T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEDAVİ SÜRECİNDE HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ, ORTAK KARAR VERME VE HASTA MEMNUNİYETİ

DR. FATIMA YÜCE

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2014

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEDAVİ SÜRECİNDE HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ, ORTAK KARAR VERME VE HASTA MEMNUNİYETİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatıma YÜCE

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

ÖNSÖZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda geçirdiğim ihtisas eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Dilek Güldal, Doç. Dr. Mehtap Kartal, Doç. Dr. Vildan Mevsim, Doç. Dr. Tolga Günvar ve Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a, güleryüzü ve samimiyetiyle eğitimim ve tezime büyük katkıları olan sevgili hocam Doç. Dr. Nilgün Özçakar'a , Korutürk 3 No'lu ASM'de çalışan Uzm. Dr. Ertuğrul Çeşmeli'ye ve çalışan tüm personele teşekkür ediyorum. Ayrıca Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda içtenliğiyle yanımda olan çok sevdiğim tüm asistan arkadaşlarıma, hayatımı paylaştığım değerli eşim Yansı' ya, hep gülümsememi sağlayan tatlı kızım Elif'ime ve kızımın büyümesinde büyük katkıları olan fedakar anneme sonsuz teşekkürler.

Çok özlediğim biricik BABACIĞIMA…

Dr. Fatıma YÜCE

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i

TABLOLAR DİZİNİ iii

KISALTMALAR iv

ÖZET 1

ABSTRACT 2

1. GİRİŞ VE AMAÇ 3

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Hasta-Hekim İlişkisinin Tarihçesi 4

2.2. Hasta-Hekim İlişkisindeki Roller 5

2.3. Hasta-Hekim Görüşmesindeki Problemler ve Çözüm Yolları 8

2.4. Tedavide Ortak Karar Verme 10

2.5. Hasta Memnuniyeti Kavramı ve Ortak Karar Vermeyle Etkileşimi 13

3. ARAÇ VE YÖNTEM 15

4. BULGULAR 16

5. TARTIŞMA 33

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 39

7. KAYNAKLAR 40

8. EKLER 47

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların belirttikleri tedavi ile ilgili bilgilendirilme ve tedavi kararına katılma durumları

Tablo 3: Yaş ve eğitim düzeyi ile güven puanı değişimi

Tablo-4 Katılımcıların doktorla olan ilişkilerini benzetme şekilleri

Tablo-5 Katılımcıların belirttiği tedavi sürecindeki bilgi edinme ile ilgili durumlar

Tablo-6 Katılımcıların reçete edilen ilaçlarla ilgili hekimden almak istedikleri bilgiler

Tablo-7 Tedavi sürecindeki tercihler

Tablo-8 Katılımcıların belirttiği tedavide hekimle ortak karar vermeyi engelleyen faktörler

Tablo-9 Katılımcıların belirttiği hekimle görüşmedeki sorunlar

Tablo-10 Katılımcıların belirttiği tedaviyi düzenli kullanmalarında etkili faktörler

Tablo-11 Katılımcıların hekime tedavi ile ilgili merak ettikleri bilgileri sorma durumları

Tablo-12 Katılımcılara göre ilgili bir hekimde bulunması gereken özellikler

Tablo-13 Katılımcıların belirttiği tedaviyi kullanma durumları

Tablo-14 Katılımcıların verilen tedaviyi kullanmama nedenleri

Tablo-15 Katılımcıların hekimlerle ilgili genel düşünceleri

Tablo-16 Hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo-17 Hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları ile tedavi sürecindeki tercihlerin karşılaştırılması

Tablo-18 Hasta memnuniyeti ölçek puanları ile tedavi bilgilendirme özellikleri arasındaki ilişki.

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

PCC: Primary Care Center

EUROPEP (Patients Evaluate General/ Family Practice) **ölçeği:** Hasta Memnuniyeti Ölçeği

ÖZET

Tedavi düzenlemede hekim-hasta ilişkisi, ortak karar verme ve hasta memnuniyeti

Dr. FatımaYÜCE,Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.İnciraltı /İZMİR

