mesela el parmakları şişiyormuş. Eklemleri. O gösterdi bir süredir de zaten birkaç yıldır ellerim, ellerim şişiyor der kalkınca ama öyle belirgin bir şişliği yoktu. Geçen hafta baktığımda el parmakları şişti. Onun için bir kan vermesini istedim hani uygun bir vaktinde. Her zaman veremiyor, çalışıyor çünkü. İşte romatoloji ile ilgili sedim, CRP, romatoid faktör baktıracaktım. Simetrik tutulum vardı çünkü.”

A8 (K, 27) “Genel cerrahi tarafından 2’li antibiyotik, nsai, ppi başlanan yakınım ilaçlarının 3. gününden beri dispeptik yakınmaları olduğunu, ek olarak midesi için ne ilaç kullanabileceğini sordu. Antibiyotikleri kullanmak mecburiyetinde olduğunu fakat kendi doktorlarına NSAİ kesilmesi ile ilgili danışabileceğini uygun görürse keseceğini, kesmeyecek olursa mide için ikinci bir ilaç düşünülebileceğini ve sigarayı azaltarak bu şikâyetleri hafifletebileceğini söyledim.”

C7 (K, 27) “Mesela ablamın işte idrarla ilgili şikâyetleri vardı. Ben de ona idrar yolu enfeksiyonu olabileceğini söyledim. Tahlil yaptırmasını ve bizim hastaneye gelmesini söyledim ama sonra o da hastane çok uzak olduğu için evine yakın bir yerde idrar verdi. Sonucunu da babama gösterdi. Benim çok bir etkim olmadı.”

C4 (E, 28) “Komşum kocasını muayene etmemi istedi. Talep evde akşam dış aldığım sırada eşim vasıtası ile gönderdikleri haber ile yapıldı. Eşim durumun acil olduğunu o yüzden bu şekilde rahatsız ettiklerini söyledi. Durum çok acil olduğu için apar topar hızlıca komşuma gittim. Amca diyalizden gelmişti. Hipotansifti. Gözledim. Durumu düzelince önerilerde bulunup yakından takip etmelerini söyleyip eve döndüm.”

A9 (E, 32) “Hani kayınpeder olsun o an sorduğunda en uygun tedaviyi vermek için; yani direkt şey yapmıyorum, yani işte şunu şunu kullan demeyip, bulgularına bakıp, biraz kitaplardan tekrar pekiştirip ona göre en uygun tedaviyi vermeye çalıştığım oldu. Mesela sürekli öksürüğü vardı. Kronik sinüziti var. Daha önce tedavi almış, geçmemiş. Azalmış ama geçmemiş. Onunla ilgili kitaptan kronik sinüzit tedavilerine, işte atak zamanlarında ne olur ne verilir, onlara bakıp ona göre bir şeyler yazdım. Bir keresinde de KBB uzman arkadaşına danıştım ne önereceğini. Ona filmini gönderdik hatta. Böyle film çekilmişti o filmi gönderip arkadaştan ona göre tedavi alıp ona önermiştim.”

4.1.4.2. “Muayene” Kategorisi

“Talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt temasında” sıklık değeri en yüksek olan “öneriler ve bilgilendirme” (f=42) kategorisini 21 sıklık değeri ile “muayene” kategorisi takip etti.

“Muayene” kategorisinde sadece “muayene” (f=21) kodu bulundu. Muayene kodu aynı zamanda “talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt temasında” da en sık koddu.

“Muayene” kategorisinde katılımcıların, yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında, muayene yaptıklarına dair görüşleri aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Muayene” koduna dair ifadeler

A1 (E, 29) “Benden talebi ‘Benim gözlerim şişiyor, boynum şişiyor. Bununla ilgili ben ne yapmalıyım? Neye bağlıdır? Beni bir muayene et’ şeklinde talebi oldu. Onunla alakalı da yetmezlik açısından ödemi var mı, kalp atımıyla ilgili belirgin bir aritmisi var mı, tansiyonunda düşüklük var mı genel olarak o şekilde bir fiziki muayenemi yapmıştım. Fizik muayenemde herhangi bir belirgin fiziki yetmezlik ile alakalı bir bulgum olmadı. Ama bilinen hastalıkları olduğu için onlarla alakalı en azından bir uzman görüşü almasını önerdim.”

B1 (E, 28) “Bu talebe karşılık muayene ettim, ilaç söyledim. Ama reçete edemedim tabii ki. Niye çünkü reçete edemeyiz. Sonra gittik eczaneden beraber aldık.”

B7 (E, 29) “En son 1 hafta önce bir akrabamızın çocuklarını muayene etmemi istediler. 3 aylık bebeklerdi. Çocuk izlemi açısından muayenelerini yaptım. Öyle. Herhangi bir soruna rastlamadım. Çocuklarla ilgili, gelişimi ile ilgili sorular sordular. Bildiğim kadarıyla konu hakkında bilgilendirmede bulundum.”

C1 (E, 28) “Muayene etmemi söyledi, neyi olduğunu söyledi, ‘Bir doktora gittim, bir de sana görünmek istiyorum.’ diye sordu. Öksürüğü varmış 3-4 gündür. Babamın arkadaşı. Galeride babamın iş yerinde. Arabadan stetoskopu aldım geldim, sırtını dinledim, boğazına baktım, tedavisini düzenledim orada. Reçete yazamadığımdan, elindeki ilaçları sordum, elindeki ilaçlara devam etmesini söyledim.”

C3 (K, 29) “Muayene ettim ilaç yazamadım. Önerilerde bulundum. Evde var olan ilaçları kullanmasını söyledim.”

S5 (E, 49) “Kayınpederim olduğu için muayene ettim ilaç yazmadım.”

4.1.4.3. “Tedavi” Kategorisi

“Talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt temasında” sıklık değeri 2. en yüksek olan “muayene” (f=21) kategorisini 4 sıklık değeri ile “tedavi” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride 3 farklı eylemde bulduklarını belirttiler.

Bu 3 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “medikal tedavi yapma” (f=2) koduydu. Bu kodu “kullanmaları için ilaç temin etme” (f=1) ve “ilaç reçeteleme” (f=1) kodları takip etti.

“Tedavi” alt kategorisinde katılımcıların, yaşadıkları bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında, neler yaptıklarına dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

A3 (E, 25) *“Annem mesela bir kere danışmıştı ve baş dönmesi olmuştu. Bulantısı falan oluyordu. Önce işte ona epley manevrası iyi geliyordu. Onu yaptım. Ondan sonra evde nootropil ile metpamid vardı onları verdim. O şekilde bir yaklaşımda bulundum. Daha önce de sık sık olduğu için.”*

S9 (E, 40) *“Nasırı vardı. Krem verdim. Yakınlarımın ilacını ulaşabiliyorsam kendim temin ederim. Ayakkabı değişimini önerdim. Önerilerde bulundum.”*

S10 (K, 45) *“Yanımda muayene için gerekli teçhizatım vardı, muayene ettim ve reçete yazdım. Fakat bir akciğer grafisi çektirmesinin yararlı olacağını söyledim.”*

4.1.4.4. “Hastaneye Götürme” Kategorisi

“Talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt temasında”, “tedavi” (f=4) kategorisini 1 sıklık değeri ile hastaneye götürme kategorisi takip etti. “Hastaneye götürme” kategorisinde sadece “hastaneye götürme” (f=1) kodu bulundu.

“Hastaneye götürme” kategorisinde katılımcının, yaşadığı bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında hastaneye götürdüğüne dair görüş aşağıda yer alan ifadeyle örneklendirildi.

A5 (K, 28) *“Daha önce sık sık yaşadım. Babam MI geçirdiğinde yanındaydım. Gece bir civarında epigastrik ağrısı olduğunu söyledi. Uyumaya geri gitti. Bir süre sonra kol ağrısı da olduğunu söyleyerek geri geldi. Tansiyonunu ölçtüm 170/100'dü. Acil servise götürdüm. Açıkçası MI düşünmedim. Acilde*

EKG'sinde ST elevasyonu vardı. Anjio yapıldı. İlk eve çıktığımız zaman anksiyetesi oldu. Ben de evde tansiyon takiplerini yaptım ancak o zaman yanlış bir şey yaparım diye de korktum.”

4.1.4.5. “Talebi Reddetme” Kategorisi

“Talebe karşılık hekimlerin tutumlarına dair görüşler alt temasında”, “hastaneye götürme” (f=1) kategorisini 1 sıklık değeri ile “talebi reddetme” kategorisi takip etti. “Talebi reddetme” kategorisinde sadece “ilaç önerisi istemi reddi” (f=1) kodu bulundu.

“Talebi reddetme” kategorisinde katılımcının, yaşadığı bir örnek olaydan hareketle aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında, ilaç önerisi istemi reddine dair görüş aşağıda yer alan ifadeyle örneklendirildi.

B6 (K, 26) *“Babamın teyzesi mesela torunu öksürüyor aynı dediğin gibi. ‘Öksürüyor, evde bir öksürük şurubu var, onu versem olur mu?’ dedi. Çocuk yaşta olduğu için -5 yaşındaydı- özellikle bir çocuk doktorunun görülmesi gerektiğini, akciğerin dinlenmesi gerektiğini, gerekli hâllerde antibiyotik gerek var mı yok mu, öksürük şurubuna gerek var mı yok mu, -ventolin vardı elinde mesela- ventoline gerek var mı yok mu onun belirleyeceğini söyledim. O şekilde.”*

4.2. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerine Dair Görüşleri

Yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “aile hekimliği asistanlarının aile ve yakınlarından gelen taleplere karşı genel olarak görüşleri”ni ortaya koymayı amaçlayan ikinci grup görüşme sorularına verilen cevaplardan elde edilen bulguları içeren bu ana başlık, alt görüşme soruları doğrultusunda dört alt başlık altında toplandı. Bu başlıklar altında aile ve yakınlarından gelen taleplere karşı “hekimlerin genel tutumları”, “hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar”, “hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler“, “hekimin talebi karşılayıp karşılamama nedenleri” alt temalarına yer verildi. Bu alt temalardan “hasta yakını olarak hekimlik” ana temasına ulaşıldı. Bu ana başlık altında veri incelemesine dâhil edilen katılımcı sayısı 38 kişidir.

4.2.1. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerine Karşı Genel Olarak Genel Tutumlarına Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*Yakınlarınızda gelen taleplere karşı genel olarak nasıl davranırsınız?*” sorusuna 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek Tablo 4.5.’te sunuldu.

Tablo 4.5. Hekimlerin genel tutumlarına dair görüşler alt teması (n=38)

Kategori	Kod	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Olumlu eylemler (f=63)	Elimden geldiğince yardımcı olmaya çalışırım	8	2	3	2	15
	Genel olarak olumlu yaklaşır yardımcı olmaya çalışırım	1	5	3	5	14
	Elimden gelen bir şey değilse yönlendiririm	6	-	-	2	8
	Şikâyetlerini detaylı inceleyip anlamaya çalışırım	3	1	1	1	6
	Muayene ederim	1	1	1	1	4
	Tedavi vermeden bilgilendirmeye olumlu yaklaşırım	-	2	1	-	3
	Genelde bilgilendirme yaparım	1	-	-	1	2
	Önerilerde bulunurum	1	-	-	-	1
	Abartmadan ilgilenirim	-	1	-	-	1
	Mutlaka sorunlar çözülmünceye kadar uğraşırım	-	-	1	-	1
	Büyük sorumlulukları almam yönlendiririm	1	-	-	-	1
	Anlayacakları şekilde yönlendirme yaparım	-	1	-	-	1
	Önemli durumlarda hastaneye gitmesi için ısrar ederim	-	-	-	1	1
	Elimden gelen bir şey değilse uzman hekime ulaştırırım	1	-	-	-	1
	Onları anlamaya çalışırım	1	-	-	-	1
	Onları dinlerim	1	-	-	-	1
	Hasta doktor ilişkisi kurmaya çalışırım	-	1	-	-	1
Yapacaklarını belirlerim	1	-	-	-	1	
<i>Toplam</i>		26	14	10	13	63
Yaklaşımlar (f=6)	İçten	2	-	-	-	2
	İsteksiz	-	1	1	-	2
	Sabırlı	-	1	-	-	1
	İlgili	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>	2	2	2	0	6
Olumsuz eylemler (f=3)	Yüzeysel cevap verip hastaneye yönlendiririm	-	1	-	-	1
	Yüzeysel davranıp, genel cevap veririm	-	-	1	-	1
	Genel olarak kabul etmem yönlendiririm	-	-	-	1	1
	<i>Toplam</i>	0	1	1	1	3
Duruma bağlı eylemler (f=2)	Duruma göre olumlu olumsuz davranırım	-	-	-	1	1
	Akrabalık derecesine ve ortama göre değişir	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	1	0	0	1	2
Genel Toplam	<i>Genel Toplam</i>	29	17	13	15	74

Tablo 4.5.'te görüldüğü gibi “hekimlerin genel tutumlarına dair görüşler alt teması” altında toplanan bulgular sonucunda dört kategoriye ve toplam 74 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 3 kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “olumlu eylemler” (f=63) kategorisiydi. Onu “yaklaşımlar” (f=6), “olumsuz eylemler” (f=3), “duruma bağlı eylemler” (f=2) kategorileri takip etti.

4.2.1.1. “Olumlu Eylemler” Kategorisi

“Hekimlerin genel tutumlarına dair görüşler alt temasında”, sıklık değeri en yüksek olan 63 sıklık değeri ile “olumlu eylemler” kategoriydi. Katılımcı hekimler bu kategoride 18 farklı eylem belirtti.

Bu 18 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan, “Elimden geldiğince yardımcı olmaya çalışırım” (f=15) koduydu. Onu “Genel olarak olumlu yaklaşır yardımcı olmaya çalışırım” (f=14), “Elimden gelen bir şey değilse yönlendiririm” (f=8), “Şikâyetlerini detaylı inceleyip anlamaya çalışırım” (f=6) kodları ve diğerleri takip etti.

Katılımcıların aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerine karşı yaptıkları “olumlu eylemlere” dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Elimden geldiğince yardımcı olmaya çalışırım” koduna dair ifadeler

B5 (K, 35) *“Tıbbi bilgilerim doğrultusunda yardımcı olmaya çalışırım.”*

B6 (K,26) *“Elimden geldiğince. Olumlu. Çok hani tedavi vermeden yuvarlak cevaplarla gönüllerini kırmadan diyelim yardımcı olmaya çalışıyorum.”*

C5 (E, 39) *“Muayene etmemi isterse ilaç yazmamı kan bakmamı isterse yaparım. Gücüm yettiğince bilgim yettiğince yardımcı olurum. Bilmediğim yerde burayı bilmiyorum derim.”*

S10 (K, 45) *“Kırmamak adına o an yapılacak bir şey varsa veya bir önerim varsa söyler ve problemi çözmeye çalışırım. Önemli olabileceğini düşündüğüm*

durumlarda muhakkak bir sağlık kuruluşuna gitmesi konusunda ikna etmeye çalışırım.”

“Genel olarak olumlu yaklaşır yardımcı olmaya çalışırım” koduna dair ifadeler

B8 (K,28) *“Genel olarak yardımcı olmaya çalışıyorum.”*

S3 (E, 36) *“Genel olarak dinliyorum. Bazen de kendi fikrini onaylatmak isteyenler olabiliyor. Hani onaylanmıyorsam, onaylamadığımı söylüyorum. Nedenlerini söylüyorum. Yani o yine kendi fikrine devam ederse çok da moralimi bozmuyorum aslında çok da. Taleplerini genelde kabul ediyorum. Tabii uygulanabilir şeyse kabul ediyorum, hani yardımcı oluyorum yani.”*

S6 (E, 50) *“Genel olarak kabul edip muayene ederdim. Olumluyumdur.”*

S9 (E, 40) *“Hemen kabul ederim. Genellikle her isteği kabul ederim. Tanıdığımı başkasına göndermem.”*

“Elimden gelen bir şey değilse yönlendiririm” koduna dair ifadeler

A2 (K, 27) *“Hekimlik gereği elimden geleni yaparım. Beni aşan durumlarda uzmana gitmelerini isterim.”*

A3 (E, 25) *“İlgilenmeye çalışıyorum yapabildiğim kadarıyla. Ama hani elimde test, tahlil falan olmadığı için daha çok önerilerde bulunup şu şu hastaneye, şu bölüme gidebilirsin gibi. İlaç da yazamadığım için evde. Genelde böyle birinci derece yakın akrabalarımda, daha yakın akrabalarında hani geri çevirmiyorum. Öyle elimden geldiğince yardım etmeye çalışıyorum ama böyle uzak akrabalarda bazen hani ortam müsait olmayınca falan geri de çevirebiliyorum yani.”*

A10 (E, 26) *“Üçüncü ve dördüncü sınıfta okurken profesörmüşüm gibi çok absürt beni aşan sorular yönlendiriyorlardı. Artık pratisyen hekim veya aile hekiminin bilip bilmeyeceği şeyleri akıllarına oturttular. Bana daha basit şeylerle geliyorlar. Bu yüzden genel olarak kabul ediyorum. En azından bilsem de bilmesem de yönlendirmeye çalışıyorum.”*

“Şikâyetlerini detaylı inceleyip anlamaya çalışırım” koduna dair ifadeler

B3 (E, 27) *“Genel olarak ilgileniyorum hani ne olduğunu anlamaya çalışıyorum. Hani özellikle bir muayene odasındaki o atmosferi yakalamaya çalışıyorum. Çünkü hani muayene odasında hasta sana gelir şikâyetlerini söyler, sen soru sorarsın, o söyler sonrasında yani o senin doktor olduğunu bilir yani akrabalarımın yakınların da genellikle bu durumda doktor olduğumu unutarak şey yapıyor başlıyor. Hani öncelikle bir ilk muayenenin ilk kısmında doktor olduğumu hatırlatıyorum onlara. Hani ne iş yani, nasıl, hekimliği nasıl bir şey olduğunu şey yapıp muayeneye o şekilde devam ediyorum, çünkü öteki türlü hani tam bir anamnez ve fizik muayene olmuyor. Hani böyle şikâyetlerimi geçirici ilaç yaz der gibi oluyor. O da benim hoşuma gitmiyor. Yapmıyorum onu.”*

S2 (K, 34) *“Öncelikle hastalığı ayırtırmaya çalışıyorum. Bunun sebepleri hakkında düşünüyorum. Kendi yapabileceğim bir şey varsa kendi muayene ortamında, muayenehane ortamında onu gerçekleştirmeye çalışıyorum. Değilse ileri tetkik amaçlı gönderiyorum.”*

Diğer kodlara dair ifadeler

B10 (E, 28) *“Yakınlarıma yardımcı oluyorum. Muayene ediyorum, sıkıntı yok. Kendi polikliniğime gelse ‘Reçete yazabilir misin?’ dese yardımcı olurum. Ev ortamında geldiğinde tedavi kısmında yardımcı olamıyorum ama polikliniğime gelse kendi çalıştığım kurumuma gelse tedavi kısmında reçete yazma noktasında da yardımcı olurum.”*

B7 (E, 29) *“Bilgilendirmeye dönük her talebe olumlu cevap veriyorum.”*

C2 (K, 27) *“Genel olarak yardım etmeyi kabul ederim. Ancak sadece yönlendirmelerde bulunuyorum.”*

S1 (K, 39) *“Genelde soruna yönelik neler yapılabileceğini, çözüm yollarını anlatırım. Konu hakkında bilgim yoksa ilgili bölüme gönderirim.”*

C10 (E, 31) *“İlgili davranırım. Mutlaka sorunlarını çözüme ulaştırana kadar uğraşırım.”*

A1 (E, 29) “İçten davranırım anlamaya çalışırım Hani kendin doktor gözü ile değerlendirip acil müdahale ihtiyacı var mı? Ya da bununla ilgili ne yapabilirim diye kendimi sorgularım. Kendim çözebileceğim bir şeyse kendim çözmeye çalışırım. Çözemeyeceğim bir şeyse bilmediğim bir durumsa o kişiyi muhakkak elimden geldiği kadar uzmana ulaştırmaya çalışırım. Kendi imkânım yoksa da en azından nereye gitmesi gerektiği konusunda tavsiyede bulunurum.”

A5 (K, 28) “Taleplerini karşılamaya çalışıyorum. Dinliyorum. Beklentileri olduğu için detaylı bakmaya çalışırım. Yanımda stetoskop taşır, gerektiğinde muayene ederim. Ama büyük sorumluluklar almıyor, yönlendiriyorum.”

4.2.1.2. “Yaklaşımlar” Kategorisi

“Hekimlerin genel tutumlarına dair görüşler alt temasında”, ikinci sırada 6 sıklık değeri ile “yaklaşımlar” kategorisi bulundu. Katılımcı hekimler bu kategoride 4 farklı yaklaşım belirttiler.

Bu 4 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olanlar “içten” (f=2) ve “isteksiz” (f=2) kodlarıydı. Onları “sabırlı” (f=1), ilgili (f=1), kodları takip etti.

Katılımcıların aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerine karşı yaptıkları “yaklaşım” şekillerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

A4 (E, 28) “İçten davranıyorum. Sonuçta ülkemizde doktora erişim ne kadar kolay olsa da sorunlarına doğru düzgün cevap alamıyor birçok hasta. En azından yakın olduğu için soruları ve anamnezi almak için vaktin oluyor, bir kere vakitlice değerlendirdiği için de yönlendiriyor ya da yapabileceğim bir şey varsa öneriyoruz. Genel olarak böyle. Kabul ediyorum yani.”

B4 (E, 27) “Sabırla dinliyorum onların anlayacağı şekilde de yönlendirme yapıyorum. Genel olarak olumluyum.”

4.2.1.3. “Olumsuz Eylemler” Kategorisi

“Hekimlerin genel tutumlarına dair görüşler alt temasında”, üçüncü sırada 3 sıklık değeri ile “olumsuz eylemler” kategorisi bulundu. Katılımcı hekimler bu kategoride 3 farklı eylem belirttiler.

Bu kodlar birer sıklık değeri ile “Yüzeysel cevap verip hastaneye yönlendiririm.” (f=1), “Yüzeysel davranıp genel cevap veririm.” (f=1), “Genel olarak kabul etmem, yönlendiririm.” (f=1) kodlarıydı.

Katılımcıların aileleri ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerine karşı yaptıkları “olumsuz eylemlere” dair görüşleri aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

B2 (E, 30) *“Pek istekli davranmam. Öncelikle hastaneye yönlendiriyorum. Daha uygun koşulların olduğu yerlere. Ama bildiğim kadarıyla kabaca cevap verip emin olmadığım da bir uzmana görünmesi gerektiğini ya da hastaneye gelmesini söylerim.”*

C9 (K, 30) *“Genel olarak kabul etmem, ilgili branşa yönlendiririm.”*

4.2.1.4. “Duruma Bağlı Eylemler” Kategorisi

“Hekimlerin genel tutumlarına dair görüşler alt temasında”, sıklık değeri en düşük olan 2 sıklık değeri ile “duruma bağlı eylemler” kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu kategoride 2 farklı eylem belirttiler.

Bu kodlar birer sıklık değeri ile “Duruma göre olumlu olumsuz davranırım” (f=1) ve “Akrabalık derecesine ve ortama göre değişir” (f=1) kodlarıydı.

Katılımcıların “duruma bağlı eylemler” kategorisine dair görüşleri aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

A3 (E, 25) *“İlgilenmeye çalışıyorum yapabildiğim kadarıyla. Ama hani elimde test, tahlil falan olmadığı için daha çok önerilerde bulunup şu şu hastaneye,*

şu bölüme gidebilirsin gibi. İlaç da yazamadığım için evde. Genelde böyle birinci derece yakın akrabalarımda, daha yakın akrabalarımda hani geri çevirmiyorum. Öyle elimden geldiğince yardım etmeye çalışıyorum ama böyle uzak akrabalarda bazen hani ortam müsait olmayınca falan geri de çevirebiliyorum yani.”

S5 (E, 49) “Olumlu da olumsuz da olabilir. Duruma göre değişiyor.”

4.2.2. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Hissettikleri ve Yaşadıkları Zorluklara Dair Görüşler

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*Bu gibi talepler karşısında neler hissediyor, ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?*” sorusuna, aile hekimliği asistanlarının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular iki ana kategoriye ayrılarak Tablo 4.6.’da sunuldu.

Tablo 4.6. Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt teması

Kategori	Frekans f				
	Gruplar				Toplam
	A	B	C	S	
Katılımcıların tıbbi bakım talepleri karşısında hissettikleri	16	10	8	17	51
Katılımcıların tıbbi talepleri karşısında yaşadıkları zorluklar	10	10	13	7	40
Toplam f	26	20	21	24	91

Tablo 4.6.’da görüldüğü gibi “hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt teması” altında toplanan bulgular sonucunda iki ana kategoriye ve toplam 91 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 2 ana kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “katılımcıların tıbbi bakım talepleri karşısında hissettikleri” (f=51) kategoriydi. Onu ise “katılımcıların tıbbi bakım talepleri karşısında yaşadıkları zorluklar” (f=40) kategorisi takip etti.

4.2.2.1. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Hissettikleri” Ana Kategorisi

“Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt temasında” (f=91) sıklık değeri en yüksek olan “katılımcıların tıbbi bakım talepleri karşısında

hissettikleri” ana kategorisine yönelik bulguların alt kategorileri ve kodları Tablo 4.7.’de sunuldu.

Tablo 4.7. Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt temasında hissedilen duygulara dair görüşler kategorisi (n=31)

Alt Kategori	Kod	Frekans f				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Olumsuz hislere dair görüşler (f=38)	Bunalma	1	1	2	-	4
	Rahatsızlık	2	-	-	1	3
	Sıkılma	-	-	-	3	3
	Yanlış meslek	1	-	1	1	3
	Kötü hissetme	-	-	2	1	3
	Bıkkınlık	1	1	-	1	3
	Yorgunluk	1	-	-	1	2
	Kaygı	1	-	1	-	2
	Suistimal edilme	2	-	-	-	2
	Yetersizlik	1	1	-	-	2
	Talebin anlamsızlığı ve gereksizliği	-	1	-	1	2
	Reddetme isteği	-	-	-	1	1
	Umursamazlık	1	-	-	-	1
	Üzüntü	-	1	-	-	1
	Keyifsizlik	-	-	-	1	1
	Hoşuna gitmeme	-	-	-	1	1
	Tükenmişlik	-	-	-	1	1
	Anlaşılamama	-	1	-	-	1
	Korku	1	-	-	-	1
	Bunun etkin ve uygun olmadığını	-	-	-	1	1
<i>Toplam f</i>		12	6	6	14	38
Olumlu hislere dair görüşler (f=13)	Mutlu hissetme	-	2	1	2	5
	İyi hissetme	2	1	1	-	4
	Faydalı hissetme	-	1	-	-	1
	Memnun hissetme	1	-	-	-	1
	Yol gösterici gibi hissetme	1	-	-	-	1
	Gönül rahatlığı	-	-	-	1	1
	<i>Toplam f</i>		4	4	2	3

Tablo 4.7.’de görüldüğü gibi “hissedilen duygulara dair görüşler kategorisi” altında toplanan bulgular sonucunda iki alt kategoriye ve toplam 51 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu iki alt kategoriden sıklık değeri açık ara farkla en yüksek olan, “olumsuz hisler” (f=38) kategorisiydi. Onu “olumlu hisler” (f=13) alt kategorisi izledi.

4.2.2.1.1. “Olumsuz Hisler” Alt Kategorisi

Katılımcıların “hissedilen duygulara dair görüşler” (f=51) ana kategorisinde, sıklık değeri en yüksek olan, 38 sıklık değeri ile “olumsuz hisler” alt kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu kategoride 20 farklı olumsuz his taşıdıklarını belirttiler.

Bu 20 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “bunalma” (f=4) koduydu. Bu kodu “rahatsızlık” (f=3), “sıkılma” (f=3), “yanlış meslek” (f=3), “kötü hissetme” (f=3), “bıkkınlık” (f=3), “yorgunluk” (f=3), “kaygı” (f=2), “suistimal edilme” (f=2), “yetersizlik” (f=2), “talebin anlamsızlığı ve gereksizliği” (f=2) kodları ve diğerleri takip etti.

Olumsuz hisler” alt kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında hissettiklerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Bunalma” koduna dair ifadeler:

C3 (K, 29) *“Bazen bunalıyor. Sonuçta iş yerinde olmayan bir ortamda benden istekte bulunuyorlar. Elimde materyaller olmadığı için zorlanıyorum.”*

C4 (E, 28) *“Hastanın sorumluluğunu üstüme almak zor geliyor. Beni kaygılandırıyor. Bu normal poliklinikte hasta bakmak gibi değil. Hastaya ve olaylara biraz körlemesine müdahale ediyorsunuz. Bu da kontrolsüz şekilde hasta bakmak ve daha fazla risk demek. Bazen de işimi sürekli yanımda taşıyor olmak beni bunalabiliyor.”*

“Rahatsızlık” koduna dair ifadeler

A8 (K, 27) *“Beslenme önerisi, sağlıklı yaşam davranışları gibi konularda sorulara, taleplere yanıt vermek, toplum sağlığı ile de ilgilenmek motivasyon ile iyi hissettiriyor. Fakat branş uzmanının hatta hocasının kararını kendi aile hekimi bile olmadığım bir yakınımın bana onaylatmaya çalışması veya özellikle pediatri gibi alanlarda hastanın hiç bir bilgisi verilmeden yalnızca tetkik sonuçlarının bana yorumlatılmaya çalışılması gibi durumlar rahatsız edici geliyor. Kimi durumlarda kritik kararların alınmasında yönlendirici olmam yahut birden fazla doğru cevabı olabilecek sorularda cevap vermek, hastayı yönlendirecek konuma hastayı takip eden hekimden daha layık görünmek, yaşamaktan yorulduğum durumlardan. Bunlara ek*

zorluk olarak da evin çocuğu, yeğen, torun gibi ataerkil toplumda “söz dinleyen” olması beklenen roldeyken, aynı sohbet içinde birçok kez sözü dinlenen rolüne gidip geliyor olmak da bence işini evine getirmeyebilen meslek mensupları yanında bizlerin dezavantajı”

Diğer kodlara dair ifadeler

S7 (E, 44) *“Sıkılıyorum, başka bir zorluk olmuyor. Yardımcı olmak mutlu ediyor.”*

S8 (E, 42) *“Çoğu zaman taleplerin birçoğunun anlamsız tekrar eden talepler olduğunu düşünüyorum. Zaten tedavi alıyorlar ve defalarca hem bana hem başka doktorlara bu soruları sormuş oluyorlar. Ama mutlaka dinliyorum. Gün boyunca hasta muayene edip laf anlatmaktan sıkıldığım için o an keyfim kaçıyor. Çoğu zaman yanlış meslek seçtiğimi düşünüyorum.”*

C6 (E, 40) *“Kötü hissediyorum. Benim verdiğim önerileri sorguluyorlar. Hasta yakınım beni doktor ayarlamam için arıyor. Hekim arkadaşı ayarlıyorum ama randevusuna gitmiyor. Beni zor durumda bırakıyor. İlaç yazıyorum, ‘Sende yok mu? Eczaneden almayayım.’ diye söylüyorlar.”*

B4 (E, 27) *“Ya artık bir noktadan sonra şey oluyor, aynı şikâyetler tekrarlırsa artık bir bıkkınlık geliyor. Şunu demek istiyorum aynı durumu bir önceki buluşmamızda da söylediyse, ben ona önerilerde bulundıysam, yapmayıp aynı şikâyeti bir sonraki buluşmamızda yapmışsa böyle bir artık ciddiye almama durumu oluyor.”*

A1 (E, 29) *“Şöyle hastane ortamında olmakla evde olmak, bu tür bir durumla karşılaşmak arasında bence çok fark var. Hastanede olduğu zaman daha insan kendini doktor gibi, doktorluğunu ön planda hissediyor: Daha faydalı olabileceğimi düşünüyorum. Ama evde bununla ilgili bir tanı girebileceğim reçete, yazabileceğim bir sistemim yok, kaşem yok. Yani evde kendimi bu konuda daha bir eksik hissediyorum. Bu kişilerle hastanede birebir kendi polikliniğimde görüşmenin daha faydalı olacağını düşünüyorum. Materyal eksikliğinden dolayı zorlanıyorum.*

B5 (K, 35) *“Ayrıntılı sorular karşısında bazen kendimi yetersiz hissediyorum.”*

A4 (E, 28) *“His olarak bazen insan kullanıldığını düşünüyor. Acaba bunun için mi buluştuk. Acaba bunu sormak için mi beklediler gibi şeyler oluyor. Sonuçta yakının dahi olsa işi düşünce arananlar listesine girdiğimi düşünüyorum yani.”*

S1 (K,39) *“Zorluk yaşamıyorum ama doktorluğun sağlık ocağı ASM’de, hastanede kalmasını istiyorum. Sürekli soru sorulması hoşuma gitmiyor yoruluyorum. Hayatımda sadece tıp yok, benimle başka konuda da konuşabilirler.”*

S3 (E, 36) *“Ya yapılamaz bir şeyse bazen bıkkınlık olabiliyor yani. Mesela ‘Köpeğime şu ilaç vardı, onu yazabilir misin?’ şeklinde, ‘Yazdırabilir misin?’ Hani ona o şekilde olamayacağını anlatıyorsun ama en yakının bile olsa kuzenin bile olsa bir küsüyor, gönül koyuyor. ‘Nasıl olmaz?’ diyor. O biraz kötü hissettiriyor insana ama. Hani ne yaparsın artık diyorsun ona da kendine de.”*

S5 (E, 49) *“Sıkıntı yaşıyorum. Net olarak. Canım sıkılıyor. Uygun olmadığını düşünüyorum. Sonuçta oluşacak bakımında etkin olmadığını düşünüyorum. Yakının, yakının olduğu için soru soruyorsa vereceğin cevabı önemsemiyor. Öylesine soruyor.”*

“Yetersizlik” görüşü bildiren iki katılımcıdan biri hastane koşullarının olmamasından dolayı kendisini yetersiz hissettiğini, diğeri detaylı sorular karşısından bilgi eksikliğine bağlı olarak kendini yetersiz hissettiğini vurguladı (A1, B5).

4.2.2.1.1. “Olumlu Hisler” Alt Kategorisi

“Hissedilen duygulara dair görüşler” (f=51) ana kategorisinde, sıklık değeri en yüksek olan “olumsuz hisler” (f=38) alt kategorisini 13 sıklık değeriyle “olumlu hisler” alt kategorisi takip etti. Katılımcılar hekimler bu kategoride 6 farklı olumlu his taşıdıklarını belirttiler.

Bu 6 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “mutlu hissetme” (f=5) koduydu. Onu “iyi hissetme” (f=4) kodu ve diğeri takip etti.

“Olumlu hisler” alt kategorisinde” katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında, hissettiklerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Mutlu hissetme” koduna dair ifadeler

C5 (E, 39) “Zorluk yaşamıyorum. Yardımcı olduğum için mutlu oluyorum. Aynı zamanda hastalardan bir şeyler öğreniyorum. Hasta bazlı öğrenme ile vaka ve hasta gördükçe kendi öğrendiklerimle pekişiyor, eksik noktalarımı okuyarak tamamlıyorum.”

S6 (E, 50) “Zorluk yaşamıyorum. Benim için sıkıntı değil. Çözüm bulunca mutlu oluyorum. Kan tetkiki gibi şeyler lazımsa anlatıyorum.”

B7 (E, 29) “Ne hissediyorum tıp fakültesini okuma amacım şu devirde sadece yakınlarına sağlıklı bilgi vermek bile yeterli olduğunu düşünüyorum. O yüzden hani yakınlarıma akrabalarıma bilgilendirme yaparken bilgilerimi aktarıırken mutlu oluyorum.”

“İyi hissetme” koduna dair ifadeler

A3 (E, 25) “Bazen darlanıyorum açıkçası hani. Bazen hatta ‘Keşke seçmese miydim, sürekli böyle sorular mı gelecek falan?’ diye. Çünkü bir ara çok sık olmaya başlamıştı. Ama yine de elimden geldiğince yardım etmeye çalışıyorum. Yardım edebildikçe de iyi hissediyorum.”

A8 (K, 27) “Beslenme önerisi, sağlıklı yaşam davranışları gibi konularda sorulara taleplere yanıt vermek toplum sağlığı ile de ilgilenmek motivasyon ile iyi hissettiriyor.”

C2 (K, 27) “‘Üff! Nereden doktor oldum?’ diye soruyorum. Özellikle ciddi olmayan saçma taleplerde böyle hissediyorum. Ancak ciddi bir konuda onlara yardımcı olduğumda iyi hissediyor; iyi ki doktor olmuşum diyorum.”

Diğer kodlara dair ifadeler

B1 (E, 28) “Şöyle ben kendimi iyi hissediyorum açıkçası. Aileme yardımcı olabildiğim için kendimi daha iyi hissediyorum. Onlara daha faydalı bir insan gibi hissediyorum kendimi.”

S10 (K, 45) “Bir soruna çözüm üretmenin gönül rahatlığını yaşasam da, o kargaşa ve hasta mahremiyetinin olmadığı bir ortamda veya yeterli muayene ve tetkik imkânının olmadığı bir ortamda tanı koymanın verdiği rahatsızlığı yaşıyorum. Tabi bir ziyaret ortamında, mesai dışı bir ortamda, doktoru görünce, tek sohbet

konusunun hastalıklar olması ve birden herkesin var olan bir sağlık probleminin depresmesi rahatsızlık veriyor.”

4.2.2.2. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Talepleri Karşısında Yaşadıkları Zorluklar” Ana Kategorisi

“Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt temasında” (f=91) ikinci sıklık değeri en yüksek olan “yaşanılan zorluklara dair görüşler ana kategorisine” yönelik bulguların alt kategorileri ve kodları Tablo 4.8.’de sunuldu.

Tablo 4.8. Hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar alt temasında yaşanılan zorluklara dair görüşler kategorisi (n=31)

Alt Kategori	Kod	Frekans f				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Zorluk yaşadığına dair görüş (f:36)	İmkânların olmadığı, muayenehane dışında hasta bakmak	3	2	3	1	9
	Bilmediği, yapamayacağı konuda talepte bulunulması	-	1	1	1	3
	Hastayı ikna etmek	-	1	2	-	3
	İlişkilerin getirmiş zorunlulukla talebi kabul etmek	1	1	1	-	3
	Sorumluluk almak	-	-	2	-	2
	Talebi yapamayacağını söylemek	-	1	-	1	2
	Hasta doktor ilişkisinin korunamaması	-	2	-	-	2
	Normal akrabalık ilişkisinin kurulamaması	1	-	-	-	1
	İşi eve getirmeye engel olamamak	1	-	-	-	1
	Kritik durumlarda karar almak	1	-	-	-	1
	Tek başına karar almak	1	-	-	-	1
	Cevabı net olmayan soruları cevaplamak	1	-	-	-	1
	Kişinin yakını olan hekime fazla güvenmesi	1	-	-	-	1
	Yakınlarla iletişimde ve anlaşmada güçlük	-	1	-	-	1
	Talebin telefon, mail gibi yollarla yapılması	-	1	-	-	1
	Etik dışı talepler	-	-	1	-	1
	Yakınları tatmin etmek	-	-	1	-	1
	Şikâyetin ciddiyetini anlamak	-	-	1	-	1
	Zorluk yaşanmış ama tipi belirsiz	-	-	-	1	1
	Toplam f		10	10	12	4
Zorluk yaşanmadığına dair görüş (f=4)	Zorluk yaşamadım	-	-	1	3	4

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi “yaşanılan zorluklara dair görüşler ana kategorisi” altında toplanan bulgular sonucunda iki alt kategoriye ve toplam 40 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu iki alt kategoriden sıklık değeri açık ara farkla en yüksek olan, “zorluk yaşandığına dair görüş” (f=36) kategorisiydi. Onu “zorluk yaşanmadığına dair görüş” (f=4) alt kategorisi izledi.

4.2.2.2.1. “Zorluk Yaşandığına Dair Görüş” Alt Kategorisi

Katılımcıların “yaşanılan zorluklara dair görüşler ana kategorisinde” (f=40) sıklık değeri en yüksek olan, 36 sıklık değeri ile “zorluk yaşandığına dair görüş” alt kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu kategoride 19 farklı zorluk yaşadıklarını belirtti.

Bu 19 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “İmkânların olmadığı yerde, muayenehane dışında hasta bakmak” (f=9) koduydu. Bu kodu “bilmediği, yapamayacağı konuda talepte bulunulması” (f=3), “hastayı ikna etmek” (f=3) ve “ilişkilerin getirmiş zorunlulukla talebi kabul etmek” kodları ve diğerleri takip etti.

“Zorluk yaşandığına dair görüş alt kategorisinde” katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında yaşadıkları zorluklara dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“İmkânların olmadığı yerde, muayenehane dışında hasta bakmak” koduna dair ifadeler

A1 (E, 29) “Şöyle hastane ortamında olmakla evde olmak, bu tür bir durumla karşılaşmak arasında bence çok fark var. Hastanede olduğu zaman daha insan kendini doktor gibi, doktorluğunu ön planda hissediyor: Daha faydalı olabileceğimi düşünüyorum. Ama evde bununla ilgili bir tanı girebileceğim reçete yazabileceğim bir sistemim yok, kaşem yok. Yani evde kendimi bu konuda daha bir eksik hissediyorum. Bu kişilerle hastanede birebir kendi polikliniğimde görüşmenin daha faydalı olacağını düşünüyorum. Materyal eksikliğinden dolayı zorlanıyorum.”

A2 (K, 27) “Reçete yazma yetkim olmadığı için tıbbi tedavilerini tam olarak yapamıyorum. Ortam muayeneye elverişli olmayabiliyor. Bu da beni zorluyor.”

S10 (K, 45) *“Bir soruna çözüm üretmenin gönül rahatlığını yaşasam da, o kargaşa ve hasta mahremiyetinin olmadığı bir ortamda veya yeterli muayene ve tetkik imkânının olmadığı bir ortamda tanı koymanın verdiği rahatsızlığı yaşıyorum.”*

“Bilmediği, yapamayacağı konuda talepte bulunulması” koduna dair ifadeler

C2 (K, 27) *“Zorluklar konusunda özellikle etik olmayan taleplerde ve benden bilgim olmayan konularda yardım istediklerinde zorluk çekiyorum. Her konuda bilgi istiyorlar.”*

“Hastayı ikna etmek” koduna dair ifadeler

B10 (E, 28) *“Zorluk çok yaşadığım söylenemez. Çünkü benden bunu talep eden insanlar çok yakın insanlar oluyor. O yüzden onlara yardımcı oluyor gibi hissediyorum. Mutlu oluyorum. Ama bazen ikna konusunda zorlandığım oluyor. Mesela oluyor ki diğer doktorlar şöyle demişti şeklinde söylemler olabiliyor.”*

“İlişkilerin getirmiş zorunlulukla talebi kabul etmek” koduna dair ifadeler

B9 (K, 28) *“Yani şöyle yakınlarından değil de sıradan dışardaki insanlardan gelse aynı şikâyetler, şeyler yani yuh artık derim. Bunu da mı soruyorsun şeklinde şeyler derim. Yakınlarım olduğu için mecburen ilgileniyorum. Yani belki de yakınında, yakınında bir doktor olduğu için onlar da normalde hiç önemsenmeyecekleri şeyleri danışabiliyorlar. Gittiğim zaman hemen söylüyorum mesela. ‘Doktor yokmuş gibi yani bırakın artık, kapatın başka şeyler konuşun’ tarzında şeyler söylüyorum.”*

C1 (E, 28) *“Poliklinik ortamı olmadığından elimde tam malzeme bazen stetoskopum olmuyor. Bazen kulağım ağrıyor diyor, otoskopum olmuyor. Bazen pa akciğer grafimiz olmuyor. Malzeme yetersizliği oluyor genelde. İnsanları da kıramıyorsun sonuçta.”*

“Sorumluluk almak” koduna dair ifadeler

C10 (E, 31) *“Sorumluluk alma zorluğu yaşıyorum. Oturduğum evde komşularımın da böyle şikâyeti olduğunda, sorumluluklarını üzerime alırım fazlaca.”*

Aslında ilgili bransa yönlendirip bırakmam gerekir. Ama kendim birebir takip edip hatta bizzat götürdüğüm, yakın akrabam olmasa dahi bizzat kendim eşlik ettiğim muayenesine götürdüğüm tanıdıklar oluyor.”

“Talebi yapamayacağına söylemek” koduna dair ifadeler

B7 (E, 29) *“Zorluk bazen hani bilmediğim konular açısından sorular sordukları zaman yanlış bilgilendirmemek açısından bilmediğimi ifade ediyorum. Onun haricinde zorluk açıkçası çok yaşamıyorum. “*

“Hasta doktor ilişkisinin korunamaması” koduna dair ifadeler

B3 (E, 27) *“Yani işte hekimliğimi doğru yapıp yapamama konusunda sıkıntı yaşıyorum. Çünkü bir hastane ortamı bir ya da işte klinik bir ortam yok, ev ortamındasın. Hani onların da talebi sana işte torunum gözüyle bakıyor yani hani bir hekim olduğunu ya da işte hani onu tedavi edecek kişi olarak görmüyor seni. İşte ailenin bir bireyi olarak görüyor ama senin ona tavrın tarzın hani bir hekim yaklaşımıyla, bir doktor yaklaşımıyla olması gerekiyor. En çok burada sıkıntı çekiyorum. Zaten eğer ki baktım bu ilişkiyi kuramayacaksam reddediyorum. Hani sen, senin muayeneni ben yapmam, hani çok da reddettiğim olmuştur. Bütün hepsini kabul etmedim, ya etmediğim oluyor. Mesela ortamım yok, dışarıdayız işte bir talepte bulunuyor bana, ‘Şu anda uygun ortam yok, sonrasına konuşuruz ya da başka bir doktora git’ diye öneriyorum.”*

Diğer kodlara dair ifadeler

C7 (K, 27) *“Bir hissettiğim şey, bir kere bu ay için değil de bizim genelde polikliniğimiz olmuyor ya o yüzden mesela pazartesi gel de bir kanlarına bakalım hani diyemiyorum mesela. Bu kötü bir şey bence hastanede polikliniğimiz olmadığı için. İkincisi de, yani şeyi çok anlamıyorum. Bana mesela bunu dertleşirken mi söylüyor yani benim söylediklerimi dikkate alacak mı, yoksa zaten hani bir yere gidiyor bana da teyit mi ettiriyor. O yüzden böyle çok da karışmak istemiyorum yani. Bir şey söylesen bilgiç gibi oluyorsun, söylemesen bir şey bilmiyor gibi oluyorsun. Ben pasif dinliyorum yani.”*

B2 (E, 30) “Anlaşılma zorluğu yaşıyorum. Çünkü ne kadar anlatabildiğini bilmiyorum. Bana bir görme dinleme muayene etme şansım olmuyor her zaman. Karşılıklı anlaşamadığımızı düşünüyorum.”

A8 (K, 27) “Beslenme önerisi, sağlıklı yaşam davranışları gibi konularda sorulara, taleplere yanıt vermek, toplum sağlığı ile de ilgilenmek motivasyon ile iyi hissettiriyor. Fakat branş uzmanının hatta hocasının kararını kendi aile hekimi bile olmadığı bir yakınımın bana onaylatmaya çalışması veya özellikle pediatri gibi alanlarda hastanın hiç bir bilgisi verilmeden yalnızca tetkik sonuçlarının bana yorumlatılmaya çalışılması gibi durumlar rahatsız edici geliyor. Kimi durumlarda kritik kararların alınmasında yönlendirici olmam yahut birden fazla doğru cevabı olabilecek sorularda cevap vermek, hastayı yönlendirecek konuma hastayı takip eden hekimden daha layık görünmek, yaşamaktan yorulduğum durumlardan. Bunlara ek zorluk olarak da evin çocuğu, yeğen, torun gibi ataerkil toplumda “söz dinleyen” olması beklenen roldeyken, aynı sohbet içinde birçok kez sözü dinlenen rolüne gidip geliyor olmak da bence işini evine getirmeyebilen meslek mensupları yanında bizlerin dezavantajı”

C6 (E, 40) “Kötü hissediyorum. Benim verdiğim önerileri sorguluyorlar. Hasta yakınım beni doktor ayarlamam için arıyor. Hekim arkadaşı ayarlıyorum ama randevusuna gitmiyor. Beni zor durumda bırakıyor. İlaç yazıyorum sende yok mu eczaneden almayayım diye söylüyorlar.”

A5 (K, 28) “Hastanede olmadığım evde baktığım için yanlış yönlendirebileceğim yeterli muayene yapamayacağımdan bir şeyi atlamaktan korkuyorum. Tedavi kararını tek başıma vermekte zorlanıyorum.”

B6 (K, 26) “Zorluklar hastayı görmeden sorabiliyorlar. Telefonla arkadaşlar çocuklarını, kendilerini, eşlerini. Hastayı görmediğim için bir şey diyemiyorum diyorum genellikle. Tahlil sonucu gönderebiliyorlar. Tahlil neye göre, hangi doktor istedi diyorum ona göre. Yani yuvarlak cevaplar daha çok veriyorum.”

C10 (E, 31) “Sorumluluk alma zorluğu yaşıyorum. Oturduğum evde komşularımın da böyle şikâyeti olduğunda sorumluluklarını üzerime alırım fazlaca. Aslında ilgili branşa yönlendirip bırakmam gerekir. Ama kendim birebir takip edip hatta bizzat götürdüğüm, yakın akrabam olmasa dahi bizzat kendim eşlik ettiğim muayenesine götürdüğüm tanıdıklar oluyor.”

4.2.2.2.2. “Zorluk Yaşanmadığına Dair Görüş” Alt Kategorisi

“Katılımcıların aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında yaşadıkları zorluklar” (f=40) ana kategorisinde, sıklık değeri en yüksek olan “zorluk yaşandığına dair görüş” (f=36) alt kategorisini 4 sıklık değeriyle “zorluk yaşanmadığına dair görüş” alt kategorisi takip etti.

“Zorluk yaşanmadığına dair görüş” alt kategorisinde sadece “zorluk yaşamadım” (f=4) kodu bulunmaktaydı.

“Zorluk yaşanmadığına dair görüş” alt kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım talepleri karşısında zorluk yaşamadıklarını bildiren görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Zorluk yaşamadım” koduna dair ifadeler

C5 (E, 39) *“Zorluk yaşamıyorum. Yardımcı olduğum için mutlu oluyorum. Aynı zamanda hastalardan bir şeyler öğreniyorum. Hasta bazlı öğrenme ile vaka ve hasta gördükçe kendi öğrendiklerimle pekişiyor, eksik noktalarımı okuyarak tamamlıyorum.”*

S1 (K,39) *“Zorluk yaşamıyorum ama doktorluğun sağlık ocağı ASM’de, hastanede kalmasını istiyorum. Sürekli soru sorulması hoşuma gitmiyor yoruluyorum. Hayatımda sadece tıp yok, benimle başka konuda da konuşabilirler.”*

S6 (E, 50) *“Zorluk yaşamıyorum. Benim için sıkıntı değil. Çözüm bulunca mutlu oluyorum. Kan tetkiki gibi şeyler lazımsa anlatıyorum.”*

4.2.3. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerini Yerine Getirme veya Getirmemelerini Etkileyen Faktörlere Dair Görüşler

Bu alt başlık altında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki *“Bu gibi durumlarda tedavi verip vermemenizi etkileyen faktörler neler olur?”* sorusuna, 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek Tablo 4.9.’da sunuldu.

Tablo 4.9. Hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler dair görüşler alt teması (n=38)

Kategori	Kod	Frekans f				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	D	
Tıbbi bakım talebinin içeriğine ilişkin faktörler (f=45)	Talebin gerçekçiliği, ciddiyeti ve önemi	2	6	5	1	14
	Talebin hekim tarafından gerçekleştirilebilme durumu	4	3	4	1	12
	Talebin etik, yasal, uygunluk durumu	2	2	2	1	7
	Talebin aciliyeti durumu	-	-	2	1	3
	Talebin genel içeriği	-	-	1	1	2
	Talebin başka bir hekim tarafından gerçekleştirilmesi	-	-	2	-	2
	Aynı talebin gereksiz tekrarlanması durumu	-	-	-	1	1
	Talebin sürekli ve rahatsız edici hâle gelme ihtimali	1	-	-	-	1
	Talep içeriğinin hekimin uzmanlık alanı ile ilgisi	1	-	-	-	1
	Talebin sosyal hayatı ve ev yaşamını etkileme ihtimali	1	-	-	-	1
	Talepteki söz konusu şikâyet ve hastalığın ne olduğu	1	-	-	-	1
<i>Toplam</i>	12	11	16	6	45	
Tıbbi bakım talebinde bulunan kişiye ilişkin faktörler (f=38)	Kişinin yakınlık derecesi	5	4	3	3	15
	Kişinin tavrı	5	3	2	1	11
	Kişinin hekime gerçekten ihtiyaç duyup duymaması	2	-	1	1	4
	Kişinin hekim ile bireysel ilişkisi	2	-	-	1	3
	Kişinin sık aralıklarla gereksiz talepte bulunup bulunması	-	1	1	-	2
	Kişinin rahatlık, gerginlik durumu	-	1	-	-	1
	Hekimlik mesleğine ve hekimlere saygı gösterilmemesi	1	-	-	-	1
	Çözümü tamamen katılımcı hekimde arayıp aramaması	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	16	9	7	6	38
Tıbbi bakım talebinin zamanı, fiziki durumu ve şartlarına ilişkin faktörler (f=29)	Yer ve ortam müsaitliği	3	5	2	4	14
	Zamanın müsaitliği	1	4	1	3	9
	Talep esnasında ortamda bulunan 3. kişilerin kim olduğu	1	1	-	-	2
	Muayene imkânı olup olmaması	-	2	-	-	2
	Tetkik imkânı olup olmaması	-	1	-	-	1
	İletişim araçları ile yapılan talepte bulunulması	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	6	13	3	7	29
Etkileyen faktör olmaması (f=2)	Yerine getirip getirmemeyi etkileyen faktör olmaması	-	1	-	1	2
<i>Genel toplam</i>	<i>Genel toplam</i>	34	34	26	20	114

Tablo 4.9.'da görüldüğü gibi “hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler dair görüşler” alt teması altında toplanan bulgular sonucunda dört kategoriye ve toplam 114 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 4 kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “tıbbi bakım talebinin içeriğine ilişkin faktörler” (f=45) kategorisiydi. Onu “tıbbi bakım talebinde

bulunan kişiye ilişkin faktörler” (f=38), “tıbbi bakım talebinin zamanı, fiziki durumu ve şartlarına ilişkin faktörler” (f=29) ve “faktör olmaması” (f=2) izledi.

4.2.3.1. “Tıbbi Bakım Talebinin İçeriğine İlişkin Faktörler” Kategorisi

“Hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler dair görüşler” alt temasında, sıklık değeri en yüksek olan, 45 sıklık değeri ile “tıbbi bakım talebinin içeriğine ilişkin faktörler” kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu kategoride 11 farklı faktör belirttiler.

Bu 11 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “talebin gerçekçiliği, ciddiyeti ve önemi” (f=14) koduydu. Onu “talebin hekim tarafından gerçekleştirilebilme durumu” (f=12), “talebin etik, yasal, uygunluk durumu” (f=7) kodları ve diğerleri takip etti.

“Tıbbi bakım talebinin içeriğine ilişkin faktörler” kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini yerine getirme veya getirmemelerini etkileyen faktörlere dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Talebin gerçekçiliği, ciddiyeti ve önemi” koduna dair ifadeler

B3 (E, 27) *“Yakınlık derecesi fark etmiyor bütün herkesin taleplerine şey yapmaya çalışıyorum ve hastanın talebi çok önemli mesela. Kimisi gerçekten yakınlık hani söylüyor, hani gerçekten sıkıntısı olduğunu anlıyorsun ve buna çözüm bulmak istiyor. Kimi de öyle işte, benim de bacaklarım ağrıyor der gibi hani böyle, bizim de şuyumuz var gibi söylüyor. Onlara genellikle ilaç önermiyorum hani ya da daha çok egzersiz hani ilaçsız şeyler öneriyorum. Daha az üstüne düşüyorum.”*

B4 (E, 27) *“Şikâyetin ciddiyeti bence. Şikâyeti gerçekten hekimin görmesi gerektiren bir durumsa ciddiye alıp kendim de yardımcı oluyorum onlara”*

C4 (E, 28) *“Yer ve zaman veya yakınlık benim için önemli değildir. Önemli olan sağlık hizmeti talebinde bulunan kişinin hastalığının ciddiyeti önemi ve aciliyetidir. Yakınımın tavırları talep etme şeklindeki ciddiyet de benim için önemlidir. Öylesine yapılan taleplere en yakınım dahi olsa bakmıyorum.”*

C7 (K, 27) “Yani bir kere durumun ciddiyeti olabilir. İkincisi de mesela gittiği doktor hani şunu şöyle şöyle yap deyince benim kafama yatıyorsa ekstra bir şey söylemem ama yanlış olduğunu düşünüyorsam belki hani uygun bir dille müdahale edebilirim. Ya da bir tetkiklerin var mı filan diye sorabilirim. Bir de mesela abim yurtdışında yaşıyor. O yüzden onun söylediği şeyleri ciddiye alıyorum. Çünkü orada onun hani gideceği yerleri falan bilmiyorum ne ediyor ne yapıyor. Mesela onun söylediklerini daha şey yapıyorum yani. Hakikaten dertleşmek için söylese bile doktor gibi yorum yapıyorum.”

“Talebin hekim tarafından gerçekleştirilebilme durumu” koduna dair ifadeler

A9 (E, 32) “Yani şöyle tabi ki yer fark ediyor. Yakınlığına göre de değişir. Aslında genel anlamda yardımcı olmaya çalışırım ama istediği şeyler zorsa, kısa öz yönlendirme yapıyorum. Kendi elimden gelen bir şeyse kendim halletmeye çalışıyorum veya işte dediğim gibi işte arkadaş, tanıdık doktor arkadaşlarım vasıtasıyla olacaksa ilgileniyorum genelde.”

B3 (E, 27) “Yani mesela çok uzmanlık t a gerektirecek bir, uzman reçetesi kaşesi gerektirecek ilaçları kullanıyor ve hani benden bunu değiştirmemi ya da bunu modifiye etmemi istiyorlarsa, bu uzmanlık derecesinde olduğunu söylüyorum. Hani ilacın tipi ya da hastalığın tipi bir önem taşıyor. Ortam dediğin gibi önem taşıyor. Hastayı muayene edip edemeyeceğim önem taşıyor.”

C5 (E, 39) “Yardımcı olamayacağım, beni aşan talepler reddetmeme neden olur. Yakınlık derecesi ve zaman önemli değildir.”

“Talebin etik, yasal, uygunluk durumu” koduna dair ifadeler

S3 (E, 36) “Ya şimdi çok yakınsa kıramıyorsun hatta yakınlık arttıkça aramızdaki ilişkiye bağlı olarak değişiyor. Ama genel olarak yasal bir sıkıntı yaratmıyorsa yardımcı oluyorum yani. Kendi yapabileceğim bir şeyden özveri gösteriyorsam. Ama başka bir arkadaşım, yasal olarak bir zorluk ondan rica edeceksem, zorluk oluşturacaksa kabul etmediğimi söylüyorum.”

B8 (K, 28) “Talep elimden gelecek bir şeyse yaparım. Yakınlık önemlidir. Genellikle komşularımı kabul etmem. Elimden gelen bir şeyse ve bunu yapınca

mesleğimi kötüye kullanmış olmuyorsam yardımcı olmaya çalışırım. Mesleğimi kötüye kullanacaksam yapmam. Onların işlerini kolaylaştırmak için de isteklerini kabul ederim.”

Diğer kodlara dair ifadeler

C9 (K, 30) *“Sadece aciliyeti varsa müdahale ederim. Aciliyeti yoksa karışmam. Talebin aciliyeti önemlidir.”*

A8 (K, 27) *“Genel olarak yardımcı olmaya çalışırım. Emrivaki istekler, hastane ve hatta sağlık bakanlığı bana aitmiş gibi absürt talepler, mesleğimizi küçük gören tavırlar olduğunda, bir meslektaşımı karalayarak başlayan bir konuşmada sınır koymaya çalışırım. Kemoterapi veya son dönem bakım gibi durumlarda da hekim değil aile ferdi olarak kalmaya gayret ederim.”*

A5 (K, 28) *“Talebi yapanın yakınlığı önemli. Özellikle birinci derece yakınlarımla ilgilenmeden geçmiyorum. Talebin türü de bakıp bakmamamı ilgilendiriyor. Özellikle uzak akrabalar beni ilgilendirmeyen “Kolum mu çıktı acaba!” gibi taleplerle geliyorsa onları direkt yönlendiriyorum. Talebin ciddi ve hayati olduğunu düşünüyorsam kabul ederim. Bunu yardımcı olma içgüdüsi ile yapıyorum. Talebin altından kalkamayacağımı düşünüyorsam, beni aştığını düşünüyorsam kabul etmem. Talebin sürekli ve rahatsız edici hâle geleceğini, sosyal ve ev hayatımı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorsam kabul etmem.”*

C7 (K, 27) *“Yani bir kere durumun ciddiyeti olabilir. İkincisi de mesela gittiği doktor hani şunu şöyle şöyle yap diyince benim kafama yattıyorsa ekstra bir şey söylemem ama yanlış olduğunu düşünüyorsam belki hani uygun bir dille müdahale edebilirim. Ya da bir tetkiklerin var mı filan diye sorabilirim. Bir de mesela abim yurtdışında yaşıyor. O yüzden onun söylediği şeyleri ciddiye alıyorum. Çünkü orada onun hani gideceği yerleri falan bilmiyorum ne ediyor ne yapıyor. Mesela onun söylediklerini daha şey yapıyorum yani. Hakikaten dertleşmek için söylese bile doktor gibi yorum yapıyorum.”*

S8 (E, 42) *“Yakınım olup olmaması, ortamın müsait olup olmaması veya konuyla ilgili daha önce defalarca konuşmuş olmam.”*

4.2.3.2. “Tıbbi Bakım Talebinde Bulunan Kişiyeye İlişkin Faktörler”

Kategorisi

“Hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler dair görüşler” alt temasında, sıklık değeri en yüksek olan “tıbbi bakım talebinin içeriğine ilişkin faktörler” (f=45) kategorisini 38 sıklık değeriyle “tıbbi bakım talebinde bulunan kişiyeye ilişkin faktörler” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride 8 farklı faktör belirttiler.

Bu 8 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “kişinin yakınlık derecesi” (f=15) koduydu. Onu “kişinin tavrı” (f=11), “kişinin hekime gerçekten ihtiyaç duyup duymaması” (f=4) ve “kişinin hekim ile bireysel ilişkisi” (f=3) kodları ve diğerleri takip etti. “Kişinin yakınlık derecesi” kodu aynı zamanda “yakınlarının tıbbi bakım talebi karşısında neler yaptıkları” temasının da en sık koduydu.

“Tıbbi bakım talebinde bulunan kişiyeye ilişkin faktörler” kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini yerine getirme veya getirmemelerini etkileyen faktörlere dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Kişinin yakınlık derecesi” koduna dair ifadeler

A3 (E, 25) *“Ya işte akraba uzaklığına bağlı şey yapıyorum. Yakın akrabalarım hiç şey yapmadan yardım edebildiğim kadar ediyorum ama bazen işte atıyorum misafirlige gidiyoruz hiç tanımadığım bir adam, ilk defa gördüğüm bir adam geliyor bana soruyor falan böyle elli kişinin ortasında, o anda tabi kalkıp da sırtını aç, sırtını dinleyeyim olmuyor. “*

A5 (K, 28) *“Talebi yapanın yakınlığı önemli. Özellikle birinci derece yakınlarımla ilgilenmeden geçmiyorum. Talebin türü de bakıp bakmamamı ilgilendiriyor. Özellikle uzak akrabalar beni ilgilendirmeyen ‘Kolum mu çıktı acaba!’ gibi taleplerle geliyorsa onları direkt yönlendiriyorum. Talebin ciddi ve hayati olduğunu düşünüyorsam kabul ederim. Bunu yardımcı olma içgüdüğü ile yapıyorum. Talebin altından kalkamayacağı düşünüyorsam beni aştığını düşünüyorsam kabul etmem. Talebin sürekli ve rahatsız edici hâle geleceğini, sosyal ve ev hayatımı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorsam kabul etmem.”*

B6 (K, 26) “Çok yakınımrsa çalıştığım hastaneye çağırıyorum tanıdığım doktorlar varsa, kendim bakabiliyorsam kendim bakıyorum evde steteskopumuz var sonuçta. Öksürüğüm var deyince kendi çocuğumun da akciğer dinliyorum eşimin kucağına verip hani. Ama hani çok yakınımrsa. Biraz uzağımrsa tavsiyeler oluyor hani şuraya gidebilirsiniz, bunu yapabilirsiniz çünkü biz de çalışıyoruz. O izin hakkımı en yakınlarıma kullanıyorum. Yakınlık derecesi benim için önemli.”

B8 (K, 28) “Talep elimden gelecek bir şeyse yaparım. Yakınlık önemlidir. Genellikle komşularımı kabul etmem.”

C1 (E, 28) “Hastanın bana olan yakınlık derecesi etkiliyor. Tabii en çok yakınlık derecesi.”

“Kişinin tavrı” koduna dair ifadeler

A10 (E, 26) “Olumsuz bir tepki göstermem. Anlayışlı karşılarım. Üslup kötü ise geçiştiririm. Önemli olan üslubudur. Ayrıca benden yüzde yüz çözüm beklentisi yoksa yardımcı olurum. Çözümü tamamen bende arıyorsa irrite olurum.”

B10 (E, 28) “Benim için burada sınır bir kere karşı tarafın saygılı davranıp davranmaması, sana güvenip güvenmemesidir. Bana ‘Senin de bir görüşünü alayım dedim.’ şeklinde samimi bir şekilde güvenerek yaklaşırsa ben de ona samimi şekilde elimden geldiğince yardımcı olmaya çalışırım. Ama karşı taraf emrivaki yapar şekilde tavrı olursa istediği kadar akrabam olsun gereken cevabı veririm. Yardımcı olmam.”

C6 (E, 40) “Ayaküstü muhabir gibi sorarsa cevap vermem. Başka bir hekime yönlendiririm. Örneğin 112’de çalışırken telefonla ishal olan bir yakına ambulans isteyen yakınım oldu. Başka bir acile gitmesini söyledim. Ayrıca yer zaman ve talebin içeriği de önemlidir.”

S5 (E, 49) “Saygılı davranıp davranmadığı, iletişim şekli önemlidir. Niyeti de etkiler. Laf olsun diye mi soruyor, gerçekten sağlık yardımına mı ihtiyacı var? Laf olsun diye soranı geçiştiriyor, diğerlerine ciddi cevap veriyorum.”

“Kişinin hekime gerçekten ihtiyaç duyup duymaması” koduna dair ifadeler

A1 (E, 29) “Öncelikle yakınlığı önemli. Ne kadar uzak bir akrabamsa ve telefonla danıştığı bir durumsa o zaman hani çok faydalı olamayabilirim. Ama evde kendi bir yakınımса o benim için önemli bir faktör. Daha iyi düşünmek, daha ayrıntılı o kişiye yaklaşmak açısından. Başka tedavi açısından hastanın durumu önemli. Ne semptomla geldiği daha önemsedığım bir şeyse o da tabi ki benim için önemli bir faktör. Yakınlık derecem, o anki meşguliyet durumum. Kişinin yaklaşımı. Kişi bana laubali şekilde yaklaşıyorsa o zaman daha uzak tutabilirim. Gerçekten benden fayda bekliyorsa ve doktora ulaşma ihtimali benim dışımda zorsa bunlar benim için önemli şeyler. Açıkçası evde ortam hastane ortamı gibi olmadığından, etrafımızda daha farklı yakınlarım da var, onların gözü önünde hani tanıdığım bir insanı muayene etmek tabi anksiyete sebebi de olabiliyor. O an heyecan sebebi olabiliyor. Daha net ve objektif yaklaşamayabilirim. Onun dışında eğer ki hakikaten mecbursa o an için bana bunu istiyorsa evde de muayene etmeye en azından fikir vermeye ev şartlarında muayene etmeye karşı değilim açıkçası.”

C7 (K, 27) “Yani bir kere durumun ciddiyeti olabilir. İkincisi de mesela gittiği doktor hani şunu şöyle şöyle yap deyince benim kafama yatıyorsa ekstra bir şey söylemem ama yanlış olduğunu düşünüyorsam belki hani uygun bir dille müdahale edebilirim. Ya da bir tetkiklerin var mı filan diye sorabilirim. Bir de mesela abim yurtdışında yaşıyor. O yüzden onun söylediği şeyleri ciddiye alıyorum. Çünkü orada onun hani gideceği yerleri falan bilmiyorum ne ediyor ne yapıyor. Mesela onun söylediklerini daha şey yapıyorum yani. Hakikaten dertleşmek için söylese bile doktor gibi yorum yapıyorum.”

Diğer kodlara dair ifadeler

A4 (E, 28) “Genel olarak yardımcı olmaya çalışıyoruz. Talep ettiği konu benim için çok şey önemli olmuyor. Bilmediğim bir konu olursa biraz irrite oluyorum. Onun dışında ve bildiğim konularda zaten söylüyorum. Yani hissettiklerim de ya da bunu etkileyen faktörler de tabii bireysel ilişkiler sonuçta. Yillardır tanıdığım bir insan hiç arayıp sormazken sırf bunun için aradığı zaman tabii ister istemez şey oluyorsun ya belli yani bunun için aramış. Senin hâlini hatırını sormaya aramamış gibi bir şey oluyor tabi biraz alınganlık oluyor. Ama yine de cevabını veriyorum sonuçta bu konuda bir bildiğimiz var.”

C2 (K, 27) *“Faktörlerden birincisi ne istediğidir. İsteddiği mantıklı ve yapılabilir bir şeyse yardımcı oluyorum. Ne sıklıkla bir şey istedikleri de önemlidir. Özellikle sürekli olarak basit şeyler için veya yapmamın doğru olmayacağı şeyler için rapor gibi aradıklarında rahatsız oluyorum, telefonları açmıyorum.”*

B2 (E, 30) *“Tedavi verip vermememi etkileyen şey emin olamamak çünkü sonuçta tam bir muayene etmiyorum, tam bir öykü almıyorum. İstedğim tetkikler ve görüntüleme gerekiyorsa yapamıyorum. Ayrıntılı ilaç ne kullanıyor onları öğrenemiyorum. Yer zaman önemli tabi, hastanın rahat olması lazım, benim de rahat bir şeyler anlatabilmem lazım.”*

4.2.3.3. “Tıbbi Bakım Talebinin Zamanı, Fiziki Durumu ve Şartlarına İlişkin Faktörler” Kategorisi

“Hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler dair görüşler” alt temasında, “tıbbi bakım talebinde bulunan kişiye ilişkin faktörler” (f=38) kategorisini 29 sıklık değeri ile “tıbbi bakım talebinin zamanı, fiziki durumu ve şartlarına ilişkin faktörler” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride 5 farklı faktör belirttiler.

Bu beş farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “yer ve ortam müsaitliği” (f=14) koduydu. Onu 11 kodla “zamanın müsaitliği” (f=9) kodu ve diğerleri takip etti. “Yer ve ortam müsaitliği” kodu aynı zamanda “yakınlarının tıbbi bakım talebi karşısında neler yaptıkları” temasının, “talebin gerçekçiliği, ciddiyeti ve önemi” koduyla birlikte en sık ikinci koduydu.

“Tıbbi bakım talebinin zamanı, fiziki durumu ve şartlarına ilişkin faktörler” kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini yerine getirme veya getirmemelerini etkileyen faktörlere dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Yer ve ortam müsaitliği” koduna dair ifadeler

A2 (K, 27) *“Bu durum muayene dışında oluyorsa malpraktis davaları nedeniyle önerilerde bulunurum ama tedavi vermekten kaçınıyorum. Resmi olmayan ortamda yapılan muayenelerin hekimlik saygınlığını azalttığını düşünüyorum. Rica şekli ve üslubu da tıbbi talepleri reddetmemde önemlidir.”*

B9 (K, 28) “*Tabii ki talebi yapan kişi önemli. Yani yer zaman sokakta sorsa ilgilenmem ama evde otururken sorduğu için ilgileniyorum. Zaman olarak da benim yorgunluğum önemli ya ben bazen sordukları zaman sonra bakarız sonra ederiz diye geçiştirdiğim çok olmuştur. Çünkü bakmak istemediğim zaman da bakmam yani. Önemine göre, talebin içeriğine göre.*”

S1 (K,39) “*Yer ve zaman önemlidir. Muayenehane dışında hasta bakmanın yasal olmadığını dışündüğümü hissediyorum. Durumun aciliyeti benim için önemlidir.*”

S6 (E, 50) “*Yer önemlidir. Sokaktaysa, ayaküştü ise olmaz. Daha mahrem yerlerde yardımcı olurum.*”

“Zamanın müsaitliği” koduna dair ifadeler

B10 (E, 28) “*Gerçekten hasta ise tedavi veririm. Gerçekten hasta mı gerçekten rahatsız mı, bir tedaviyi hak edip etmiyor mu? Bir de ev ortamında tedavi etmem ama muayene ederim. Talebin yapıldığı zaman ve yer etkileyen faktörlerdendir. Yapanın yakınlığı pek etkili olmaz. Örneğin bayramda uzak bir yakınım da talep etse veya arkadaşım da talep etse yine sorusunda cevap vermeye muayene etmeye ona bakmaya ona yardımcı olmaya çalışırım. Ama sıkışık bir zamanda geldiyse, saçma sapan absürt bir zamanda yerde geldiyse daha sonra bakarım derim. Benim için burada sınır bir kere karşı tarafın saygılı davranıp davranmaması, sana güvenip güvenmemesidir. Bana ‘Senin de bir görüşünü alayım dedim’ şeklinde samimi bir şekilde güvenerek yaklaşırsa ben de ona samimi şekilde elimden geldiğince yardımcı olmaya çalışırım. Ama karşı taraf emrivaki yapar şekilde tavrı olursa istediği kadar akrabam olsun gereken cevabı veririm. Yardımcı olmam. Tabi burada sınır olarak yer ve zamanda önemli. Yani aile ortamında uygun bir ortamda baş başa kalabileceğimiz izole bir ortamda ise olur. Ama çok kalabalık bir ortamdır ya da zaman sıkışıktır o zaman olmaz mesela.*”

S7 (E, 44) “*Zaman bazen kısıtlı oluyor. O zaman zorlanıyorum. Günü belli saatleri önemlidir. Yemek saatlerinde genellikle reddederim.*”

S9 (E, 40) “*Zaman önemli. O anda başka bir işimin olmaması lazım. İşim yoksa gece bir de olsa bakarım.*”

Diğer koduna dair ifadeler

A3 (E, 25) *“Ya işte akraba uzaklığına bağlı şey yapıyorum. Yakın akrabalarım hiç şey yapmadan yardım edebildiğim kadar ediyorum ama bazen işte atıyorum misafirlığe gidiyoruz hiç tanımadığım bir adam, ilk defa gördüğüm bir adam geliyor bana soruyor falan böyle elli kişinin ortasında, o anda tabii kalkıp da sırtını aç sırtını dinleyeyim olmuyor”.*

B5 (K, 35) *“Yer zaman uygunsuzluğu, hastanın talep şekli, talep uygunsuzluğu, gereksiz sorular sorulması. Hastayı muayene edebileceksem ya da tahlil sonuçlarını görebileceksem yardımcı olmaya çalışırım. Değilse olmam.”*

4.2.3.4. “Etkileyen Faktör Olmaması” Kategorisi

“Hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler dair görüşler” alt temasında, “tıbbi bakım talebinin zamanı, fiziki durumu ve şartlarına ilişkin faktörler” (f=29) kategorisini 2 sıklık değeri ile “etkileyen faktör olmaması” kategorisi takip etti.

“Etkileyen faktör olmaması” kategorisini tek kodu “talebi yerine getirip getirmemeyi etkileyen faktör olmaması” koduydu. Görüş bildiren 38 katılımcı aile hekimliği asistanlarının 36’sı tıbbi bakım taleplerini yerine getirme veya getirmemelerini etkileyen faktörlerin bulunduğunu ifade ederken, 2 katılımcı hekim ise talepleri yerine getirip getirmemelerini etkileyen herhangi bir faktör olmadığını belirttiler. Bu durum aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

S2 (K,34) *“O konuda şey yapmıyorum. Yapabileceğim bir şey varsa mutlaka yardım ediyorum. Hani kaçınıcı dereceden (akrabam) olduğunun bir önemi yok. Yapamadığım bir şey varsa çözüm odaklı da yardımcı oluyorum arkadaşım varsa ona da gönderiyorum tanıdık varsa. Ya da en azından nereye gideceğini belirliyorum. Yer zaman olarak ta bir sıkıntı olmuyor.”*

B7 (E, 29) *“Yani öyle bir ortam olsun yer zaman olsun herhangi bir şeyim yoktur. Yani yakınlığı önemli değil hani. Herkese yardımcı olmaya çalışırım. O yüzden hiç o yönden hiçbir sıkıntım yoktur ama en basitinden muayene yapmam gereken bir ortam olmasını isterdim işte eğer muayene edeceksem. Yoksa böyle sözel bilgilendirme yapacaksam, bir konu hakkında fikrimi soruyorsa her zaman yardımcı*

oluyorum yani. Bilgim olan, hani bilgim dâhilinde bir konuysa seve seve yardımcı olurum ama bilgim dâhilinde değilse konuyu araştırıp veyahut da uzmanına sorup öyle bilgilendirme yapmayı tercih ediyorum. Nitelik o açıdan önemlidir sadece.”

4.2.4. Aile Hekimliği Asistanlarının; Aile Ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerini Kabul Etme veya Etmeme Nedenlerine Dair Görüşlere Yönelik Bulgular

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*Bu gibi yakınlarınızdan gelen tıbbi istekleri kabul etme veya etmeme nedenleriniz nelerdir?*” sorusuna, aile hekimliği asistanlarının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular iki ana kategoriye ayrılarak Tablo 4.10.’da sunuldu.

Tablo 4.10. Hekimin talebi karşılayıp karşılamama nedenlerine dair görüşler alt teması (n=38)

Ana Kategori	Frekans f				
	Gruplar				Toplam
	A	B	C	S	
Katılımcıların tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenleri	19	21	19	14	73
Katılımcıların tıbbi bakım taleplerini kabul etme nedenleri	14	14	18	16	62
Toplam	33	35	37	30	135

Tablo 4.10.’da görüldüğü gibi “hekimin talebi karşılayıp karşılamama nedenlerine dair görüşler” alt teması altında toplanan bulgular sonucunda iki ana kategoriye ve toplam 135 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 2 ana kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “katılımcıların tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenleri” (f=73) ana kategorisiydi. Onu ise “katılımcıların tıbbi bakım taleplerini kabul etme nedenleri” (f=62) ana kategorisi takip etti.

4.2.4.1. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Taleplerini Kabul Etmeme Nedenleri” Ana Kategorisi

“Hekimin talebi karşılayıp karşılamama nedenlerine dair görüşler” (f=135) alt temasında, sıklık değeri en yüksek olan “katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler” ana kategorisine yönelik bulguların alt kategorileri ve kodları Tablo 4.11.’de sunuldu.

Tablo 4.11. Katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler ana kategorisi (n=35)

Alt Kategori	Kod	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Talebin içeriğine ilişkin nedenler (f=27)	Hekimin yapamayacağı taleple karşılaşması	3	-	2	3	8
	Talebin uygun ve yasal olmaması	1	1	1	1	4
	Talebin önemli bulunmaması	-	2	1	-	3
	Cevabı bilinen soruların sorulması	-	1	1	-	2
	Talebin sürekli ve rahatsız edici duruma gelme ihtimali	1	1	-	-	2
	Hekimi ilgilendirmeyen branş dışı talepler	1	-	1	-	2
	Sorunun hekimin bilgisini ölçmek için sorulması	-	-	1	-	1
	Sorunun sohbet etmek için sorulması	-	-	1	-	1
	Gerçekçi olmayan uydurma şikâyet içeren talepler	-	-	1	-	1
	Talebin acil bulunmaması	-	-	1	-	1
	Sosyal hayatı ve ev yaşamını etkileyecek talepler	1	-	-	-	1
	İnvaziv işlemleri içeren talepler	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	8	5	10	4	27
Talepte bulunan kişiye ilişkin nedenler (f=21)	Kişinin hekimi suiistimal etmeye çalışması	2	1	-	-	3
	Kişinin hekim ile yakın, samimi olmayan ilişkisi	1	1	1	-	3
	Kişinin yakını olan hekimin önerisini önemsememesi	-	-	1	1	2
	Kişinin emrivaki şekilde soru sorması	1	1	-	-	2
	Uzak akraba ve yakınlardan gelen talepler	1	-	1	-	2
	Çok yakın ve samimi akraba ve yakınlardan gelen talepler	-	1	-	-	1
	Kişi ile hekim arasındaki ilişkide bozukluk olması	-	-	1	-	1
	Kişinin gereksiz yere soru sorması	-	-	1	-	1
	Kişinin ciddiyetsiz şekilde soru sorması	-	1	-	-	1
	Kişinin laubali şekilde soru sorması	1	-	-	-	1
	Kişinin saygısız şekilde soru sorması	1	-	-	-	1
	Kişinin yakını olan hekimi, asıl hekiminin önünde tutması	1	-	-	-	1
	Sabit görüşlü kişilerden gelen talepler	-	-	-	1	1
	Yardım aldığı için kişinin sağlık kuruluşuna başvurmaması	-	1	-	-	1
	<i>Toplam</i>	8	6	5	2	21
Yer, ortam ve zamanına ilişkin nedenler (f=10)	Talebin kalabalık ortamda yapılması	1	1	-	-	2
	Talebin ayaküstü yapılması	-	-	1	1	2
	Talebin kısıtlı dar zamanda yapılması	-	1	-	1	2
	Muayene imkânının olmaması	-	2	-	-	2
	Tetkik görme imkânının olmaması	-	1	-	-	1
	Ev koşullarında kayıtsız ve resmiyetsiz olacağı için	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>	1	5	2	2	10
Kabul edilirse oluşabilecek hatalara ilişkin nedenler (f=9)	Tıbbi açıdan hastaya zarar vereceğinin ön görülmesi	1	1	1	2	5
	Tıbbi bir durumu gözden kaçırma ihtimalinin bulunması	-	1	1	1	3
	Müdahalenin komplikasyona neden olacak olması	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	2	2	2	3	9
Hekime ilişkin nedenler (f=4)	Hekimin karar verici konumunda olmaması	-	1	-	1	2
	Hekimlik tatmini yaşayamayacak olmak	-	1	-	-	1
	Hekimin böyle bir sağlık hizmetinin doğru olmadığını düşünmesi	-	-	-	1	1
	<i>Toplam</i>	0	2	0	2	4
Reddetmeyenler (f=2)	Reddetme nedeni olmaması, taleplerin kabul edilmesi	-	1	-	1	2

Tablo 4-11.'de görüldüğü gibi “katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler” ana kategorisi altında toplanan bulgular sonucunda 6 alt kategoriye ve toplam 73 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu 6 alt kategoriden sıklık değeri en yüksek olan, “talebin içeriğine ilişkin nedenler” (f=27) alt kategorisiydi. Onu “talepte bulunan kişiye ilişkin nedenler” (f=21), “talebin yer, ortam ve zamanına ilişkin nedenler” (f=10), “talep kabul edilirse oluşabilecek hatalara ilişkin nedenler” (f=9), “hekime ilişkin nedenler” (f=4) ve “reddetmeyenler” (f=2) alt kategorileri takip etti.

4.2.4.1.1. “Talebin İçeriğine İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi

Katılımcıların “katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler” (f=73) ana kategorisinde, sıklık değeri en yüksek olan, 27 sıklık değeri ile “talebin içeriğine ilişkin nedenler” alt kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 12 farklı kabul etmeme nedeni belirttiler.

Bu 12 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “hekimin yapamayacağı taleple karşılaşması” (f=8) koduydu. Onu “talebin uygun ve yasal olmaması” (f=4), “talebin önemli bulunmaması” (f=3), “cevabı bilinen soruların sorulması” (f=2), “talebin sürekli ve rahatsız edici duruma gelme ihtimali” (f=2), “hekimi ilgilendirmeyen branş dışı talepler” (f=2) kodları ve diğerleri takip etti.

“Talebinin içeriğine ilişkin nedenler” alt kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenlerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

A5 (K, 28) “*Talebin altından kalkamayacağımı düşünüyorsam beni aştığını düşünüyorsam kabul etmem. Talebin sürekli ve rahatsız edici hâle geleceğini, sosyal ve ev hayatımı olumsuz etkileyeceğini düşünüyorsam kabul etmem.*”

C3 (K, 29) “*Talebi bilgimin dışında veya beni aşan bir durum varsa reddederim.*”

C5 (E, 39) “Bilgim sınırlı olduğu için beni aşan konular olabileceği için hastalığı atlayabileceğim için tedavi etmek isteyebilirim.”

S9 (E, 40) “Bir şeyi yapamayacaksam o konuda bilgim yoksa kabul etmem. Belki evde binden fazla serum takmışumdur. Yeter ki yapabildiğim bir şey olsun.”

C2 (K, 27) “Onu yaptığım zaman yanlış bir şey yapmış olursam örneğin viral üst solunum yolu hastası benden antibiyotik talep ediyorsa reddederim. Polikliniğime gelen hastalarımın davrandığımdan farklı bir davranışta bulunmam.”

C4 (E, 28) “Bazen özellikle önemsiz konuları soran yakınlarımı reddederim. Çoğu zaman acil müdahale gerekmiyorsa ve hastada aile hekimliği branşının kapsamı dışında kalıyorsa ilgili hekime yönlendirir yardımcı olmam.”

C6 (E, 40) “Beni tartmaya çalıştığını hissedersen kabul etmem. Soru sorma üslubu önemlidir. Üslupsuz talepleri kabul etmem. Sohbet olsun diye bana soru sorulduğunda örneğin sabah profesör bir hocaya gitmiş bir de bana soruyor cevaplamam.”

C10 (E, 31) “Genelde kabul ediyorum, çoğunlukla kabul ediyorum hatta. Etmeme nedenim yani konversif bir yaklaşım varsa genelde, öyle bir şey hissediyorsa talebi çok da kabul etmiyorum. Konversif olduğunu düşünürsem. Yani akrabalarından bildiğim histerik bir ruhsal yapıya sahip olan beni gördüğünde o an şikâyetini dile getirdiğine inanıyorsam, gerçekçi olduğuna inanmıyorsam çok fazla yormam kendimi.”

A2 (K, 27) “Talepler basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ise gidermeye çalışırım. Durum uzmanlığımı aşıyorsa müdahale etmem. İnvaziv, komplikasyonlara neden olacak işlemlerden kaçınırım. Kabul etmem.”

4.2.4.1.2. “Talepte Bulunan Kişiyeye İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi

Katılımcıların “aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenleri” (f=73) ana kategorisinde, sıklık değeri en yüksek olan “talebin içeriğine ilişkin nedenler” (f=27) alt kategorisini 21 sıklık değeri ile “talepte bulunan kişiyeye ilişkin nedenler” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 14 farklı kabul etmeme nedeni belirtmişlerdir.

Bu 14 farklı koddan sıklık değeri en yüksek iki kod “kişinin hekimi suiistimal etmeye çalışması” (f=3), “kişinin hekim ile yakın, samimi olamayan ilişkisi” (f=3), kodlarıydı. Onları “kişinin yakını olan hekimin önerisini önemsememesi” (f=2), “kişinin emrivaki şekilde soru sorması” (f=2) ve “uzak akraba ve yakınlardan gelen talepler” kodları ve diğerleri takip etti.

“Talepte bulunan kişiye ilişkin nedenler” alt kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenlerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

A4 (E, 28) “*Neden kabul etmem. Şunu kabul etmem atıyorum sırf akrabam olduğu için hadi bana bir rapor yaz. Böyle laf olmaz Böyle teklifleri direkt geri çeviririm. Tamam, akrabayız ama sonuçta suiistimale açık konularda yardımcı olmam. Çünkü bunun sonu gelmez, adamın birinin çocuğuna raporu yazarsın, 3 ay sonra arkadaşının çocuğu da rahatsızlanır. Güleryüz her zaman da iyi sonuçlanmıyor, bu tarz teklifleri rapordur, suiistimale açık konulardır; mesela nedensiz antibiyotik yazdırma gibi bunları geri çeviririm.*”

A9 (E, 32) “*...Kabul etmeme şöyle olabilir. Yani bir suiistimal, iki saygısız bir şekilde olursa hani. Sonuçta akraban veya yakın da olsa belli bir saygı sevgi çerçevesinde istekte bulunması lazım. Bir de şöyle bir şey. Yani yapamayacağım bir durum var ise yani çok da uğraşmak istemiyorum yani.*”

B6 (K, 26) “*Sınırlar bunu suiistimale çeviren arkadaş kitlesi olabilir. Her dakika artık, bir kan sonucunu bile devamlı gönderiyorsa, artık kendi doktoruna göster, bana bir daha gönderme şeklinde kısıtlayabilirim. Artık bana ulaşma gibi diyebilirim. Oluyor çünkü. Çok sık gereksiz artık beni rahatsız ediyorsa.*”

B1 (E, 28) “*Yakınlık derecesi bir kere herkesin dediğine herkesin dediğine tedavi vermem şuraya git diye yönlendirdiğim oluyor. Daha yakınlarıma, daha yakın akrabalarıma, daha benimle yakın ilişkileri olan arkadaşlarıma tedavi vermekte kendimi daha özgür hissediyorum. Bir diğeri de dediğim gibi şikâyetin ciddiyeti tedavi verip vermeme kararında önemli.*”

A8 (K, 27) “Kişi benim bilgi önerilerimi kendi hekiminin önünde tutacak ve bu şekilde sağlık açısından, zarar göreceğini ön görüyorsam bu taleplere olumsuz cevap veririm.”