Amaç: Hastaların tedavi sürecinde hekimleriyle olan ilişkileri, ortak karar vermenin uygulanması konusundaki düşünceleri, beklentileri ve bunların hasta memnuniyeti ile ilişkisini ortaya koyarak hastaların tedavi sürecine katılımlarının nasıl gerçekleştirilebileceği konusuna katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Yöntem:Çalışmamız 1-31 Aralık 2013 tarihleri arasında İzmir ili Balçova ilçesinde bir Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran ve reçete yazılan gönüllülerin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgiler ve hastanın görüşlerini içeren sorularla, hastaların hekimini değerlendirmeye yönelik *EUROPEP (PatientsEvaluate General/ FamilyPractice)* ölçeğinin Türkçe formundan oluşan bir anket yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programında ki-kare, T-testi ve ANOVA testleri kullanılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya bir ASM'de reçete yazılan 300 hasta alınmıştır. Katılımcıların %66,7'si kadın, %64,0'ü lise ve üzeri eğitimde olup yaş ortalamaları 45,92±13,83'tür.Katılımcıların tedavi düzenlenme sürecindeki tercihleri 3 grupta kategorize edildi. Bunlar; %63,3 "hekimle ortak karar verme", %32 "hekim karar versin", %4,7 "hekim tedavi seçeneklerini sunsun kendim karar vereyim" şeklindeydi. Katılımcıların ortalama toplam hasta memnuniyeti ölçek puanları 89,9±18,23 idi. Alt ölçeklerde klinik davranış 64,80+13,43, hizmet organizasyonu 25,15+6,80 bulundu. Hasta memnuniyeti ölçek puanları, yazılan ilaç hakkında bilgilendirme yapılanlar, ilaç yazılırken fikirleri sorulanlar ve yan etkiler konusunda bilgilendirilenlerde daha yüksekti ($p<0,05$).

Sonuç: Tedavi verme sürecinde hasta merkezli yaklaşım, ortak karar verme hasta-hekim ilişkisini olumlu etkilemektedir. Bu durum tıbbi bakım açısından memnuniyet üzerine de etkilidir. Tıbbi bakım için oldukça değerli olan bu yaklaşımın Aile hekimleri tarafından benimsenmesi ve tedavi sürecine katılması gerektiği inancındayız.

Anahtar Kelimeler: Hasta-hekim ilişkisi, Tedavide ortak karar verme, Hasta memnuniyeti

SUMMARY

Objective: To expose patient-physician relationship, patients' thoughts and expectations about shared decision making in treatment process and relation between these topics and patient satisfaction.

Method: This is a cross-sectional study which participants were prescribed outpatients applied to primary care center (PCC) in 1-31 December 2013. A questionnaire including demographic information, patient' opinions and Turkish form of EUROPEP (Patients Evaluate General/Family Practice) scale was administered by the researcher face to face. SPSS 15.0 software, chi-square,t-test and ANOVA were used in evaluation of the data.$p<0.05$ was considered significant.

Results: Of respondents 66.7% were female, 64.0% percent were high educated and the mean age 45.92±13.83. Totally 300 patients had prescribed in a PCC were included in the study. Preferences of patients in treatment organizing process were categorized in three groups. "shared decision making with the physician"(63,3%), "physician should decide"(32,0%), "physician should offer treatment options and I should decide"(4,7%). Total patient satisfaction scale mean score was 89,9±18,23. Clinical behavior subscale score was 64,80±13,43.Service organization subscale score was 25,15±6,80. Patient satisfaction scale scores were high who had asked ideas while had been prescribing and had given information about drugs and their side effects($p<0,05$).

Conclusion: Shared decision making as patient centered approach in the process of treatment, affects positively the patient-physician relationship. This fact is also effective on satisfaction of patients in medical care. We believe that this approach which is quite valuable for medical care should have been adopted and participated in treatment process by the family physicians

Keywords: Patient-physician relationship in treatment process, Shared decision making, Patient satisfaction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlik, tıbbi bilgi ve birikimin ortaya konduğu mesleksel bir uygulama sanatı olmanın yanı sıra iletişim becerilerini de gerektiren bir alandır. Hekimler, mesleki uygulamaları sırasında hastalarını öncelikle biyolojik özellikleri ile ele alır ancak değerlendirmelerini psikolojik ve sosyal yönleriyle de tamamlarlar. İşte bu durum hastalarıyla olan ilişkilerini de çok yönlü ve özel kılmaktadır.

Hekim – hasta arasındaki sosyal ilişkiler tedavinin başarı şansını arttırmaktadır(1). Hastaların hekimin teknik yeterliliğine önem verdikleri ancak bunun aynı hekimi tekrar tercih etmelerini etkilemediği, hastaların aynı hekimi yeniden tercih etmelerinde hekimin ilgisi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu saptanmıştır(2). Hastanın hekime olan güvenini etkileyen öğe de onun kendisi için en iyi olanı yapacağına inanmasından çok en iyi olanı seçmesi için gereksindiği bilgiyi kendisine sağlayacağına inanmasıdır. Bu konu özellikle aynı hastaların sürekli takibini yapan birinci basamak hekimleri için oldukça önemlidir.