B9 (K, 28) “İşte talebin içeriği önemli. O anki müsaitlik durumu önemli. Talep eden kişi önemli kim olduğu. Ya kardeşim böyle bir şey söylese önemsiz olduğunu bilsem yani boş ver derim. Ama mesela kayınpeder söyleyince boş ver diyemiyorsun. Çünkü eşinin babası. Belki şu an için öyle. Yeni evli olduğum için de olabilir. Yakınlaştıkça samimiyet artıyor, samimiyet arttıkça sen de ona bakmayabiliyorsun, karşındakine daha rahat hareket edebiliyorsun. Ama normal hiç muhabbetim olmayan insan böyle bir şeyle gelse bakmam.”

B4 (E, 27) “Bir sınır yok yani aslında hepsini kabul ediyoruz, dinliyoruz. Hiç öyle git ilgilenemeyeceğim şu an dediğim bir yakınım olmadı. Hepsini dinledik bir şekilde yardımcı olmaya çalıştık. Ne olsaydı kabul etmezdim böyle ciddiyetsiz bir tavırla, sonuca ulaşmayacağını o da biliyormuşçasına bir şikâyette bulunup ciddiyetsiz bir tavırla şikâyetini sunsaydı ben de onu çok ciddiye almazdım.”

S1 (K,39) “İlişkinin bozulmasını önemsemem karşımdaki kişiye ne yaparsam yapayım ona bir şey veremeyeceğimi düşündüğüm ilgi bekleyen kafasında sabit bir düşüncesi olan kişiler beni tüketir. Benim önerilerime de uyum sağlamaz ve tedavisi aksayabilir. Bu yüzden bu kişileri kabul etmem”.

B2 (E, 30) “Kabul etmeme nedenim yardım edeyim derken zarar vermek en büyük sebebi. Çünkü ben bilmeden yani, çok yüzeysel bir şey anlatıyor, yüzeysel bir şekilde cevap verip onun belki sağlık kuruluşuna ulaşımını engelliyorum. Benden yardım aldığı için sağlık kuruluşundan yardım almayabilir.”

4.2.4.1.3. “Yer, Ortam ve Zamanına İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi

Katılımcıların “katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler” (f=73) ana kategorisinde, sıklık değeri ikinci yüksek olan “talepte bulunan kişiye ilişkin nedenler” (f=21) alt kategorisini 10 sıklık değeri ile “yer, ortam ve zamanına ilişkin nedenler” alt kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 6 farklı kabul etmeme nedeni belirttiler.

Bu 6 farklı koddan sıklık değeri en yüksek 4 kod “talebin kalabalık ortamda yapılması”, “talebin ayaküstü yapılması”, “talebin kısıtlı dar zamanda yapılması”, “muayene imkânının olmaması” kodlarıydı. Onları diğerleri takip etti.

“Yer, ortam ve zamanına ilişkin nedenler” alt kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenlerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

B10 (E, 28) “*Tabi burada sınır olarak yer ve zamanda önemli. Yani aile ortamında uygun bir ortamda baş başa kalabileceğimiz izole bir ortamda ise olur. Ama çok kalabalık bir ortamdır ya da zaman sıkışıktır o zaman olmaz mesela.*”

S6 (E, 50) “*Yer önemlidir. Sokaktaysa, ayaküstü ise olmaz. Daha mahrem yerlerde yardımcı olurum.*”

S7 (E, 44) “*Vakit sınırlı olduğu zamanlarda kabul etmem. Sınırlı vakitlerde konuyu atlarım yanlış bir şeyler olur diye reddederim.*”

B5 (K, 35) “*Hastayı muayene edebileceksem ya da tahlil sonuçlarını görebileceksem yardımcı olmaya çalışırım. Değilse olmam.*”

4.2.4.1.4. “Kabul Edilirse Oluşabilecek Hatalara İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi

Katılımcıların “katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler” (f=73) ana kategorisinde, sıklık değeri üçüncü yüksek olan “yer, ortam ve zamanına ilişkin nedenler” (f=10) alt kategorisini 9 sıklık değeri ile “kabul edilirse oluşabilecek hatalara ilişkin nedenler” alt kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 3 farklı kabul etmeme nedeni belirttiler.

Bu 12 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “tıbbi açıdan hastaya zarar vereceğinin ön görülmesi” (f=5) kodudur. Onu “tıbbi bir durumu gözden kaçırma, atlama ihtimalinin bulunması” (f=3) ve “müdahalenin komplikasyona neden olacak olması” (f=1) kodları takip etti.

“Kabul edilirse oluşabilecek hatalara ilişkin nedenler” alt kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenlerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

C9 (K, 30) *“Uygun olmadığını, yeterli müdahale edemeyeceğimi düşündüğüm için, yanlış bir şey yapmaktan kaçınmak için kabul etmem.”*

C5 (E, 39) *“Bilgim sınırlı olduğu için beni aşan konular olabileceği için hastalığı atlayabileceğim için tedavi etmek isteyebilirim”*

4.2.4.1.5. “Hekime İlişkin Nedenler” Alt Kategorisi

Katılımcıların “katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler” (f=73) ana kategorisinde, “kabul edilirse oluşabilecek hatalara ilişkin nedenler” (f=9) alt kategorisini 4 sıklık değeri ile “hekime ilişkin nedenler” alt kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 3 farklı kabul etmeme nedeni belirttiler.

Bu 3 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “hekimin karar verici konumunda olmaması” (f=2) koduydu. Onu 1’er kodla “hekimlik tatmini yaşayamayacak olmak” (f=1) ve “hekimin böyle bir sağlık hizmetinin doğru olmadığını düşünmesi” (f=1) kodları takip etti.

“Hekimlere ilişkin nedenler” alt kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etmeme nedenlerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

B3 (E, 27) *“Mesela eşimden örnek vereyim. Eşimin hani fizik muayenesi yapamıyorum. Hani bu talebinin artık ben çoğu eşimden gelen çoğu talebi reddediyorum. Çünkü yani dokunduğum zaman huylanıyor, gıdıklanıyor yani düzgün muayene yapamıyorum ve hani o da eczacı olduğu için benim anlattığım şeyler onun*

için birazcık havada kalıyor. O yüzden mesela genellikle o bana geldiği zaman talebini reddedip normal bir hekime başvurmasını söylüyorum. Muayenemi yapamadığım için onun için hem hastalıkları gözden kaçırma hem de yani ben hekimlik tatmini yaşayamayacağım orada. Yani bir hastalığı yönetemeyeceğim, hani kontrol bendeymiş gibi gözükse de o benim dediklerim olmayacak yani o tamamen bir faydam olacağını düşünmüyorum. Daha çok sosyal bir aktivite gibi yapmaya başladılar bunu. Benimle o şekilde sosyalleşebiliyorlar. Hani ben de bunu eğer sosyal aktivite ise çok böyle üzerine düşmüyorum. Ya da işte daha az detaylı şeyler söylüyorum. Ama eğer ki gerçekten mesela bir arkadaşımın yakını işte over kanseri, ona mesela gerçekten birinci basamak hekimliği şeklinde yaklaştım.”

S5 (E, 49) *“Böyle bir sağlık hizmetinin doğru olmadığını düşündüğüm için reddederim. Bu işin bir yolu yordamı var.”*

B6 (K, 26) *“Hastayla baş edemeyeceğim şekilde ise karar verici konumda değilsem kabul etmem.”*

4.2.4.1.6. “Reddetmeyenler” Alt Kategorisi

Katılımcıların “katılımcıların talepleri kabul etmeme nedenlerine dair görüşler” (f=73) ana kategorisinde, “hekime ilişkin nedenler” (f=4) alt kategorisini 2 sıklık değeri ile “reddetmeyenler” alt kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu alt kategoride talepleri kabul ettiklerini, reddetme nedenlerinin olmadığını belirttiler.

Bu alt kategorinin tek kodu sıklık değeri 2 olan “taleplerin kabul edilmesi, reddetme nedeninin olmaması” koduna dair görüşler aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

B7 (E, 29) *“Kabul etmemek gibi bir şeyim yok açıkçası. Şimdiye kadar öyle bir durum da yaşamadım. Sadece işte ne bileyim uygun olmayan bir ortam belki şey olabilir. Yani onun haricinde kabul etmeme gibi bir lüksüm de durumda yok açıkçası. Yani misal kabul etmemek değil de en basitinden hani elimde alet edevat olmadan muayenesini yapamayacağım bir durum olursa o gibi aksaklıklar yaşadım, yoksa her türlü şeyi kabul ederdim.”*

S2 (K,34) “Genelde hiç kabul etmediğim olmadı yani bir problem varsa onu nasıl çözebileceğimizi hep düşünürüm. Hani kendimin yapabileceği bir şey yoksa cerrahi bir şey gerektiriyorsa en azından yol gösteririm.”

4.2.4.2. “Katılımcıların Tıbbi Bakım Taleplerini Kabul Etme Nedenleri”

Ana Kategorisi

“Hekimin talebi karşılayıp karşılamama nedenlerine dair görüşler” (f=135) alt temasında, 62 sıklık değerine sahip “katılımcıların talepleri kabul etme nedenlerine dair görüşler” ana kategorisine yönelik bulgular Tablo 4.12.’de sunuldu.”

Tablo 4.12. Katılımcıların talepleri kabul etme nedenlerine dair görüşler ana kategorisi (n=37)

Alt Kategori	Kod	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
İsteyerek kabul etme	Yardımcı olmak için	4	5	3	4	16
	Tıbbi hizmete hızlı ulaşım için	1	1	2	-	4
	Tıbbi bakım almakta olan kişilerdeki eksik ve yanlışları düzeltmek	-	1	-	1	2
	Kolaylık sağlamak için	1	1	-	-	2
	Etkin ve doğru tıbbi hizmete ulaşım için	-	1	1	-	2
	Yakının sıkıntısını gidermek için	-	1	-	-	1
	Sağlık problemine o an çözüm üretmek için	-	-	-	1	1
	Yakının bozuk tıbbi durumunu düzeltmek için	1	-	-	-	1
	Durumun aciliyetini belirlemek	1	-	-	-	1
	Doğru bilgiye ulaşmalarını sağlamak için	-	1	-	-	1
	Yakının merakını gidermek için	-	1	-	-	1
	Sağlık bilinci oluşturmak için	1	-	-	-	1
	Yakınının sağlığının katılımcının kontrolünde olması için	-	-	1	-	1
	Empati yaptığı için	1	-	-	-	1
	Gerçekten ihtiyacı olduğunu hissettiği için	-	-	-	1	1
TOPLAM	10	12	7	7	36	
Zorunluluk ve sorumluluk nedeniyle kabul etme	Hekimliğin görev ve sorumluluğu	3	-	3	2	8
	İlişkilerin getirdiği sorumluluk	1	1	3	2	7
	Yakınlarını kıramama	-	1	2	3	6
	Vicdani sorumluluk	-	-	1	1	2
	Sonradan vicdan azabı çekmemek için	-	-	-	1	1
	Hakkında olumsuz konuşulmaması için	-	-	1	-	1
	Acil durumlarda ki hekimlik sorumluluğu ve yasal sorumluluk	-	-	1	-	1
	TOPLAM	4	2	11	9	26
GENEL TOPLAM	14	14	18	16	62	

Tablo 4.12.'de görüldüğü gibi “katılımcıların talepleri kabul etme nedenlerine dair görüşler” ana kategorisi altında toplanan bulgular sonucunda 62 sıklık değerine ulaşılmış olup bu ana kategorinin iki alt kategorisi bulundu. Katılımcı hekimler bu ana kategoride 22 farklı kabul etme nedeni belirttiler.

İki alt kategoriden sıklık değeri en yüksek olan 36 sıklık değeri ile “isteyerek kabul etme” alt kategorisiydi. Onu 26 sıklık değeri ile “zorunluluk ve sorumluluk nedeniyle kabul etme” alt kategorisi takip etti.

“İsteyerek kabul etme” alt kategorisinin 16 sıklık değeri ile sıklık değeri en yüksek kodu “yardımcı olmak için” koduydu. Onu 4 sıklık değeri ile “tıbbi hizmete hızlı ulaşım için” (f=4) kodu takip etti.

“Zorunluluk ve sorumluluk nedeniyle kabul etme” alt kategorisinin 8 sıklık değeri ile sıklık değeri en yüksek kodu “hekimlerin görev ve sorumluluğu” (f=8) koduydu. Onu “ilişkilerin getirdiği sorumluluk” (f=7), “yakınlarını kıramama” (f=6) kodları ve diğerleri takip etti.

“Katılımcıların tıbbi bakım taleplerini kabul etme nedenleri” ana kategorisinde katılımcıların; aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini kabul etme nedenlerine dair görüşleri kategori ve kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“İsteyerek kabul etme” alt kategorisine dair ifadeler

“Yardımcı olmak için” koduna dair ifadeler

A5 (K, 28) *“Talebin ciddi ve hayati olduğunu düşünüyorsam kabul ederim. Bunu yardımcı olma içgüdüsü ile yapıyorum.”*

B9 (K, 28) *“Yardımcı olmak için yani, işte onun aklındaki soru işaretlerini gidermek için.”*

B10 (E, 28) *“Burada esas olan yardımcı olmak. Yardımcı olurum kendi görüşümü söylerim ancak farklı doktorların görüşünü de almasını tembihlerim beni aşan bir durum varsa eğer. O yüzden ilişkim bozulacakmış bana daha sonra tavır alacakmış şeklinde hareket etmem. Yönlendirmem gereken başka bir branş varsa*

oraya yönlendiririm. Bunu da kendisine söylerim. Burada maksat yardımcı olmak yardım etme isteği ile müdahale ederim.”

C2 (K, 27) “Kabul etme nedenimde yardımcı olmak için, başka bir nedeni yok.”

S3 (E, 36) “Neden kabul ederim? Ya onlara yardımcı olmak adına. Hekime ulaşmak, doğru bilgiye ulaşmak zor. Hani zaman zaman kendi sağlık sorunlarımız için de; yakınımıza gidiyoruz, tanıdığımızı, hani beraber görüştüğümüz hocamıza gidiyoruz. Onlara yardımcı olmak amaç. Hani bir adım daha önde olmalarını ben mantıklı buluyorum yani sağlık çalışanı yakını olarak.”

“Zorunluluk ve sorumluluk nedeniyle kabul etme” alt kategorisine dair ifadeler

“Hekimlerin görev ve sorumluluğu” koduna dair ifadeler

A8 (K, 27) “Genel olarak benim bir asimde tetkik vs. istemeden yapabileceğim tansiyon takibi, beslenme önerisi, ilaç yan etkisi bilgilendirilmesi, gerekli durumlarda branş hekimine yönlendirme durumlarda kolaylık sağlamaya çalışırım. Bilhassa belli yaşın üzerinde ve hastaneye ulaşımı sorun olacak kişilerde bunu lüks olarak değil görev olarak görürüm.”

C3 (K, 29) “Sonuçta doktoruz. İnsanlara karşı bir sorumluluğumuz var. En azından hiçbir şey yapmasam bile bilgilendirmeliyim.”

C10 (E, 31) “Kabul etme nedenim yani aslında hekimliği sabah 8.00 akşam 5.00 olmadığını düşünmemden ötürü oluyor biraz da belki de. Hekimliğin bir yaşam biçimi olduğu, dışarıda otururken yemek yerken de hekimliğe ihtiyaç duyulabileceğine inandığımdan böyle bir talep gelirse genelde, hatta genelde değil tamamını kabul ederim. Mutlaka dinlerim bir çözüme kavuştururum.”

“İlişkilerin getirdiği sorumluluk” koduna dair ifadeler

C4 (E, 28) “Benim için tıbbi sorunun önemi sınırları oluşturmaktadır. Kabul etme nedenlerimin başında insani vicdanım gelir. Gerçekten yardım bekleyen birisine elimden geliyorken yardım etmemek vicdanen beni rahatsız eder. Ayrıca akrabalık ve

arkadaşlık ilişkilerinin getirmiş olduğu hatır için ve veya bazen de onlara karşı sorumlu hissetmem nedeniyle bakarım.”

C7 (K, 27) *“Kabul ederim çünkü onlar ailem.”*

C8 (K, 31) *“Yakınım olduğu için, yardımcı olmak için evet işini çözebileceğim bir şeyse.”*

“Yakınlarını kıramama” koduna dair ifadeler

B2 (E, 30) *“Kıramamak daha çok. Hayır diyemiyorum bazen. Çünkü bir şekilde yardımcı da olmak istiyorum içimden. Ama doğrusu olmadığını anlatmaya çalışıyorum.”*

S10 (K, 45) *“Yardımcı olmak, bir sağlık problemine o an mümkünse çözüm üretmek ve kişiyi kırmamak için kabul ederim.”*

Ana kategoriye dair diğer ifadeler

C6 (E, 40) *“Sağlık hizmetlerine ulaşmalarını hızlandırmak ve insanlara yardım etmek için kabul ederim. Hekimliğin temeli budur. Hekim yirmi dört saat hekimdir.”*

S1 (K, 39) *“Yanlış yönlendirilmiş, yanlış tanı konulmuş, yanlış doktora gittiğini düşündüğüm kişileri doğru yola iletmek için yardım ederim.”*

B3 (E, 27) *“Yani hem tanıdığım bir insanın, diğer hekimlerden farklı şeyler söyleyeceğini bildiğim için. Mesela yine bu over kanserini örnek verelim. Herkes kemoterapinin dozları ile ilgileniyor ya da işte hastanın ağrısıyla bile ilgilenmiyorlar işte, ameliyatın düzeyi ile ilgileniyorlar işte, patolojinin sonucu ile ilgileniyorlar. Aslında hani benim onun için biliyorum ki önemli olan hastaneye gidip gelme zorlu, hani orada yaşayacağı sorunlar, işte hayatını nasıl devam ettireceği, oğluyla ilgili ilişkisi ya da oğlunun durumu, oğlunun annesine bakış açısı, ölüm nedir mesela, ölümün korkusu, bunları onlara anlatmaya çalışıyorum. Herhangi bir ilaç yazmıyorum ama hani uzun uzadıya hasta bilgilendirmesi yapıyorum.”*

S2 (K, 34) “Bir doktor olarak öncelikli görevim insanlara yardım etmek diye düşünüyorum yakınım olsa da olmasa da. Çevrelerinde demek ki beni yakın görüp bu sıkıntısını bana bildiriyorlar birçok hekim olmasına rağmen. Yardım etmenin görevim olduğunu düşünüyorum. Hem mesleki hem vicdani.”

S8 (E, 42) “Ailemin beklentilerine cevap vermeye zorunluymuşum gibi hissediyorum. Bazen de ya konulan tanı ve almakta oldukları tedavi yanlışsa diye düşünüp sonradan vicdan azabı çekmek istemediğimden mutlaka dinliyorum.”

B7 (E, 29) “Yani az önce de dediğim gibi hani sağlık, tıp okumamın en büyük etkenlerinden biri kendi akrabalarım, yakınlarıma sağlıklı bilgiyi ulaştırabilmek onlara. Çünkü tıp camiasında da bir sürü bilgi kirliliği var. Farklı yaklaşımlar var en azından kendi bilgim ve tecrübem dâhilinde yakınlarıma en sağlıklı bilgiyi ulaştırmak.”

A10 (E, 26) “Bilmedikleri ve bilgiye ihtiyaçları olduğu için soru sorduklarında onlara yardımcı olmak ve onlarda sağlık bilinci oluşturmak adına taleplerini kabul ederim. İnsanlarda sağlık bilinci oluşturmak birinci basamakta bize düşüyor.”

S5 (E, 49) “Gerçekten ihtiyacı olduğunu hissedersen kabul ederim yardımcı olmak isterim veya reddedemeyeceğim, kıramayacağım biri olursa istemeye istemeye de kabul ederim.”

A9 (E, 32) “Kabul ederim çünkü akrabalık ilişkileri önemsemişim için. Empati duyduğum için. Tam tersi durumda olsam. Benim bu şekilde yardım isteğim olsaydı, bana yardım edilmesini isterdim. O yüzden kabul ediyorum genelde.”

C9 (K, 30) “Tıbben acil durumda hekimlik sorumluluğum vicdani ve yasal sorumluluğumdan dolayı kabul ederim.”

4.3. Aile Hekimliği Asistanlarının; Profesyonel Bir Meslek Sahibi Olarak Meslek Etiği Bağlamında Aile Ve Yakınlarının Sağlık Taleplerine Dair Görüşleri

Yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “profesyonel bir meslek sahibi hekim olarak meslek etiği bağlamında aile hekimliği asistanlarının; aile ve

yakınlarının sağlık taleplerine ilişkin görüşleri”ni ortaya koymayı amaçlayan üçüncü grup görüşme sorularına verilen cevaplardan elde edilen bulguları içeren bu ana başlık, alt görüşme soruları doğrultusunda beş alt başlık altında toplandı. Bu beş alt başlık altında aile hekimliği asistanlarının; “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi” gerektiği yönündeki görüşe katıp katılmadıkları, yakınlarına tıbbi bakım sağlamlarının avantajları ve dezavantajları, yakınlarına bakan hekimlerin hekimlik sınırları alt temalarına yer verildi. Bu alt temalardan profesyonel olarak hekimlik ana temasına ulaşıldı. Bu ana başlık altında veri incelemesine dâhil edilen katılımcı sayısı 38 kişidir.

4.3.1. Aile Hekimliği Asistanlarının; “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Gerektiği” Yönündeki Görüşe Katıp Katılmadıklarına Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*Hekimin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği yönündeki görüş*” konusunda ne düşünüyorsunuz?” sorusuna 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular yer aldı.

“Hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği” yönündeki görüşe katıldıklarını veya katılmadıklarını bildiren katılımcıların sayısal dağılımı Tablo 4.13.’te verildi.

Tablo 4.13. Aile hekimliği asistanlarının; “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi” gerektiği yönündeki görüşe katıp katılmama yüzdeleri (n=38)

Hekimler kendi yakınlarını tedavi etmemeli” görüşü	Kişi Sayısı	%
Genel olarak bu görüşe katılanlar	23	60,53
Genel olarak bu görüşe katılmayanlar	12	31,58
Görüşe katılıp katılmadığını belirtmeyenler	3	7,89

Tablo 4.13.’te görüldüğü gibi “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği” görüşüne katılıp katılmadıkları sorulan 38 katılımcıdan %60,53’ü genel olarak bu görüşe katıldıklarını, %31,58’i katılmadıklarını açıkça belirtti ancak 7,89’u katılıp katılmadıklarını net bir şekilde belirtmedi.

Katılımcıların, ‘hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği’ yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşlerine yönelik bulgular kategorize edilerek Tablo 4.14.’te sunuldu.

Tablo 4.14. Aile hekimliği asistanlarının; “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi” gerektiği yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşler alt teması (n=38)

Ana Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Katılıyorum ancak bazı durumlarda bakılabilir (f=14)	Aile hekimliği yaklaşımı açısından bakılabilir.	-	-	2	-	2
	Hastalığın derecesine göre karar alınmalıdır.	-	1	1	-	2
	Pratikte yakınlarımla ilgilenemem gerekir.	1	-	-	1	2
	Hekim yakınına yönlendirebilir.	1	-	1	-	2
	Acil ciddi durumlarda bakarım.	2	-	-	-	2
	Sağlık sistemine güvenmediğimden ilgilenirim.	-	-	1	-	1
	Bakabilecek başka hekim yoksa bakılabilir.	-	-	1	-	1
	Yakınının takiplerini yapabilir.	-	1	-	-	1
	Sadece bilgilendirme yapmalıdır	-	1	-	-	1
	<i>Toplam</i>	4	3	6	1	14
Katılıyorum (f=11)	Yakınlara bakılmamalıdır	1	3	3	4	11
Katılmıyorum ancak bazı durumlarda bakılmamalıdır (f=11)	Belli bir seviyeye kadar bakılmalıdır	1	1	-	-	2
	Profesyonel olarak ve etik çerçevede bakmalıdır	-	1	-	1	2
	Cerrahi branşlarda bakılmamalıdır.	-	1	1	-	2
	Duyguları ağır basarsa yapmamalıdır.	-	-	-	1	1
	Psikiyatrik hastalıklarda bakılmamalıdır.	1	-	-	-	1
	Kendi branşı dâhilinde yapabilirse bakmalıdır.	-	1	-	-	1
	Bu konuda yeterliyse yapmalıdır.	-	1	-	-	1
	İnvaziv girişimleri yapmamalıdır.	-	1	-	-	1
	<i>Toplam</i>	2	6	1	2	11
Görüşe katılıp katılmadığını belirtmeyenler (f=8)	Basit, hafif durumlarda bakılmalı	1	-	1	1	3
	Acil durumlarda bakmalıdır	-	-	1	-	1
	Cerrah iyi ise yakınına ameliyat edebilir.	-	-	1	-	1
	Ameliyat gibi büyük durumlara bakılmamalı.	1	-	-	-	1
	1. derece yakınlarla bakılamamalı	-	-	-	1	1
	Baksa bile meslektaşının görüşünü almalı	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>	2	-	4	2	8
Katılmıyorum (f=4)	Yakınlara bakılmalıdır	1	-	1	2	4
<i>Genel Toplam</i>		12	12	13	11	48

Not: 40 katılımcının tamamı görüş bildirmiştir.

Tablo 4.14.'de görüldüğü gibi “katılımcıların; ‘hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi’ gerektiği yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşleri” alt teması altında toplanan bulgular sonucunda beş kategoriye ve toplam 48 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 5 kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “katılıyorum ancak bazı durumlarda bakılabilir” (f=14) kategorisiydi. Onu sırasıyla “katılıyorum” (f=11), “katılmıyorum ancak bazı durumlarda bakılmamalıdır” (f=11), “görüşe katılıp katılmadığını belirtmeyenler” (f=8) ve “katılmıyorum” (f=4) kategorileri takip etti.

4.3.1.1. Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne “Katılıyorum Ancak Bazı Durumlarda Bakılabilir” Kategorisi

“Katılımcıların, ‘hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği’ yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşleri” alt temasında, sıklık değeri en yüksek olan, 14 sıklık değeriyle “Katılıyorum ancak bazı durumlarda bakılabilir” kategorisidir. Katılımcı hekimler bu kategoride 9 farklı görüş bildirdi.

Bu 9 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olanlar -hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi görüşüne katılıyorum ancak- “Aile hekimliği yaklaşımı açısından bakılabilir” (f=2), “Hastalığın derecesine göre karar alınmalıdır” (f=2), “Pratikte yakınlarımla ilgilenebilmem gerekir” (f=2), “Hekim yakınına yönlendirebilir” (f=2), “Acil durumlarda bakarım” (f=2) kodlarıydı. Onları diğer kodlar takip etti.

Bu bölümde kodlama yapılırken hekimlerin “görüşe katılıyorum” düşünceleri ile bildirdikleri zıt ifadeleri dikkate alındı. Düşüncelerini destekleyici ifadelerinin kodlaması yapılmadı.

Katılımcıların “ katılıyorum ancak bazı durumlarda bakılabilir” kategorisine ilişkin görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

C2 (K, 27) “Katılıyorum. Ancak aile hekimliği açısından 1. basamakta değerlendirilebilen hastalıklar kapsamında geçici veya kendini sınırlayan hastalıklarda hekim kendi yakınını değerlendirebilir. Ancak daha ağır hastalıklarda acil, cerrahi, onkolojik durumlarda hekim yakınını kendi takip etmemelidir.”

B10 (E, 28) “Bu görüşün uygulanabilirliği var. Ama burada olayın ciddiyeti bence önem arz ediyor. Örneğin bir öksürük şikâyeti gibi bir şikâyeti muayene etmekte tedavi etmekte kendi yakınım olduğunda bir sakınca yok ama mesela bir cerrah olduğunuzu düşünün, komplike bir ameliyata gireceksiniz, bence de kendi akrabanızsa o ameliyatı siz yapmamalısınız. Çünkü bu işin duygusal boyutu var. Ameliyat çok uzun ve zorlu bir süreç. Bu süreci belki atlatamayabilirsiniz. Çok başarılı cerrahlar mesela kendi annesinin veya babasının ameliyatına girmiyor. Bence etik açıdan bu doğru. Ama bir öksürük şikâyeti, bir boğaz, kulak muayenesi gibi ileride çok sorun teşkil etmeyecek basit şikâyetler muayene edilebilir bence. Ama bu görüş deontolojik açıdan uygulanabilir.”

A5 (K, 28) “Bence biraz karmaşık bir durum. Bir yandan yakınlarımla yakından ilgilenme durumum olduğu için kabul etmem gerekiyor. Ancak yine de yakınları tedavi etmemin deontolojik açıdan doğru olmadığını düşünüyorum. Olması gereken hekimin yakınlarını tedavi etmemesidir.”

C4 (E, 28) “Genel olarak katılıyorum. Hekim yakınlarına bakarken ikilemde kalarak yanlış yapma ihtimalini arttırabilir. Ben özellikle kendi çocuğuma bakarken ikilemde kalırım ve ikinci bir hekimin bakmasını isterim. Ancak bu sıkıntıyı uzak yakınlarıma bakarken hissetmiyorum. Ayrıca aile hekimliği açısından bakacak olursak daha çok önleyici ve yaşam tarzı değişikliği yaklaşımı olan bir branş olma sebebi ile yakınlarına tıbbi hizmet vermesi daha az sakıncalı olabilir. Ek olarak bir cerrah alanında bir operasyonu en iyi yapan kişi ise ve ondan başka bunu yapabilecek birisi yok ise yakınlarını opere edebilir.”

A10 (E, 26) “Bu konuya katılıyorum. Normalde yapmayacağım bir yanlışı yakınıma yaptım. Ağlıyordu ve ağlamasın diye muayenede ısrarcı olmadım. Hastalığını atladığım için sonrası bende daha yıkıcı oldu. Hekim yönlendirebilir ama muayene etmemeli, ilaç yazmamalı.”

C3 (K, 29) *“Hastalığın derecesine göre hekim kendi bu konuda karar alır. Ben de açıkçası yakınımı tedavi ederken sıkıntı yaşıyorum. Hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiğini düşünüyorum. Yardımcı olabilirsiniz, yol gösterebilirsiniz ama başka bir hekim kontrolünde olması daha iyi olur.”*

4.3.1.2. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne Katılıyorum” Kategorisi

“Katılımcıların, ‘hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği’ yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşleri” alt temasında, sıklık değeri en yüksek olan “Katılıyorum ancak bazı durumlarda bakılabilir” (f=14) kategorisini 11 sıklık değeri ile “katılıyorum” kategorisi takip etti. Bu kategorinin sıklık değeri ile katılımcı sayısı denkti. Katılımcı hekimler bu kategoride tek görüş bildirdi.

Bu kategorinin tek kodu 14 geçme sıklığına sahip “yakınlara bakılmamalıdır” koduydu.

Katılımcıların “katılıyorum” kategorisine ilişkin görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Yakınlara bakılmamalıdır” koduna dair ifadeler

A8 (K, 27) *“Her ne kadar yakınımızın tedavisine katkıda bulunma fikri güzel gibi olsa da objektifliğin, düşük prevalans hekimliğinin, duygusal bağla da birleşerek karar alma mekanizmalarının doğru işleme ihtimalinin daha az olduğunu düşünüyorum. Hasta olarak başvuran yakınlarımla aramdaki ilişkiye bağlı olarak bazı belirtileri çok çok önemseme, bazısını gözden kaçırma, bazı soruları tanımadığımız bir hastaya olduğu kadar kolay soramama veya cevap alamama durumları; kişinin kendi yakınının primer hekimi olmaması gerektiğine dair düşünceye beni daha yakın hissettiriyor.”*

B2 (E, 30) *“Ben de aynı şeyi düşünüyorum. Yakınlarla hasta doktor ilişkisini koruyamadığımızı ve hani yakınların bunu suiistimal edebileceğini ya da önemli özel konuları size açmak istemeyeceğini düşündüğüm için bu konuda katılıyorum. Bayağı yakın arkadaşına ya da güvendiğim başka bir hekim arkadaşına yönlendirmeyi tercih ederim.”*

C6 (E, 40) *“Doğrudur. Etmemesi gerekir. Yakınlarının hekimlerine itimadı daha düşük oluyor. Bu yüzden başka bir doktorun bakması daha iyi olur.”*

C9 (K, 30) *“Ben de böyle düşünüyorum. Yakının ile olan ilişkilerinde profesyonellik ortadan kalkabiliyor. Hasta hekim ilişkisi bozulabiliyor. Akrabalık arkadaşlık ilişkisi bozulabiliyor. Hasta hekim ilişkisi tam ve doğru kurulamıyor. Beni doktor olarak göremiyorlar.”*

S1 (K,39) *“Bence de doğru. Hekimler kendi yakınlarını tedavi etmemelidir. Hekimler daha tedirgin oluyorlar, özgüven düşüklüğü yaşıyorlar. Bu da hataları arttırıyor.”*

S5 (E, 49) *“Katılıyorum. Ben de öyle düşünüyorum. Çünkü yakınların ile yakın olduğun için etkin ve doğru bir hasta hekim ilişkisi oluşturulamıyor. İletişim doğru olmuyor.”*

4.3.1.3. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne “Katılmıyorum Ancak Bazı Durumlarda Bakılmamalıdır” Kategorisi

“Katılımcıların, ‘hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği’ yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşleri” alt temasında “katılıyorum” (f=11) kategorisini aynı 11 sıklık değeri ile “Katılmıyorum ancak bazı durumlarda bakılmamalıdır” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride 8 farklı görüş bildirdi.

Bu 8 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olanlar –hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi görüşüne katılmıyorum ancak- “Belli bir seviyeye kadar bakılmalıdır” (f=2), “Profesyonel olarak ve etik çerçevede bakılmalıdır” (f=2) ve “Cerrahi branşlarda bakılmamalıdır” (f=2) kodlarıydı. Onları diğer kodlar takip etti.

Bu bölümde kodlama yapılırken hekimlerin “görüşe katılmıyorum” düşünceleri ile bildirdikleri zıt ifadeleri dikkate alındı. Düşüncelerini destekleyici ifadelerinin kodlaması yapılmadı.

Katılımcıların “Katılmıyorum ancak bazı durumlarda bakılmamalıdır” kategorisine ilişkin görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

A9 (E, 32) *“Ben o şekilde düşünmüyorum. Kendi yakınını da belli bir seviyeye kadar tedavi eder. Hani şöyle hani poliklinik şartlarında. Tabii ki bir servise yattığında oradaki hekimlere saygısızlık yapacak şekilde değil. Kendisi poliklinik şartlarında tetkiklerini isteyip yakınının ayaktan tedavi veya birinci basamak şeklinde tedavilerde tabii ki yapmalı. Kendi servisinde çalışıyorsa, serviste çalışan bir doktora kendi servisinde de bunları yapabilir. Şöyle yani bence tedavi verebilir ama belli şartlarda sıkıntılar da getirebilir bunun yanında. Ne gibi sıkıntılar getirir: İşte şöyle baktın işte tedavi olmadı hasta. Sonra hasta yakının işte akrabaların arasında senin hakkında konuşacak, ya işte biz de onu doktor biliyorduk, işte tedavi edemedi, bir şey de anlamıyor. Bu tarz sıkıntılı getirileri de olabilir. Ama genel anlamda bence sana yardımcı olabilir. Ben hani tedavi etmek isterim ama bu tarz durumlarla karşılaşma durumun da olabilir. Fakat onu göze alırım, çok da umursamam hani.”*

B8 (K, 28) *“Ben bu konuda bir sıkıntı görmüyorum. Hekim hastalık konusunda kendini yeterli hissediyorsa kendi yakını dahi olsa bence profesyonelce ve etik kurallar çerçevesinde bu durumu yönetebilir.”*

B1 (E, 28) *“Bizim mesleğimiz, bizim bölümümüzden kaynaklı olarak aile hekimi olduğumuz için biz zaten spesifik bir dal üzerinde çok hayati şeyler yapmıyoruz. Tabii bizim yaptığımız şey de hayati ama şöyle hayati, takiplerini yapıyoruz. Birinci basamakta tedavisini verebileceğimiz hastalıkların tedavisini veriyoruz. O nedenle bence bu algı aile hekimliği için geçerli değil. Ama bir genel cerrah olsam ben de annemi ameliyat etmezdim yani. Güvendiğim bir dostuma ameliyat ettirdim.”*

S6 (E, 50) *“Kabul edilebileceğini düşünüyorum. Doktorluk mesleğinin getirdiği profesyonelliği bozmadan kabul edilebilir. Duygular ağır basarsa kabul edilmeyebilir.”*

A2 (K, 27) *“Psikiyatrik durumlar haricinde yakınları tedavi etmenin doğru olduğunu düşünüyorum. Hastaların tıbbi geçmişini bildiği için daha çok yardımcı olacağını düşünüyorum.”*

4.3.1.4. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne Katılıp Katılmadığını Belirtmeyenler” Kategorisi

“Katılımcıların, ‘hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği’ yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşleri” alt temasında “katılmıyorum ancak bazı durumlarda bakılmamalıdır” (f=11) kategorisini 8 sıklık değeri ile “görüşe katılıp katılmadığını belirtmeyenler” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride 6 farklı görüş bildirdi.

Bu 6 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan, “Basit, hafif durumlarda bakılmalı” (f=3) koduydu. Onu “Acil durumlarda bakılmalıdır”, “Cerrah iyi ise ameliyat edebilir”, “Ameliyat gibi büyük durumlara bakılmamalı” kodları ve diğerleri takip etti. Bu kategoriyle ilgili görüş bildiren katılımcılar “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği” yönündeki görüşe “katılıyorum” veya “katılmıyorum” şeklinde net cevap vermemiş ancak bu konudaki düşüncelerini ifade ettiler.

Katılımcıların “görüşe katılıp katılmadığını belirtmeyenler” kategorisine ilişkin görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi:

Kodlara dair ifadeler

A3 (E, 25) “*Yani hani böyle büyük ameliyat falan, tamam onlar da sıkıntı çıkabilir ama böyle üsye’dir, basit hani çözülebilecek kolay şeyler varsa bunlarda yardım etmek bence yapılması gereken bir şey.*”

C5 (E, 39) “*Ben muayene ederim önerimi söylerim. ‘Benim görüşüm budur’ derim. Hafif hastalıklarda kendi yakınlarını tedavi edebilir. Acil durumlarda hekimler kendi yakınlarını tedavi etmelidir. Ayrıca bir cerrah gerçekten işini iyi yapıbiliyorsa kendi yakınlarını opere edebilir. Bu işin en iyisi o ise yapmalıdır. Ama kendi meslektaşlarının görüşünü de almalıdır. Ama hekim bu işte kötü ise başka bir meslektaşına durumu devretmelidir.*”

S10 (K, 45) “*Ciddi problemlerde, özellikle 1. derece yakınların sorunlarında muhakkak bir başka hekime göstermek gerektiğini düşünüyorum.*”

4.3.1.5. “Hekimlerin Kendi Yakınlarını Tedavi Etmemesi Görüşüne Katılmıyorum” Kategorisi

“Katılımcıların, ‘hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği’ yönündeki görüşe katılıp katılmadıklarına dair görüşleri” alt temasında, “görüşe katılıp katılmadığını bilmeyenler” (f=8) kategorisini 4 sıklık değeri ile “katılmıyorum” kategorisi takip etti. Bu kategorinin sıklık değeri ile katılımcı sayısı denkti. Katılımcı hekimler bu kategoride tek görüş bildirdi.

Bu kategorinin tek kodu 4 geçme sıklığına sahip “Yakınlara bakılmalıdır” koduydu.

Katılımcıların “katılmıyorum” kategorisine ilişkin görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Yakınlara bakılmalıdır koduna dair ifadeler

A4 (E, 28) *“Kendi yakınlarımıza tedavi bağlamında hiçbir yardımda bulunmazsak bence bu yanlış olur. Çünkü ben dedim ya yani tanımadığım adama bile, belki adam bir suçlu belki potansiyel bir suçlu yani kim olduğunu bilmediğiniz o kadar insana hiçbir kriter göz önünde bulundurmadan yardımcı olurken kendi hısımlarımıza ben yardımcı olmamız gerektiğini düşünüyorum. Ayrıca hastaneleri görüyoruz yani bazı yerlerde araya girmesen işler yürümüyor. Mecburen yakınlarımıza yardımcı olacağız bu konuda farklı bir şey düşünmüyorum yani.”*

C10 (E, 31) *“Katılmıyorum. Cerrahi asistanlığı yaptığım dönemde de kendi yakınlarını ameliyat etme etmeme gibi duygusal bir yapıda görmüyordum kendimi. Bu yüzden de kendi yakınlarımı da, polikliniğe gelen herhangi bir hasta gibi, değerlendirip duygusallıktan uzak bir şekilde mutlaka onların şikâyetlerine bir değerlendirmede bulunurum. Elimde olan imkân olmasa dahi yaratmaya çalışıyorum. Bilmiyorum ben hekimliği biraz dediğim gibi yaşam biçimi olarak görüyorum. Mutlaka bunun bir saati olmamalı. Sabah gel muayene edeyim bana göre değil.”*

S2 (K,34) *“Yani bunun etik olmadığını ya da deontolojiye aykırı olduğunu çok düşünmüyorum. Aslında hatta en iyi yardımın başta hekimin yakınlarına yapılacağını düşünüyorum kendim anlamında. Kişisel anlamda. Diğer hastadan farklı değil ama belki insanların kendi yakınları olunca daha farklı çözümler*

üretebilirler. Sağlığı gereksiz yere kullanmak amaçlı değil de gerektiği kadar. Mesela benim yakınlarımın Adana'da çoğunluğu. Hepsi hastaneye gidiyor ama yapılan tetkiklere baktığımda gereksiz birçok şey gördüğüm gibi birçok şeyin de atlanmış olduğunu görebiliyorum.”

4.3.2. Aile Hekimliği Asistanlarının Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlamalarının Yakınları İçin Avantaj ve Dezavantajlarına Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular

Bu alt başlık altında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “Bir hekim olarak baktığınız zaman yakınlarınıza tıbbi bakım sağlamanın **onlar için** avantaj ve dezavantajları nelerdir?” sorusuna aile hekimliği asistanlarının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular iki ana kategori olarak Tablo 4.15.’te sunuldu.

Tablo 4.15. Yakınlara tıbbi bakım sağlamanın avantajları ve dezavantajlarına dair görüşler alt teması

Ana Kategori	Frekans f				
	Gruplar				Toplam
	A	B	C	S	
Tıbbi bakım sağlamanın yakınlar için avantajları	19	16	25	17	77
Tıbbi bakım sağlamanın yakınlar için dezavantajları	14	17	18	11	60
Toplam	33	33	43	28	137

Tablo 4.15.’te görüldüğü gibi 38 aile hekimliği asistanının tamamının görüşünden elde edilerek “yakınlara tıbbi bakım sağlamanın avantajları ve dezavantajlarına dair görüşler” alt teması altında toplanan bulgular sonucunda iki ana kategoriye ve toplam 137 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan iki ana kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “tıbbi bakım sağlamalarının yakınları için avantajları” (f=77) ana kategorisiydi. Onu ise “dezavantajları” (f=60) ana kategorisi takip etti.

4.3.2.1. “Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlamalarının Yakınları İçin Avantajları” Kategorisi

“Tıbbi bakım sağlamanın yakınlar için avantajlarına dair görüşler” kategorisine yönelik bulguların kodları ve sayısal dağılımı Tablo 4.16.’da sunuldu.

Tablo 4.16. Tıbbi bakım sağlamlının yakınlar için avantajlarına dair görüşler kategorisi (n=38)

Ana Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Tıbbi bakım sağlamlının yakınlar için avantajları (f=77)	Tıbbi hizmete kolay, hızlı ve erken ulaşım	3	4	3	5	15
	Zaman tasarrufu	3	1	4	3	11
	Hekime istedikleri zaman, kolay ve hızlı ulaşım	2	2	2	3	9
	Hastaneye başvurmaktan kurtulma	1	-	3	-	4
	Doğru tıbbi branşa başvurma	2	-	1	-	3
	Doğru hekime başvurma	1	-	2	-	3
	Daha iyi tıbbi bilgi edinme	-	2	-	1	3
	Maddi tasarruf	1	-	1	1	3
	Rahat soru sorabilme	-	1	2	-	3
	Kendilerini güvende hissediler	2	-	-	1	3
	Acil durumlar kolay anlaşılır, hızlı yönetilir	1	1	1	-	3
	Sorunların daha ayrıntılı ve uzun incelenmesi	1	1	-	-	2
	Bilgi edinmeleri içlerini rahatlatır	1	-	1	-	2
	Şikâyetlerini daha rahat (utanmadan) anlatabilme	-	2	-	-	2
	Daha iyi ve anlaşılabilir iletişim	-	-	1	-	1
	Birçok sağlık durumu yakından, bütüncül takip edilir	-	-	-	1	1
	Farklı branşlar koordine edilebilir	1	-	-	-	1
	Bilgilendirildikleri için hastalıklarını erken dönemde tanırlar	-	-	1	-	1
	Tanı ve tedavideki aksaklıklar hızlı tespit edilir, giderilir	-	-	1	-	1
	Yakın olan hekim diğer hekimlerin eksikliklerini tamamlar	-	-	-	1	1
	Yakın olan hekim diğer hekimlerin hatalarını giderir	-	-	1	-	1
	Hekim yakınının tıbbi öyküsünü daha iyi bilir	-	1	-	-	1
	Yakını, hekimi tanıdığı için ona inanır ve önerilerine uyar	-	-	1	-	1
	Hasta daha kolay geri bildirim yapar	-	1	-	-	1
	İlaçları daha iyi düzenlenir	-	-	-	1	1
Toplam		19	16	25	17	77

Tablo 4.16.'da görüldüğü gibi “tıbbi bakım sağlamlının yakınlar için avantajlarına dair görüşler” kategorisi altında toplanan bulgular sonucunda 77 sıklık değeri ulaşıldı. Bu ana kategoride hekimler aileleri için 25 farklı avantaj belirtti.

Bu 25 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “tıbbi hizmete kolay, hızlı ve erken ulaşım” (f=15) koduydu. Onu “zaman tasarrufu” (f=11), “hekime istedikleri zaman, kolay ve hızlı ulaşım” (f=9), “doğru tıbbi branşa başvurma” (f=4) kodları ve diğerleri takip etti.

Katılımcıların, aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamlarının yakınları için avantajı hakkındaki görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Tıbbi hizmete kolay, hızlı ve erken ulaşım” koduna dair ifadeler

A2 (K, 27) *“Avantajları uzayan işlemlerin hızlanmasını sağlar. Birçok farklı branşın koordine edilmesini kolaylaştırır.”*

B6 (K, 26) *“Avantajları hani Türkiye’de olan o sıra bekleme sürecinin uzamasını kısaltıyoruz ister istemez. Yakınım annem babam dediğimizde süreç kısalıyor. Ya onların da bu sıkıntılı süreci “Of, doktor gidip şimdi uğraşacağım!” demek yerine, ‘Gideyim de halledeyim’ gibi; ‘Önemli bir sıkıntı varsa erkenden hallolmasını en azından sağlıyoruz.’ diye düşünüyorum.”*

B9 (K, 28) *“Yani avantajları hemen müdahale etmiş oluyorsun. Yani bir acil bir durum varsa anlayabiliyorsun.”*

C3 (K, 29) *“Avantajı hastanede uğraşmamış olurlar, daha kolay sağlık hizmeti alırlar.”*

S1 (K,39) *“Avantajı istedikleri an saat gece 12 bile olsa bana ulaşma imkânları rahattır. Hekimlik her zaman için tedavi etmek demek değildir. Danışmanlık da önemlidir. Daha rahat ilaç yazdırırlar. Basit tıbbi müdahaleye daha rahat ulaşırlar.”*

S7 (E, 44) *“Avantajı zamandan tasarruf eder. Teşhis ve tedavi hızlı olur. Olumsuz bir durumda tedavisini hemen kendim yapabilirim veya başkasına da yaptırabilirim.”*

“Zaman tasarrufu” koduna dair ifadeler

B10 (E, 28) *“Onlar açısından ise bunun avantajı zaman olur. Bir hastanede saatlerce harcayacağı süreyi daha verimli kullanabilir. Onun dışında bana güveniyordur. Benimle daha samimidir belki psikolojik sıkıntılarını bana daha rahat anlatabilir ama gidip başka bir doktora rahat anlatamayabilir. Samimiyet burada bir avantaj olabilir.”*

C1 (E, 28) *“Avantajları bir işlerinde gidip doktora gidip zaman kaybını önüyor.”*

C6 (E, 40) *“Sağlık kuruluşuna gidip zaman kaybetmiyorlar. Sağlık kuruluşuna hızlı ulaşıyorlar avantajı budur.”*

“Hekime istedikleri zaman, kolay ve hızlı ulaşım” koduna dair ifadeler

A8 (K, 27) *“Avantajları; zaman kazanma, 7/24 sağlıkta profesyonel görüşe ulaşabilme, acil durumlarda daha kolay alert edilip hastaneye başvurulabilme -diyabet ve bulantı birlikteliği gibi- ve güvendir.”*

B2 (E, 30) *“Kolay ulaşılabilir olmam. Hani her istediklerinde arayabilirler.”*

C5 (E, 39) *“Avantajı beni her zaman bulabilir. Bana her zaman hızlı bir şekilde ulaşım soru sorabilir. Diğer hekimlerin hatalarını düzeltebilirim.”*

C9 (K, 30) *“Onlar için daha kolay ulaşılabilirim. İstedikleri zaman ve daha çok soru sorabiliyorlar. Hastaneye gitme ve sıra bekleme derterleri olmuyor. Avantajı bu olabilir.”*

Diğer kodlara dair ifadeler

A3 (E, 25) *“Avantajı zaman tasarrufu, para tasarrufu. Hani gidip gelme hastaneye zor oluyor veya ASM’ye. Ama en azından şunun için gideyim mi gitmeyeyim mi - yani gereksiz bir şey için hastaneye göndermemiş oluyorum.”*

A1 (E, 29) *“Hızlı bir biçimde tedaviye ulaşabilirler. Yani sadece benim sayemde değil. Ben çözüm olamayacaksam da en azından daha doğru bir yere ulaşması açısından.”*

A4 (E, 28) *“Avantajları insanımızın sonuçta hiç bilmediği bir sektörden bahsediyoruz tıp. Yani bu anlamda hiç bilmediği için yapacağınız her şey onun için avantajdır. Yapmadığımız yardımlar onun için dezavantaj olacaktır. Mutlaka yardım etmemiz lazım yani. Ne gibi avantajı olur bir kere farklı farklı hekimlere başvurup da oralarda işte yok sen buranın hastası değilsin şuraya git, işte oraya gidip de sen buranın hastası değilsin buraya git şeklinde yok yere hem zaman kaybı hem iş gücü kaybı olur. Hastalarımızı da her sektörden insanlar yani sonuçta bu adamlar da birçok yerden zor izin alarak geliyorlar hastanelere. Bu bağlamda baktığında sonuçta hekimiz olacak işler az çok belli, bütün bölümlerin işleyişi az çok belli. Şimdi sen göze gidecek adamı ya sen romatolojiye git, bir gözüne baksın işte bu romatolojik bir hastalık olabilir diye romatolojiye yollarsın. Romatolog der ki önce gözden bir kâğıt getir. Onlar bir gözünü değerlendirsin dediği zaman hasta için bir*

zaman ve işgücü kaybı. O yüzden hastaya yakınımıza herkese ben bu açıdan bakarım. Sokakta tanımadığım adama da ilk gitmesi gereken yerin neresi olduğunu bildiğim ölçüde söylerim.”

B4 (E, 27) *“Ulaşım kolaylığı sağlıyor sağlık hizmetine. Bir hekim yakını olması sağlık hizmetine erişilebilirliği arttırıyor. Bir de hani kendi yakınlarım adına söyleyeyim sağlık okuryazarlığı çok yüksek insan değiller, en azından benim olmam onların açısından sağlık okuryazarlığı anlamında bir avantaj olduğunu düşünüyorum.”*

B7 (E, 29) *“Avantajı hani daha ayrıntılı bilgilendirmede bulunurum belki. Çünkü hani doktorla görüşme süreleri her zaman çok uzun zamanlar olmuyor kısıtlı süreler içerisinde doktordan bilgi alabiliyorlar. Çok ayrıntılı bilgi alamıyoruz birçoğumuz hasta olarak düşündüğümüz zaman. Onunla ilgili genel tıbbi durumu açısından bilgim dâhilinde ise daha ayrıntılı bilgilendirme yapıyorum. Avantaj olarak budur.”*

B1 (E, 28) *“Avantajları şöyle istedikleri zaman ulaşabiliyorlar bir kere. Yani saat, süre gün fark etmeksizin arayabiliyorlar. Bu bir avantaj. Veyahut kafalarına takılan herhangi tedaviyle ya da hastalıklarla alakalı herhangi bir problemi seninle sualsiz paylaşabiliyorlar; sen de dilin döndüğü kadar onları aydınlatmaya çalışıyorsun.”*

A9 (E, 32) *“Avantajı kendilerini daha güvende hissedebilirler. Çünkü şöyle yakınları olduğu bir doktor tarafından gözetim altındalar. Daha rahatsız soru sorabileceklerini bildikleri için herhangi bir sıkıntı problem yaşadıklarında ulaşabileceklerini bildikleri için daha güvende hissederler.”*

C4 (E, 28) *“Onlar için avantajı acil durumların yönetiminin daha hızlı olması, doğru hekim ve branş seçiminin daha iyi sağlanması ile vakit kaybının önüne geçilmesi olabilir. Ayrıca eğer sürekli olarak takip ettiğimiz bir yakınımız ise hastalık tanı ve tedavi sürecinde yaşanabilecek aksaklıkların tespiti ve giderilmesi daha hızlı yapılabilir. Yakınlarıma tıbbi bilgilendirme yapmam hastalıklarını erken tanıyabilmelerini sağlar. Bir gün önce mi bulgularını anlattığım babam ertesi günü kalp krizi geçirmişti. Erkenden kalp krizini tanıyabildiği için acil müdahalesi zamanında yapıldı.”*

C7 (K, 27) “Avantajları mesela özele gidip gidip ederinden fazla ödeme yapmamak, içlerinin rahatlaması yani mesela abim bir şey yaptırmış, kemik mineral dansitesi ölçümü ki kırk yaşında. Orada da osteopeni çıkmış. Mesela bu dedi işte “Ne anlama geliyor? Ben doktora sordum. Bir şey değil dedi ama benim kafam takıldı’ dedi. Ben de dedim “Abi yani bunu senden istemeleri bile gereksiz olmuş. Sen risk grubunda değilsin. Bu da önemli bir şey değil. Herhâlde sigara içtiğin içindir.’ diye öyle rahatlattım. Avantajı abimin orada cevap alamadığı bir konuda içini rahatlatmış oldum.”

S2 (K,34) “Mesela kız kardeşimin iki tane küçük çocuğu var. Hastaneye gidiyor, aile hekimine gidiyor, çocuk doktoruna gidiyor, üniversite hastanesine gidiyor ama eve geldiğinde her zaman ilaçlarla ilgili sıkıntı yaşıyor, ilaç dozlarıyla, neyi ne zaman vermesi gerektiği ile ilgili. En azından onu düzenleyebiliyorum. Annemin ilaçlarını düzenleyebiliyorum. Yakınlarımın. İlaç konusunda daha çok yardımcı olabiliyorum belki. Eksik kalan yerleri dolduruyorum.”

B3 (E, 27) “Avantajları hastanın klinik öyküsünü diğer hekimlerden, bütün herkesten daha iyi biliyor olursun. Mesela hani sigarayı 12 paket/yıl atıyorum sigara içmiş mi ya da 6 paket/yıl mı içmiş mi onu bilmiş olursun. Çünkü yani yarım paket içip içmediğini bilirsin, 12 yıl içse bile. Onun dışında hastanın söylemeyi unuttuğu ya da aklına getirmediği bu sistem sorgulaması gerektiren bulguları biliyor olursun. Bunlar iyi.”

C10 (E, 31) “Avantajları şu şekilde oluyor. Yakınlarım benim kişisel yapımı da bilip tanıdığı için sosyal anlamda. Onlara koyduğum tanılar veyahut da onlar hakkında düşündüğüm şeylere inanıyorlar. Bu inanma hasta muayenesi ve hasta tedavisi için bana göre zaten işin temel boyutu. Mutlaka da uyarlar söylediğim önerilere. Bence bu bir avantaj olabilir yani.”

B5 (K, 35) “Avantajı daha ayrıntılı inceleme yapılabilir. Hastanın geri dönüşü daha kolay olur.”

4.3.2.2. “Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlamalarının Yakınları İçin Dezavantajları” Kategorisi

“Aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamalarının yakınları için dezavantajlarına dair görüşleri” ana kategorisine yönelik bulguların kodları ve sayısal dağılımı Tablo 4.16.’da sunuldu.

Tablo 4.17. Aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamalarının yakınları için dezavantajlarına dair görüşler ana kategorisi (n=38), (f=60)

Alt Kategori	Kodlar	Frekans				Toplam
		Gruplar				
		A	B	C	S	
Tıbbi bir durumu atlama (f=17)	Hastalığı yakıştıramama	3	1	-	1	5
	Duygusal yaklaşma	-	2	-	1	3
	Sürekli talep karşısında duyarsızlaşma	-	1	2	-	3
	Poliklinik şartları olmadığından	-	-	2	-	2
	Yakını hekime eksik yanlış bilgi verilmesi	-	-	1	-	1
	Yönlendirmekten kaçınma	1	-	-	-	1
	Nedeni belirtilmemiş	-	1	-	1	2
	<i>Toplam</i>	4	5	5	3	17
Yanlış eksik bakım, tedavi (f=8)	Poliklinik şartlarının olmaması	1	-	1	-	2
	Duygusal yaklaşma	1	-	-	-	1
	Yönlendirmeden kaçınma	1	-	-	-	1
	Benimle görüştüğünden uzman hekime gitmemesi	-	-	-	1	1
	Yakınım olduğundan önerilerimi uygulamaması	-	-	1	-	1
	Verdiğimiz tıbbi bakımdan memnuniyetsizliğini çekinip söyleyememesi	1	-	-	-	1
	Başka bir hekiminde müdahil olmasının yaratacağı karışıklık	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>	4	-	3	1	8
Aşırı tanı koyma (f=5)	Duygusal yaklaşma	-	1	1	1	3
	Nedeni belirtilmemiş	-	-	1	1	2
	<i>Toplam</i>	-	1	2	2	5
İlişki bozulması (f=4)	Hekim ile yakını arasındaki ilişki bozulabilir	1	-	1	2	4
Aşırı tetkik isteme (f=3)	Detaylı bakıldığı için	1	-	1	-	2
	Duygusal yaklaşma	-	1	-	-	1
	<i>Toplam</i>	1	1	1	-	3
Asıl hekime gitmeme (f=3)	Benimle görüştüğü için asıl uzmana gitmez	2	2	-	-	4
Önerilerimi ciddiye almazlar (f=3)	Yakın olduğumuz için bana güvenmemesi	-	-	-	1	1
	Hasta rahat hissetmediği için	-	1	-	-	1
	Doktor yakın rolümün ayırt edilememesi	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>	-	1	1	1	3
Hastayı doğru sorgulayamama (f=2)	Poliklinik şartlarının olmaması	-	-	1	-	1
	Hastanın çekinip her şeyi söylememesi	-	1	-	-	1
	<i>Toplam</i>	-	1	1	-	2
Dezavantajı yoktur (f=2)	Dezavantajı yoktur.	1	1	-	-	2
Aşırı önemseme (f=1)	Bir tıbbi durumu aşırı önemseme	-	1	-	-	1
Hatalı karar alma (f=1)	Bilgimi aşan durumda	-	-	1	-	1
Sağlıklarına zarar verme (f=1)	Bilmediğim konuda yorum yaparsam	-	1	-	-	1
Yanlış işlem yapma (f=1)	Poliklinik şartlarının yokluğundan odaklanamama	-	-	1	-	1
Yanlış bilgilendirme yönlendirme (f=1)	En kötüsünü düşünme	1	-	-	-	1
Artan defansif uygulamalar (f=1)	Defansif tıp uygulamalarına fazla maruziyet	1	-	-	-	1
Kronik hastalık takip tedavisinin bozulması (f=1)	Yakını olan hekime gittiği için asıl hekime başvurmama	-	-	1	-	1
Hastanın muayeneden çekinmesi (f=1)	Hastanın muayeneden çekinmesi	-	1	-	-	1
Muayene avantajı kaybı (f=1)	Tarafsız gözle muayene olma avantajını kaybederler.	-	-	-	1	1
Hayal kırıklığı (f=1)	Beklentiye karşılık bulamama sonucu	-	1	-	-	1
Asıl uzman hekime veya bana olan güvenini azalması (f=1)	Asıl hekiminden farklı bir şey söylersem	-	1	-	-	1
Asıl uzman hekimin doğru önerilerine uymama (f=1)	Önerilerime fazla bağlanıp	-	-	1	-	1
Uzman hekim tarafından reddedilme (f=1)	Hekime benim önerilerimi dayatmaları nedeniyle	1	-	-	-	1
<i>Genel toplam</i>	<i>Toplam</i>	15	17	18	10	60

Tablo 4.17.'de görüldüğü gibi “katılımcıların aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamalarının yakınları için dezavantajları” ana kategorisi altında toplanan bulgular sonucunda 22 farklı alt kategoriye ve toplam 60 sıklık değerine ulaşıldı.

22 farklı alt kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “tıbbi bir durumu atlama” (f=17) kategorisiydi. Onu “yanlış eksik bakım tedavi” (f=8), “aşırı tanı koyma” (f=5), “ilişki bozulması” (f=5) ve diğerleri takip etti.

“Tıbbi bir durumu atlama” alt kategorisi 7 farklı koddan oluştu. Sıklık değeri en yüksek olan üç kod sırasıyla “hastalığı yakıştıramama” (f=5), “duygusal yaklaşma” (f=3), “sürekli talep karşısında duyarsızlaşma” (f=3) kodlarıydı.

“Yanlış eksik bakım ve tedavi” alt kategorisi 7 farklı koddan oluştu. Sıklık değeri en yüksek kodu 2 sıklık değeri ile “poliklinik şartlarının olamaması” koduydu. Onu diğerleri takip etti.

“Aşırı tanı koyma” alt kategorisi 2 farklı koddan oluştu. Sıklık değeri en yüksek kodu 3 sıklık değeri ile “duygusal yaklaşma” koduydu.

“İlişki bozulması” alt kategorisinin tek kodu vardı. İlişki bozulması alt kategorisindeki “Hekim ile yakını arasındaki ilişki bozulabilir” kodu 4 sıklık değerinden oluştu.

Katılımcıların, aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamalarının yakınları için dezavantajlarına yönelik görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Tıbbi bir durumu atlama” alt kategorisine ait ifadeler

C8 (K,31) *“Dezavantajı da hani az önce dediğim gibi bu onun normal hâli bu hep böyle deyip bir şey atlayabiliriz. Sormamız gereken bir şeyi sormayı unutabiliriz. Ben öyle düşünüyorum hani. Çünkü şey yaptığım zaman evde biri bana bir şey söylediği zaman bir şey sormayı unutmuş oluyorum. Poliklinikte sorulduğu zaman hani iş yeri psikolojik olarak daha şey oluyor sistematik gibi oluyor. Ya bir de şöyle bir şey var yani üst soru için bu ama hani seni yakın gördükleri için sohbet içinde söylüyorsun gibi zannediyorlar hani bir doktor olarak söylediğinin farkında olmuyorlar, önemsemiyorlar. Hani ben bunu eşimin ailesi için de yaşıyorum, hani*

kendi annem babam için de eşimin ailesi için de. Şimdi aklıma geldi sen söyleyince. Yani sohbet olsun diye anlattığımı zannediyorlar. Ben bunu fark ediyorum.”

C5 (E,39) *“Bilgimi aşan durumlarda yanlış karar verebilirim. Tetkik kan ve idrar bakamadığım için ben genel olarak en sık görülen durumlara göre karar veririm. Ayrıntıları atlayabilirim.”*

A5 (K,28) *“Dezavantajı benimle görüştüğü için aslında gitmesi gereken hekime gitmeyebilir. Ayrıca yakınım olduğu için kötü bir tanıyı hemen aklıma getirmem. Bu yüzden hastayı ve tanıyı atlayabilirim.”*

A8 (K,27) *“Dezavantajları bir semptom toplumdan farklı önemde değerlendirilmesi, yönlendirmeden çekinerek (farkında olarak ya da olmayarak) teşhis ve tedavi gecikmesi, fazla defansif tıp uygulamalarına toplumun geri kalanından daha çok maruz kalmaları, yakıştıramama nedeni ile yabancı bir hastada kolayca düşünülebilecek malign, çözümü zor hastalıkların, ön tanılarının arka plana atılması.”*

B4 (E,27) *“Dezavantajları neler olabilir yani işin içine bir miktar duygu girerse bazı tanılar atlanabilir. Kendi yakınlarına hastalığı yakıştıramazsın bazı hastalıkları. Böyle sıkıntılar oluşturabilir.”*

S7 (E,44) *“Dezavantaj olarak duygularıma kapılıp tanıda yanlışlık yapabilirim. Örneğin astımı ön tanı olarak gördüğüm bir durumda yakınıma bunu konduramadığım için yanlışlık yapabilirim.”*

C7 (K,27) *“Olayı bana eksik anlatıyorlardır belki bir şey olduğu zaman. Ama ben yine de bir şeyler söylüyorumdur. O da rahatlatıyordur. Ya atıyorum belki hani alkol kullanmıştır, başka bir şey, söylemek istemediği bir şey vardır ama hani bana üstü kapalı soruyordur. Ben cevaplayınca da rahatlıyordur ama aslında hani başka detaylı inceleme gerekiyordur.”*

B1 (E,28) *“Dezavantaj yönüyle de şu tabii ki ne kadar ihtiyatlı davranırsak davranalım bazı şeyleri atlayabiliyoruz. Veya aklımıza gelmeyebiliyor. Veyahut biz de profesyonel manada değerlendirmeyip orada ayaküstü bir sohbet içinde değerlendirdiğimiz için belki bir negatif atladığımız görmediğimiz veyahut farklı düşündüğümüz bir durumda ayrıntılı araştırmayı kaçırabiliyorlar. Ya nasıl olsa bu söyledi yapalım gitsin demek gibi”*

“Yanlış eksik bakım ve tedavi” alt kategorisine dair ifadeler

A1 (E,29) *“Kişiyeye tam sağlık hizmeti sağlayamama gibi ortam koşullarından, yakınlık derecesi gibi etkenlere bağılı olarak objektif bakamayabilirim. Var olan bir şeyi düşünmek istemediğimden kaçırabilirim.”*

C9 (K, 30) *“Dezavantajı benim ve bir başka doktorun hastaya bakmamız kafa karışıklığına neden olur. Tedavi aksayabilir. Hastane dışında olduğı için ekipman eksikliğinden yeterli ve doğru bakımı alamayabilirler. Ben de poliklinik ortamı dışında hastaya tam odaklanamayabilirim. Yanlış yapabilirim.”*

C6 (E, 40) *“Dezavantajı benim yakınıml olmaları benim ikna gücümü ortadan kaldırıyor. Benim dediklerimi uygulamaz tedavisi eksik kalır.”*

A9 (E, 32) *“Belki şu olabilir hasta yani sizin yaptığınız tıbbi bir bakımdan dolayı belki belli bir memnuniyetsizliği olabilir ama sırf yakın akrabaları diye bunu dillendiremiyor olabilir, söyleyemiyor olabilir ki bu şekilde eğer bizim de eksik yetersiz kaldığımız bir durum varsa veya kaçırdığımız, gözümüzden kaçan durumlar varsa hasta için sıkıntılı bir süreç yaşayabilir yani. Tedavi hatası olabilir.”*

“Aşırı tanı koyma” alt kategorisine dair ifadeler

B8 (K, 28) *“Dezavantajı hasta yakınımlız olunca konuya daha duygusal yaklaşp, fazla ayrıntılı düşünmek bize ve hastaya tanı tetkik vesaire gibi durumlarda ekstra yük bindirebilir.”*

C3 (K, 29) *“Dezavantajı yakınıml olduğı için daha fazla tetkik isteyebilirsiniz. Daha komplike olarak bakabilirsiniz. Duygusal yaklaştığınız için fazla medikalizasyon olabilir.”*

S9 (E, 40) *“Dezavantajı benim onlara yaklaşımım genellikle duygusal oluyor. Mantıklı düşünemeyebiliyorum. İnsanın akrabası söz konusu olunca mantıklı düşünmesi zor. Ya çok pozitif ya çok negatif bakıyorsunuz. Tanı atlama veya aşırı medikalizasyon olabilir.”*

“İlişki bozulması” alt kategorisine dair ifadeler

C4 (E,28) *“Dezavantajı yakınıml bana geldiğı için her zaman kontrolündeki doktoruna gitmeyebilir ve takip düzeni bozulur. Bu da özellikle kronik hastalıklarda tedavi etkinliğini bozabilir. Sürekli sizden tıbbi talebi olan yakınımla bir süre sonra*

duyarsızlaşabilirsiniz. Bu da bir gün onun önemli bir hastalığını göz ardı edip atlayabileceğiniz anlamına gelir. Tanı takip bilgilendirme ve tedavi sürecinde benden veya ondan kaynaklı oluşabilecek sorunlar nedeniyle ilişkimiz bozulabilir.”

S1 (K, 39) *“Dezavantajı ise hata yaptığımda bana dönüşleri daha tepkisel olur. İlişki bozulabilir. Durmaları gereken yeri bilmeyebilirler.”*

Diğer alt kategorilere ait görüşler

A2 (K,27) *“Dezavantaj olarak yakınlarının üstüne daha çok düştüğü için gereksiz tetkik istenebilir.”*

B7 (E,29) *“Dezavantaj olarak da işte yani en basitinden bilgin olmayan bir konu hakkında yorum yapmam onların sağlığının, genel durumunun bozulması açısından bir faktör olabilir. İşte belki benim söyleyeceğim muayene olan doktordan farklı bir şey söylersem muayeneye gittiği doktora güvenini sarsabilir veyahut da bana olan güvenini sarsabilir o olabilir.”*

S5 (E,49) *“Dezavantajları da çok aşırı evham pimpirik. Yani belki de hiç önemsenmeyecek bir şeyi artık karşındaki de önemsemek gereği duyabiliyor. Bir yerden sonra ya da ona o rahatlığı hissettirdiğin zaman belki de doktora gitmesi gerektiği zamanda da gitmeyebiliyor. Zaten doktor var evde diyor.”*

A10 (E, 26) *“Ben yakınlarımla derinlemesine ilgilenemediğim, yüzeysel ilgilendiğim böylece çok müdahil olmadığım için bilgimin sınırlarını aşmadığım için bir zarar verdiğimi düşünmüyorum. Aile hekimliği açısından zararlı olduğunu düşünmüyorum.”*

A4 (E,28) *“Yani akraba ilişkileri. Yaptığım yardımdan ötürü hastanın yakınımın bana işte ben ondan fayda görmedim deyip benimle akrabalık ilişkilerini bitirecekse zaten bu işin bir an önce olduğuna sevinirim aksine. Çünkü biz vicdanlı insanlarız yani yaptığımız yardımı ona göre düşünüyoruz. Kimseyi üzmemek yormak amacımız değil. Adam beni işte şuraya yolladı buraya yolladı hâlâ bir şey bulunamadı şeklinde bana bir geri dönüş sağlarsa beni bir daha arama şeklinde ben de geri dönüşümü sağlarım. Ben yapacağımız yardımın pek bir dezavantajını göremiyorum. Başka bölümdeki doktorların işine de karışmam. Önerimi sunarım hasta yakınımına ama derim ki bak oradaki işleyişi ben bilmem gittiğinde orada bana böyle dediler; bu iş böyle olacakmış şeklinde doktoru yönlendirme, sen şikâyetlerini*

git oraya söyle, onlar ne yapacağını bilir şeklinde yönlendiririm. Bunun dezavantajı şey olabilir işte. Benim doktor yakınım bana bunu dedi bu iş bu şekilde olması gerekiyormuş şeklinde doktoru yönlendirirse, bana bu şekilde bir hasta gelse git yakınım baksın git yakınım olan doktor baksın şeklinde hastayı tersleyebilirim.”

B5 (K, 35) “Dezavantajı hastanın beklentisi fazla olduğu için karşılık bulamayabilir.”

C10 (E, 31) “Dezavantajı benim söylediğim öngörü, tetkiksiz düşündüm bazı tanılara fazla bağlanıp aslında işin gerçekten erbabı olan branşa gittiğinde oradaki öneriler benimkinden farklı dahi olsa benimkine bağlı kalabiliyorlar. Bu dezavantaj olarak görülebilir.”

4.3.3. Aile Hekimliği Asistanlarının Aile ve Yakınlarına Tıbbi Bakım Sağlarken Tıbbi Bilgileri Yetersiz Kaldığında, Durumu Başka Bir Hekimin Yönetmesine İzin Verme ya da Vermeme Tercihleri Ve Bu Tercihin Nedenlerine Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “Yakınlarınıza tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilginizin yetersiz gelmeye başladığını hissettiğinizde durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verir misiniz? Onlara başka doktor önerisinde bulunur musunuz? Nedeninden kısaca bahseder misiniz?” sorusuna 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgulara yer verildi.

Katılımcıların, aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz kaldığında, durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme ya da vermeme tercihlerinin sayısal dağılımı Tablo 4.18.’de verildi.

Tablo 4.18. Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme ya da vermeme tercihlerinin sayısal dağılımı (n=38)

	Kişi Sayısı				Yüzde	
	Gruplar				Toplam	Toplam
	A	B	C	S		
Yönetmesine izin veririm	9	9	10	9	37	%97,37
Yönetmesine izin vermem	-	-	-	-	0	%0
Verip vermediğini belirtmeyenler	-	1	-	-	1	%2,63

Tablo 4.18.'de görüldüğü gibi 38 katılımcıdan 37'si durumu başka bir hekimin yönetmesine izin vereceğini belirtirken, izin vermem diyen herhangi bir katılımcı bulunmamaktaydı. Katılımcılardan 1'i izin verip vermediğini net bir şekilde belirtmemekle birlikte “*Bilgin olmayan konularda yanlış bilgilendirmemek açısından ya araştırıp ya da uzmanına danışıp öyle bilgilendirme yapmayı tercih ediyorum. Bilmediğim konuya bilmiyorum diyorum.*” (B7) diyerek kendisini ifade etti.

Aile ve yakınlarıma tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin vereceğini belirten 37 katılımcıdan 29'u tercihlerinin nedenine dair görüş bildirmişti. Bu görüşlere yönelik bulgular kategorize edilerek Tablo 4.19.'da sunuldu.

Tablo 4.19. Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme tercihlerinin nedenine dair görüşleri (n=29)

Alt Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Tercih etme nedenleri (f=32)	Olması gereken, tüm hekimlerin yapması gereken budur	1	2	4	-	7
	Gereken konularda uzman hekim yardımı önemlidir.	1	2	-	3	6
	Hata yapmak istememe	3	-	2	-	5
	Bizim yetersiz kaldığımız bilmediğimiz konular olabilir	2	1	-	-	3
	Hekim yeterliliğini aşmamalıdır.	-	-	2	-	2
	Bir şeyi gözden kaçırmak istememe	-	1	-	1	2
	Yakınına zarar vermek istememe	1	-	-	1	2
	Önemli olan hasta sağlığıdır	1	-	-	-	1
	Yakınlarımı önemseme	1	-	-	-	1
	Bizim görevimiz hastayı yönlendirmektir.	-	-	1	-	1
	Sonradan üzölmek istememe	-	-	-	1	1
	Beni rahatsız etmez	1	-	-	-	1
<i>Toplam</i>		11	6	9	6	32
Tercihe ek olarak yapılanlar (f=11)	Süreci takip etmeye devam ederim	-	1	2	1	4
	Bilmediğim konuda yorum yapmam	2	-	-	-	2
	Kendim de araştırır bilgi eksikimi tamamlarım	-	-	1	-	1
	Fakat hekimin tanı tedavisini sorgularım	-	1	-	-	1
	Ancak gerekirse hekime müdahale ederim	-	1	-	-	1
	Hastayı bekletmem, hemen gönderirim	1	-	-	-	1
	Gerekirse kâğıda da yazar, şiddetle öneririm	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>		3	3	4	1
<i>Genel toplam</i>		14	9	13	7	43

Tablo 4.19.'de görüldüğü gibi “aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme tercihlerinin nedenine dair görüşleri” teması altında toplanan bulgular sonucunda iki kategoriye ve toplam 43 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan iki kategoriden sıklık değeri en yüksek olan, “tercih etme nedenleri” (f=32) kategorisiydi. Onu “tercihe ek olarak yapılanlar” (f=11) kategorisi takip etti.

“Başka bir hekimin yönetmesine izin verip doktor önerisinde bulunurum” diyen katılımcılar bu tercihlerinin nedenlerini belirtirken aynı zamanda ilave açıklamalarda da bulundular. Katılımcıların tercihini ve tercih etme sebeplerini destekleyen bu açıklamalar “tercihe ek olarak yapılanlar” adıyla bir kategori altında toplandı.

4.3.3.1. “Tercih Etme Nedenleri” Kategorisi

“Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verme tercihlerinin nedenine dair görüşleri” temasında, sıklık değeri en yüksek olan, 33 geçme sıklık değeriyle “tercih etme nedenleri” kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu kategoride 13 farklı tercih nedeni bildirdiler.

Bu 13 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “Olması gereken, tüm hekimlerin yapması gereken budur” (f=7) koduydu. Onu “Gereken konularda uzman hekim yardımı önemlidir” (f=6), “Hata yapmak istemem” (f=5), 3 kodla “Bizim yetersiz kaldığımız bilmediğimiz konular olabilir” (f=3) kodları ve diğerleri takip etti.

Aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin veren katılımcıların “tercih etme nedenleri” kategorisine ilişkin görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Olmaması gereken, tüm hekimlerin yapması gereken budur” koduna dair ifadeler

A2 (K, 27) *“Tıbbi bir vaka ile karşılaştığımda uzmanlık alanımın elverdiği ölçüde yardımcı olmaya çalışıp ileri tıbbi müdahale gerektiren durumların uzman hekime yönlendirilmesi gerektiğini deontolojik açıdan doğru ve yapılması gereken olarak görüyorum.”*

C6 (E, 40) *“İzin veririm. Tüm hekimler de bu durumda yakınlarını başka bir hekime yönlendirmelidirler.”*

“Gereken konularda uzman hekim yardımı önemlidir” koduna dair ifadeler

B1 (E, 28) *“Evet veririm tabii ki. Tabii ki bulunurum. Çünkü zaten hiç kimse her şeyi tek başına yapamaz. Artık beni aşan bir durumda elbette ki güvendiğim arkadaşlarım olur. Bildiğim duyduğum hekimler olur onları da öneriyorum onlara”*

S7 (E, 44) *“Tabii ki izin veririm. Bu konuda bildirilen rahatsızlıkla ilgili bilgilerimin yetersiz olduğunu düşündüğümde uzman bir arkadaşımın bu konudaki bilgisi ve teşhisi daha önemlidir.”*

S8 (E, 42) *“Kendimi yeterli görmediğim birçok konuda başka hekim öneririm. Bazen daha spesifik ve alanında uzman kişilerin yardımının elzem olduğu kanaatindeyim. Hem kendimden emin olmak hem de hiçbir noktayı atlamamam gerektiği durumlarda mutlaka başka hekimden yardım alırım.”*

“Hata yapmak istemem” koduna dair ifadeler

A4 (E, 28) *“Veririm hiç düşünmeden veririm. Sonuçta hata yaparız bilmediğimiz şeyler olur, her şeyi bilemeyiz bir kere. Bunu ben baştan kabullenmiş bir hekimim. Elimden gelenleri yapmaya çalışırım, olmadığı yerde de bu işi artık başka bir doktorun şeklinde hasta yönlendiririm.”*

C4 (E, 28) *“Evet veririm. Kendim ilgili hekime yönlendiririm. Sonrasında süreci dışarıdan takip ederim. Tam olarak bilmediğiniz tecrübesiz olduğunuz konuda hata yapma riskinizin olduğu aşikârdır. Yakınınızın sağlık durumunu daha sonraki süreçte yönetecekseniz bu süreci daha iyi yönetmek adına tamamen de hastayı bir hekime devrederek ondan kopmamak gerektiğini düşünüyorum.”*

“Bizim yetersiz kaldığımız bilmediğimiz konular olabilir” koduna dair ifadeler

A9 (E, 32) *“Yani tabii ki sonuçta bir aile hekimi olarak birçok konuda bilgimiz var ama her konunun ayrı uzmanlık dalları var sonuçta. Biz de hepsinin ayrı ayrı uzmanı değiliz. Genel olarak bilgilerimiz olsa da yetersiz kaldığımız pek çok konu olacaktır. E tabii ki tedaviyi, yani önce baktım kendim sürdürebileceğim bir tedavi diye düşünüp belli bir tedaviye başladıktan sonra yetersiz geldiğimi anladığım anda hiç çekinmeden danışırım yani arkadaşlarıma. Yani önemli olan burada hastanın şeyi, sağlığı.”*

Diğer kodlara dair ifadeler

S6 (E, 50) *“Evet. Evet veririm. Çünkü bizim yetersiz olduğumuzda özellikle atlamamız gerekiyor yani ki yetersiz olabiliriz. Aile Hekimliği spesifik bir branş değil. Bir gastroenteroloji spesifik bir branştır. Onlar kadar bilgi sahibi olmam mümkün değil. Sadece fikir verebilirim. Mesela tariflediği şey reflüye tedavi edebilirim belki ama kilo kaybı tarifleyip anemi görüyorsam direkt destek isterim yani.”*

A8 (K, 27) *“Evet, bunu ben bilmiyorum, şu hekimin sizi takip etmesi daha uygun olacaktır şeklinde ifade ediyorum. Herhangi bir konuda tavrım yakınlarıma da aynıdır. Bu durum bazen hayal kırıklıklarına sebep olabilse de yakınımın sağlığını bilmediğim konuda yarım yaparak tehlikeye atmak her hâlükârda daha kötü olur diye düşünüyorum.”*

A1 (E, 29) *“Veririm o konuda. Çünkü yakınımın da yanlış hizmet almasını istemediğimden yönlendiririm. O konuda şeyim olmaz yani. Bilmiyormuşum tarzında tavrı da takınabilirler ama en azından onları önemsemişimden bilmediğim bir konuda kesin yorum yapıp bir yere gitme veya bu şekilde bir tedavi al demek istemem.”*

C5 (E, 39) *“Evet hekim bilmiyorsa yapamayacağı işin altına girmemelidir.”*

4.3.3.2. “Tercihe ek olarak yapılanlar” Kategorisi

“Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin

verme tercihlerinin nedenine dair görüşleri” temasında, sıklık değeri en yüksek olan, “tercih etme nedenleri” (f=33) kategorisini 11 sıklık değeri ile “talebe ek olarak yapılanlar” kategorisi takip etti. Katılımcı hekimler bu kategoride 7 farklı görüş bildirdi.

Bu 7 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “süreci takip etmeye devam ederim” (f=4) koduydu. Onu “bilmediğim konuda yorum yapmam” (f=2) kodu ve diğer kodlar takip etti.

Aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilgileri yetersiz gelmeye başladığında durumu başka bir hekimin yönetmesine izin veren katılımcıların “tercihe ek olarak yapılanlar” kategorisine ilişkin görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

S5 (E, 49) *“Kesinlikle izin veririm, yönlendiririm, sonrasında da takip ederim”.*

A10 (E, 26) *“Tabii ki ben zaten bilgimi aşan konularda yorum yapmam. Direkt yönlendirmeyi tercih ederim.”*

C3 (K, 29) *“Doktor önerisinde bulunurum, ancak kendim de araştırır bilgi eksikliği tamamlarım.”*

C10 (E, 31) *“Kesinlikle evet. Tabii ki de bir önceki soruda söyledim daha önceki sorulardan birinde. Bilgimin yetersiz olduğunu inanıyorsam mutlaka onun gitmesi gereken bölümü gerekirse kâğıda da yazarak şiddetli bir şekilde öneririm. Haddi bilmek gerekiyor bir noktada.”*

A5 (K, 28) *“Kesinlikle veririm. Bunu hissettiğimde hastayı hemen yönlendiririm hiç beklemem.”*

İki ana kategorideki görüşlere ek olarak bir katılımcı hastalarını yalnızca tıbbi bilgilerinin yetersiz geldiği durumlarda değil ayrıca “hiçbir noktanın kaçırılmaması gereken durumlar için” ve “kendilerinden emin olmak için” de başka hekimin ilgilenmesinin daha iyi olacağını ifade etti. Katılımcı hekimin ifadesi aşağıdaki gibidir:

S8 (E, 42) “Kendimi yeterli görmediğim birçok konuda başka hekim öneririm. Bazen daha spesifik ve alanında uzman kişilerin yardımının elzem olduğu kanaatindeyim. Hem kendimden emin olmak hem de hiçbir noktayı atlamamam gerektiği durumlarda mutlaka başka hekimden yardım alırım.”

4.3.4. Aile Hekimliği Asistanlarının, Aile ve Yakınlarını Tedavi Etme Durumunda Kaldıklarında Onlara Başka Bir Hekimin Değil De Kendilerinin Bakması Nedeniyle Çıkabilecek Olası Sorunları Vurgulayıp Vurgulamadıklarına Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “Yakınlarınızı tedavi etme durumunda onlara bu durumun olası sorunlarını vurgular mısınız?” sorusuna 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgulara yer verildi.

Katılımcıların “aile ve yakınlarını tedavi etme durumunda kaldıklarında onlara başka bir hekimin değil de kendilerinin bakması nedeniyle çıkabilecek olası sorunları vurgulayıp vurgulamadıklarına dair görüşleri”ne yönelik bulgular kategorize edilerek Tablo 4.20.’de verildi.

Tablo 4.20. Aile ve yakınlarını tedavi etme durumunda kaldıklarında onlara başka bir hekimin değil de kendilerinin bakması nedeniyle çıkabilecek olası sorunları vurguladıkları ya da vurgulamadıklarına dair görüşleri alt teması (n=38)

Kategori	Kodlar	Frekans				Toplam	Yüzde Toplam
		Gruplar					
		A	B	C	S		
Olası sorunları vurgularım diyenler	Olası sorunları vurgularım	7	9	6	7	29	%76,31
Olası sorunları vurgulamam diyenler	Olası sorunları vurgulamam	1	1	3	-	5	%13,16
Bu soruya net cevap vermeyenler	Soruya net cevap vermeyenler	1	-	1	2	4	%10,53

Tablo 4.20.’de görüldüğü gibi “aile ve yakınlarını tedavi etme durumunda kaldıklarında onlara başka bir hekimin değil de kendilerinin bakması nedeniyle çıkabilecek olası sorunları vurguladıkları ya da vurgulamadıklarına dair görüşleri”

(f=38) alt teması altında toplanan bulgular sonucunda üç kategoriye ve toplam 40 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan 3 ana kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “olası sorunları vurgularım diyenler” (f=29), kategorisiydi. Onu ise “olası sorunları vurgulamam diyenler” (f=5) ve “bu soruya net cevap vermeyenler” (f=4) kategorileri takip etti.

Katılımcıların görüşleri, kategori sırası dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Olası sorunları vurgularım diyen” kişilerin ifadeleri

A5 (K, 28) *“Elimdeki imkânların yetersiz olduğunu ve bu konuda uzman bir hekime gitmesi gerektiğini söylerim.”*

A8 (K, 27) *“Bu taleplerde her zaman bulunulan ortamın zamanın malzemenin onun bir sağlık kuruluşunda alacağı tıbbi bakımın yerini tutmayacağını mutlaka ifade ederim. Bazı konuları daha kolay atlayabileceğimizi hissettiririm. Ayrıca abartma, önemsememe gibi hekimin kendi yakınına ideal şekilde yaklaşmasının pek mümkün olmadığını söylerim.”*

A9 (E, 32) *“Yani hani şöyle. Ben ilgilenirim derim ama tabii ki de hani şunu da derim mesela; sen işte gitmiyorsun diyelim a branşına, ben hani sana bir tedavi verebilirim ama benim vereceğim tedavi yetersiz kalabilir veya hiçbir faydası olmayabilir. Yani bu, durumunu kötüleştirebilir, geciktirebilir; sen o branşa gitmen lazım. Sonuçta o branşın ben uzmanı değilim gibi yönlendirmeler yaptığım da oldu. Yaparım da.”*

B1 (E, 28) *“Tabii ki tedavi ettiğimiz zaman bu şunu yapabilir. Bunu yapabilir bak ilacını al diye veya da ilaç verdiğimiz zaman bu ilaç şunu da yapabilir diye bunları söylüyorum. Hem konduramadığım hem de normal bir poliklinikte incelediğim gibi inceleyemediğim için, ayaküstü olduğu için atlanabilir. O nedenle bunları da söylüyorum. Ben bunları dedim ama gene de sen atıyorum bir hemoroid probleminle alakalı genel cerraha görün diyorum.”*

B3 (E, 27) “Söylerim. Yani eğer ki ısrar ederse mesela şimdi örnekle açıklamak istiyorum. Ev arkadaşım F. mesela boğazları boğazı ağrıyor hani tam bir muayene yapmam gerektiğini söylüyorum. İşte odaya gidiyoruz işte steteskop falan getiriyorum muayene yapacağım diye. Öyle muayene edeceksen yok boğazıma bak diyor sadece. Diyorum ki hani böyle muayene etmem, etmezsem olmaz hani, bu iş yürümez. O zaman muayene etme diyor. Etmiyorum mesela. Onu yönlendiriyorum başka göğüs hekimine ya da başka bir hekime git diyorum.”

C1 (E, 28) “Aynen ben bunu yapıyorum. Tam sizi göremediğimden benim düşüncelerim bu, durumunuz kötü olursa yeniden başka bir doktora görünün derim.”

C2 (K, 27) “Evet bahsederim ama henüz hiç bu konudan onlara bahsetmedim. Denk gelmedi.”

C4 (E, 28) “Genellikle evet. Özellikle hastanın şikâyet ve bulguları ciddi bir durumun göstergesi ise benim tıbbi bakım sağlamamın getireceği problemlerden daha çok bahsederim.”

C5 (E, 39) “Söylerim. Benim muayene etmemin getireceği sıkıntıları söylerim. Olumsuz tepki alırım ama mecbur söylemek gerekir.”

C9 (K, 30) “Bahsederim. Kendimi küçültmeden, küçümsemeden hastanın anlayabileceği şekilde ilgili branşın görünmesinin daha iyi olacağı söylenmelidir.”

S7 (E, 44) “Bahsederim. Şöyle ki bazen kendi vicdanımın sesine kapılarak tedavide ve teşhiste yanlışlıklar yapabileceğimi anlatırım ve bu yanlışlığın da ileride getireceği sorunlardan bahsederim.”

S9 (E, 40) “Mutlaka yaparım. Yanlış yapmamak için anlatırım. Herkesi ayrıca başka doktorlara yönlendirmekteyim.”

“Olası sorunları vurgulamam diyen” kişilerin ifadeleri

A1 (E, 29) “Bire bir sözel olarak vurgulamıyorum. Ama biraz daha çekingen yaklaştığımdan o kişilerin bunu hissettiğini düşünüyorum.”

B5 (K, 35) “İlk görüşmede böyle bir şey söylemem. Yeterli olmayacağım kanaatindeysem yönlendiririm.”

C3 (K, 29) “Direkt olarak uygulamam gerektiğinde yönlendirme yaparım zaten anlaşılır.”

C6 (E, 40) “Vurgulamam. Hekim hasta ilişkisine aykırı olduğunu düşünüyorum. Hastanın bana olan güveni azalır.”

C8 (K, 31) “Yok söylemiyorum öyle şeyler kendimde saklı kalıyor.”

“Bu soruya net cevap vermeyen” kişilerin ifadeleri

A2 (K, 27) “Komplikasyon açısından elbette bilgilendiririm ilaç yan etkisi gibi. Fakat tanı koymada izleyeceğim yol ve metot hakkında kısaca bilgilendirmeyi yeğlerim. Çünkü hekimlik bir meslek dalıdır. Ve hastalar bir uzman kadar asla bilgi sahibi olamazlar.”

S2 (K,34) “Şöyle söyleyeyim, mesela örnek, hep yakınlarımızdan veriyoruz ya. Annemin vertebrada kırığı var. Hani bunu benim çözemeyeceğimi mutlaka beyin cerrahisi ile görüşmemiz gerektiğini her seferinde söylüyorum ya da işte opere mitral kapak replasmanı var onun için belirli aralıklarla inr ölçümünün hani kardiyolojide, hastanede yapılması gerektiğini anlatıyorum.”

C7 (K, 27) “Yani şey olmuştu mesela. Abimin kanaması olmuştu. Büyük abimin kanaması olmuştu. Benden muhtemelen bir şey değildir ama görmek lazım. Bence bir sen yine muayeneye git falan demiştim yani.”

4.3.5. “Kronik Hastalık Takibindeki Bir Yakınının Kendilerinden İlaç Dozu (Örneğin Tiroid İlacı) Ayarlama Talebinde Bulunmaları Hâlinde Aile Hekimliği Asistanlarının Bu Talebe Cevap Vermeleri ya da Yapmayı Onlara, Düzenli Olarak Aynı Doktordan Yardım Almalarını Söylemelerine Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “Kronik hastalık takibi yapılan bir yakınınız sizden ilaç dozu ayarlama veya tedavi değişimi

istediğini düşünelim. İsteğini yapar mısınız? Yoksa tıbbi takibin daha iyi yapılması açısından düzenli olarak bir doktordan yardım almalarını söyler misiniz? (örneğin tiroid ilaç dozu ayarlama)” görüşme sorusuna 38 aile hekimliği asistanlarının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgulara yer verildi.

Kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde bunu yaparım ya da yapmayıp onlara, düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söylerim diye görüş bildiren katılımcıların sayısal dağılımı Tablo 4.21.’de sunuldu.

Tablo 4.21. Kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu (örneğin tiroid ilacı) ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde katılımcıların; bu talebe cevap vermeleri ya da yapmayıp onlara, düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söylemelerine dair görüşleri alt teması

	Kişi Sayısı				Yüzde	
	Gruplar				Toplam	Toplam
	A	B	C	S		
Yapmayıp, aynı doktordan yardım almalarını söyleyenler	6	5	5	2	18	%47,37
İlaç dozunu ayarlayanlar	3	1	-	6	11	%28,95
İlaç dozunu belli şartlarda ayarlayanlar	-	3	5	1	9	%23,68

Tablo 4.21.’de görüldüğü gibi kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde bu talebe karşılık 38 katılımcıdan 18’i “yapmayıp onlara, aynı doktordan yardım almalarını söyleyeceği”ni, 11’i “ilaç dozunu ayarlayacağı”nı, 9’u “ilaç dozunu belli şartlarda ayarlayacağı”nı belirtti.

“Kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu (örneğin tiroid ilacı) ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde katılımcıların; bu talebe cevap vermeleri ya da yapmayıp onlara, düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söylemelerine dair görüşleri” alt temasında üç kategoriye ulaşıldı.

Bu temada yer alan 3 kategori “yapmayıp, aynı doktordan yardım almalarını söyleyen katılımcılara ait görüşler”, “ilaç dozunu ayarlayan katılımcılara ait görüşler”, “ilaç dozunu belli şartlarda ayarlayan katılımcılara ait görüşler” kategorileriydi.

4.3.5.1. “Yapmayıp Aynı Doktordan Yardım Almalarını Söyleyen Katılımcılara Ait Görüşler” Kategorisi

Alt tema altında “kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde, bunu yapmayıp onlara düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söyleyen katılımcılara ait görüşler” ana kategorisine yönelik bulguların sayısal dağılımı Tablo 4.22.’de sunuldu.

Tablo 4.22. Kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde, bunu yapmayıp onlara düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söyleyen katılımcılara ait görüşler ana kategorisi (n=12)

Ana Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Yapmayıp, aynı doktordan yardım almalarını söyleyen katılımcılara ait görüşler (f=14)	Çünkü takip eden hekim hastaya özgü durumlara daha vakıftır	1	2	-	1	4
	Çünkü hekimlerin farklı yaklaşımları karmaşaya yol açabilir	-	1	1	1	3
	Ancak kronik hastalık takibini biz de yapabiliriz	-	1	1	-	2
	Ancak doktorundan memnun değilse başka doktora başvurabilir	-	1	-	-	1
	Ancak devamlı takip edecek doktorun yeterliliği önemlidir	-	1	-	-	1
	Çünkü takip eden doktorun önerileri benimkinden kıymetlidir	-	-	1	-	1
	Ancak yardımcı olsam bile kendi hekimine gönderirim	-	-	1	-	1
	Ancak doğru branş seçiminde de yardımcı olurum	1	-	-	-	1
Toplam		2	6	4	2	14

Tablo 4.22.’de görüldüğü gibi “kronik hastalık takibindeki bir yakınının kendilerinden ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde, bunu yapmayıp onlara düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söyleyen katılımcılara ait görüşler” ana kategorisi altında toplanan bulgular sonucunda 14 sıklık değerine ulaşıldı. 12 katılımcı hekim bu kategoride 8 farklı görüş bildirdi.

Bu 8 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan –yapmayıp aynı doktordan yardım almalarını söylerim- “çünkü takip eden hekim hastaya özgü durumlara daha vakıftır” (f=4) koduydu. Onu “çünkü hekimlerin farklı yaklaşımları karmaşaya yol açabilir” (f=3) ve “ancak kronik hastalık takibini biz de yapabiliriz” (f=2) kodları ve diğerleri takip etti.

Kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozu ayarlaması yapmayıp aynı doktordan yardım almalarını söyleyen katılımcılara ait görüşler kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

B4 (E, 27) “Yani kronik hastalığın tek elden takip edilmesinin daha doğru olduğunu düşünüyorum. Çünkü diğer taraftan, bir oradan farklı bir şey yapıp öbür hekim oradan farklı bir yol izlemeye çalışırsa bu sefer tedavilerin çakışma durumu ortaya çıkıyor. Tek elden yapılmasının ben daha doğru olduğunu düşünüyorum.”

C9 (K, 30) “Bu da önemsendiğim bir konudur. Tek hekime gitmelidir. Farklı doktorlara gitmek alacağı tıbbi bakımda eksikliklere neden olabilir.”

S7 (E, 44) “Tek bir hekimden yardım almasını öneririm. Etraftan yardım almasını önermem. Bu şekildeki bir davranış hâlinde kronik hastalığın takibinin bozulabileceğini ve daha büyük sorunlara yol açabileceğini vurgularım. Hastaya hiç karışmam.”

A9 (E, 32) “Tabii ki söylerim. Tabii ki şöyle ya bazı şeyleri görüyoruz mesela. Bakıyorsun işte ya bilgin eksik oluyor senin o konuda. Ya da tedavi düzenleniyor diyorsun ki bu doz yüksek ama onu sürekli gören orada bir hekim var. Mesela serviste bir hasta yatıyordu. Hastayla ilgili başka bir tedavi başlamak istedi başka bir uzman doktor. Ama o hasta bizim bildiğimiz tanıdığımız başka bir hoca tarafından gözetiliyor. Dedi ki buna bu tedaviyi de yapacağız. Ama o tedaviyi aldığımda hep böyle bir değerlerinde çok aşırı bir düşme oluyordu. Onun standart tedavisi tabii ki öyle olacak kanaatinde herkes ama hastayı bildiğimiz için o tedavi verilmemesi gerekiyor. İşte bu gibi sebeplerden dolayı tabii ki kendi takipli hocasına göndermeyi tercih ederim.”

B2 (E, 30) “Söylerim. Onların takip etmesi gerektiğini. Olumlu. Böyle olması lazım derken yanıt alamıyorsa tabii ki doktorunu değiştirme hakkı var. Ama sonuçta sürekli aynı doktora gidiyor. O takip ediyor tüm kronik sorunlarını ilaçlarını, daha önceki ilaç öyküsünü onlar biliyor. Daha normal daha doğru geliyor.”

S1 (K,39) *“Düzenli bir doktor takibini öneririm. Kayıtların tek elde olması daha iyidir. Hastalık gidişatı daha iyi takip edilir. Komplikasyonlar daha iyi ön görülür.”*

A5 (K, 28) *“Evet söylerim. Onlara gidebilecekleri alan ve branş konusunda da yardımcı olurum. İlaç dozu gibi bir durum ayarlanacağına da bunun takipli olduğu doktor tarafından yapılmasını söylerim.”*

Yukarıdaki ifadeleri verilen 12 katılımcı hekim dışında “kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozu ayarlaması yapmayıp onlara, düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söylerim” diyen fakat ek görüş bildirmeyen 6 katılımcı bulunmaktaydı. Bu katılımcı hekimlere ait çarpıcı olan ifadeler aşağıda verildi.

A3 (E, 25) *“Söylerim. Mesela şeker hastası, diyabetli hasta hani tamam şeker çizelgesini bana gösterebilir, önerilerde bulunabilirim ama bence bunu, doz ayarlaması yapmak benim, yani akraba olarak görevim değil. Tamam, mesela asm'ye gelse veya ben çalışırken asm'de o zaman rica etse benim takip ettiğim bir hasta olsa tamam olabilir ama mesela endokrinolojide takibi oluyorsa hani oraya gitmesinin daha yararlı olabileceğini düşünürüm.”*

A8 (K, 27) *“Evet. Bana bu taleple gelmesinin doktor doktor gezmekten bir farkı olmadığını ve mutlaka bu tarz hastalıkların tek hekimde takip ve tedavi edilmesi gerektiğini kendi hastalarımın da örnek vererek anlatırım.”*

4.3.5.2. “İlaç Dozunu Ayarlayan Katılımcılara Ait Görüşler” Kategorisi

Alt tema altında 23 sıklık değerine sahip “kronik hastalık takibindeki yakınının ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde onlara ilaç dozu ayarlayan katılımcılara ait görüşler” ana kategorisine yönelik bulguların sayısal dağılımı Tablo 4.23.'te sunuldu.

Tablo 4.23. Kronik hastalık takibindeki yakınının ilaç dozu ayarlama talebinde bulunmaları hâlinde onlara ilaç dozu ayarlayan katılımcılara ait görüşler ana kategorisi (n=11)

Ana Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
İlaç dozu ayarlayan katılımcılara ait görüşler (f=23)	Düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını da söylerim	2	2	-	5	9
	Takip eden hekime bilgi vermesini isterim	2	1	-	2	5
	Anlık müdahalede bulunurum	-	-	-	3	3
	Rutin kontrollere yardımcı olurum	-	1	-	1	2
	İşlerini kolaylaştırmak için de sağlıklarını tehlikeye atmam	-	-	-	1	1
	Sakıncalı olduğunu düşünmüyorum.	-	-	-	1	1
	Düzenli olarak tek doktordan yardım almalarını söylemem	-	-	-	1	1
	Takip eden hekime bilgi vermesini hastadan istemem	-	-	-	1	1
	Toplam	4	4	-	15	23

Tablo 4.23.’te görüldüğü gibi “ilaç dozunu ayarlayan katılımcılara ait görüşler” ana kategorisi altında toplanan bulgular sonucunda 23 sıklık değerine ulaşıldı. 11 katılımcı hekim bu kategoride 8 farklı görüş bildirdi.

Bu 8 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “Düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını da söylerim” (f=9) koduydu. Onu “Takip eden hekime bilgi vermesini isterim” (f=5) ve “Anlık müdahalede bulunurum” (f=3) kodları ve diğerleri takip etti.

Kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozu ayarlaması yaparım diyen ve ek görüş bildiren 11 katılımcının 10’u “Düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını da söylerim” ve/veya “Takip eden hekime bilgi vermesini isterim” kodlarına dair görüş bildirdi. Sadece 1 katılımcı “Düzenli olarak tek doktordan yardım almalarını söylemem” ve “Takip eden hekime bilgi vermesini hastadan istemem” kodlarına dair görüş belirtti.

Kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozu ayarlayan katılımcılara ait görüşler kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

A4 (E, 28) *“Tek hekime gitmesini söylerim. Çünkü niye? Devletin kaynakları devletin kaynakları belli. Her gittiği yerde ayrı bir tomografi ayrı bir kan tahlili, sonuçta verilen muayene parasıyla alınan hizmetin ücreti bir değil. Hastanın belli bir hekim tarafından takibi olursa o hekim de kayıtlarından neler yapıldığını görür. Tekrar tekrar istenmez. Çünkü arada 1 kilometrelik mesafe de olsa o hastane de her şeyi sıfırdan başlıyor. İlaç dozu ayarlamasını ise yaparım. Ayarlarım derim ki bak dozu yüksek gelmiş veya az gelmiş bu ilacı şu kadar kullan ya da az kullan şeklinde yönlendiririm. Ama asıl doktorundaki kontrolünü ihmal etmemesini söylerim, sonuçta elimizde hiçbir şey yok, altta yatan nedeni bilmiyoruz. Acaba tiroid ilacı tiroid kanseriymi de ameliyat olduktan sonra mı tiroid ilacı başlandı. Böyle durumlarda istenen aralık daha farklı tutuluyor. Çünkü hastalar genelde bilmez neden tiroid ameliyatı olduğunu. Guatr vardı bende der geçer. Semptomlar ortaya çıkmaya başladıysa ilacın dozunu düzenlerim ama kontrole gitmesini de söylerim.”*

B1 (E, 28) *“Ben düzenlerim ama kontrollerine muhakkak düzenli gitmesi gerektiğini vurgularım. Çünkü belki her zaman ben düzenleyemeyebilirim. Beni aşan bir durum olabilir. O durumlarda düzenli bir doktora takip olmalarını öneririm.”*

S2 (K,34) *“Mesela diyabet hastası bir yakınımız var. Ben yapabildiğim tetkiklerini yapıp ilaçlarını regüle edebiliyorum. Ama onda bir sıkıntı olursa mutlaka beraberinde bir endokrinin tek bir doktorun hani onu kontrol etmesi her seferinde onun görmesinin de uygun olacağını söylüyorum.”*

S3 (E, 36) *“Tek bir hekimden kendi hekimi olmasını söylerim. Ama hani genel ufak tefek işlerde de yardımcı olurum. Tek bir hekimden şunları, tetkikleri de yapmak gerekir. Hani bu ilacı yazdırırsın ama ben yazarım ama yazamasak senin şu bölüme gitmen gerekir derim. Dedim de yani. Yani o an için çok kolay ve kolaylaştırıcı olmamıza rağmen genel sağlığı açısından zarar verecekse kendim için zor ve onun için de zor olanı söylerim yani.”*

S5 (E, 49) *“Anlık müdahalelerde bulunurum. Yardımcı olurum ancak esas takip eden doktoruna haber vermesini, ona gitmesini söylerim.”*

A10 (E, 26) “Annemin kumadin dozunu ben takip ederim. Kontrollerde doktoruna bildiririm. Genelde küçük dokunuşlar yaparım. Sonrasında takipli doktoruna yönlendiririm.”

S9 (E, 40) “Kabul ederim. İsteklerini yaparım. Tek hekimden yardım almalarını söylemiyorum. Araya girip müdahale ederim. Doktoruna söylemesini söylemem. Bu durumun sakıncalı olduğunu düşünmüyorum. O anda müdahale etmek gerekiyorsa ederim. Ben de doktorum.”

4.3.5.3. İlaç Dozunu Belli Şartlarda Ayarlayan Katılımcılara Ait Görüşler” Kategorisi

Alt tema altında 16 sıklık değerine sahip “kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozunu şarta bağlı olarak ayarlarım diyen katılımcılara ait görüşler” ana kategorisine yönelik bulguların sayısal dağılımı Tablo 4.24.’te sunuldu.

Tablo 4.24. Kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozunu şarta bağlı olarak ayarlarım diyen katılımcılara ait görüşler ana kategorisi

Alt Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
İlaç dozunu belli şartlarda ayarlayan kişilerin şartları (f=9)	Acil müdahale etmeyi gerektiren durum varsa	-	1	1	-	2
	Düzenli olarak hastayı kontrol edebileceğim	-	-	1	1	2
	Tiroid ilaç dozu ise ayarlarım	-	1	1	-	2
	Yakın zamanda doktoruna ulaşamayacaksa	-	-	1	-	1
	Hastalığın seyrini çok değiştirmeyecekse	-	1	-	-	1
	Biliyorsam yaparım	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>	-	3	5	1	9
İlaç dozunu belli şartlarda ayarlayan kişilerin ek görüşleri (f=7)	Takip eden hekime bilgi vermesini isterim	-	3	2	-	5
	Gereksiz müdahale asıl hekimin takip düzenini bozar	-	-	1	-	1
	Asıl hekimin bilgi akışını bozduğumu düşünmüyorum	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>	-	3	4	-	7

Not: 9 katılımcının tamamı “şartlara” ilişkin görüş bildirirken, 9 katılımcıdan 6’sı ek görüş bildirmiş olup C grubundan 2, S grubundan 1 olmak üzere toplam 3 katılımcı ek görüş bildirmemiştir.

Tablo 4-24.'te görüldüğü gibi “kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozunu şarta bağlı olarak ayarlarım diyen katılımcılara ait görüşler” ana kategorisi altında toplanan bulgular sonucunda iki alt kategoriye ve toplam 16 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu ana kategoride yer alan 2 alt kategoriden sıklık değeri en yüksek olan 9 sıklık değeri ile “ilaç dozunu belli şartlarda ayarlayan kişilerin şartları” alt kategorisiydi. Bu alt kategoride ana kategoride görüş bildiren 9 katılımcıdan 9'u da görüş bildirdi. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 6 farklı şart bildirdiler.

Bu 6 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olanlar “acil müdahale etmeyi gerektiren durum varsa” (f=2), “düzenli olarak hastayı kontrol edebileceğim” (f=2), “tiroid ilaç dozu ise ayarlarım” (f=2) kodlarıydı. Onları diğerleri takip etti.

Ana kategoride yer alan ikinci ve son kategori 7 sıklık değeri ile “ilaç dozunu belli şartlarda ayarlayan kişilerin ek görüşleri” alt kategorisiydi. Bu alt kategoride 7 katılımcı hekim 3 farklı ek görüş bildirdiler.

Bu 3 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “Takip eden hekime bilgi vermesini isterim (f=5) koduydu. Onu diğerleri takip etti. Ana kategoriye cevap veren 9 katılımcı hekimden 5'i müdahalede bulunsa bile takip eden hekime bilgi vermesini istediler. Katılımcı hekimlerden birisi gereksiz müdahalenin asıl hekimin takibini bozduğunu ifade ederken (C4), bir diğeri bu görüşe zıt bir ifade olarak asıl hekimin bilgi akışını bozduğunu düşünmediğini (C1) belirtti.

Kronik hastalık takibindeki yakınına ilaç dozunu belli şartlarda ayarlayan katılımcılara ait görüşler kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

C4 (E, 28) “*Tabii ki de. Yine durumun aciliyeti önemlidir. Acil durum değilse direkt doktoruna görünmesini, eğer acil ise, mesela o gün ilacı bitmiş ve kendi doktoruna gidememiş ise yardımcı olur ve doktoruna bilgi vermesini isterim.*

Örneğin ben bazen 2 kutu yazılması gereken bir ilacı bir kutu yazar, bitince tekrar gelmesini ve ilacı yazdırmasını söylerim. Buradaki amacım hastayı daha sık görmektir. Bu ilacı başkası yazarsa benim takip düzenimi bozar.”

B7 (E, 29) *“Yakınlarımın tedavilerini düzenlemeye çok karışmıyorum açıkçası hani primer başlangıç açısından. Sadece dediğim gibi en önemli yaptığım şey bilgilendirmek. Yakınım yani takipli olduğu bir yer varsa oraya gitmesini öneririm. Eğer elinde sonucu varsa hani kritik seviyeye ulaştıysa değeri en basitinden euthyroxun misal TSH’ı çok düştiyse, ilaç dozunun azaltılması veya artırılması yönünde önerim olur. Doktoruna gitmesini de hâliyle öneririm.”*

C7 (K, 27) *“Eğer hani her seferinde bana gösteriyorsa söylemem. Ama bana yarım yamalak gösteriyorsa söylerim.”*

C1 (E, 28)

Katılımcı: “Euthyrox dozu ise bakarım ona.”

Araştırmacı: “Peki bu şekilde o endokrin doktorunun bilgi akışının bozulduğunu düşünüyor musun?”

Katılımcı: “Hayır. Zaten günlük 150-200 kişi bakıyorlar. Umursadıklarını sanmıyorum.”

C6 (E, 40) *“Evet. Eğer doktoruna yakın zamanda gidecekse o doktoruna gitmesini söylerim. Ancak yakın zamanda gidemeyecekse tıbbi hizmetlerinin aksamaması açısından yardımcı olurum.”*

B3 (E, 27) *“Yani doktora ulaşabilirsem bire bir ulaşmaya çalışırım. Çünkü eğer ki bir hastalığı bir doktor takip ediyorsa o hasta ile ilişkisi var yani. Telefonu falan vardır. Hani danışma ihtimalim varsa danışırım yoksa hani hastanın durumuna göre değişir. Çok kritik müdahale ise hastalığın gidişini etkileyecek ya da bir şeyleri etkileyecek bir şeyse müdahale etmem ama eğer ki hastalık kendi kendini sönmüleyebilen bir hastalıksa ve hani benim ettiğim müdahale sadece hayat kalitesini değiştirecekse ederim. Haberdar etmelerini kesin isterim.”*

C5 (E, 39) “Güvendiği tek doktora teslim olması lazım. Bilmediğim bir konuyla zaten takipteki hekime gönderirim. Bildiğimi düşündüğüm bir konu ise yardımcı olurum. Kendi doktoruna bilgi vermesini o doktorunda haberi olmasını isterim.”

4.4. Aile Hekimliği Asistanlarının, Tıbbi Bakım Talep Eden Aile ve Yakınlarının Kendilerinden Beklentilerine Dair Görüşleri

Yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*aile hekimliği asistanlarının, aile üyeleri ve yakınlarının kendilerinden beklentilerine dair görüşleri*”ni ortaya koymayı amaçlayan dördüncü grup görüşme sorularına verilen cevaplardan elde edilen bulguları içeren bu ana başlık, alt görüşme soruları doğrultusunda dört alt başlık altında toplandı. Bu dört ana başlığı kapsayan aile ve yakınlarla iletişim ana teması yakınların hekimlerden beklentileri, hekimlerin beklentileri karşılama durumları ve talepler karşılanmadığında aldıkları geri bildirimler, hekimlerin kendilerini aşan istemedikleri bir uygulamayı yapmak zorunda kalma durumları, kalsalardı ne yapacakları ve hekimlerin yakınlarından beklentileri alt temaları çerçevesinde şekillendi. Bu ana başlık altında veri incelemesine dâhil edilen katılımcı sayısı 38 kişiydi.

4.4.1. Tıbbi Bakım Talep Eden Aile Ve Yakınlarının Aile Hekimliği Asistanlarından Ne Tür Beklentileri Olduğuna Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*Tıbbi bakım talep eden aile üyesi ve yakınlarınızın sizden beklentileri sizin gözünüzden nelerdir?*” görüşme sorusuna 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular Tablo 4.25.’te sunuldu.

Tablo 4.25. Yakınların hekimlerden beklentilerine dair görüşler alt teması (n=38)

Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Katılımcıların, aile ve yakınlarının tıbbi bakım beklentileri (f=98)	Yönlendirme ve danışmanlık	6	4	4	4	18
	Reçete yazmam	3	3	4	3	13
	Her şeyi bilmem ve çözmem	2	1	3	1	7
	Tedavi etmem	2	1	1	3	7
	Sağlık işlemlerini hızlı öncelikli ve kolay halledilmesi	1	2	2	2	7
	Hastane randevularının ayarlanması	1	2	3	1	7
	Sorunlarını hekime hastaneye gitmeden evde çözmem	1	1	1	2	5
	Gittikleri hekimlerin yaptıklarını değerlendirmem	1	1	2	1	5
	Rapor vermem	1	3	-	-	4
	Sorunlarına kesin çözüm bulamam	1	1	-	1	3
	Onlarla ilgilenmem	-	-	1	1	2
	Sorunlarını çözebildiğim kadarıyla çözmem	1	1	-	-	2
	Diğer hekimlere sormadıkları soruların cevaplanması	-	-	1	1	2
	Enjeksiyon yapmam	1	-	-	1	2
	Muayene etmem	1	-	1	-	2
	Tanı koymam	-	1	-	-	1
	Tıbbi durumunu takip etmemi	-	-	1	-	1
	İstem taleplerini yapmam	-	-	-	1	1
	Sorularına açık ve net cevap vermem	1	-	-	-	1
	Sağlık süreçlerini olabildiğince yönetmem	-	-	-	1	1
	Tüm sorunlarını önce benim değerlendirmem	1	-	-	-	1
	Sağlık harcamalarını azaltmam	-	-	1	-	1
	Reçetelediğim ilaçları temin edip onlara vermem	-	-	-	1	1
	Onları doktora götürmem	-	-	-	1	1
	Onlara faydalı olamam	1	-	-	-	1
	Endişelerini azaltmamı	1	-	-	-	1
	Bir şey beklemezler	-	1	-	-	1
<i>Toplam</i>		26	22	25	25	98

Tablo 4.25.'te görüldüğü gibi “yakınların hekimlerden beklentilerine dair görüşler” alt teması altında toplanan bulgular sonucunda sadece 98 sıklık değerine sahip “katılımcıların, aile ve yakınlarının tıbbi bakım beklentileri” kategorisine ulaşıldı. Katılımcı hekimler bu kategoride 27 farklı türde beklenti belirttiler.

Bu 27 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “yönlendirme ve danışmanlık” (f=18) koduydu. Onu “reçete yazmam” (f=13), “her şeyi bilmem ve çözmem” (f=7), “tedavi etmem” (f=7), “sağlık işlemlerinin hızlı, öncelikli ve kolay halledilmesi” (f=7) ve “hastane randevularının ayarlanması” (f=7) kodları ve diğerleri takip etti.

Katılımcıların, tıbbi bakım talep eden aile ve yakınlarının kendilerinden ne tür beklentileri olduğuna dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Yönlendirme ve danışmanlık” koduna dair ifadeler

A1 (E, 29) *“İlk olarak onları benim değerlendirmemi istiyorlar. Yönlendirmemi istiyorlar. Çözebiliyorsam çözmemi istiyorlar. Her sorunlarını sağlık açısından kendi branşım olsun olmasın, ortopedi olabilir, genel cerrahi açısından bir sıkıntı olabilir, her şeyi önce benim değerlendirmemi benim görmemi istiyorlar. Benden fayda bekliyorlar.”*

A5 (K, 28) *“Benden en çok danışmanlık istiyorlar. Tüm sorulara belli bir yorum yapmamı beklerler. Gittikleri hekimlerin tedavilerini benim de değerlendirmemi istiyorlar.”*

B1 (E, 28) *“Öncelikle hastalıklar konusunda tedavi konusunda bir şey bekliyorlar. Daha çok aydınlatma bekliyorlar. Çünkü genelde çok soru sormuyorlar. Tabii herkesin ailesi farklıdır. Bazen bazı durumlarda atıyorum biz hastaneye geleceğiz, atıyorum şuna geleceğiz, buna geleceğiz, randevu al, şunu ayarla bunu ayarla vb. problemler yaşıyoruz. Tabii ki her hastane çalışanlarına olumlu yaklaşmayabiliyor. Arkadaşınız olmazsa problem yaşayabiliyorsunuz. Ama ailenin beklentisi nasıl olsa orada çalışıyor ayarlar olduğu için yıpratıcı bence burası.”*

B7 (E, 29) *“Yani daha çok bilgilendirme istiyorlar hani. En ufak bir sorunlarında hani danışabileceği veyahut da yönlendirebileceği sağlık konusunda bilgili birini istiyorlar en basitinden. Yani tarama programları açısından hani bir danışmanlık hizmeti veriyorum diyebilirim aileme en basitinden. Böyle.”*

C3 (K, 29) *“Şu hastalığım var ne yapmam gerekir tarzında var olan hastalığı ile soruları cevaplamamı isterler, kullanacakları ilaçları ne kadar kullanmaları gerektiğini sorarlar. Ya da şu şekilde bir tetkik yapıldı. Tetkik sonucunu sen açıklayabilir misin? Doktorlar anlattı, tam anlayamadım gibi sorulara cevap vermeme beklerler.”*

“Reçete yazma” koduna dair ifadeler

A4 (E, 28) *“Tıbbi bakım noktasında genel olarak temel istekleri ilaç. Yani ilaç yazabilir misin yazamaz mısın? Genel beklenti kesin çözümler. Amaç sadece bilgi almak değil. Hatta orada soruyu sormuşken tedavisi de düzenlensin. Yakın akrabamızın beklediği budur bizden. Soruyu sorar net cevabı almak ve hatta mümkünse hastaneye gitmemek ister. Biz de tabii bu konuşmanın başından beri bahsettiğimiz gibi işi ustasına bırakmak lazım. Tamam, biz yardımcı oluruz ama hiçbir zaman da tamam arkadaş bunu yap, iş bitti şeklinde söylemeyiz. Kesin net olarak nereleri söyleriz. İşte benim burnum akıyor, boğazım ağrıyor işte antibiyotik kullanayım mı? Mesela bu konuda bakarsın o an bulunduğu ortamda bakarsın yok arkadaş kullanma şeklinde net konuştuğum noktalardan biri budur.”*

C4 (E, 28) *“Yakınlarım genellikle benden başka bir doktor öncesi ön bir bilgi, reçete yazmamı veya randevu ayarlamamı istiyor. Bazıları da başka bir doktorun uygulamasını bana teyit ettirmek ister.”*

C5 (E, 39) *“İlaç yazmamı, muayene etmemi başka doktora onları muhtaç etmememi isterler. Sağlık harcamalarını başka doktora gitmeyerek benden düşürmemi bekliyorlar. Vakitlerini hastanede geçirmek istemiyorlar.”*

S9 (E, 40) *“Yerinde danışmanlık istiyorlar. Kendilerine ilaç yazıp ilaçlarını alıp evlerine getirmemi isteyenler var. Ulaşmaları gereken doktorlara ulaşamayınca benim ulaşmamı isteyenler ve doktora gittikten sonra o doktorun yaptıklarını bana teyit ettirmek istiyorlar.”*

“Her şeyi bilme ve çözme” koduna dair ifadeler

A8 (K, 27) *“Kimisinin beklentileri yol gösterme, kimisinin beklentisi elimdeki sihirli değnek ile her türlü sorunlarını çözme. Kişiye göre çok değişiyor.”*

B4 (E, 27) *“Vallahi benim yakınlarım birazcık yani değişik sayılabilir. Yani hani ailede sağlıkla ilgili insan sayısı çok az olduğu için hastane ile ilgili tüm işlerini benden bekliyor olabilirler. Her şeyde rapor dâhil olmak üzere. O yüzden bir spektrum çizemiyorum yani. Her şeyi bekliyor olabilirler.”*

C1 (E, 28) *“Benden her bir hastalığı olduğunda her şeyi bilmemi yönetmemi, her şeyi bilmemi bekliyorlar. Sen doktorsun her şeyi bilirsin”.*

“Tedavi etme” koduna dair ifadeler

S1 (K,39) *“Genel olarak ilaç yazmamı, pansuman yapmamı, iğne vurmamı isterler. Hastaneye gitmemek için evde muayene etmemi, mümkünse onları doktora götürmemi isterler.”*

S6 (E, 50) *“Genellikle normalde doktora sormadıkları soruları soruyorlar. Normalde bir doktora her şeyi sormazlar. Sağlık kurumuna gitmeye üşendikleri için evde muayene talepleri çok sık oluyor.”*

“Sağlık işlemlerinin hızlı, öncelikli ve kolay halledilmesi” koduna dair ifadeler

B2 (E, 30) *“Şöyle her şeyimiz kolay halledilsün. Hani daha, istedikleri branşa daha kolay ulaşım. Genelde aracı olarak bizden beklentisi oluyor. Ya da ilaç yazdıracak, ya da başka bir şey. Hızlıca yazdırıvereyim. Ne bileyim bir hastaneye gittiğinde karşılayacak biri olsun. Yani aslında hekimlikten çok hani bir yabancılaşmamak, işlerini daha hızlı halledebilmek, yol yordam konusunda daha fazla benden beklentisi oluyor.”*

S2 (K,34) *“Öncelikle benim bilgimden faydalanmak istiyorlar zaten. Hastalıklarını, tedavilerini soruyorlar. Benim yetmediğim yerde sevk etmek istersem mutlaka bir tanıdık var mı diye hani öncelikli olmak istiyorlar. Bence doktor yakınlarının en büyük sıkıntısı bu olabilir. Her türlü sorunları ilk sırada çözülsün. Onun dışında gereksiz istem talepleri olabiliyor. Yani hiç gerekmediği hâlde belki ultrason, mr, tomografiye kadar gidiyor. Ben her seferinde bunun gerekliliğini tartışıyorum.”*

“Hastane randevularının ayarlanması” koduna dair ifadeler

C7 (K, 27) *“Bir kere hepsine akupunktur yapmamı bekliyorlar. İkincisi hepsinin her sorduğu soruyu bilmemi bekliyorlar. Bir randevu alınması gerektiğinde veya bir tıbbi işlem yapılması gerektiğinde bunu hemen ayarlayabileceğimi ya da ayarlamamı bekliyorlar.”*

S7 (E, 44) “Yakınlarım genellikle hastanelerde her şeyin benim elimden altından geçtiğini düşünüp her konuda onlara yardımcı olmamı bekliyorlar. Poliklinik müracaatı olsun görüntüleme randevuları olsun sanki hep elimden altındaymış gibi düşünüyorlar.”

“Sorunlarını hekime ve hastaneye gitmeden evde çözmeye” koduna dair ifadeler

B6 (K, 26) “Evde onlara bakmamı istiyorlar. Hatta hastaneye gelmek istemiyorlar. Sen buradan hallet ilacını yaz istiyorlar. Ama yapmıyorum.”

S5 (E, 49) “Genellikle normalde doktora sormadıkları soruları soruyorlar. Normalde bir doktora her şeyi sormazlar. Sağlık kurumuna gitmeye üşendikleri için evde muayene talepleri çok sık oluyor.”

“Gittikleri hekimlerin yaptıklarını değerlendirme” koduna dair ifadeler

B8 (K, 28) “Rapor almak, ilaç yazdırmak, muayene olmak, hastalığına tanı koydurmak istiyorlar. Genellikle daha önceden başka bir hekime gitseler bile durumu bana da anlatıp görüşümü almak isterler. İnsanlar kendi çevrelerinden tanıdık bildik bir hekime daha çok güveniyorlar.”

Diğer kodlara dair ifadeler

B9 (K, 28) “Ya bir şey beklediklerini düşünmüyorum. Belki yakınlarım uzak sadece eşim var Ankara'da. Onun da etkisi olabilir. Annem, babam ya da eşimin ailesinden birisi yok çevremde. Eşimin de çok böyle hastalık, hasta olduğu zaman da söylemek istemeyen belli etmek istemeyen bir yapısı var. Onunla alakalı olabilir. Ben kendim onu daha çok bir şey var mı yok mu diye şey yapmaya çalışıyorum.”

B10 (E, 28) “Genellikle şöyle. Bizimkilerin genellikle sağlığa bakış açısıyla alakalı belki de. Bir annem bir babam veya bizim akrabalar başlarına bir şey gelip de o olay kendilerini rahatsız edene kadar adım atmazlar, sormazlar. İş son raddeye gelip gerçekten rahatsız etmeye başlayınca çözüm bulmamı veya bir şey önermemi benden bekliyorlar. İstiyorlar ki benim çözümüm veya benim önerim onları çözüme kavuştursun, sağlığına kavuştursun gibi mesela bakış açısı var. Öte yandan şunu

hissediyorum mesela sen bizim oğlumuzsun, sen bizi takip etmek zorundasın gibi bir bakış açıları var. Meslek olarak doktorsun ve oğlumuzsun bizi takip etmen lazım gibi bir şey var. Ekstradan bir sanki sorumluluk yükleniyormuş gibi hissediyorum üstüme, sırtıma, o var.”

S8 (E, 42) *“Onların bütün problemleri ile benim ilgilenmem. Süreci mümkün merteye benim yönetmem ve mutlak suretle çözüm beklentilerine karşılık vermem.”*

S2 (K,34) *“Yakınlarım sağlık hizmetine kolay ve hızlı ulaşmak, hekim muayenesi sırasında sormadığı sorulara cevap almak istiyorlar.”*

C10 (E, 31) *“Aile bireylerinin beklentileri olarak mı? Yakınlarımlın. Yani benden beklentileri ilgileneyeğim yönündedir. Beni dediğim gibi yakın tanıdıkları için, yapımın da bu olduğu için ilgileneceklerini beklerler, ilgi beklerler, öneri beklerler, takip etmemi mutlaka beklerler. Ben de bunları genelde yaparım zaten. Hassas olduğum bir şeydir. Mutlaka takip ederim. Yani bir tanı konulup bir tedavi verip sonrasında şuraya git buraya git diye bir öneride bulunup bırakmam. Onların benden beklediği de genellikle budur.”*

4.4.2. Aile Hekimliği Asistanlarının, Aile ve Yakınlarının Tıbbi Bakım Taleplerini Yeterince Karşıladıklarını Düşünme Durumları ve Talepleri Karşılanmadığı Zaman Yakınlarından Aldıkları Geri Bildirimlere Dair Görüşleri

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki *“Onların taleplerini yeterince karşıladığınızı düşünür müsünüz? Talepleri karşılanmadığı zaman onlardan nasıl bir geri dönüş alıyorsunuz?”* görüşme sorularına 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek Tablo 4.26’da sunuldu.

Tablo 4.26. Hekimlerin beklentileri karşılama durumları ve talepler karşılانmadığında aldıkları geri bildirimlere dair görüşler alt teması

Ana Kategori	Frekans				
	Gruplar				Toplam
	A	B	C	S	
Katılımcıların talepleri yeterince karşıladıklarını düşünme durumları	9	10	10	9	38
Talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri	9	16	11	10	46
Toplam	18	26	21	19	84

Tablo 4.26.'da görüldüğü gibi “hekimlerin beklentileri karşılama durumları ve talepler karşılانmadığında aldıkları geri bildirimlere dair görüşler alt teması” altında toplanan bulgular sonucunda iki ana kategoriye ve toplam 84 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan iki ana kategori “katılımcıların talepleri yeterince karşıladıklarını düşünme durumları” ve “talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri” kategorileriydi.

4.4.2.1. “Katılımcıların, Talepleri Yeterince Karşıladıklarını Düşünme Durumları” Ana Kategorisi

“Hekimlerin beklentileri karşılama durumları ve talepler karşılانmadığında aldıkları geri bildirimlere dair görüşler alt temasında” 38 sıklık değerine sahip “katılımcıların, talepleri yeterince karşıladıklarını düşünme durumları” ana kategorisine yönelik bulguların sayısal dağılımı tablo 4.27.'de sunuldu.

Tablo 4.27. Katılımcıların, talepleri yeterince karşıladıklarını düşünme durumlarına dair görüşler ana kategorisi (n=38)

Ana Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Katılımcıların talepleri yeterince karşıladıklarını düşünme durumları (f=38)	Yeterince karşıladığımı düşünüyorum	4	4	4	5	17
	Yeterince karşıladığımı düşünmüyorum	3	4	5	1	13
	Karşılarım ancak her zaman karşılayamayabiliyorum	2	-	1	2	5
	Yarı yarıya karşılarım	-	1	-	-	1
	Görüşü net olmayanlar	-	1	-	1	2
	Toplam	9	10	10	9	38

Tablo 4.27.'de görüldüğü gibi “Katılımcıların, talepleri yeterince karşıladıklarını düşünme durumlarına dair görüşler ana kategorisi” altında toplanan bulgular sonucundan 38 sıklık değerine ulaşılmış olup bu ana kategorinin alt kategorisi bulunmamaktaydı. Katılımcı hekimler bu ana kategoride 6 farklı görüş belirttiler.

Bu 6 farklı görüşten sıklık değeri en yüksek olan “yeterince karşıladığımı düşünüyorum” (f=17) koduydu. Onu “yeterince karşıladığımı düşünmüyorum” (f=13) kodu ve diğerleri takip etti. Burada katılımcı sayısı ile sıklık değeri birbirine denkti.

Katılımcıların, aile ve yakınlarının tıbbi bakım taleplerini yeterince karşıladıklarını düşünme durumuna dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Yeterince karşıladığımı düşünüyorum” koduna dair görüşler

B1 (E, 28) *“Genellikle yeteri kadar karşıladığımı düşünüyorum. Şöyle ailemin taleplerini karşılamaya çalışıyorum elbette. Tüm hastalıklar açısından karşılamak pek mümkün değil. Ama benim tamamen çözebileceğim hastalıklar konusunda ailemin beklentilerini karşılayabildiğimi düşünüyorum.”*

B4 (E, 27) *“Elimden geldiğince yeterince karşıladığımı düşünüyorum.”*

B9 (K, 28) *“Yani bir talep geldiği zaman karşıladığımı düşünüyorum. Karşılanmayan talepleri olduğunu da hatırlamıyorum.”*

C1 (E, 28) *“Evet. Fazlasıyla.”*

C4 (E, 28) *“Onlar açısından karşılamıyor olabilirim ama bence karşılıyorum.”*

C10 (E, 31) *“Evet. Taleplerini genelde karşıladığımı düşünüyorum. Bazen doğal olarak, aile yaşantısı, hekimlik mesleğinin verdiği yorgunluk unutmalar olabiliyor takipte. Böyle durumlarda da genelde zaten tanıdıklarım bana dönüş yapıp sen yoğunsundur, unutmusundur şöyle çıktı bizim sonuç diyebiliyor. Genelde ama karşılarım.”*

S1 (K,39) *“Taleplerinin çoğunu karşılıyorum. Karşıdakinin beklentisi, kişilik yapısı ve hastalığının önemine göre değişir.”*

S2 (K,34) *“Yani elimden geleni yapıyorum en azından. Dolayısıyla kendim rahatım. Onlarla beraber yeni öğrendiğim şeyler de oluyor. Bunun da bana katkısı oluyor tıbbi anlamda.”*

“Yeterince karşıladığımı düşünmüyorum” koduna dair görüşler

B6 (K, 26) *“Bu konuda karşılayamıyorum ama hastaneye geldiklerinde elimden geleni yapıyorum.”*

B2 (E, 30) *“Ben taleplerini çok karşılamıyorum.”*

C5 (E, 39) *“Yeterince karşıladığımı düşünmüyorum. Tıbbi bilgimin ikinci basamak sağlık hizmetleri için yeterli olmadığını düşünüyorum.”*

C6 (E, 40) *“Taleplerini yeterince karşılamadığımı düşünürüm.”*

C8 (K, 31) *“Yani pek düşünmüyorum. Açıkçası annemin baş ağrısı var mesela nörolojiye götüreceğim, kendim de bir şey yapamıyorum.”*

“Karşılarım ancak her zaman karşılayamayabiliyorum” koduna dair görüşler

A2 (K, 27) *“Taleplerini karşılamak etik olmayan durumları içerebildiği için her zaman mümkün olmuyor.”*

A9 (E, 32) *“Bazı zamanlar. Yeterince karşılayamadığım zamanlar oluyor tabii ki.”*

C2 (K, 27) *“Taleplerini her zaman yeterince karşılamıyor olabilirim.”*

S3 (E, 36) *“Onların taleplerini büyük oranda karşıladığımı düşünüyorum. Ama her zaman olmasına gerek yok yani. Bazı zamanlarda da onun iyiliği için.”*

S5 (E, 49) *“Karşıladığım da var karşılamadığım da var. Aşırıya kaçan istekleri reddediyorum.”*

“Yarı yarıya karşılarım” koduna dair görüşler

B3 (E, 27) *“Yüzde elli, elli. Yani çok güzel karşıladığım zamanlar da oluyor. Tamamen böyle “oldu” dediğim zamanlar oluyor, o memnuniyetsizliği de gördüm zamanlar da oluyor. Yüzde elli yüzde elli.”*

4.4.2.2. “Talepleri Karşılanmayan Yakınların Geri Bildirimleri” Ana Kategorisi

“Hekimlerin beklentileri karşılama durumları ve talepler karşılanmadığında aldıkları geri bildirimlere dair görüşler alt temasında” 46 sıklık değerine sahip “talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri” ana kategorisine yönelik bulguların sayısal dağılımı tablo 4.28.’de sunuldu.

Tablo 4.28. Talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimlerine dair görüşleri ana kategorisi (n=38)

Kategori	Kodlar	Frekans				Toplam
		Gruplar				
		A	B	C	S	
Olumsuz geri bildirimler (f=27)	Kırgınlık, küskünlük	-	2	-	2	4
	Sitem ederler	1	1	1	-	3
	Bilgisi yetersiz hekim muamelesinde bulunurlar	-	2	1	-	3
	Bozulurlar içerlerler	-	-	2	-	2
	Hayal kırıklığı yaşarlar	1	-	-	1	2
	Eski yakınlıklarını göstermezler	-	2	-	-	2
	Sonrasında benden yardım almayı reddederler	-	2	-	-	2
	Sonrasında önerilerime uymayı reddederler	-	1	-	-	1
	Yapmacık teşekkür ederler	-	-	1	-	1
	Arkamdan konuşurlar	-	-	-	1	1
	Israrcı olurlar	-	-	1	-	1
	Üzülürler	-	-	-	1	1
	Onları önemsemediğimi ima ederler	-	1	-	-	1
	Hoşlarına gitmez	-	1	-	-	1
	Manalı bakarlar	-	-	-	1	1
	Kurallara bu kadar uymamamı söylerler	-	-	-	1	1
	<i>Toplam</i>		2	12	6	7
Olumsuz olmayan geri bildirimler (f=15)	Olumsuz bir tepki almıyorum	4	1	1	1	7
	Anlayışlı karşılıyorlar	2	-	1	1	4
	Herhangi bir tepki almıyorum	-	2	1	-	3
	Yine de teşekkür ederler	-	-	1	-	1
	<i>Toplam</i>		6	3	4	2
Karşılanmayan talep olmaması (f=3)	Daha önce taleplerini karşılamadığım olmadı	1	1	-	1	3
Görüşü net olmayanlar (f=1)	Görüşü net olmayanlar	0	0	1	0	1
Genel Toplam	<i>Genel Toplam</i>	9	16	11	10	46

Tablo 4.28.'de görüldüğü gibi “Talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimlerine dair görüşleri ana kategorisi” altında toplanan bulgular sonucunda 4 alt kategoriye ve toplam 46 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu 4 alt kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “olumsuz geri bildirimler” (f=27) kategorisiydi. Onu “olumsuz olmayan geri bildirimler” (f=15), “karşılanmayan talep olmaması” (f=3) ve 1 kodla “görüşü net olmayanlar” (f=1) kategorileri takip etti.

4.4.2.2.1. Olumsuz Geri Bildirimler Alt Kategorisi

Katılımcıların “talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri” (f=46) ana kategorisinde, sıklık değeri en yüksek olan, 27 sıklık değeri ile “olumsuz geri bildirimler” alt kategorisiydi. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 16 farklı geri bildirim belirttiler.

Bu 16 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “kırgınlık, küskünlük” (f=4) kodydu. Onu “sitem ederler” (f=3), “bilgisi yetersiz hekim muamelesinde bulunurlar” (f=3), 2’şer kodla “bozulurlar, içerlerler” (f=2), “hayal kırıklığı yaşarlar” (f=2), “eski yakınlıklarını göstermezler” (f=2), “sonrasında benden yardım almayı reddederler” kodları ve diğerleri takip etti.

Katılımcıların, tıbbi bakım talepleri karşılanmadığı zaman aile ve yakınlarının olumsuz geri bildirimlerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

B2 (E, 30) “*Nasıl geri dönüş alıyorum bir daha aynı şekilde benden talepte bulunmuyorlar. Kırgınlık olabiliyor tabi. Hani eski gösterdikleri yakınlığı bazen gösteremeyebiliyorlar. Çünkü ben işlerini halletmemiş oluyorum.*”

B4 (E, 27) “*Bazen taleplerin onlar karşılanmadığını düşündüğü zaman biraz böyle surat yapıyorlar ama yapacak bir şey yok o kadar da olacak. Sonuçta onların iyiliğini düşünerek yapıyoruz her şeyi.*”

S7 (E, 44) “Karşılamaadığım zaman ise ters tepkileri ile karşılaşıyorum. Küsüyorlar. Küslük uzun sürmüyor. Gönül koyuyorlar.”

A1 (E, 29) “Aşağılama olduğunu hiç görmedim. Ama bir keresinde babamın karpal tünel sendromu açısından semptomları vardı. Tarım işçisi olduğu için hayvancılıkla uğraşiyor. İnek sağma işleri olsun ellerini ve parmaklarını çok sık kullanıyor. Karpal tünel tarifledi bana ama bir yandan da üst bölgelerde de uyuşukluk hissizlik olduğu için ben ona şu an sadece fizik tedavinin yeterli olamayacağını bir ortopedi uzmanının ya da beyin cerrahisi açısından bir uzmanın görmesini önerdiğimde “ ya sen çözseydin, senin çözebileceğin bir şey değil miydi şeklinde bir tepki olmuştu. Yani baba cerrahi bir müdahale gerekecekse onu önce bir ekarte etmemiz lazım sonrasında nsai olur atelle orteze olur bir şekilde çözülür ama öncelikle onun görmesi lazım şeklinde anlatmaya çalışıyorum. Az çok kendi tıbbi bilgimle. Kendimi de çok bilgisiz gibi de göstermeden olabildiğince faydalı olmaya çalışıyorum. Ama çok kötü bir aşağılama olayım olmadı. Genellikle dediğim gibi sen çözseydin de beni uğraştırmasaydın oralara kadar şeklinde tepkiler oluyordu.”

B1 (E, 28) “Beklentilerinin karşılamadığı zaman biz başka bir yere gidelim sen bizi sallamıyorsun gibi olumuz tepkiler geliyor. İlerleyen dönemlerde benim yardım edebileceğim konularda da benim yardımuma başvurmayı reddederek veya benim verdiğim önerileri kale almayarak negatif bir tutum gösteriyorlar.”

B5 (K, 35) “Karşılanmayan talepler için yetersiz doktor muamelesi ya da ilgisiz kalma gibi tepkiler alıyorum.”

B10 (E, 28) “Öneride bulunduğumda mesela bazen işte, şöyle bir eleştiri alıyorum işte diyorum ki “ilaç kullanma mesela gerek yok falan” diyor ki “normal doktora sorsam ilaç yazardı ya da ilaç önerdi sen işte önermiyorsun, hastaların kadar önemsemiyorsun beni “ falan mesela diyor bazen kardeşim. Yani öyle bir şeylerle bazen karşılaşıyorum ama hani ben sonuçta kar zarar odaklı ve hani yakınım olduğu için kar zarar odaklı düşünüyorum. Gerçekten hani bazen ilaç kullanmaması gerekiyor. İlaç kullanma diyorum. Ben yine nasıl davranmam gerekiyorsa öyle davranıyorum tıbben aslında ama bu aile açısından yanlış anlaşılabilir. Az önce dediğim gibi. Yani mesela babam ne diyor mesela, bazen şey diyor babam, işte yarım doktor diyor candan eder, daha diyor benim gözümde tam

doktor olmadın falan diyor. O biraz bana takılmak için falan da diyor ama yani bir şey var. Hani nasıl diyeyim, ben hani daha soft yaklaşıyorum, diğer doktorlar gibi mesela böyle sıradan bir doktora gitse mesela daha rijit davranır. İlacını yazar; reçetesini yazar geçer ama ben daha böyle temkinli, gereksiz ilaçtan uzak, işte farmakolojik olarak akıllı ilaç kullanımı noktasında yaklaştığım zaman bazen küçümsedikleri oluyor yani. Hani normal doktora gitsek ilaç yazardı bize dedikleri oluyor.”

C4 (E, 28) *“Onların her dediğini yapmam onlara zarar verebilir. Bu durumu da onlara detaylı açıklıyorum. O yüzden kötü bir dönüş almadım. Zaten sürekli iletişim hâlinde olduklarımız ile sınırlarımız çizildi. Artık benim yapabileceğimden fazlasını benden talep etmiyorlar.”*

C9 (K, 30) *“Karşılıyorum taleplerini. Sitem ediyorlar. Negatif bir geri dönüşü oluyor. Israrcı oluyorlar.”*

C3 (K, 29) *“Şu ana kadar talepleri karşılanmadığında pek bir geri dönüş almadı. İlaç yazdırmak isteyenler oluyor başka bir yere yönlendiriyorum biraz bozuluyorlar ama yapacak bir şey yok.”*

A5 (K, 28) *“Genelde çok olumsuz geri dönüş almıyorum. Bazen yeterli bilgi vermediğimde onlarda hayal kırıklığı olabiliyor.”*

C6 (E, 40) *“Gerçekte mutlu olmadıklarını ama yalandan teşekkür ettiklerini hissediyorum.”*

S8 (E, 42) *“Elimde olmayan sebeplerle karşılayamadığım durumlarda hayal kırıklığı yaşadıkları hissine kapılıyor üzüldüklerini düşünüyorum.”*

B6 (K, 26) *“Talepleri karşılanmadığı zaman çok hoşlarına gitmiyor tabii ki ama yapmıyorum yani.”*

S10 (K, 45) *“Yeterince karşılamak mümkün değil. Geri dönüş manalı bir bakış.”*

4.4.2.2. Olumsuz Olmayan Geri Bildirimler Alt Kategorisi

Katılımcıların “talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri” (f=46) ana kategorisinde, ikinci sırada 15 sıklık değeri ile “olumsuz olmayan geri bildirimler” alt kategorisi bulunmaktaydı. Katılımcı hekimler bu alt kategoride 4 farklı geri bildirim belirttiler.

Bu 4 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “olumsuz tepki almıyorum” (f=7) koduydu. “Olumsuz tepki almıyorum” kodu aynı zamanda “talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri” (f=46) ana kategorisinin de sıklık değeri en yüksek kodu idi. Onu “anlayışlı karşılıyorlar” (f=4), “herhangi bir tepki almıyorum” (f=3), “yine de teşekkür ederler” (f=1) kodları takip etti.

Katılımcıların, tıbbi bakım talepleri karşılanmadığı zaman aile ve yakınlarının “olumsuz olmayan geri bildirimlerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Olumsuz tepki almıyorum” koduna dair ifadeler

A3 (E, 25) *“Karşılayamadığım zamanda zaten hani yeterli ilgi gösterdiğim için, işte mesela sıra açısından mesela atıyorum üç doktora göstereceğim ikisi tamam erkenden alıyor. Bir tanesi almıyorsa o konuda şey yapmıyorlar zaten ısrar etmiyorlar. Elimden geleni yaptığımı biliyorlar. O yüzden herhangi bir sorun yaşamadım şu ana kadar.”*

A4 (E, 28) *“Talepleri karşılanmadığı zaman bana karşı direkt bir kötü dönüşü dönemez. Çünkü ben güzel açıklarım bir insana bir şeyi. Şu şekilde geri dönebilir: “Ama sen beni oraya yolladın da oradaki doktor benimle hiç ilgilenmedi, bir ilaç yazıp beni geri yolladı bir muayene dahi etmedi.” Bu tarz geri dönüşlerde de yapacağım açıklama şudur: Sonuçta senin orada değerlendirmede eksik gördüğün noktalarda benim bir sorumluluğum yok derim. Hatta geri dönüşler şöyle de olabilir “Bir daha gidersem onu döveceğim. Böyle doktor olur mu? Saygısız adam şeklinde geri dönüşler olur.” Ben de onları genellikle şöyle yönlendiririm. Gitmişsin beğenmemişsin adamın muayenesini sana yaklaşımını beğenmemişsin başka doktora git. Yani hangi devlet dairesine gittiğinde veznedeki adamın tavırlarını beğenmedin diye gidip dövüyorsun. Beğenmiyorsan arkadaş bir tane kadın doğumcu yok. Bir tane ortopedist yok memlekette. Onu beğenmezsen başka doktora git diye o negatif enerjiyi de dağıtmaya çalışırım.”*

A8 (K, 27) “Onlara tüm taleplerini karşılamanın sağlıkları için iyi olmayacağını hissettirebilirim sorun olmuyor.”

A9 (E, 32) “Yani kötü bir geri dönüş hiç almadım şu güne kadar. En azından yönlendirme veya hikâyelerini dinliyorsun. Uzun uzun dinliyorsun, sorguluyorsun başka şeyleri. İşin ciddiyeti ile ilgili durumlar olabilir mi diye kafandan geçiriyorsun belki. Nasıl söyleyeyim direkt spesifik sorgulamada yapamıyor olabilirsin belki ama en azından ciddi bir durum var mı yok mu? Ciddi durumlara karşı uyarı, ona göre bilgilendirme yapıyorsun Veyahut işte tedavi ise yapabileceğim bir şeyse yapıyorum zaten.”

B7 (E, 29) “Tabii ki eksik hissettiğim konular var. Yani çok öyle olumsuz ciddi bir hani tepkiyle herhangi bir şeyle karşılaşmadım şimdiye kadar. Araştırayım uzmanına sorayım dediğim zaman hay hay diyorlar, benden cevap bekliyorlar, haber bekliyorlar diyeyim.”

C7 (K, 27) “Yani olumsuz geri dönüş almıyorum ama bence biraz şey oluyor gerginlik. Yani mesela yine bir olayı anlatabilirim. Ya mesela teyzem Almanya’da yaşıyor. Ondan sonra bir gün beni aradı. Ben de o zaman rotasyonda falan bir yerdeyim yani. İşte dedi bizim Türkiye’de çok sevdiğimiz bir teyzemiz var yaşlı, zona çıkarmış dedi. Ben sana onu sana yönlendirsem olur mu? Hani hastanelerde falan şey olmasın, yazık yorulur dedi. Sonra ben de yani teyze dedim hani şimdi polikliniğim yok benim. Sabah hastaneye getir bakayım deme olayım yok yani. Ne dedim işte zona için dedim ilaç yazmak gerekir de onu aile hekimliğinden yazamıyoruz. Enfeksiyona gitse iyi olur dedim. Yani böyle bir kadın kırk yılda bir, bir şey istedi onu da yapamadım yani. Olumsuz bir şey söylemedi ama muhtemelen sinir olmuştur. Bahane gibi düşündü muhtemelen.”

Diğer kodlara dair ifadeler

A2 (K, 27) “Uygun dille anlatıldığında anlayışla karşılıyorlar. “

A10 (E, 26) “Karşılamaadığım, bilmiyorum dediğim zaman saygı duyuyorlar. Bir şey demiyorlar.”

C10 (E, 31) “Genelde anlayışta karşılıyorlar. Bilirler çünkü onu ihmal etmeyeceğimi bilirler bunu bilirler.”

B8 (K, 28) “Tepki göstermiyorlar ama tepki göstermeye de hakları olduğunu düşünmüyorum.”

C5 (E, 39) “Taleplerini karşılamadığım zaman bana kızmazlar ve tepki vermezler.”

C2 (K, 27) “Talepleri karşılanmasa bile teşekkür etmeyi ihmal etmiyorlar.”

4.4.2.2.3. “Karşılanmayan Talep Olmaması” Alt Kategorisi

Katılımcıların “talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri” (f=46) ana kategorisinde, üçüncü sırada 3 sıklık değeri ile “karşılanmayan talep olmaması ” alt kategorisi bulunmaktaydı.

Bu alt kategoride sadece “daha önce taleplerini karşılamadığım olmadı” (f=3) kodu mevcuttu.

Katılımcıların “karşılanmayan talep olmaması” alt kategorisine dair görüşleri aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Koda dair ifadeler

B9 (K, 28) “Karşılanmayan talepleri olduğunu da hatırlamıyorum.”

S2 (K,34) “Karşılanmadığımı düşünenler oldu mu? Olmadı. Yani herkes elimden geleni yaptığımı görüyor.”

4.4.2.2.4. Görüşü Net Olmayanlar Alt Kategorisi

Katılımcıların “talepleri karşılanmayan yakınların geri bildirimleri” (f=46) ana kategorisinde, sıklık değeri en düşük olan, 1 sıklık değeri ile “görüşü net olmayanlar ” alt kategorisiydi.

Bu alt kategorinin tek kodu “görüşü net olmayanlar” (f=1) koduydu.

Katılımcıların “görüşü net olmayanlar” alt kategorisine dair görüşleri aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Koda dair ifade

C8 (K, 31) “*Yani pek bilemedim bunu. Çok talep olmuyor.*”

4.4.3. Aile Hekimliği Asistanlarının, Aile ve Yakınlarına, Kendilerinin Uzmanlığını Aşan veya İstemedikleri Bir Uygulama Yapmak Zorunda Kalıp Kalmadıkları, Kalmışlarsa Ne Yaptıkları ve Yapmak Zorunda Kalsalardı Ne Yapacaklarına Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular

Bu alt başlık altında yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “*aile ve yakın çevrenize uzmanlığınızı aşan veya istemediğiniz bir uygulama yapmak zorunda kaldınız mı? Ne yaptınız. Kalsaydınız ne yapardınız?*” görüşme sorusuna 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular kategorize edilerek iki ana kategoriye ve toplam 37 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu temada yer alan iki ana kategori “katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıkları” ve “katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacakları” ana kategorileriydi.

4.4.3.1. Katılımcıların Kendi Uzmanlıklarını Aşan veya İstemedikleri Bir Uygulama Yapmak Zorunda Kalıp Kalmadıkları, Kalmışlarsa Ne Yaptıkları Ana Kategorisi

Katılımcıların, aile ve yakınlarına, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıklarına dair görüş bildiren 37 katılımcıdan elde edilen bulgular kategorize edilerek Tablo 4.29.’de sunuldu.

Tablo 4.29. Katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıklarına dair görüşler ana kategorisi (n=37)

Alt Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Yapmak zorunda kalmadım (f=27)	Böyle bir şey yaşamadım	6	8	7	6	27
Yapmak zorunda kaldım (f=10)	Uygulamayı yaptım	2	1	1	1	5
	Uygulamayı yapmadım	1	-	2	2	5
	<i>Toplam</i>	3	1	3	3	10
<i>Genel Toplam</i>		9	9	10	9	37

Tablo 4.29.'de görüldüğü gibi “katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıklarına dair görüşler ana kategorisi” altında toplanan bulgular sonucundan 2 alt kategoriye ve toplam 37 sıklık değerine ulaşıldı. Burada katılımcı sayısı ile sıklık değeri birbirine denkti.

Bu 2 alt kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “yapmak zorunda kalmadım” (f=27) alt kategorisiydi. Onu “yapmak zorunda kaldım” (f=10) kategorisi takip etti.

4.4.3.1.1. “Yapmak Zorunda Kalmadım” Alt Kategorisi

“Katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıklarına dair görüşler ana kategorisinde”, sıklık değeri en yüksek olan, 27 sıklık değeri ile “yapmak zorunda kalmadım” alt kategorisiydi.

Bu alt kategoride sadece “böyle bir şey yaşamadım” (f=27) kodu bulunmaktaydı.

Aile ve yakınlarına, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalmadıklarını belirten katılımcıların görüşleri, aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara Dair İfadeler

A4 (E, 28) “Beni aşan bir uygulama yapmak zorunda kalmadım. Bir keresinde alt komşumuzun durumu çok kötüymüş. Tam eve girdiğim sırada beni evlerine davet ettiler. İnsanlık gereği girdim eve. Hastanın durumu gerçekten çok kötüydü. Yakınlarına bu işin burada olmayacağını hastaneye gitmeleri gerektiğini söyledim. Hasta yakınları da hastaneye gitsek iyileşecek mi dedi. Dedim ki ömrünü belki biraz uzatır. Sonuçta burada hiçbir şey yapmıyoruz. En azından hastanede ateşi çıkacak ateşini düşürecekler. Vücudunda enfeksiyon varsa ki var muhtemelen dedim antibiyotik verecekler. Ömrü illaki uzatacak dedim. Ama ecel bu dedim. Hastaneye giderse kesin kurtulur demedim. Ki bunu da kimse demez. Morallerini de bozmadan gerçekleri de söyledim. Hastanın durumunun kötü olduğunu söyledim. Burada haddimi aşmadım. Gerçekten de hasta öğleden sonra kaybedildi. Yakınları zaten her şeyi göze almış biz hastanede yoğun bakımda hastamızın morga inmesini istemiyoruz. En azından yanımızda ölsün dediler. Bu tercihin kendilerine ait olduğunu benim burada hiçbir sorumluluğum olmadığını söyledim. Orada onlara durumun sorumluluğumun ötesinde bir durum olduğunu söyledim.”

B7 (E, 29) “Kalmadım. Yani bilgim dâhilinde olmayan bir konu hakkında bir işlem uygulamak da istemem açıkçası. Bu yakınlarıma değil kimseye bunu yapmak istemem. O yüzden böyle bir durumda kalmadım, kalacağımı da zannetmiyorum.”

B10 (E, 28) “Yani uzmanlığımı aşan, istemediğin bir şey yapmak zorunda kaldım mı? Ya işin açıkçası kalmadım çok fazla genelde pratisyen hekimin, her mezun pratisyen hekimin yapabileceği şeyleri yaptım. Öyle söyleyeyim. Pansuman yaptım, enjeksiyon yaptım, işte kan aldım, serum bağladım, ne bileyim tedavi verdim. Öyle girişimsel anlamda mesela bir işlem yapmadım benim uzmanlığımı aşan ya da beni aşan.”

C10 (E, 31) “Aslında yok öyle bir durumla karşılaşmadım. Kalsaydım uygulardım.”

S3 (E, 36) “Uygulama olarak istemediğim değil de başka kimselere yapmadığım şeyi yaptım mesela. Düşünüyorum da normalde hastam talep etse yapar mıydım? Böyle zorunda kaldığım bir şey yok aslında. Öğrenciyken belki tıp fakültesi

okuyorken damar yolu aç diyen komşularımız oluyordu, o zaman da açalım, edelim diyorduk. Pratik yaptık.”

S10 (K, 45) *“Beni aşan herhangi bir uygulama yapmadım. Yapmak zorunda kalsam, sanırım yapmamayı seçerdim.”*

4.4.3.1.2. “Yapmak Zorunda Kaldım” Alt Kategorisi

“Katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalıp kalmadıkları, kalmışlarsa ne yaptıklarına dair görüşler ana kategorisinde”, sıklık değeri en yüksek olan “yapmak zorunda kalmadım” (f=27) alt kategorisini, 10 sıklık değeri ile “yapmak zorunda kaldım” alt kategorisi takip etti. Bu alt kodda 2 farklı görüş belirtildi.

Bu 2 farklı kod “uygulamayı yaptım” (f=5) kodu ve “uygulamayı yapmadım” (f=5) koduydu.

Aile ve yakınlarına, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalmadıklarını belirten katılımcıların görüşleri, kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Uygulamayı yaptım” koduna dair görüşler

A1 (E, 29) *“Kaldım. Dedemin ülseratif koliti vardı. Ve çok fazla iştahı yok, hidrasyondan çok faydalanamıyor, hatta çok ishalleri olduğunda kanamalı falan hastaneye gidip tedavisinin düzenlenmesini – salazoprin alıyordu sadece- istediğimde, mama başlanmasını istediğimde gitmemişlerdi. Yaz döneminde ben onların yanına gittiğimde dedemin çok dehidrate kaldığını görüp en azından bir serum takayım deyip serum temin edip evde intraket ile IV tedavi vermiştim yani. Sadece alerjik bir şey içermeyen izotonik sodyum klorür ve dekstroz verdiğim olmuştu evde. Bu konuda öncesinde ben onlara söylemiştim gitmemişlerdi. Gittikleri de oldu. Çok karın ağrısı şikâyetleri ile acile gidip - genel durumu hep dedemin hipotansif, arada bir sinüs taşikardisi oluyordu. Yatış açısından da bir intersitisyel akciğer hastalığı vardı. Nefes darlığı sorunları falan da oluyordu - hiç yatırıp tedavi etme gibi durumları görmedim açıkçası. Acilden veya poliklinikten başvurduğunda evine gönderiliyordu tedavisi çok düzenlenemiyordu. Öncesinde ben dehidrate*

kaldığını gördüğümde aile hekimi ve sağlık personeli ile görüştim. Onlar da biz evde sağlık hizmeti veremeyiz dediler. Ve dedemin gerçekten de sıvı tedavisine ihtiyacı olduğunu gördüğümünden kendim vermek zorunda kalmıştım. Mecbur kaldığımı düşünüyorum.”

A5 (K, 28) *“Kaldım. Bir kere evde bir cilt lezyonu için yakınım bana danışmıştı.(...) Dermatolog arkadaşına telefonda fotoğraf yollayıp onun önerisi ile reçete yazmıştım. Beni aşan bir durumdu. Şimdi olsa yapmazdım.”*

B3 (E, 27) *“Yok hiç kalmadım. Galiba enjeksiyon gibi falan mı? Aslında kaldım. Drene edilmiş bir apseyi kayınpederimin, drene edilmiş bir apsesinin işte tekrar drenajını ve pansumanını yaptım ama bu yapabileceğime inandığım için yaptım.”*

C4 (E, 28) *“Yapmak zorunda kaldım. Kardeşime apse drenajı yapmıştım. Başka hekim ve sağlık kuruluşunun olmadığı bir yerdeydik. Aynı şartlarda olsak gene yaparım.”*

S9 (E, 40) *“Yaptım. İstemediğim hâlde yardım ettim.”*

“Uygulamayı yapmadım” koduna dair görüşler

A4 (E, 28) *“Talep oldu fakat reddettim. Yapmak zorunda kalmadım. Kırılma gücünmeleri göze almam gerekti sadece.”*

C7 (K, 27) *“Komşum bana kızımın başı ağrıyor iğne yapar mısın diye mesaj attı. Ben de iğne evde yapmam. Ki zaten yapmak da istemedim. Cevap yazmadım mesela.”*

S2 (K,34) *“Şöyle evet. Uzmanlığımı aşan değil de mesela annemin aylık penisilin enjeksiyonu var. Her seferinde bulunan evde yapılmaması gerektiğini söylememe rağmen beni zorluyor. “Şimdiye kadar yaptırdım bir şey olmuyor yapalım edelim” Her ay bunun sıkıntısını yaşıyoruz. Yapmıyorum. Yapmıyorum ama bazen kardeşime yaptırtıyor. Kardeşim eczacı.”*

S8 (E, 42) *“Kaldım. Alıp kendim hastaneye götürdüm.”*

4.4.3.2. Katılımcıların Kendi Uzmanlıklarını Aşan veya İstemedikleri Bir Uygulama Yapmak Zorunda Kalsalardı Ne Yapacakları Ana Kategorisi

Aile ve yakınlarına, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacaklarına dair görüş bildiren 33 katılımcıdan elde edilen kategorize edilerek Tablo 4.30.'da sunuldu.

Tablo 4.30. Katılımcıların, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacaklarına dair görüşleri ana kategorisi (n=33)

Alt Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Normalde yapmam, yönlendiririm ancak bazı durumlarda yaparım. f(21)	Acil ve ciddi durumda müdahale ederim	2	3	2	3	10
	Başka seçenek yoksa mecbur bakarım	2	1	-	1	4
	Yarar zarar oranına müdahale ederim	-	1	2	-	3
	Talebe ve şartlara bağlı olarak yapabilirsem yaparım	-	2	-	-	2
	Sadece yakın akrabalarım acil durumlarda bakarım	-	-	1	-	1
	İlgili uzmanlıktaki hekimle danışır yapabileceğim bir şeyse yaparım, yoksa sevk ederim.	1	-	-	-	1
	<i>Toplam</i>	5	7	5	4	21
Yapmam, yönlendiririm f(14)	Kesinlikle yapmam, yönlendiririm	3	5	3	3	14
Yaparım (f=1)	İlk müdahaleyi yapar, sağlık kurumuna götürürüm	-	-	1	-	1
<i>Genel Toplam</i>		8	12	9	7	36

Tablo 4.30'da görüldüğü gibi “katılımcıların, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacaklarına dair görüşleri ana kategorisi” altında toplanan bulgular sonucundan 3 alt kategoriye ve toplam 36 sıklık değerine ulaşıldı.

Bu 3 alt kategoriden sıklık değeri en yüksek olan “normalde yapmam, yönlendiririm ancak bazı durumlarda yaparım” (f=21) kategorisiydi. Onu “yapmam, yönlendiririm” (f=14) ve “yaparım” (f=1) kategorileri takip etti.

4.4.3.2.1. Normalde Yapmam, Yönlendiririm Ancak Bazı Durumlarda Yaparım Alt Kategorisi

“Katılımcıların, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacaklarına dair görüşleri ana kategorisinde” sıklık değeri en yüksek olan, 21 sıklık değeri ile “normalde yapmam, yönlendiririm ancak bazı durumlarda yaparım” alt kategorisiydi. Bu alt kategoride katılımcılar 6 farklı durum belirttiler.

Bu 5 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “acil ve ciddi durumda müdahale ederim” (f=10) koduydu. Onu “başka seçenek yoksa mecbur bakarım” (f=4), “yarar zarar oranına göre müdahale ederim” (f=3) kodları ve diğerleri takip etti.

Aile ve yakınlarına, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı normalde uygulamayı yapmayıp yönlendireceğini ancak bazı durumlarda yapacağını belirten katılımcıların görüşleri, kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Acil ve ciddi durumda müdahale ederim” koduna yönelik ifadeler

A10 (E, 26) *“Kalsaydım mümkün oldukça yapmamaya çalışırdım. Çok mecbur kalırsam yapardım. Durumun aciliyeti burada önemlidir.”*

B1 (E, 28) *“Kar zarar oranına bakmam lazım. Benim müdahalem o sırada gerekiyorsa eğer müdahale ederim. Zarar göreceksen ben müdahale etmezsem müdahale ederim. O konuda çözerim. Aciliyeti ve ciddiyeti önemli durumun.”*

C9 (K, 30) *“Kalsaydım da yapmazdım. Yapmamayı tercih ederdim. Acil durumlarda değerlendirip karar veririm.”*

S6 (E, 50) *“Kalsaydım aciliyetine göre karar verirdim. Çok acilse yapardım.”*

S7 (E, 44) *“O işin yapılması için ilgili uzman arkadaşıma yönlendiririm. Durum ciddi ise müdahale yaparım.”*

“Başka seçenek yoksa mecbur bakarım” koduna yönelik ifadeler

B4 (E, 27) “Uzmanlığımı aşan bir şeyde erişimim kolaysa kesinlikle uzmana erişmeye çalışırım. Ama öyle çok çok zorda kaldım yani mecbur el mahkûm bir şeyler, acil durumda. Yani acil durumda zaten uzmanlık şeyini aldık diye düşünüyorum yani.”

S9 (E, 40) “İstemediğim hâlde yardım ettim. Şu an olsa yapmam yönlendiririm. Ama bazen yönlendirsen de gitmiyorlar. Kendim elimden geldiğince hiç yoktan iyidir diyerek müdahale etmek zorunda kalıyorum.”

“Yarar zarar oranına göre müdahale ederim” koduna yönelik ifadeler

C4 (E, 28) “Kardeşime apse drenajı yapmıştım. Başka hekim ve sağlık kuruluşunun olmadığı bir yerdeydik. Aynı şartlarda olsak gene yaparım. Ancak müdahale etmediğimde hasta daha az zarar görecektir ise müdahale etmemeyi tercih ederim. Kar zarar oranına göre.”

C10 (E, 31) “Kalsaydım uygulardım. Mesleğimin, yani bilmiyorum hekimlik mesleğinin sınırının ne olduğunu da bilmiyorum. Bana göre tamamıyla bir meslek artık kişisel yapı ile bütünleşen bir yaşam şekli bizimki. Hani benim kişisel yapımda şunu yapmamalıyım diyebileceğim bir şey olduğunu düşünmüyorum. Eğer bu karşımdakinin yararına olacağına inanıyorsam.”

“Talebe ve şartlara bağlı olarak yapabilirsem yaparım” koduna yönelik ifadeler

B3 (E, 27) “Eğer ki yapamayacağıma inandığım bir şey isteselerdi benden yapamayacağımı, beni aşan bir durum olduğunu ve uygun hekime gitmesini söyledim.”

B10 (E, 28) “Yapmak zorunda kalsam işte olaya bağlı. Teknik imkânım el veriyor mu, benim becerimi el veriyor mu, zaman yer el veriyor mu, bunların hepsi elveriyorsa olabilir. Yani yapabilirim ama yapamayacağım da derim ki bakın ben bunu yapamam, bu işin üstesinden ben gelemem, yani yapamam diye de söylerim. Sırf akrabam olduğu için illa yapayım diye bir havaya bürünmem yani.”

“Sadece yakın akrabalarım acil durumlarda bakarım” koduna yönelik ifadeler

C1 (E, 28) *“Yakın akrabamsa birinci derece akrabamsa durumu ciddiye yapardım ama uzak derece akrabaysa bulaşmazdım.”*

4.4.3.2.2. Yapmam, Yönlendiririm Alt Kategorisi

“Katılımcıların, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacaklarına dair görüşleri ana kategorisinde” ikinci sırada 14 sıklık değeri ile “yapmam, yönlendiririm” alt kategorisi bulunmaktaydı.

Bu kategoride sadece “kesinlikle yapmam, yönlendiririm” (f=14) kodu mevcuttu.

Aile ve yakınlarına, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kaldıkları takdirde kesinlikle uygulamayı yapmayıp yönlendireceğini belirten katılımcıların görüşleri, aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Kesinlikle yapmam, yönlendiririm” koduna dair ifadeler

B2 (E, 30) *“Eğer zorunda kalırsam da gene yapmam. Çünkü zarar vermemek önce bizim isteğimiz.”*

B7 (E, 29) *“Yani bilgim dâhilinde olmayan bir konu hakkında bir işlem uygulamak da istemem açıkçası. Bu yakınlarıma değil kimseye bunu yapmak istemem. O yüzden böyle bir durumda kalmadım, kalacağımı da zannetmiyorum.”*

C2 (K, 27) *“Kalmadım uzmanlığımı aşan istemediğim uygulamaları yapmam.”*

C5 (E, 39) *“Zorunda kalsam da yapmazdım. En yakın sağlık kuruluşuna götürürdüm.”*

S1 (K,39) *“O konuda dirençliyim. Müdahalede bulunmam yönlendiririm.”*

S5 (E, 49) “Kalırsam izah eder yönlendiririm. Yapamayacağımı söylerim o konuda çok netim.”

4.4.3.2.3. “Yaparım” Alt Kategorisi

“Katılımcıların kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalsalardı ne yapacakları” ana kategorisinde sıklık değeri en düşük olan, 1 sıklık değeri ile “yaparım” alt kategorisiydi. Bu alt kategoride sadece “ilk müdahaleyi yapar, sağlık kurumuna götürürüm” (f=1) kodu bulunmaktaydı.

Katılımcının görüşleri aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

Kodlara dair ifadeler

C3 (K, 29) “Kalmadım, Zorunda kalsaydım da herhâlde ilk müdahaleyi yapıp gereken yere beraberinde giderim.”

Uzmanlığını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalan katılımcı hekimlerin yaptıkları ile bu tarz bir durumla tekrar karşılaştıklarında verecekleri tepkiler karşılaştırıldığında uygulamayı yapan 5 katılımcı hekimin 4 tanesi normalde yapmayı yönlendireceğini ancak bazı durumlarda yapacağını, 1 tanesi de yapmayı yönlendireceğini ifade etti. Uygulamayı yapmayan 5 katılımcı hekimin ise 1 tanesi normalde yapmayı yönlendireceğini ancak bazı durumlarda yapacağını belirtti. Diğer 4 katılımcı hekim bu bölümde görüş bildirmediler. Bu durum aşağıda daha anlaşılır olarak gösterildi.

Tablo 4.31. Uzmanlığını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalan katılımcı hekimlerin o zaman yaptıkları ile tekrar bu tarz bir durumla tekrar karşılaştıklarında yapacaklarının katılımcılar düzeyinde karşılaştırılması

Geçmiş zaman/Gelecek zaman	Daha önce yapmış	Daha önce yapmamış
Yapacak	0	0
Normalde yapmayı yönlendirecek ancak bazı durumlarda yapacak	4	1
Yapmayacak yönlendirecek	1	0
Görüş Bildirmeyen	0	4

4.4.4. Aile Hekimliği Asistanlarının, Kendilerinden Tıbbi Bakım Talebinde Bulunurken Aile ve Yakınlarının Kendilerine Nasıl Davranmalarını İstediklerine Dair Görüşlerine Yönelik Bulgular

Bu alt başlık altında, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki “yakınlarınızdan sizden tıbbi istekte bulunurken nasıl davranmalarını isterdiniz. Onlara önerileriniz ne olurdu?” görüşme sorusuna 38 aile hekimliği asistanının verdikleri cevaplardan elde edilen bulgular Tablo 4.32.’de sunuldu.

Tablo 4.32. Hekimlerin yakınlarından beklentilerine dair görüşler alt teması (n=38)

Ana Kategori	Kodlar	Frekans				
		Gruplar				Toplam
		A	B	C	S	
Aile ve yakınları talepte bulunurken katılımcıların onlardan istekleri (f=67)	Yapabileceklerimin sınırını bilmelerini	2	3	2	2	9
	Önerilerime uymalarını	1	2	2	1	6
	Sadece gerekli, ciddi durumda talepte bulunmalarını	-	1	1	2	4
	Saygılı davranmalarını	1	1	1	1	4
	Normal hasta hekim ilişkisi kurmalarını	2	2	-	-	4
	Her şeyi bilemeyebileceğimi bilmelerini	1	1	1	-	3
	Uygun ortamı gözetmelerini	-	1	1	1	3
	Uygun zamanı gözetmelerini	2	-	-	1	3
	Mesai dışında dinlenme isteğime anlayış göstermelerini	1	-	1	1	3
	Endikasyon dışı rapor/reçete istememelerini	1	1	1	-	3
	Onlarla tıbbi konular dışında başka şeyler konuşmak	1	-	-	1	2
	Sağlık konularını konuşmak istemeyeceğimi bilmelerini	-	1	-	1	2
	Doktorları değil, yakınları olmak	-	-	-	2	2
	Beni bunaltmamalarını, rahatsız etmemelerini	1	-	1	-	2
	Taleplerini açık ve net olarak ifade etmelerini	-	-	1	1	2
	Tıbbi bilgime güvenmelerini	-	-	-	1	1
	Talebin yapılmasının zaman alabileceğini bilmelerini	1	-	-	-	1
	Buluşunca hemen tıbbi soru sormamalarını	1	-	-	-	1
	Empati kurarak davranmalarını	-	-	-	1	1
	Duyarlı olmalarını	-	-	1	-	1
	Bazen müdahale etmemem gerektiğini bilmelerini	1	-	-	-	1
	Her zaman çözüm beklememelerini	-	-	1	-	1
	Tüm tedavilerini benden beklememelerini	1	-	-	-	1
	Her şeyi benden beklememelerini	-	-	-	1	1
	Kendi işlerini kendilerinin yapmalarını	-	-	-	1	1
	Ayrıcalık tanınmasını beklememelerini	-	-	-	1	1
	Aile hekimi bir şey bilmez önyargısı ile yaklaşmamalarını	1	-	-	-	1
	Bana şikâyetlerinin erken döneminde başvurmalarını	-	-	1	-	1
	Başka hekime gidiyorlarsa benden gizlememelerini	-	-	1	-	1
	Başka hekime gideceklerse bana danışmamalarını	-	-	1	-	1
Toplam		18	13	17	19	67

Tablo 4.32.'de görüldüğü gibi “hekimlerin yakınlarından beklentilerine dair görüşler alt teması” altında toplanan bulgular sonucunda sadece 67 sıklık değerine sahip “aile ve yakınları talepte bulunurken katılımcıların onlardan istekleri” kategorisine ulaşıldı. Bu kategoride katılımcı hekimler 30 farklı istek belirttiler.

Bu 30 farklı koddan sıklık değeri en yüksek olan “yapabileceklerimin sınırını bilmelerini” (f=9) koduydu. Onu “önerilerime uymalarını” (f=6), “sadece gerekli, ciddi durumda talepte bulunmalarını” (f=4), “saygılı davranmalarını” (f=4) ve “normal hasta hekim ilişkisi kurmalarını” (f=4) kodları ve diğerleri takip etti.

Katılımcıların, tıbbi bakım talebinde bulunurken aile ve yakınlarının kendilerine nasıl davranmalarını istediklerine dair görüşleri kod sırası büyük ölçüde dikkate alınarak aşağıda yer alan ifadelerle örneklendirildi.

“Yapabileceklerimin sınırını bilmelerini” isterim koduna dair ifadeler

A3 (E, 25) *“Yani benim yapabileceğim de yapamayacağım şeyleri ayırt edip ona göre taleplerde bulunmasını beklerdim ve hani her şeyin anında olmasını beklememeleri gerektiğini bilmelerini isterim.”*

B5 (K, 35) *“Branşımı aşan konularda daha anlayışlı olmalarını beklerim. Gereksiz rapor vermeyince ya da gereksiz ilaç yazmayınca daha hoşgörülü olmalarını isterdim.”*

C1 (E, 28) *“Benim halledebileceğim bir şeylerse gelip sorabilirler ama benim durumumu aşan bir konudaysa gidip hastalığı başkasına sorsunlar branş dalıyla ilgili.”*

C5 (E, 39) *“Yakınlarım beni tam olarak tanımadığı ve bilmediği için beni aşan bir istekte bulunabilir. Bilmediğim konularda ısrarcı olmamalarını isterim.”*

S7 (E, 44) *“Empati kurarak davranmalarını isterdim. Beni aşan bir konuyu ısrarla hallettirmeye çalışmamalarını isterdim.”*

S8 (E, 42) *“Her şeyi çözemeyeceğimizi, bizim de insan olduğumuzu her zaman tıbbi süreçler hakkında konuşmak istemeyeceğimizi, aile içi organizasyonlarda tıbbi konular dışında sosyalleşmek isteyebileceğimizi fark etsinler isterdim.”*

“Önerilerime uymalarını isterim” koduna dair ifadeler

A1 (E, 29) *“Uyumlu. Yani onlara dediğim zaman şuraya gidin bakın diye, çok fazla işiniz olsa da illaki buna ayırabileceğiniz zamanınız vardır. Ben yanınızda sürekli olamıyorum. Dediğim yere en azından başvurun, görünün onların önerisini alalım. O olmazsa artık bir üst merkeze bir şekilde başvururuz ama gidin dediğim çok oldu ve gitmediklerini %90 gördüm. Önerilerime uymalarını istiyorum.”*

B4 (E, 27) *“Şöyle hani şikâyetlerini falan aktarmaları gayet doğal yani. Çevrelerinde bir tane hekim var. Bu doğal bir şey. Ama hekimin de dediklerine uymalarını bekliyorum ben de yani.”*

B10 (E, 28) *Ya mesela ben şunu derdim, kendi ailemle ilgili, kendi yakınlarımla ilgili. Olayları illa sonra raddesine gelene kadar beklemenin lüzumu yok. Yani tıp sonuçta önlem almak, tarama yapmakla alakalı olan bir şey. Bizimkiler bunu yapmıyorlar. Önlem almıyorlar yani. Hani iş genellikle son raddesine gelene kadar bekliyorlar. Biraz da bana güveniyorlar. Ama mesela bana güvenmelerine rağmen enteresandır özellikle girişimsel şeyleri mesela yaptırtamıyorum babama. İşte kolonoskopi diyorum olman lazım diyorum babama, babaannemde mesela benim kolon kanseri vardı yani diyorum ki senin 50 yaşından beri olman lazımdı falan diyorum, yok yani adam 60 yaşına geldi 10 yıldır bir kolonoskopi yaptırtamıyorum. Soru var ama dinlemiyorlar.”*

C2 (K, 27) *“Sorunlara her zaman çözüm bulmamızı istememeliler. Yönlendirme ile yetinmelidirler. Duymak istediklerini değil önerilerimizi dikkate almalıdırlar.”*

S6 (E, 50) *“Benim bilgime güvenmelerini ve yönlendirmelerim olduğu zaman buna uymalarını isterdim.”*

“Sadece gerekli, ciddi durumda talepte bulunmalarını” isterim koduna dair ifadeler

B9 (K, 28) *“Yani benim her şeyi bilemeyeceğimi anlamalarını isterdim. Herkesin bir uzmanlık alanı var. Benim yanımdayken, normalde problem etmeyeceği şeyi, benim yanımdayken problem diye bana sormasını istemem. Onu da söylüyorum zaten. Bu var. Başka bir şey yok.”*

S1 (K,39) *“Beni bunaltmamalarını istiyorum ben de bir insanım. Canım konuşmak istemeyebilir. Zaten ciddi bir durumsa her şeyi yaparım ama ciddi olmayan konularda beni meşgul etmesinler bana saygı göstereyinler. Beni doktor olarak değil arkadaş akraba olarak görsünler.”*

S5 (E, 49) *“Mesai saatleri dışında çalışmak istemediğimi anlasınlar. Yakınlarım oldukları için beni sömürmesinler. Yani çok elzem durumlarda talepte bulunsunlar.”*

“Saygılı davranmalarını” isterim koduna dair ifadeler

B7 (E, 29) *“Yani en basitinden her hastadan beklentim olan mesleğime saygı. Yani fikirlerime görüşlerime inanmayabilir, güvenmeyebilir ama en azından saygı göstermesi gerekiyor. Sonuçta biz bilgi birikimimizi var olan deneyimlerimizi aktarıyoruz hastalara, yakınlarımıza en önemli şey saygı.”*

C4 (E, 28) *“Yakınlarımın benim yanımda meslektaşlarım hakkında saygılı çerçevesinde konuşmalarını isterdim. Mesleğime saygı göstermeleri yeterli. Bir de sürekli olarak benden tavsiye veya tedavi isteyen ama hiçbirine uyma çabası olmayan yakınlarım var. Yapmayacaklarsa beni meşgul etmesinler.”*

“Normal hasta hekim ilişkisi kurmalarını” isterim koduna dair ifadeler

A8 (K, 27) *“Sağlık konusunda yapabileceklerimden daha fazla yapamayacaklarımın olduğunun farkında olmalarını, aile içi roller ile hekim-hasta ilişkisi rollerimizin farklı olmasını garipsememelerini, endikasyon dışı istirahat rapor isteminde bulunmamasını isterim.”*

B1 (E, 28) *“Bir kere profesyonel bir danışan hâle gelmesini kardeşinden, arkadaşından öteye mesleksel bir ilişkiye geçmesi, herhangi bir doktorla problemlerini nasıl çözüyorlarsa yakınıyla da öyle çözmesini tavsiye ederim.”*

B3 (E, 27) *“Yani ayrı bir yerde yani muayene başlangıcı ve sonu olacak şekilde hani muayene talep etmelerini isterdim. Yani böyle laf arasında değil de ayrıca bir iş gibi yapılması gerektiğini ve bu şekilde olması gerektiğini söyledim.”*

Diğer kodlara dair ifadeler

A10 (E, 26) “Her şeyi bilemeyeceğimi, her şeye müdahale etmemem gerektiğini bilmelerini isterdim.”

C7 (K, 27) “Bence bir kere hani bu mesela yemek masasında değil de bire birken konuşulmalı. İkincisi, gerçekten sohbet etmek için mi söylüyor yoksa bana fikir mi almak istiyor? Bunu net bir şekilde söylemesini isterim. Ve hani aynı zamanda başka bir doktora gidiyorsa onu saklamamasını isterim. Zaten o konuda gitmiş fikir almış ama bana hiç söylemiyor olunca sanki biraz beni deniyormuş gibi hissediyorum.”

S3 (E, 36) “Öncelikle vaktimin uygun olup olmadığını sormalarını isterim. Ondan sonra da ne istediklerini, taleplerinin ne olduğunu, nasıl yönlendireceğimi açıkça söylemelerini isterim. Yani bazen “bunu nasıl yaparım” diye cümlenin başında başlayıp sonunda “benden basit bir şey istiyormuş.” dediğim olabiliyor yani kişisel olarak. Daha açık net.”

A2 (K, 27) “Gün içerisinde mesai yoğunluğundan dolayı eve gittiğinde herkes gibi bir hekim de dinlenmek ister. Bu konuda anlayış bekliyoruz.”

C10 (E, 31) “Yakınlarımdan şunu isterdim benim de bir hayatımın, bir aile yaşantımın olduğunu, belirli gün içerisinde yorgunluğumun olduğunu, akşam evimde dinlenmek istediğimin olduğunu, böyle bir talebimin, böyle bir yaşam şeklimin olduğunu bilmelerini isterdim. Çünkü sadece o kişinin sağlığını düşünerek geçirdiğimi sandıkları bazı günler akşamlar oluyor. Aslında bizlerin de bir yaşantısı var. Bunu bilmelerini ve anlayış göstermelerini isterdim.”

A4 (E, 28) “Onlara önerim aylar sonra gelince daha kapıdan girer girmez bismillah demeden benim şuram ağrıyor diye bana demeyin derim. Genelde geldiğimde bir çayınızı ikram edin tatlı matlı bir şeyler yiyelim ondan sonra soruları alalım şeklinde yakınlarımızı esprili bir dille insanların yüzünü güldürerek soruları savuştururum ilk başta. Tabii ki kaçış yok. O eve adımını attıysan bir kere mutlaka o soruları soracaklardır. Yönlendirmemiz bu şekilde hemen sormayın diyoruz.”

S9 (E, 40) “Danışılan değil de, paylaşılan sohbet edilen kişi olmak isterdim. Çözüm bulacak kişi değil de dert dinleyen kişi olmak isterdim. Ailede hekim varsa ona danışmalarını isterdim. Millet olarak tüm sağlık çalışanlarına bir şeyler danışıyoruz. Konu ile alakası olmayan eczacı kalfasına kadar danışılmasındansa hekime danışılması daha iyidir. Daha pozitifdir.”

S2 (K,34) “Çok ta öncelik beklememelerini isterdim sanırım. Sıradan vatandaş gibi en azından kendi işlerini çözmelerini belki sonucunu bana sormalarını isterdim. Başından sonuna itibaren beni olayın içine katıp, her şeyi benden beklememelerini isterdim.”

C6 (E, 40) “Eğer bir doktora muayene olacaklarsa ona gitsinler Beni boş yere ön bir değerlendirme için rahatsız etmesinler. Zaten genelde kendi bildiklerini yapıyorlar.”

5. TARTIŞMA

Literatürdeki araştırmalara bakıldığında hekimlerin aile ve yakınlarından yüksek oranda sağlık talebi aldıkları görülmektedir (36,37,39). Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin anlatıları da bunu destekler niteliktedir. Çalışmamıza katılan bir kişi haricinde tamamının aile ve yakınlarından gelen sağlık talepleri ile ilgili bir yaşamışlıkları mevcuttur. Ancak mevcut çalışmalar; yakınlardan gelen taleplerin türü ve talebe hekimin verdiği cevaplar hakkında yani konunun boyutu ile ilgili bilgi vermektedir. Bizi diğer hekimlerin bu süreçte yaşadığı deneyimi aktararak konunun özüne ve nedenlerine ulaştıracak ve hekimlere karşılaştıkları talepler konusunda yol gösterici olabilecek çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmalar hekimlerin yakınlarından gelen taleplerde ikilem içinde kaldıklarını göstermektedir (40). Çalışmamızla uyumlu olarak başka bir çalışmada ciddiye ve mahremiyet ile çatışmanın artmasının ve karmaşıklığın hekimlerin aile üyelerini tedavi etmede isteklerini kısıtladığı görülmektedir (40). Çalışmamızda bu karmaşıklığın çözümüne yönelik katkıda bulunmak amacını gütmekteyiz.

Araştırmamızın özünü tıbbi talep döngüsü ve yansımalar oluşturmaktadır. Yansımalar “hasta yakını olarak hekimlik”, “profesyonel olarak hekimlik” ve “aile ve yakınlarla iletişim” boyutu çerçevesinde şekillenmiştir.

Araştırmamızın ilk ana temasında hekimlerin yaşadıkları bir olaydaki tıbbi talep döngüsü betimlenmiş olup, Aile hekimliği asistanlarının yaşadıkları bir olayda “talebi yapan kişi”, “talebin içeriği”, “talebin yapıldığı yer ve zaman” ve “talebe karşılık hekimlerin tutumları” alt temaları döngünün öğeleri olarak karşımıza çıkmıştır. “Talebi yapan kimdi ?” sorusuna verilen yanıtlardan çalışmamıza katılan hekimlerin en fazla birinci derece yakınlarından talep aldıkları görülmektedir. Bunu ikinci derece ve üçüncü derece akrabaları izlemekte olup, akrabalığı alt sınıflarına ayırmadan genel olarak değerlendirdiğimiz zaman, neredeyse hekimlerin tamamının *yaşadıkları bir olayda*, talepleri akrabalarından alması ve akrabalık derecesi uzaklaştıkça taleplerin doğru orantılı azalması yani “yakınlık azaldıkça talep azalmaktadır” sonucuna ulaşılmıştır. La Puma ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en

çok eş ve çocukların talepte bulunduğu bildirilmişken (39), bizim çalışmamızda bu araştırma sorusuna yönelik olarak, hekimler çocukları veya eşlerinden aldıkları talep ile ilgili herhangi bir olaydan hiç bahsetmemişlerdir. Hekimlerin yaş ortalamasının 32 olduğu çalışmamızda onların medeni durumları ve çocuklarının varlığı sorulmadığı için yorum yapmamız pek mümkün değildir. Çalışmada arkadaş ve komşusundan talep alan birer hekimin olmasını, çalışmamızın yapıldığı Ankara gibi büyük şehirlerde komşuluk ilişkilerinin zayıflığı ile hekimlerin arkadaşlarının da genellikle bir hekim olması ile açıklamak yerinde olacaktır.

Çalışmamızda *yaşanmış bir olayda* hekimlerden en çok muayene talep edilmiş olup bunun dışında taleplerin önemli bir kısmının bilgilendirme ve öneri içerdiği görülmektedir. Çalışmamızda muayene, çoğunlukla sıradan bir taleptir ancak; otobüs yolculuğunda hiç tanımadığı birinden kasık ağrısı nedeniyle muayene talebi alan hekimde olduğu gibi alışılmadık dışında da muayene talebi olduğu görülmektedir.

Yaşanılan bir olayda taleplerin bağlamı noktasında katılımcı hekimlerin tamamı görüş bildirmemiş olup, verilerin özellikle zaman ve ortam alt temalarında kısıtlı olabileceği söylenebilir. Yer, zaman bağlamında görüşte bulunan hekimlerin tamamına yakını talepleri “evde” ve “akşam” saatlerinde almışlardır. Bu bize mesai saatleri dışında daha çok talep aldıklarını göstermektedir. Bir tahmin olarak da hekimlerin mesai saati içerisinde, muayene ortamlarında, yakınlarından gelen talepleri, diğer hastalarından gelen taleplerden ayırmadıkları söylenebilir. Araştırmamızda hekimler, talep ortamı bağlamında, en çok otururken, yemek esnasında, çay içerken, sohbet ederken, yolculuk sırasında, duş esnasında, uyku sırasında olarak yüz yüze görüşme ile talep almışlardır. Çok az bir kısım talebi telefon yoluyla uzaktan almıştır. Bir katılımcı telefonla ilaç önerisi isteyen yakınına reddetmiştir. Burada denilebilir ki hekimlerin yakınları özellikle de akrabaları talepleri akşamları evde yüz yüze yapmayı tercih etmektedirler. Çalışmamızda duş esnasında ve uyku sırasında yapılan talepler dikkat çekici olsa bile talebin içeriğine bakıldığında talebin hayati öneminin ve aciliyetinin olması, talebin yakınlarca ortama bakılmaksızın yapılmasının gerçekten gerekli olduğunu göstermektedir. Hekimlerin de bu iki talebe olumlu yanıt vermeleri bu durumu desteklemektedir.

Çalışmamızda hekimler *yaşadıkları bir olayda* yakınlarından gelen bir talep olayını anlatırken, yakınlarına en çok öneri ve bilgilendirme olarak geri dönüş sağlamışlardır. Muayene edenler de hekimlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Öneri ve bilgilendirmede, genel önerilerin yanı sıra sevk ve ilaç önerisi sık yapılan talepler olarak bulunmuştur. La Puma ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da fizik muayene ve ilaç önerisinde bulunan hekim oranı yüksektir (39). Hekimlerimiz yakınlarına aile hekimliğinin özünde yer edinmiş yaşam tarzı değişikliği önerisinde de bulunmuşlardır. Araştırmamızda dikkate değer bir durum da “ilaç ile o anda tedavi ettiğini, ilaç reçetelendiğini veya kullanması için ilaç temin ettiğini bildirerek yakınına tedavi eden kişi sayısının; yakınlarına sadece ilaç önermekle yetinen kişilere oranla oldukça az olmasıdır. Reagan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızın tam tersi bir durum olarak aile bireylerine en çok küçük reçeteler yazıldığı belirtilmektedir (40). Başka çalışmalarda da hekimlerin reçete yazma oranları yüksektir (37,39,45). Bu araştırmada yalnız bir kişi, yakınından gelen isteği reddetmiş olup tamamına yakını kabul etmiştir. Araştırma dahilinde bir hekimin yakınına en uygun olanı yapmak için uğraştığını, bunun için de “uzman hekim görüşü alıp ve literatür araştırması yaparak yakınına aktardığı görülmektedir. Bu çalışmada yakınına “hastaneye götüren” bir hekim dikkat çekici bir ayrıntı olarak görünebilir ancak hekimin kalp krizi geçiren babasını acil servise götürmesi gayet tabii bir durumdur. Bir kişinin mesleğinden bağımsız olarak kalp krizi geçiren babasını acil servise götürmesi zaten olması gerektir. Buna benzer olarak 51 aile hekimi ve 65 avukatın, eşlerinin tıbbi sorunlarına yaklaşımlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada iki meslek grubunun aralarında çok az bir fark saptanmış olup her ikisi de eşlerine benzer davranışlar sergilemiştir (54). Ana temayı bu çalışma için genel olarak toparlayacak olursak yakınların genellikle akrabalar olduğunu, akşam, evde, otururken talepte bulduklarını, hekimlerin de olumlu geri dönüş yaptığını söylemek yerinde olacaktır.

“Hasta yakını olarak hekim” boyutunda yansımaların oluşturduğu ikinci ana temanın öğelerini aile ve yakınlardan gelen taleplere karşı “hekimlerin genel tutumları”, “hekimlerin hissettikleri duygular ve yaşadıkları zorluklar”, “hekimlerin talepleri karşılayıp karşılamamalarını etkileyen faktörler”, “hekimin talebi karşılayıp karşılamama nedenleri” alt temaları oluşturmaktadır.

Araştırmamızda *taleplere karşı genel duyarlılık ve yaklaşım* bağlamında hekimlerin büyük çoğunluğu olumlu eylemlerde bulunmaktadır. Reagan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlerin kendi aile üyelerini genellikle tedavi etmediği görülmektedir (40). Bizim çalışmamızda bu eylemler mutlaka sorunlar çözünceye kadar uğraşmaktan, genel olarak kabul etmeyip yönlendirmeye kadar değişen aralıkta bulunmaktadır. Hekimler gerçekleştirdikleri olumlu eylemlerin yaklaşık yarısında “ellerinden geldiğince yardımcı olduklarını,” genel olarak olumlu yaklaşım yardımcı olmaya çalıştıklarını” belirtmektedir. Çalışmamızda hekimlerin çok az bir kısmı yaptıklarını kesin bir şekilde ifade etmişlerdir. Kişilerin çok az bir kısmı yakınlarını muayene edeceğini özellikle belirtmektedir. Hekimlerden birisinin yanında gerektiğinde muayene yapabilmek için stetoskop taşıdığını belirtmesi dikkat çekicidir. Yine birkaç kişi çalışmada genelde bilgilendirme yaptıklarını, tedavi vermeden bilgilendirmeye olumlu yaklaştıklarını, önerilerde bulduklarını belirterek yakınlarını bilgilendirdiklerini özellikle ifade etmektelerdir. Burada bu katılımcıların bir bölümünün talepleri kabul etseler bile bilgilendirme dışında bir eylemde bulunmaya sıcak bakmadıkları görülmektedir. Yine aile hekimleri üzerine yapılan benzer bir nitel çalışmada hekimler tedavi vermek yerine bilgilendirme ve öneride bulunmayı tercih etmektedirler (43). Başka bir çalışmada kardeşinizin doktoru olmayı reddederek, ancak ona önerilerde bulunup onu sevk edip ve yönlendireceğinizin garantisini vererek, kardeşinizin koruyucusu olabilirsiniz önerisi bulunmaktadır (46). Hekimler bunun yanı sıra yakınlarının şikâyetlerini anlamaya çalışmakta, yakınlarını dinlemekte, onları anlamaya çalışmakta ve onlarla hasta hekim ilişkisi kurmaya çalışmaktadır. Bu da onlarla iletişim kurmaya çalıştıklarının bir göstergesidir. Bütün bu olumlu eylemlerin dışında olumsuz veya duruma göre olumlu veya olumsuz davranan az sayıda hekim bulunmaktadır. Burada yakınlık derecesi veya ortam, hekimin olumlu eylemde bulunmasını etkileyen durumdur. Çalışmamızda hem olumlu anlamda, hem de olumsuz anlamda yapılan eylem ise hekimin yakınına bir başka doktora veya kuruma yönlendirmesidir. Yönlendirmelerin büyük çoğunluğu neredeyse tamamına yakını “elimden gelen bir şey değilse yönlendiririm” şeklinde hekimin hastasına olumlu yaklaştığını hissettiren yönlendirmelerdir. Hekimlerini çok azı “yüzeysel cevap verip hastaneye yönlendirme”, genel olarak kabul etmeyip yönlendirme” şeklinde olumsuz bir yanıt olarak yönlendirmeyi kullanmışlardır. Bir çalışmada hastaların en önemli tanıları

koydukları yakınlarını sevk edip etmedikleri sorulmuş, hekimlerin üçte ikisi sürecin belli aşamasında yakınını sevk ettiğini belirtmiştir (39).

Çalışmamızda talepler karşısında hissedilen duygular ve zorluklar bağlamında, asistan hekimlerin hissettiklerinin yalnızca dörtte biri olumlu özellik taşımaktadır. Bu durumun hekimlerin taleplere olumlu yaklaşım talepleri kabul etme oranları ile ters düşmektedir. Hekimler sıklıkla, değişik derecelerde bunaldıklarını, rahatsızlık duyduklarını, sıkıldıklarını, yanlış meslek seçtiklerini, suistimal edildiklerini, yetersiz olduklarını ayrıca bıkkınlık, yorgunluk, kaygı, kötü hissetme ve bunlar gibi birçok duyguyu hissetseler de aynı zamanda yakınlarına bakmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda bir kişi yakınlarına bakmanın etkin ve uygun olmadığını düşünmektedir ve daha önce de taleplere karşı duruma göre olumlu ya da olumsuz yaklaştığını belirtmiştir. Çalışmamızda olumlu his bildirme oranları, katılımcı gruplar arasında birbirine yakinken, asistanlık süresi bakımından en az kıdemli grup olan A grubu ile en kıdemli grup olan S grubu daha çeşitli olumsuz duygu hissettiklerini bildirmektedirler. Her ne kadar hekimlerin taleplere karşı olumsuz hissiyatları daha fazla olsa da çalışmada hekimlerin tüm duygular arasında en çok “mutluluk” hissettikleri görülmektedir. Benzer oranda “iyi” hissedenden hekim vardır. Çalışmamızda hekimlerin yakınlarına yardım ettikleri için mutlu olmalarının veya iyi hissetmelerinin yanı sıra toplum sağlığı ile ilgilenmelerinin, bilgi aktarımı yapmalarının, çözüm bulmalarının da onları mutlu ettiği görülmektedir. Çalışmamızda benzer olarak hekimlerin mutlu ve gururlu hissetmek için ailelerine baktığı ifade edilmiştir (43).

Çalışmamızda hekimlerin büyük çoğunluğu zorluk yaşamakta olup, çok az bir kısmı zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Muayenehane dışında, yani imkânların yetersiz olduğu yerde hasta bakmak araştırmamızda hekimleri en çok zorlayan durumdur. Bizim durumumuzun bir benzeri olarak bir başka çalışmada da, hekimlerin muayenehane ve takibin yetersiz olacağı durumlarda rahatsız olduklarını ancak tıbbi bakım sağlamaya devam ettikleri bildirilmektedir (39). Yakınların; hekimin bilmediği, yapamayacağı konuda talepte bulunması, yakınları ikna etmek, ilişkilerin getirmiş zorunlulukla talebi kabul etmek, sorumluluk almak, işi eve getirmeye engel olamamak, kişinin yakını olan hekime fazla güvenerek ona fazla sorumluluk yüklemesi, talebin telefon, mail gibi yollarla yapılması, etik dışı talepler,

gibi durumlar hekimleri zorlayan diğer durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İlişkilerin getirmiş olduğu zorunlulukla talebi yapma bağlamında Malezya’da aile hekimlerine yapılan nitel bir araştırmada da bazı hekimlere yakınlarını tedavi ederken duydukları rahatsızlığa rağmen, talebi yerine getirmeleri için baskı yapıldığı belirtilmektedir (43). Hekimler yakınları ile olan ilişki bağlamında da zorlanmaktadırlar. Çalışmadaki normal bir hekim-hasta ilişkisinin, normal akrabalık ilişkisinin kurulamaması ve yakınlarla iletişimde, anlaşmada yaşanan zorluk bu durumun öğeleridir. Çalışmamızda yer alan hekimleri zorlayan hekim-hasta ilişkisinin kurulamaması, normal aile ilişkisinin kurulamamasını destekleyici olarak hekimlerin ideal aile rolü ve profesyonel kimliğinden kaynaklı çatışmaların yaşandığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (42). Yakınlarına talebi yapamayacağını söylemek de hekimleri oldukça zorlamaktadır. Yakınları geri çevirmenin hekimleri zorlayacağı farklı çalışmalarda da belirtilmektedir (40). Araştırmamıza katılımcı grupları açısından baktığımız zaman; en kıdemli, en yaşlı grup olan S grubu hekimlerinin daha az zorluk yaşadığını belirttiği, hatta bu grupta görüş bildiren katılımcıların yarısının “zorluk yaşamadığını” ifade ettiği görülmektedir. Buradan kıdem ve yaş arttıkça daha az zorluk yaşandığı sonucu çıkartılabilir.

Çalışmamızda yakınardan gelen talebin içeriği, talebi yapan kişi ile talebin yapıldığı zaman, fiziki durum ve şartlar talebin kabul edilip edilmemesini etkilemektedir. Hekimlerin kararını, en çok talep isteminde bulunan yakının yakınlık derecesi etkilemektedir. Kişiye ilişkin faktörlerde bunun dışında kişinin tavrı da hekimler tarafından önemli görülmektedir. Kötü üslup, emrivaki tavır, ayaküstü soru sorma, laubali, saygısız davranışlar hekimlerin yardımcı olmama sebepleridir. Talebin içeriği bağlamında aile ve yakınlarından tıbbi istek alan hekimlerin; talebin gerçekçiliği ciddiyeti ve önemi ile talebi yapıp yapamayacakları ayrıca talebin etik ve yasal olup olmadığı faktörleri önemsendiği görülmektedir. Başka bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak, bazı hekimler probleme ne kadar vakıf olduklarının yakınlarından gelen talepleri kabul edip etmemelerinde önemli bir etken olduğunu belirtmektedirler (36). Bunun dışında taleplerin sürekli ve rahatsız edici hâle gelerek ev ve sosyal hayatı etkileme ihtimali de hekimin kararını etkileyen bir faktördür. Çalışmamızda hekimlerin yardımcı olup olmamasını etkileyen faktörler bağlamında yer ve ortam müsaitliği ile zamanın müsaitliği de önemli bir etken olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Çarpıcı olarak burada da hekimlerin yaşadıkları zorlukları betimlemelerinde olduğu gibi katılımcı hekimler muayene dışında hasta bakarken kendilerini kısıtladıklarını örneğin malpraktis davaları nedeniyle sadece önerilerde bulduklarını ve tedavi vermediklerini belirtmektedirler. Çalışmamızda bu kadar çok etken bildirilmesine karşın birkaç hekim için kabul edip etmemelerini etkileyen bir faktör bulunmamakta bu hekimler gelen talepleri kabul etmektedirler. Literatürde bu konuda yapılan nitel bir çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi “talebin içeriğinin ne olduğunun”, “talepte bulunulan yerin neresi olduğunun” ve “talebi yapan kişinin kim olduğunun” katılımcı hekimlerin taleplere verdikleri cevabı etkilediği belirtilmiştir (36). Araştırmamıza ayrıca katılımcı gruplar açısından bakacak olursak “kabul edip etmemeyi etkileyen faktörlere dair bildirilen görüşler” asistanlık süresi bakımından kıdemli ve orta kıdemli A,B gruplarında en fazla iken bu sayı asistanlık kıdemi, hekimlik süresi ve yaş arttıkça azalmakta “S” grubunda en az sayıda bulunmaktadır.

Hekimlerin aile ve yakınlarının sağlıkla ilgili isteklerini en çok yardımcı olmak için, hekimliğin görev ve sorumluluğu olduğunu düşünmeleri, bireysel ilişkilerin getirdiği zorunluluk nedeniyle ve yakınlarını kırmamak için kabul ettiği görülmektedir. Bu konuda yapılan nitel bir çalışmada da gösterilmiş ki hekimler sevdiklerine karşı sorumluluk hissetmekte ve talepleri kabul etmeyi arkadaşlarına yaptıkları bir yardım olarak düşünmektedirler (36). Hekimler talepleri isteyerek veya görev ve sorumluluklar nedeniyle kabul etmektedirler. Bu zorunluluk durumu hekimlerin talepler karşısında yaşadıkları zorlukların da bir parçasıdır. Yukarıda ifade ettiğimiz gibi hekimler “yakınlarını kırmamanın” yanı sıra vicdani sorumluluk nedeniyle veya vicdan azabı çekmemek için, hakkında olumsuz konuşulmaması için yakınlardan gelen sağlık taleplerini kabul etmektedirler. Giroldi ve arkadaşlarının çalışmasında da bu ifadeler benzer şekilde, bir katılımcı hekim; hiçbir şey yapılmazsa ve bir durum atlanırsa bunun vicdanen taşınmak istenilecek bir şey olmadığını belirtmiştir (36). Yine ilişki bozulması bağlamında nitel bir araştırmada bir aile hekiminin “eğer yakınınızı tedavi ederseniz ve bazı şeyler yanlış giderse, bunun hakkında üç kuşak konuşacaklardır” ifadesi katılımcı hekimlerimizin ifadeleri ile uyumaktadır (43). Hekimlerin yakınlarını tıbbi hizmete daha hızlı ulaştırmak için ve onlara kolaylık sağlamak için talepleri kabul ettiği bulunmuştur. Çalışmamızda dikkat çekici olarak bu bölümde bir hekimin yakınlarına sağlık bilinci

oluşturmak için yardım ettiği görülmektedir. *“Kabul ederim çünkü akrabalık ilişkilerini önemseydiğim için. Empati duyduğum için. Tam tersi durumda olsam. Benim bu şekilde yardım isteyeyim olsaydı, bana yardım edilmesini isterdim. O yüzden kabul ediyorum genelde.”* İfadesi ile empatinin önemine dikkat çeken bir katılımcı hekim bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada hekimlerin %60'ının kendilerini hastalarının yerine koymaya çalıştıklarını belirtmeleri ve %75,6'sının empatinin tedavi edici bir özelliği olduğunu belirtmeleri empatinin önemini desteklemektedir (55). Çalışmamızda ayrıca asistanlık süresi olarak kıdemsiz ve orta kıdemli A.B grubunda hekimlerin *“talepleri isteyerek kabul ettiklerine”* dair görüşlerinin yüksek olması onların yakınlarının tedavisi konusunda daha istekli davrandıklarını göstermektedir. Buna karşılık asistanlık süresi bakımından kıdemli grup olan C grubu ile en yaşlı, en kıdemli grup olan SAHU (S) grubundaki katılımcı hekimlerin zorunluluk ve sorumluluk nedeniyle talepleri kabul ettikleri görülmektedir.

Hekimler yakınlarının taleplerini; talebin içeriğine, talepte bulunan kişiye, talebin yapıldığı yer, ortam ve zamana, talep yapılırsa oluşabilecek hatalara, hekimle ilişkili nedenlere bağlı olarak kabul etmemektedirler. Sadece iki hekim tüm talepleri kabul ettiğini ve reddetmek için bir nedeni olmadığını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada hekimlerin talebi en sık reddetme nedeni talebin uzmanlık alanı dışında olması olup bizim çalışmamızda da hekimin yapamayacağı taleple karşılaşması en sık reddetme nedenidir (39). Ayrıca çalışmamızda hekimler, kendilerini ilgilendirmeyen branş dışı talepleri de reddettiklerini bildirmişlerdir. Talebe yönelik etik ve yasal kaygılarla talebin reddedilmesi yine aynı çalışmada çok az bir orana sahipken; çalışmamızda talebin uygun ve yasal olmaması sık kabul etmeme nedenlerindedir (39). Sorunun hekimin bilgisini ölçmek için sorulması, sorunun sohbet etmek için sorulması, gerçekçi olmayan uydurma şikâyet içeren talepleri de hekimler doğal olarak reddetmektedir. Kişiye bağlı nedenlerde kişinin hekimi suiistimal etmeye çalışması ve kişinin hekim ile yakın, samimi olamayan ilişkisi en sık kabul etmeme nedeni olarak öne çıkmaktadır. Yalnız çalışmamızda katılımcının *“samimiyet arttıkça sen de ona bakmayabiliyorsun, karşındakine daha rahat hareket edebiliyorsun”* ifadesi ile samimi ve yakın akrabaların taleplerinin de sıklıkla reddedilebileceği belirtilmektedir. Emrivaki, laubali, saygısız, ciddiyetsiz, gereksiz, soru sormak da reddedilme nedenidir. Yer, ortam ve zaman bağlamında kalabalık,

ayaküstü, kısıtlı dar zamanda muayene tetkik imkânının olmadığı durumlarda yapılan talepler olumsuz karşılanabilmektedir. Ev koşullarında kayıtsız işlem yapmak durumunda kalınacağı için talebin kabul edilmemesi dikkat çekicidir. Tıbbi açıdan hastaya zarar vereceğinin ön görülmesi, bir durumu gözden kaçırma ihtimalinin bulunması, hekimin karar verici konumda olmaması önemli reddetme sebepleri iken, sadece bir hekimin böyle bir sağlık hizmetinin doğru olmadığını düşünerek yakınlarını geri çevirmesi hekimlerin bu hizmetin doğruluğunu çok az sorguladığını göstermektedir.

“Aile hekimliği asistanlarının; “hekimlerin kendi yakınlarını tedavi etmemesi” gerektiği yönündeki görüşe katıp katılmadıkları”, “yakınlara tıbbi bakım sağlamlarının avantajları ve dezavantajları”, “yakınlara bakan hekimlerin hekimlik sınırları” alt temalarının öğelerini oluşturduğu “profesyonel olarak hekimlik” ana teması çalışmamızın üçüncü ana temasıdır.

Araştırmamızda hekimler %60,53'lük bir oranı hekimlerin yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği görüşüne genel olarak katılmaktadırlar. Bazı kılavuzlarda da hekimin kendilerini veya yakın aile üyelerini tedavi etmesi, hislerinin profesyonel olarak karar almasını etkileyeceğinden ve aksaklılara yol açabileceğinden önerilmemektedir (34). Hekimlerin %31,58'i ise genel olarak yakınlarını tedavi edebileceği veya etmesi gerektiği görüşündedir. Her iki görüşün de katılımcı grubundan birçok hekim, tercihlerinin dışında bazı özel durumların tercihlerini değiştirebileceğini belirtmektedir. Hekimler yakınlarını tedavi etmemeli görüşünün aile hekimi asistanlarındaki geçerliliğine baktığımız bu kategoride katılımcılar en çok bu görüşe katıldıklarını fakat aile hekimliği ile ilişkili veya acil ciddi durumlarda ilgilenilmesi gerektiğini bunun dışında da hastalığın derecesine göre karar verilmesi gerektiğini belirtmektedirler. AMA Etik Dergisi'nin bu konuda sunduğu görüşte aile üyelerinin tedavisini yapmanın doğru olmayacağını ancak acil durum veya başka bir doktorun bulunmaması hâlinde doktorların başka bir doktor bulana kadar yakınlarına kesinlikle müdahale etmesi gerektiği belirtilmektedir (44). Literatürde ayrıca hekimlerin acil durumlarda normal hastalara baktıkları gibi yakınlarına bakması gerektiği belirtilmektedir (41). Araştırmamızda “yakınıma bakmamam gerektiği görüşüne hak vermektayim ancak klinik pratikte yakınlarımla ilgilenmem gerekir ve sağlık sistemine güvenmediğim için onlarla ilgilenirim” görüşleri dikkat çekicidir.

Hekimlerin yakınlarına bakmaması gerektiği görüşüne katıldığını belirten bir hekimin tercihinin gerekçesini “normalde yapmayacağı bir yanlışı yakınına yaptığını, hastalığı atladığı için de bu durumun kendisinde daha yıkıcı olduğunu, hekim yönlendirebileceği ama muayene etmemesi, ilaç yazmaması gerektiği” ifadeleri açıklamaktadır. Bizim çalışmamızın sonucuyla benzer olarak Girolodi ve arkadaşlarının çalışmasında; hekimlerin daha önce yakınlarının tedavisini yaparken hata yapmış olmaları yeni bir tıbbi talebi kabul ederken kendilerini isteksiz hissetmelerine neden olmuştur (36). Araştırmamızda çok az katılımcı salt olarak “hekimler yakınlarını tedavi etmelidir” görüşündedir. Katılımcı hekimlerin bir kısmı da “tedavi verilebilir ama belli bir seviyeye kadar veya profesyonel olarak ve etik çerçevede bakım sağlanmalıdır” düşüncesindedir. Çalışmamızda hekimlerin yakınlarına tedavi verebileceğini ancak cerrahi branşlarda, psikiyatride, hekimin kendi branşı dışındaki konularda, invaziv girişimlerde yakınlarını tedavi etmemesi gerektiğinin belirtilmiş olması bize bu konuda hekimin uzmanlık alanı ve branşının önemli olduğunun göstermektedir. Bu görüşün aksine cerrahın bu işin en iyisi olması şartıyla yakınlarının tedavilerini yapabileceği belirtilmektedir. Ancak burada da katılımcı hekimin yine de cerrahın ve meslektaşlarının görüşünü alması gerektiği vurgulanmaktadır. “Psikiyatrik durumlar haricinde yakınları tedavi etmenin doğru olduğunu düşünüyorum. Hastaların tıbbi geçmişini bildiği için daha çok yardımcı olacağını düşünüyorum” şeklinde kendini ifade eden bir katılımcının görüşünü, başka bir çalışmadaki yakın akrabaların zihinsel muayenelerini yapmak bedensel muayenelerini yapmaktan daha zor olabileceğinin ifade edilmesi desteklemektedir (46). Korenman ve arkadaşları, hekimlerin aile üyelerine tedavi verebilmeleri için bazı şartlar öne sürmektedir. Bu şartlardan ikisi olan “hekimin uzmanlık alanının hastalığı kapsamaması”, “hekimin kendini rahat hissettirecek uygun tedavi hakkında yeterince bilgili olması” şartlarının sağlanması gerektiğini belirtmektedirler (41). Başka bir etik görüşte de hekimlerin kısa süren ve küçük ve önemsiz sağlık sorunlarında yakınlarına müdahalede bulunabileceği söylenmektedir (44). Bizim çalışmamızda da hekimler buna uygun olarak; hekim normalde yakınlarına bakmamalıdır ancak “başka hekim yoksa bakabilir”, “hastalığın derecesine göre karar vermelidir” ve hekim normalde yakınlarına bakabilir ancak “bu konuda yeterliyse bakmalıdır”, “kendi branşı dâhilinde ise bakmalıdır”, “belli bir seviyeye kadar bakmalıdır” görüşlerini ifade etmektedirler. Görüşünü net olarak belirtmemiş bir hekim ise “basit hafif durumlarda bakılabileceğini” belirtmiştir.

Bu fenomenolojik araştırmada hekimler aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlamının avantajlarından daha fazla söz etmektedirler. Tıbbi hizmete ve hekime hemen, kolay, hızlı ulaşmaları, vakitten ve maddiyattan tasarruf sağlanması başlıca avantajlardır. Bir çalışmada hekimlerin en çok kolaylık sağlamak için çocuklarına baktıkları bildirilmektedir (37). Bizim alışmamızda da aile ve yakınların, yakınları olan hekimden yardım alarak, tıbbi bakıma ve hekime kolay ulaşıp diğer bireylere göre avantaj yakaladığı hekimlerce belirtilmektedir. Aile ve yakınların iletişim açısından da avantajları bulunmaktadır. Hekimler yine başka bir çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak yakınlarına ilaç ve hastaneye ulaşım rahatlığı sağlamak için onları tedavi etmektedir (43). Hekimlerin belirttiği yakınlarının “daha iyi ve anlaşılır bir iletişim kurabilmeleri”, “rahat soru sorabilmeleri”, “şikâyetlerini rahatça utanmadan anlatabilmeleri”, “daha iyi tıbbi bilgi edinmeleri”, “sorunlarının daha ayrıntılı ve uzun incelenmesi fırsatını yakalayabilmeleri”, ve “daha kolay geri bildirimde bulunmaları” gibi sahip oldukları avantajlar, hastaların aslında diğer hekimlerle de kurmak istedikleri ama kuramadıkları, yakınları olan hekimle kurabildikleri iletişimin olumlu sonuçlarıdır (32). Bir çalışmada hastayı tanımanın ve onun hakkında bilgi sahibi olmanın olumlu olabileceği ifade edilmektedir (40). Çalışmamızda da bir hekim, yakınlarının tıbbi öyküsünü daha iyi bileceğini ve bunun yakınlar için bir avantaj oluşturacağını belirtmektedir. İlgili katılımcının ifadesi “Avantajları hastanın klinik öyküsünü çok daha diğer hekimlerden, bütün herkesten daha iyi biliyor olursun. Mesela hani sigarayı 12 paket/yıl atıyorum sigara içmiş mi ya da 6 paket/yıl mı içmiş mi onu bilmiş olursun. Çünkü yani yarım paket içip içmediğini bilirsin, 12 yıl ise bile. Onun dışında hastanın söylemeyi unuttuğu ya da aklına getirmediği bu sistem sorgulaması gerektiren bulguları biliyor olursun. Bunlar iyi.” şeklinededir. Aile hekimliği açısından bakacak olursak bir aile hekimi hastasının rahatsızlığının bağlamını anlamaya çalışmalıdır. Hastalıklar kişisel, sosyal, ailesel bağlam içinde değerlendirilmeden fark edilemeyebilir. Hastane koşullarında rahatsızlıkların bağlamı ortadan kalkabilir, görülmeyebilir. Bu da bizim rahatsızlığı sınırlı bir çerçevede tanımlamamız neden olur (3). Bu açıdan hekimin hastanın sosyokültürel ve ekonomik durumuna vakıf olması avantajlı bir durum olarak görülebilir.

Hekimler yakınlarına bakmalarının meydana getireceği çok farklı dezavantajlardan bahsetmektedirler. En az dezavantaj bildiren katılımcı grubu en

yaşlı ve asistanlık süresi ile hekimlik süresi en fazla olan “S” grubudur. Araştırmamızda sadece iki kişinin yani az sayıda hekimin hiçbir dezavantajın olmayacağını belirtmesi önemlidir. Bu durum hekimlerin yakınlarına verebilecekleri zararın farkında olduklarının bir göstergesidir. Hekimleri ikileme bırakan bir durum da yakınlarına bakarken genellikle akıllarının köşesinde bu dezavantajların durması ve onları kaygılandırmasıdır. Hastalığı yakıştıramamaya bağlı veya duygusal yaklaşıma bağlı tıbbi bir durumu atlama ve aşırı tanı koyma, aşırı tetkik isteme gibi araştırmamızda sık geçen dezavantajlar hekimin yakınına bakarken objektifliğini koruyamamasından kaynaklıdır. Diğer birçok çalışmada da hekimlerin yakınlarıyla olan duygusal bağı onların objektif kalmalarını zorlaştırmaktadır (36,40,43). Bizim çalışmamızı destekleyici olarak Girolodi ve arkadaşları, hekimlerin yanlışlıkla yakınlarını rahatlatılabileceği veya kaygılandırılabilceği, yakınları ile ilişkilerinin bozulabileceği endişesi taşıdığını belirtmektedir (36). Gerçekten de olası bir olumsuzluk durumunda, hekimin ailesi ile kişisel ilişkisi etkilenebilir (34). Bizim çalışmamızda da hekimler ilişkilerinin bozulabileceğini belirtmişlerdir ancak bunu bir dezavantaj olarak görmeyenler de vardır. Poliklinik şartlarının olmadığı durumlarda zorluk yaşadıklarını belirten katılımcı hekimlerimiz bu durumu aynı zamanda yakınları için bir dezavantaj olarak görmektedir. “Objektif bir doktora muayene olma şansını kaçırmalarının bir dezavantaj olduğunu belirten hekimimizi bir başka çalışmadaki objektif bir doktorun, hekimin yakınları için daha iyi olacağını ifade etmesi desteklemektedir (40). Yakını olduğu hekime gittiği için asıl hekimine gitmemesi ve buna bağlı, kronik hastalık takibinin bozulması veya yanlış eksik bakım ve tedavi alması da hekimler tarafından muhtemel dezavantaj olarak belirtilmektedir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre, sürekli talebe bağlı duyarsızlaşma da tıbbi bir durumu atlamaya neden olmaktadır. Yakınımızın verdiğimiz tıbbi bakımdan memnuniyetsizliğini çekinerek söyleyememesi veya çekinerek her şeyi bize anlatamaması, hastanın muayeneden çekinmesi yanlış veya eksik bakım ve tedaviye ve hastayı doğru inceleyip sorgulayamamaya neden olmaktadır. Bir katılımcıya ait “Olayı bana eksik anlatıyorlardır belki bir şey olduğu zaman. Ama ben yine de bir şeyler söylüyordum. O da rahatlatıyordu. Ya atıyorum belki hani alkol kullanmıştır, başka bir şey, söylemek istemediği bir şey vardır, ama hani bana üstü kapalı soruyordur. Ben cevaplayınca da rahatlıyordur ama aslında hani başka detaylı inceleme gerekiyordu” ifadesini başka bir çalışmada, doktorların aile üyelerine cinsel veya madde kullanımı ile ilgili soru sorarken, hastaların da bu

bilgileri yakınları olan bir hekimle paylaşırken zorlanabileceğinin belirtilmesi desteklemektedir (46).

Yakınlarına bakan hekimlerin, hekimlik sınırları alt teması bağlamında hekimlerin neredeyse tamamı aile ve yakınlarına tıbbi bakım sağlarken bilgilerinin yetersizliğini hissettiklerinde durumu başka bir hekimin yönetmesine izin vermektedirler. İzin vermeyeceğini söyleyen hiçbir hekimin bulunmaması sadece bir hekimin izin verme veya vermeme durumunu bildirmemesi çarpıcıdır. Hekimler çalışmamızda en çok olması gerekenin ve tüm hekimlerce yapılması gerekenin böyle davranmak olduğunu, gerektiğinde uzman hekim yardımının önemli olduğunu, yetersiz kaldıkları bilemedikleri konuların olabileceğini düşündükleri için özellikle de hata yapmak istemedikleri için yakınlarını, alanında daha deneyimli başka bir hekime devretmeyi tercih etmektedirler. Kendilerini yetersiz gördüklerinde hekimler yakınlarını bir başka doktora emanet etseler bile süreci takip etmekte, hekimin tedavisini sorgulamakta ve hatta bazen hekime müdahale etmektedirler. Aile hekimliği uygulamaları açısından sağlık bakımının sürekliliği önemlidir. Tek bir hekimin bir bireye ait tüm sağlık sorunlarına yeterli müdahaleyi yapamayacağı ortadadır. Ancak aile hekimi sağlık hizmetinin bu konuda uzman kişiler tarafından verilmesini sağlamakla ve gerektiğinde sonucu izlemekle görevlidir (3).

Hekimlik sınırları alt temasında yine hekimlerin %76,31 gibi büyük bir kısmı aile veya yakınlarını kendilerinin tedavi etmesinden kaynaklanabilecek sorunları onlara anlatmaktadırlar. %13,16'sı olası sorunlardan yakınlarına bahsetmezken, %10,53'ü ise bahsedip bahsetmeyeceğini belirtmemektedir. Olası sorunlardan bahsetmeyen hekimlerin yarısına yakını gerekçe olarak "yakınlarına karşı davranma şekillerinden, yakınlarının olabilecek olası sorunları anlayacağını, hissedileceğini" ifade etmektedir. Buradan hekimlerin yarısından çoğunun, yakınlarla tıbbi bakım sağlama fikrini doğru bulmamasına rağmen yine de talepleri kabul ettiklerini ancak kendilerinden kaynaklı oluşabilecek sorunları önceden yakınlarına aktararak yakınlarını korumaya çalıştıkları yorumu yapılabilir. Nik-Sherina ve arkadaşları yakınlarla olası sorunların anlatılması gerektiğini belirtmektedirler (43).

Hekimler; bir çalışmada yakınları ile "yakınlarını tedavi eden asıl doktorların" arasındaki tedavi ilişkisini bozacağını ve kayıtların eksik kalmasına yol açabileceğini düşündükleri için bu kişilerin taleplerini karşılamak istememektedirler

(36). Çalışmamızda hekimlerin, kronik hastalık takibini, yakınlarının asıl hekimleriyle ilişkilerini önemseme durumlarını betimlerken; hekimlerin başka bir hekimce kronik hastalık takibi yapılan bir yakının kendisinden ilaç dozu ayarlama veya tedavi değişimi istemesi hâlinde bu isteği yerine getirmekteler miydi yoksa tıbbi takibin daha iyi yapılması açısından düzenli olarak bir doktordan yardım almalarını mı söylemekteydi” sorusunun sorulmasının uygun olabileceğini düşündük. Hekimin yakınının kronik hastalık takibini bozup bozmadığını anlamlandırmaya çalıştığımız bu kısımda hekimlerimizin yarısı ilaç dozunu ayarlamayarak yakınlarına aynı doktordan yardım almalarını söylemekte olup kalan yarısı da ilaç dozunu ayarlayacağını veya acil müdahale gerektiren veya hastanın düzenli olarak katılımcı hekim tarafından kontrol edilebileceği durumlar gibi belli başlı durumlarda ayarlayabileceğini belirtmektedir. Yakınının ilaç dozunu, “takip eden hekimin hastaya özgü durumlara daha vakıf olması”, “farklı hekimlerin yaklaşımlarının karmaşaya yol açmasından” dolayı ayarlamayı reddetseler de hekimlerden bazıları “kendilerinin de kronik hastalık takibini yapabileceklerini” ifade etmektedir. Bu ifade aile hekimlerinin de kronik hastalık takibinde aktif olmaları gerektiğini ve bunun önünde bir engel olmadığını düşündürmektedir. Her ne kadar çalışmamızda hekimler belli durumlarda veya bağımsız olarak ilaç dozunu ayarlayacağını ifade ederek “kronik hastalık takibini bozduklarını” bizlere düşündürseler de bu hekimlerin büyük çoğunluğunun yakınlarının ilaç ayarlamasını yaptıktan sonra onlara takip eden hekime bilgi vermesini veya düzenli olarak aynı doktordan yardım almalarını söylemeleri hekimlerin çok büyük bir kısmının aslında kronik hastalık takibini önemsediklerini göstermektedir. AMA'nın tıbbi etik görüşüne göre hekimlere yakınlarına müdahaleleri sonrası yaptıklarını belgeleyerek ilgili hastanın birinci basamak doktoruna göndermesi gerektiği önerilmektedir (44). Bunların dışında çalışmamızda ilaç dozu ayarlamamanın sakıncası olmadığını veya asıl takip eden hekimin bilgi akışını bozmadığını düşünen, yakınına düzenli olarak tek doktordan yardım almalarını, takip eden hekime bilgi vermelerini söylemeyeceğini ifade eden birkaç hekim bulunmaktadır.

Hekimin ailesi ve yakınlarıyla ilişkisinin yansımalarının oluşturduğu dördüncü ana tema “yakınların hekimlerden beklentileri”, “hekimlerin beklentileri karşılama durumları ve beklentiler karşılanmadığında aldıkları geri bildirimler”, “hekimlerin bilmedikleri bir uygulamayı yapmak zorunda kalma durumları,

kalsalardı ne yapacakları” ve “hekimlerin yakınlarından beklentileri” çerçevesinde şekillenmiştir.

Hekimler aile ve yakınlarının kendilerinden en çok yönlendirme ve danışmalık daha sonra da reçetelerinin yazılması beklentisi içerisinde olduklarını aktarmaktadırlar. Hekimler yakınlarının beklentilerine yönelik “97” görüş bildirmeleri tıbbi taleplere oldukça fazla maruz kaldıklarını göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların belirttiği yakınlarının “yönlendirme ve danışmanlık alma”, “reçetelerinin yazılması”, “tedavi edilme”, “raporlarının düzenlenmesi”, “enjeksiyonunun yapılması”, “muayene edilme”, “hastalıklarının tanı alması”, “istem taleplerinin yapılması”, “onlarla ilgilenilmesi”, “endişelerinin azaltılması”, “hekimin onlara faydalı olması”, “sorunlarını hekimin çözülebildiği kadarıyla çözmesi”, “sorunlarına kesin çözüm bulunması”, “sorularına açık ve net cevap verilmesi” beklentileri aslında hastanede diğer hekimlerin yapabileceği işlerdir. Aile ve yakınların bu talepler için bir sağlık kurumuna gitmek yerine bu isteklerini hekimlerden talep etmelerinin nedenleri “hasta”, “sağlık personeli” veya “sağlık kurumu” kaynaklı olabilir. Literatürde hastaların yakınları olan doktora başvuru nedenlerine yönelik olarak bizim ülkemizde, bizim halkımıza yönelik yapılmış bir çalışma bulunamamıştır. ”Bu beklentiler 27 farklı beklentinin yaklaşık %60’ını oluşturmaktadır ve üzerinde çalışılmayı hak etmektedir. Bunlar dışında aile ve yakınların; yakınları olmayan bir hekimden kolaylıkla talep edemeyecekleri “sağlık hizmetlerinin hızlı ve kolay halledilmesi”, “hastane randevularının ayarlanması”, “sorunlarını hastaneye gitmeden evde çözme”, “sağlık harcamalarını azaltma”, “onları doktora götürme”, “başka hekimlerin yaptıklarını değerlendirme ve onlara sormadıklarını sorma”, “tıbbi durumunun takip edilmesi” gibi beklentileri de mevcuttur. Hekimlerin, ailem ve yakınlarım “her şeyi bilmemi ve çözmemi”, “sorunlarına kesin çözüm bulmamı”, “tüm sorunlarını önce benim değerlendirmemi”, “reçete ettiğim ilaçları temin edip onlara vermemi” beklerler şeklinde betimledikleri olgular; yakınlarının hekimlerden sınırsız beklentilerinin olduğu kanısına varmamıza neden olmaktadır. Talepte bulunan kişinin çözümü tamamen katılımcı hekimde arayıp aramaması, taleplerin kabul edilip edilmemesini etkileyen bir faktördür. Sadece bir katılımcını yakınlarının kendisinden “bir şey beklemediğini” belirtmesi de oldukça anlamlıdır. Çalışmamızda bazı hekimler yakınlarının kendilerinden sorunları hastaneye gitmeden evde çözmelerini istediklerini belirtmişlerdir. Hasta hekim

iletişimine yönelik yapılan bir araştırmada hekim-hasta ilişkisinin mevcut durumunun “paternal” olduğu hekimlerin hastaları memnun etmekteki zorlukları ve hastaların da bu durum karşısında hastanelerden kaçmakta olduğu, hekim egemenliğini ve hastane koşullarını kabul etmedikleri ifade edilmiştir (56). Hem bu çalışmada hem de bizim çalışmamızda hastaların mümkün olduğunca hastane başvurusunda bulunmak istemedikleri öne çıkmaktadır. Bu durumun nedeni her iki çalışmada aynı olabilir ancak bizim çalışmamızda hastaların görüşleri alınmadığı için bir değerlendirmede bulunmak yerinde olmayacaktır.

Hekimlerin yarısına yakını bu istek ve beklentileri yeterince karşıladıklarını üçte birlik bölümü de karşılayamadıklarını düşünmektedir. Geri kalanı ise karşıladıklarını ama her zaman karşılayamadıklarını veya yarı yarıya karşıladıklarını belirtmekte olup iki kişi bu konuda net görüşe sahip değildir. Bunların arasında hekimin yakınlarının taleplerini bazı zamanlarda onların iyiliği için karşılamaması dikkat çekicidir. Özellikle etik olmayan durumlarda da taleplerin karşılanması mümkün olamamaktadır. Malezya gibi aile yapısı batı devletlerine göre bize daha yakın olan bir ülkede yapılan çalışmada doktorların ailelerinin tedavi isteklerini geri çevirmelerinin ilişkilerini tehlikeye atacağı olarak belirtilmektedir (43). Hekimler istekleri karşılamadığı zaman yakınlarından doğal olarak en çok olumsuz geri bildirimler almaktadırlar. Tıbbi bakım talepleri karşılanmadığı zaman aile ve yakınlar; genelde “kırgınlık, küskünlük,” “bozulma, içerleme”, “mesafeli olma”, “hayal kırıklığı yaşama”, “üzülme” gibi içe dönük olumsuz tepkilerde bulunmaktadır. Bazıları da “sitem”, “eski yakınlığı göstermeme”, “bilgisi yetersiz doktor muamelesi”, “sonrasında yardım almayı reddetme, önerilerine uymama”, “hekimin onları önemsemediği iması”, “manalı bakma”, “arkadan konuşma”, “aşırı kuralcı ithamı” gibi hekimlere karşı daha olumsuz tepkiler vermektedir. Bir hekim yakınlarının işi ısrarcılığa kadar götürdüğünü belirtmektedir. Araştırmamızda hekimlerin üçte biri tıbbi bakım talepleri karşılanmadığı zaman aile ve yakınlarının “olumsuz bir tepki” ve “olumlu olumsuz herhangi bir tepki” göstermediklerini ifade ederken birkaçı da yakınlarının “anlayışla, teşekkürle” geri bildirimde bulunduğunu ifade etmektedir. Hekimlerin birkaçı, daha önce tıbbi bakım taleplerini karşılamadıkları aile ve yakınları olmadığı için onlardan herhangi bir geri bildirim de almadıklarını ifade etmektedirler. Yalnız bir hekimin talebi yapamasa dahi yakınlarının teşekkür ettiklerini ifade etmesi dikkat çekicidir.

Hekimler kendilerinin ve ailelerinin tedavilerini yaparken kendi uzmanlık ve bilgi sınırlarını aşan problemleri tedavi etmeye çalışabilirler (34,46). Katılımcıların büyük çoğunluğu aile ve yakınlarına, kendi uzmanlıklarını aşan veya istemedikleri bir uygulama yapmak zorunda kalmadıklarını yani böyle bir şey yaşamadıklarını belirtmektedirler. Bir kısım hekimin böyle bir uygulamayı yapmak zorunda kaldığı ve bu durumda yarısının uygulamayı yaptığı, diğer yarısının da yapmadığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada bir hekim eşinin çocukları için gereksiz olan bir tedavi konusunda kendisinde baskı oluşturduğunu, bir aile hekiminin ise baskılar nedeniyle yakınlarına evde doğum ve kürtaj yaptığını belirtmesi ve bu tarz olguların bizim çalışmamızda da mevcut olması hekimlerin baskılar karşısında kendilerini aşan yükün altına girdiklerini göstermektedir (40).

Hekimler, kendilerini aşan istemedikleri bir uygulamayı yapma durumuyla karşı karşıya kalsalardı başta acil ve ciddi durumlar olmak üzere; başka seçenek yoksa yarar zarar oranına göre ve bunlar gibi durumlarda yakınlarının isteğini yapabileceklerini ancak özel bir durum yoksa yapmayacaklarını, yönlendireceklerini belirtmektedirler. Araştırmamızda hekimlerin daha az bir kısmı ise uygulamayı tereddütsüz yapmayı, yönlendireceğini belirtmektedir. Bir hekim böyle bir durumda talebi kabul edeceğini ancak ilk müdahaleyi yaptıktan sonra gereken yerlere hastasını götüreceğini varsaymaktadır. Çalışmamızda diğer bir önemli nokta da daha önce böyle bir uygulamayı yapmış beş hekimin dördü normalde yapmayacaklarını ancak içinde buldukları duruma göre karar vereceklerini, bir kişi de yapmayacağını yönlendireceğini belirtmektedir.

Aile ve yakınlarının hekimlerden beklentileri olduğu gibi ikili ilişkilerin doğası gereği hekimlerin de onlardan beklenti ve istekleri bulunmaktadır. Bu isteklerden “yapabileceğimin sınırını bilmelerini”, “her şeyi bilemeyeceğimi bilmelerini”, “her zaman çözüm beklememelerini”, “tüm tedavilerini benden beklememelerini”, “her şeyi benden beklememelerini” istediklerini belirten hekimlerin ifadelerinden yakınlarının bu hekimlerden taleplerin de bir sınırının olmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle katılımcılar, genelde tıbbi bakım talebinde bulunurken yapabileceklerinin sınırını, her şeyi bilemeyeceklerini, bazen müdahale etmemeleri gerektiğini bilmelerini; tüm tedavilerini, her şeyi kendilerinden beklememelerini belirtirlerken aile ve yakınlarının kendilerinin bir hekim ve insan

olarak belli bir kapasiteleri olduğunu, her şeyi bilemeyeceklerini ve yapamayacaklarını vurgulamaktadırlar. Bazı katılımcılar da aile ve yakınlarından, “sadece gerekli ve ciddi durumda talepte bulunma”, ”önerilerine uyulması”, “saygılı davranma”, “normal hekim hasta ilişkisi kurma”, “uygun zaman ve ortamı gözetme”, “empati kurma ve duyarlı olma”, “anlayışlı olma” gibi doğru iletişime yönelik beklentileri olduğu gibi, yakınlarının kendilerini sadece bir hekim olarak değil bir yakını olarak da görmelerini, aile ve yakınlarıyla tıbbi konular dışında da sohbet etmeyi istemektedirler. Çıkarılabilecek bir diğer sonuçta hekimlerin mesai saati dışında dinlenmek istedikleri, mümkün merteye rahatsız edilmek istemedikleridir.

5.1. Kısıtlılıklar

1. Araştırma, çalışma grubu Ankara ilinde yer alan bir üniversitenin tıp fakültesindeki aile hekimliği asistanları ile sınırlıdır. Farklı branş hekimleri ile yapılan bir çalışmada farklı bir sonuç çıkabilir. Aile hekimliği asistanlarının hasta ve hastalılara diğer bölüm asistanlarına göre farklı bir bakış açısına sahip olması sonuçları etkileyebilir.

2. Aile hekimliği asistanlarının aile ve yakınlarından gelen tıbbi bakım talepleri bağlamında yaşadıkları deneyimlerine dair alınan görüşler, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen veriler ile sınırlıdır.

3. Hekim ile aile yakınları arasındaki ilişkiye yönelik yapılan bu çalışmanın tek taraflı olarak sadece hekimlere yapılması, eksik veya hatalı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Hekimlerin yakınlarında da nitel bir çalışma ile bu konunun irdelenmesi, hem konunun tarafsız bir bakış açısı ile irdelenmesine hem de her iki tarafında görüşlerinin dikkate alınarak gelecekte bu gibi taleplere karşı hekimlerin yol çizmesinde etkili olacaktır.

4. Katılımcı hekimler ile araştırmacı hekim arasında ilişki olması nedeniyle hekimler toplum için genel doğru olan kanıyı söyleme yoluna gitmiş olabilirler.

5. Bu alt kategorideki ifadeler incelendiği zaman katılımcı hekimlerden bazılarının soruyu yanlış anlamış olabilme ihtimali göze çarpmaktadır. “Yapmak zorunda kalıp kalmamak” ile araştırmacının asıl sormak istediği soru “katılımcıların

kendi uzmanlıklarını aşan veya yapmak istemedikleri bir uygulama talebi gelip, gelmediğidir”. Yukarıdaki bazı ifadelerde katılımcıların “yapmak zorunda kalmamak” ifadesini “böyle bir talep yapılmadı” olarak değil de “talep yapıldı ama kabul etmedim” ifadesi ile karıştırılmış olmalarını düşündüren izler vardır. Yukarıda ifadesi bulunan bir katılımcı (A4) “beni aşan herhangi bir uygulama yapmak zorunda kalmadım diye başlayan sözlerinde bir komşusunun talebinden bahsetmiş ve talebe karşılık kendisini aşan herhangi bir şey yapmadığını bildirmiştir.” Ancak aynı katılımcı anlatısında talebin içeriğinden kendisini aşan bir talep olup olmadığından bahsetmemiştir. Araştırmacı tarafından bu durum daha önce katılımcının bu tarz bir durum yaşamadığı yönünde yorumlanmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hekimler, aileleri ile hekim-hasta ilişkisi kuramadıkları gibi aile üyesi-hasta ilişkisi de kuramamaktadır. Mevcut sağlık sistemimizin hastaların isteklerini karşılayamadığı noktalarının olması, yakınları hasta olduğu zaman hekimlerin aile yakını-hasta ilişkisi kurmasını güçleştirmekteyken aynı zamanda, hekimlerin duyguları ve yakınlarıyla olan ilişkilerinin sonuçları da onların doğru bir hekim-hasta ilişkisi kurmasına imkân vermemektedir. Bu durum hekimleri kendi içlerinde karar alma mekanizmalarını bozan ikilem, kaygı ve çatışma içine sokmakta, hekimler çeşitli güçlükler ve olumsuz hisler yaşatmaktadır. Bu durumu hekimlerin ifadeleriyle açıklamak gerekirse hekimler yakınlarını tedavi etmemeleri gerektiğini düşünmekte, buna ek olarak talepler karşısında çok fazla olumsuz his ve zorluk yaşamaktadırlar ve hatta ailelerini tedavi etmelerinin aileleri için olan dezavantajlarının farkındadırlar. Ancak bütün bunlara rağmen tam zıt bir durum olarak aile ve yakınlarından gelen talepleri yüksek oranda kabul etmektedirler. Hekimlerin genellikle aile ve yakınlarından gelen talepleri kabul etme nedenleri ise yardımcı olma isteği, hekimliğin veya ilişkinin getirdiği sorumluluk ile yakınları kıramama ve diğer nedenlerden oluşmaktadır. Türkiye’deki bu durumda ataerkil aile yapısı da etkili olabilir. Hekimler talepleri isteyerek kabul etmelerinin yanı sıra bazı mesleki veyahut toplumsal görev ve sorumluluklar nedeniyle mecburiyetten de kabul etmektedirler. Hekimler kendilerini aşan durumlarda yakınlarını sevk ederek, kronik hastalık takibini bozmamaya çalışarak ve kendilerinin yakınlarına vereceği zarardan bahsederek yani hekimlik sınırlarına dikkat ederek kendilerini korumaya çalışmaktadırlar. Eğer hayati önemi olmayan konulardaki talepleri, hekimler yakınlarının tepkilerinden dolayı kabul ediyorlarsa ve onları ikileme sürükleyen sebep bu kabul ise çözüm iletişimde saklı olabilir. Çalışmamızda yakınlarının taleplerini karşılayamadıklarında anlayışlı karşılandıklarını ifade eden hekimler iletişimin önemine dikkat çekmişlerdir. “Uygun bir dille anlatıldığında”, “onlar için araştırma yapacağı söylenildiğinde” “onları ihmal etmeyeceğimi bilirler” ifadeleri yakınları bilgilendirmenin, iyi ve etkin iletişim kurmanın, yakınlar üzerinde iyi bir etki bırakmanın, onlardan gelen tepkiyi azalttığını ve gereken hâllerde talebi

reddetmeyi kolaylaştırdığını göstermektedir. Hekimlerin, mesleklerini yaparken, yakınlarına normal hastalarına baktıkları gibi bakmadıklarını açık bir dille anlatmalarının ve bu çatışmanın yakınlarında oluşturacağı olası problemlerden bahsetmelerinin hekimler üzerindeki yükü azaltacağı kanısındayız. Hekimler bunun için iletişim becerilerini artırma yoluna gitmelidirler. Yapılan bir çalışmada bir tıp fakültesinde eğitim gören 6. Sınıf öğrencilerinin % 84,2'si iletişim becerisiyle ilgili ayrı bir derse ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Bu öğrencilerin %36'sı eğitimleri sırasında bile az ya da çok iletişim problemi yaşadıklarından bahsetmişlerdir (57). Bu çalışmadan da anlaşılacağı üzere, hekimlerin tıp eğitimi müfredatında, tanıdık hasta ve zor hasta gibi çeşitli hasta grupları ile iletişim dersleri güçlendirilmelidir.

Çalışmamızda muayenehane dışında imkânların olmadığı yerlerde hasta bakmak, bilmedikleri konuda gelen talepler ile etik dışı talepler birçok hekimi zorlamaktadır. Bu zorluklar bazı hekimler için hasta-doktor ilişkisi kurulması ve normal akrabalık ilişkisi kurulması noktasındaki zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bazı hekimler bu tarz zorluklar yaşadıkları durumlarda, talebi karşılayamayacaklarını söylemekte de zorlanabilmekte ve bazıları da ilişkinin getirdiği zorunlulukla talepleri kabul edebilmektedirler. Aslında hekimler yakınlarına bakarken zincirleme bir şekilde zorluklarla mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu yorucu süreci hekimlerin daha kolay ve rahat atlatabilmesi için yaşadıkları zorlukların üstesinden gelme becerisine sahip olmaları gerekmektedir. Bu beceriyi kazanmak etik eğitim ve deneyim ile mümkündür. Çalışmamızda en yaşlı, en fazla asistanlık ve hekimlik süresine sahip olma özelliğine sahip "S grubu" katılımcılarının diğer gruplara kıyasla daha az zorluk yaşadığını belirtmesi, hatta yarısına yakınının zorluk yaşamadığını ifade etmesi deneyim sahibi hekimlerin daha az zorlandığını bize göstermektedir. Bu nedenle edinilmiş deneyimlerinin gelecek nesil hekimlere aktarılması için deneyim sahibi hekimleri daha detaylı inceleyen yeni çalışmaların yapılması önem arz etmektedir.

Hastalar açısından bakıldığı zaman araştırmamızdaki dikkat çekici bir nokta da hekimin yakını olan hastalarına tıbbi bakım sağlaması neticesinde hastaların fazla veya az tedavi alarak mağdur olabilecekleri sonucudur. Hekimler, yakınlarının sağlık sorunları üzerinde fazla düşünme veya hastalığı atlama korkusu neticesinde aşırı tıbbi bakım sağlayabilirler. Bunun tam tersi olarak, hekimler yakınlarının sürekli

talepleri karşısında duyarsızlaşmaları veya yakınlarına kötü bir hastalığı yakıştıramamaları sonucunda onları almaları gereken tıbbi bakımdan mahrum edebilirler. Hekimlerin tüm hastalarına karşı etik olarak sorumluluğu, zarar vermeme ilkesini benimseyerek, hastaya uygun, güncel, uygulanabilir ve benimsenmiş bir tedaviyi hastanın hak ve koşullarını göz önünde tutarak sunması ve hastasının takiplerini yapmasıdır. Bu davranış biçimi hekimlerin hastaları karşısında, kendi hak ve hürriyetini koruyarak mesleki tatmin içerisinde hekimlik mesleğini icra etmesini sağlayacaktır (58). Hekimlere hem üniversite eğitimleri sırasında hem de üniversite eğitimi sonrasında tıp etiği ilkelerinin daha etkin bir şekilde verilmesi sonucu, onların hem poliklinik hastalarına hem de yakınlarına bakarken bilinçli olacağı kanısındayız. Ayrıca hekimlerin yakınlarına dengeli bir sağlık hizmeti sunmasını sağlayabilmek için hem hasta hem de yakınları üzerine bu konudaki nitel çalışmaların artırılması gerekmektedir.

Bir katılımcı hekim: “Katılıyorum. Ancak aile hekimliği açısından 1. basamakta değerlendirilebilen hastalıklar kapsamında geçici veya kendini sınırlayan hastalıklarda hekim kendi yakınına değerlendirebilir. Ancak daha ağır hastalıklarda acil, cerrahi, onkolojik durumlarda hekim yakınına kendi takip etmemelidir.” sözleriyle, yakınlarına bakma konusunda aile hekimleri ile diğer branşları ayırmaktadır. Bu açıdan bakacak olursak aslında aile hekimlerinin hastalarının da onların tanıdıkları kişiler olduğunu söyleyebiliriz. Genel olarak tıp dalları hastalıklar, organlar, veya teknolojiler ile tanımlanırken aile hekimliği ilişkisi yönüyle daha ön plandadır. Aile hekimlerinin genellikle hastalarıyla aynı topluluğu ve alanı paylaşmaları ve hastalarını önceden tanıyor olmaları bunun bir göstergesidir. Hastalarla sürekli hâle gelmiş bir ilişki onlarla ilgili bir bilgi birikimi oluşmasını sağlar. Bu açıdan aile hekimliği diğer branşlardan farklılaşmaktadır. Aile hekimliğinde biyo-psiko-sosyal yaklaşımın dikkate alındığı hasta merkezli bir klinik uygulama yapılmalıdır (3). Sınırlı bir alanda uzmanlaşan hekimler problemin kendi alanında olduğuna karar verdikten sonra sorumluluk alırken, aile hekimleri ise hastalarına ait tüm süreçlerde sorumluluğa sahiptir. Bunun dışında aile hekimleri sık karşılaştıkları sorunlar hakkında bilgi sahibiyken, alan uzmanları genellikle nadir görülen hastalıklar konusunda bilgi sahibidir (3). Aile hekimliğini diğer branşlardan ayıran daha başka birçok husus bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen özellikleri ile aile

hekimleri yakınlarına bakmaya daha sıcak yaklaşabilir. Bu nedenle bu konuda diğer branşlarda yapılacak araştırmaların sonuçları farklı olabilir.

Ancak unutulmamalıdır ki aile hekimleri veya diğer hekimler hastane içinde veya dışında nerede hasta bakarlarsa baksınlar hekimlik mesleğini yapmaktadırlar ve hastalarının sağlığına kavuşması, doğru yönlendirilmesi burada da önemli bir husustur. Yani aile üyelerine bakmak yalnızca kişisel olmayıp aynı zamanda mesleksel olarak da kabul edilmesi ve yönetilmesi gereken bir husustur (46). Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimi için “eğitim içeriği ve rotasyon alanları ve süreleri, toplumun ihtiyaçlarına göre belli aralıklarla tekrar ele alınıp düzenlenmeli ve saha ağırlıklı olmalıdır” önerisi dikkate alınmalıdır (59). Sadece aile hekimliği değil tüm uzmanlık alanlarında asistan eğitim sürecinde bu mesele ve hekimlerin zorlandığı diğer etik meselelere yönelik eğitimler verilmelidir.

Hastaların tıbbi hizmete daha kolay ulaşma istekleri, diğer hekimlerle iletişim kurmada zorluk yaşamaları; hekimlerin de özellikle samimi oldukları akrabalarının sağlık durumları hakkında fikir ve söz sahibi olma istekleri, hekim ve yakınlarını hekim-hasta, aile üyesi-hasta ilişkisinin bir karışımı diyebileceğimiz hekim-aile üyesi-hasta üçgeninde bir ilişki rolünün kurulmasını gerektirmektedir. Bu rol hakkında sadece doktorların değil tüm sağlık personelinin daha açık ve net fikir sahibi olması için bu konunun tıbbi etik ile ilgili eğitim programlarında daha sık yer bulması gerekmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin en önemli özelliklerinden birisinin “eğitilenin ihtiyaçlarına yönelik olması” olduğu düşünöldüğünde hekimlerin aile ve yakınlarından gelen talepler karşısındaki ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçların karşılanmasında araştırmamızın faydalı olacağı düşüncesindeyiz (2).

7. KAYNAKLAR

1. Sönmez S, İlgün G. Nitel araştırma yöntemlerinin sağlık hizmetleri bağlamında incelenmesi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018, 21(40): 375-400. doi:<https://doi.org/10.31795/baunsobed.492455>
2. Özer C, Dağdeviren N, Şahin EM, Aktürk Z. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde bire bir eğitim. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2003, 12: 2-5
3. Freeman TR. *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. Çeviri: Güldal AD, Günvar T, Başak O, (Çeviri editörleri). *McWhinney'in Aile Hekimliği*, 4. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 3-35.
4. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye'de bir tıp disiplini olarak aile hekimliği'nin gelişimi. *GeroFam*. 2010, 1(1): 29-40. doi:10.5490/gerofam.2010.1.1.4
5. Üstü Y, Uğurlu M, Keskin A. Türkiye'deki aile hekimliği uygulamasında geliştirilmesi gereken noktalar. *Ankara Med J*. 2016, 16(1): 82-89. doi:10.17098/amj.04900
6. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014, 18(3): 122-133.
7. Yıkılkan H, Aypak C, Görpelioğlu S. Aile hekimliği uzmanı olmak için öğrencilerin motivasyonları ve aile hekimliği uzmanlarının iş doyumları: literatür taraması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2012, 6(2): 36-41.
8. Dikeçligil FB. Aileye Dair Kabullerin Ezber Bozumu. İçinde: Aydın M (editör). *Aile Sosyolojisi Yazıları*, 1. Baskı. İstanbul, Açılım Kitap, 2014:14.
9. Sayın Ö. *Aile Sosyolojisi: Ailenin Toplumdaki Yeri*, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi No:57, 1990:2.
10. Tokuroğlu B. Aileler. İçinde: *Sosyoloji*, Akan V. (Çeviri editörü). *Sociology*, Macionis JJ. 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2013: 462-464.

11. Kendall D. *Sociology in Our Times*, 8th ed. Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2011: 117.
12. Yurttaş Z, Yavuz F, Atsan T. *Köy Sosyolojisi*. Erzurum, Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Ders Yayınları, No:205, 1998: 53
13. Bozkurt V. *Değişen Dünyada Sosyoloji*. 2. Baskı. Bursa, Ekin Kitapevi, 2006: 259
14. Kağıtçıbaşı Ç. *Kültürel Psikoloji Kültür Bağlamında İnsan ve Aile*. 1. Baskı. İstanbul. YKY, 1998: 107-108
15. Topçuoğlu A. *Türkiye'de Aile Değerleri Araştırması*. Ankara, Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2010: 68
16. Kurt A. Dünden Bugüne Türk Ailesi. İçinde: Zencirkıran M (editör). *Dünden Bugüne Türkiye'nin Toplumsal Yapısı*, 1. Baskı. Bursa, Dora Yayınları, 2013: 360.
17. Haviland WA, Prins HEL, Walrath D, McBride B. *Cultural Anthropology: The Human Challenge*. Çeviri: Erguvan Sarıoğlu İD. *Kültürel Antropoloji*. 1.Baskı. İstanbul, Kaknüs Yayınları (2008):499
18. Tekin F. Ailede Akralılık ve Soy. İçinde: Aydın M (editör). *Sistemik Aile Sosyolojisi*, 3. Baskı, Konya, Çizgi Kitapevi, 2016: 257.
19. Dinç D, Ünal PC, Topsever P, Özyavaş S. Hasta memnuniyeti ve yönetim sistemi: çözüm ortağı hekim. *Türk Aile Hek Derg*. 2009, 13(2): 93-98. doi:10.2399/tahd.09.093
20. Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2006, Sayı 15: 609-629.
21. Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 1995, 3(2): 59-65.
22. Tecim, E. *Sağlık Sosyolojisi*, Konya, Çizgi Kitapevi, 2018: 88-101
23. Atıcı E. Hasta - hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007, 33(1): 45-50.

24. Çiftçiöğlü BA, Ordun G. Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik bir araştırma. *Öneri Dergisi*. 2010, 9(34): 109-118.
25. Açıkalm I. Hekim-hasta iletişiminde Türk tıp dilinin kullanımına yönelik bir araştırma. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*. 1997, 5: 64-67.
26. Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi. T.C. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007
27. Özçakır, A. Hekim-hasta ilişkisi: Karar verme sürecinde hastanın yeri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2004, 24(4): 411-415.
28. Dünya Tabipler Birliği. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin Gözden Geçirilmiş Şekli.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/hashak/belge/mevzuat/lizbon_bildirgesi1981.pdf. 31 Temmuz 2019.
29. Atilla G, Oksay A, Erdem R. Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. 2012, 43: 23-37.
30. Mahmud A. Doctor-patient relationship. *Pulse*. 2009, 3(1): 12-14.
doi:<https://doi.org/10.3329/pulse.v3i1.6546>
31. Sünter AT, Dabak Ş, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*. 2003, 20(3): 135-139.
32. Stock Keister MC, Green LA, Kahn NB, Phillips RL, McCann J, Fryer GE. What people want from their family physician. *Am Fam Physician*. 2004, 69(10): 2310.
33. Ataman G, Kurşunluoğlu Yardımoğlu E. Hastane türlerine göre hasta memnuniyetini ve hastane seçimini etkileyen unsurlar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2018, 21(2): 273-288.
34. AMA Journal of Ethics. AMA Code of Medical Ethics' Opinion on Physicians Treating Family Members- Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama->

- [code-medical-ethics-opinion-physicians-treating-family-members/2012-05](#). 13
Ağustos 2019 (Virtual Mentor. 2012;14(5):396-397. doi:
10.1001/virtualmentor.2012.14.5.coet1-1205.)
35. General Medical Council. Good Medical Practice. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice>. 02
Ağustos 2019
36. Giroldi E, Freeth R, Hanssen M, Muris JWM, Kay M, Cals JWJ. Family physicians managing medical requests from family and friends. *Ann Fam Med*. 2018, 16(1): 45-51. doi: 10.1370/afm.2152
37. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE. Physicians treating their own children. *Am J Dis Child*. 1993, 147(2): 146-149. doi:10.1001/archpedi.1993.02160260036018
38. Scarff JR, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives' health care. *HEC Forum*. 2012, 24(2): 127-137. doi: <https://doi.org/10.1007/s10730-011-9174-5>
39. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. *N Engl J Med*. 1991, 325: 1290-1294. doi:10.1056/NEJM199110313251806
40. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. 'Common sense and a thick hide'. Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med*. 1994, 3(7): 599-604.
41. Korenman SG, Bramstedt KA. (2000). Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? Yes: It is ethical to treat short-term, minor problems. *West J Med*. 2000, 173(6): 364. doi:10.1136/ewjm.173.6.364
42. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med*. 2001, 175(4): 236-239. doi:10.1136/ewjm.175.4.236
43. Nik-Sherina H, Ng CJ. Doctors treating family members: A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Family Medicine*. 2006, 5(2).

44. AMA. Treating Self or Family - Code of Medical Ethics Opinion 1.2.1. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/treating-self-or-family>. 14 Ağustos 2019.
45. Aboff BM, Collier VU, Farber NJ, Ehrenthal DB. Residents' prescription writing for nonpatients. *JAMA*. 2002, 288(3): 381-385. doi:10.1001/jama.288.3.381
46. Carroll RJ, Tulskey JA, Shuchman M, Snyder L. Should Doctors Treat Their Relatives? Ethics Case Study. *APC Internist*. <https://web.archive.org/web/20081210074041/http://www.acpinternist.org:80/archives/1999/01/relative.htm>. 1 Ağustos 2019.
47. McSherry J. Long-distance meddling: do MDs really know what's best for their children? *CMAJ*. 1988, 139(5): 420-422.
48. Creswell JW. *30 Essential Skills For The Qualitative Researcher*. Çeviri: Özcan H. *Nitel Araştırmalar İçin 30 Temel Beceri*, 1. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2017: 3-265.
49. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 7. Baskı. Ankara, Seçkin, 2008: 35-274
50. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 23. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2017: 92-252
51. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*. 2004, 22(2): 63-75. doi: <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
52. Ersoy AF. Fenomenoloji. İçinde: Saban A, Ersoy A. (editörler). *Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri*, 2. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık. 2017: 83-138.
53. Bukova Güzel E, Demircioğlu H. Nitel Araştırmalarda Çeşitlilik. İçinde: *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri*, Bütün M, Demir SB, (Çeviri editörleri). *Qualitative Research & Evaluation Methods*, Patton MQ. 1. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2014: 75-143
54. Boiko PE, Schuman SH, Rust PF. Physicians treating their own spouses: Relationship of physicians to their own family's health care. *The Journal of Family Practice*. 1984, 18(6): 891-896.

55. Kutlu M, Çolakoğlu N, Pay Özgüvenç Z. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2010, 2(2): 127-143.
56. Cirhinlioğlu Z. Sivas'ta hekim-hasta ilişkileri-II. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*. 2001, 25(1): 49-79.
57. Özçakır A. Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi?: İntern öğrenci görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2002, 22(2): 185-189.
58. Deniz Şafak E. Tedavi Sürecinde Yasal Boyut. İçinde: Demirağ S, Ünlüoğlu İ, Katkıcı U (editörler). *Aile Hekimliğinde Yasalar ve Yasal Konular*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Yayınevi, 2016: 206-207
59. Uğurlu M, Üstü Y. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci ve geliştirilmesi gereken noktalar. *Ankara Med J*. 2018, 18(1): 123-128. doi:10.17098/amj.409047

8. EKLER

8.1. Ek-1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Sayın katılımcı;

Aileler, kendi aralarında sıkça tıbbi tavsiyelerde bulunma ve bir sağlık sorunu olduğunda birlikte çözüm arama eğilimindedirler. Bireylerin aileleri veya arkadaşları içerisinde bulunan bir hekimden sağlık konusunda danışmanlık istemeleri de bu durumun bir parçasıdır. Kişiler bunu genellikle hastalıklarıyla ilgili bilgiye ulaşmanın kolay olması, hastaneye başvuruda bulunmaktan kurtulmak ve maliyetleri düşürmek için yaparlar. Hekimler ise kolaylık sağlama, meslektaşlarından daha çok bilgili ve ilgili olma düşüncesi gibi nedenlerle aile üyelerine bakım sağlamak istemektedirler. Bu durumla karşılaşan doktorlar, yakınlarını tedavi ederken çıkar çatışması ve etik ikilemlerle karşı karşıya kalabilirler. Hekimler bu durumda belli semptomları yetersiz veya aşırı önemseyebilir. Fiziksel muayeneler veya laboratuvar incelemeleri yapmadan ilaç yazıp tahmini olarak bir tedaviye başlayabilirler.

Çalışmamızın amacı bir tıp fakültesi aile hekimliği anabilim dalında asistan olarak çalışan doktorların aileleri, arkadaşları, akrabaları ve yakınlarının sağlık sorunlarına karşı tutum ve davranışlarının nitel bir çalışma aracılığı ile araştırmaktır. Ayrıca bu çalışma vasıtasıyla literatür bilgisini ve katılımcı doktorların deneyimlerini aktararak hekimlerin yakınlarından gelen talepleri karşılama ve talepler karşısında yaşayabilecekleri sorunlar ile baş etme konusunda yol gösterici olma amaçlanmıştır.

Bu amaçla size 2 ana bölümden oluşan görüşme formu uygulanacaktır. görüşme formunun birinci bölümünde katılımcıların kişisel bilgilerine yönelik sorular, ikinci bölümünde ise aile bireyi olarak doktor, profesyonel meslek sahibi olarak doktor, aile üyeleri ve yakınların beklentileri ve diğer hekimlerin beklentileri ile ilgili olmak üzere 4 ana grup altında yarı yapılandırılmış toplam 24 soru yer almaktadır. Görüşmemiz 25-30 dakika sürecektir.

Veriler bilimsel amaçlı tez yazımında kullanılacak olup size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Katılımınız ve çalışmamıza olan katkılarınız için teşekkür ederiz.

Dr. Ramazan İlbey Tepeli

Tel: 05063503098

BÖLÜM 1: KİŞİSEL BİLGİLER

Yaşınız :.....

Cinsiyet : a) Kadın b) erkek

Kaç yıldır hekimlik yapmaktasınız?

.....

Hangi program ile aile hekimliği asistanlığı yapmaktasınız?

a) tam zamanlı b) sahu

Tam zamanlı iseniz kaç yıldır aile hekimliği asistanlığı yapmaktasınız?

.....

Sahu programında iseniz kaç aydır aile hekimliği asistanlığı yapmaktasınız?

.....

BÖLÜM 2: GÖRÜŞME SORULARI

1. GRUP SORULAR: Aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarının tıbbi talepleriyle ilişkili, yaşadıkları bir olaya dair görüşleri

Görüşmenin başlatılması: Şimdi hayal edin. Evinizde yakın akrabalarınız ile birlikte aile yemeğindesiniz. Yemek sonrası amcanız sohbet sırasında “3 haftadır öksürüyorum acaba neyim var? Beni bir muayene edip ilaç yazabilir misin?” dedi. Bu tarz bir durum yaşadıysanız bir tek olayı seçerek bu deneyiminizi bizimle paylaşabilir misiniz? . Bu tarz bir durum yaşadıysanız bu deneyiminizi bizimle paylaşabilir misiniz? (bir tek olayı seçerek)

Yönlendirici Sorular:

1.1. Yakınınız sizden talebi neydi?

1.2. Talebi yapan size ne kadar yakındı?

1.3. Bu talep nerede ve ne zaman yapıldı?

1.4. Talebe karşılık ne yaptınız? (kabul, red, öneriler, tedaviler, sevk)

2. GRUP SORULAR: Aile hekimliği asistanlarının aile ve yakınlarından gelen taleplere karşı genel olarak görüşleri

Yönlendirici Sorular:

- 2.1. Yakınlarınızda gelen taleplere karşı genel olarak nasıl davranırsınız?
- 2.2. Bu gibi talepler karşısında neler hissediyor, ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?
- 2.3. Bu gibi durumlarda tedavi verip vermemenizi etkileyen faktörler neler olur?
- 2.4. Bu gibi yakınlarınızdan gelen tıbbi istekleri kabul etme veya etmeme nedenleriniz nelerdir? (neden kabul edersiniz, neden kabul etmezsiniz)

3. GRUP SORULAR: Profesyonel bir meslek sahibi hekim olarak meslek etiği bağlamında aile hekimliği asistanlarının; aile ve yakınlarının sağlık taleplerine ilişkin görüşleri

Yönlendirici sorular:

- 3.1. ‘‘Hekimin kendi yakınlarını tedavi etmemesi gerektiği yönündeki görüş’’ konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 3.2. Bir hekim olarak baktığınız zaman yakınlarınıza tıbbi bakım sağlamanın onlar için avantaj ve dezavantajları nelerdir.
- 3.3. Yakınlarınıza tıbbi bakım sağlarken tıbbi bilginizin yetersiz gelmeye başladığını hissettiğinizde durumu başka bir hekimin yönetmesine izin verir misiniz? Onlara başka doktor önerisinde bulunur musunuz? Nedeninden kısaca bahseder misiniz?
- 3.4. Yakınlarınızı tedavi etme durumunda onlara bu durumun olası sorunlarını vurgular mısınız? (ben size evde baktığım için tanınızı atlayabilirim gibi bir uyarı)
- 3.5. Kronik hastalık takibi yapılan bir yakınız sizden ilaç dozu ayarlama veya tedavi değişimi istediğini düşünelim. İsteğini yapar mısınız? Tıbbi takibin daha iyi yapılması açısından düzenli olarak bir doktordan yardım almalarını söyler misiniz?



4. GRUP SORULAR: Aile üyeleri ve yakınlarının katılımcı hekimden beklentileri

Yönlendirici sorular:

- 4.1. Tıbbi bakım talep eden aile üyesi ve yakınlarınızın sizden beklentileri sizin gözünüzden nelerdir?
- 4.2. Onların taleplerini yeterince karşıladığınızı düşünür müsünüz? Talepleri karşılanmadığı zaman onlardan nasıl bir geri dönüş alıyorsunuz?
- 4.3. Aile ve yakın çevrenize uzmanlığınızı aşan veya istemediğiniz bir uygulama yapmak zorunda kaldınız mı? Ne yaptınız. Kalsaydınız ne yapardınız.
- 4.4. Yakınlarınızdan sizden tıbbi istekte bulunurken nasıl davranmalarını isterdiniz. Onlara önerileriniz ne olurdu?

TEŞEKKÜR EDERİM.

8.2. Ek-2 Etik Kurul Onayı

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği bölümü araştırma görevlilerinden Ramazan İlbey TEPELİ'nin, "Aile Hekimliği Asistanlarının Ailelerinden ve Yakın Çevrelerinden Gelen Sağlık Talepleri Üzerine Görüşlerinin İncelenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir. (Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2019 – 114
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	28.02.2019
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	15.03.2019
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	<input type="text" value=""/>
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Bşk. Yrd.	<input type="text" value=""/>
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	Üye	<input type="text" value=""/>
Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	<input type="text" value=""/>
Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	Üye	<input type="text" value=""/>
Dr. Öğr. Üyesi Behlül TOKUR	Üye	<input type="text" value=""/>
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Üye	<input type="text" value=""/>
Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN	Üye	<input type="text" value=""/>
Dr. Öğr. Üyesi Nimet YILDIRIM TİRGİL	Üye	<input type="text" value=""/>

9. ÖZGEÇMİŞ

Ramazan İlbey Tepeli 1991 yılında Erzurum’da doğdu. İlkokul eğitimine Erzurum’da başladı. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimlerini Antalya’da tamamladı. 2009 yılında kazandığı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden 2015 yılında mezun oldu. 2015 yılında Kars Harakani Devlet Hastanesi ve Kars Arpaçay İlçe Devlet Hastanesi’nde mecburi hizmet görevine başladı. Temmuz 2016’dan bu yana Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda asistan doktor olarak görev yapmaktadır.