Son yıllarda hastanın tedavi kararlarına katılımı önem verilen bir konu haline gelmiştir(3). Hastaların ilaçların kullanım şekli, dozajı gibi özelliklerindeki bireysel tercihleri, tedaviye uyumu geliştirmede umut verici bir strateji olabilir(4). Bu nedenle tedavi düzenlenirken hastaların görüşlerinin dikkate alınması, tedavinin başarı şansını arttırarak hem hasta memnuniyeti hem de doktora olan güven üzerine olumlu etki yapabilir.

Tedavide hasta merkezli yaklaşım yani ortak karar verme tıbbi bakımın kalitesini geliştirmede yeni ve önemli bir yolu temsil etmektedir (5). Bu alan yurtdışında birçok araştırma ve uygulamaya konu olmasına rağmen Türkiye' de henüz yeterli çalışma yoktur.

Tedavi aşamasında genellikle hastaların tercihleri göz ardı edilmekte hatta çoğu zaman verilen tedavi konusunda bilgilendirme dahi yapılmamaktadır. Bu durum hem hastanın tedaviye olan uyumunu azaltmakta hem de doktora olan güveni olumsuz etkilemektedir. Hastanın tedavi kararına katılması hastayı güçlendirecek dolayısıyla tedaviyi uygulama ve iyileşme olasılığını arttıracaktır. Bu durum da hasta ve hekim arasında güven ve bağlılık zemini oluşmasına katkıda bulunacaktır.

Biz bu çalışma ile hekim – hasta ilişkisinde tedavi sürecini, ortak karar vermeyi ve bunu etkileyen faktörleri araştırarak bu alandaki boşluğu doldurmayı amaçlıyoruz.

Hastaların tedavi sürecinde hekimleri ile ortak karar verme konusundaki düşüncelerini, gereksinimlerini belirlemeyi hedefliyoruz.

Böylece hastaların tedavi sürecine katılımlarının nasıl gerçekleştirilebileceğinin belirlenmesiyle bu konuda yapılacak ileri araştırmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta-Hekim ilişkisinin Tarihçesi

Tarihsel açıdan bakıldığında yaşanılan çağ ile hasta-hekim ilişkisi arasında bir bağlantı olduğu görülebilir. Aynı çağda birçok toplumda ortak özelliklere sahip bir tür hasta-hekim ilişkisi yaşanmıştır. Bu benzerliği açıklamada belirleyici unsurlardan biri çağın tıp bilgisi düzeyidir (6).Eski Mısır, Eski Yunan ve Ortaçağda özellikle Engizisyon döneminde etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin geçerli olduğu görülmektedir (7) .

Bu dönemdeki hastalık kavramı mistik öğeler taşımaktadır. Genellikle hekim iyileştirici güçleri eyleme geçiren ve hasta ile bu güçler arasında bağlantı kuran "üstün kişi" durumundadır ve aynı zamanda din adamıdır (6). Etkinlik-edilgenlik temelinedayanan hasta-hekim ilişkisinden yol gösterme işbirliği etme temeline dayanan hasta-hekim ilişkisine geçişte Fransız Devrimi'nin ilişkiye yansıması ve özellikle çağdaş ruh hekimliğinin kurucusu Philippe Pinel'in hastaya insancıl yaklaşımı etkili olmuştur (8).On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda bilim ve tıp alanında gerçekleşen gelişmeler ve bilgi birikiminin artması ise hastanın hekim karşısındaki edilgin konumunu ve bağımlılığını artırmıştır (7). Karşılıklı katılım temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin ortaya çıkışı ise 19. Yüzyıl sonlarında psikiyatrinin bir tıp dalı olarak gelişmesi ile olur. Joseph Braurer ve Sigmond Freud'un hastayı dinlemeyi bir tanı ve iyileştirme yöntemi olarak geliştirmeleri, hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı katılım yolunda en büyük adımdır. Bu dönemde sağlıklılık ve hastalığı ak ve kara gibi birbirinden ayıran Kraepelin'ci görüşle, hastalığı biyo-psikososyal bir olgu olarak kapsamlı bir şekilde tanımlayan bugünkü görüş bir süre birlikte etkili olduktan sonra, tıp bilgisinin de gelişmesiyle günümüzdeki geniş kapsamlı tanıma ulaşılmıştır. Bu geniş kapsam içinde hekim, her üç ilişki türünün de etkili olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir (6,7).

Tıp uygulamasında hasta-hekim ilişkisi her zaman merkezde bulunan bir konu olmuştur. Hipokrat döneminde hekim uygulamasına yön veren genel yaklaşımı özetleyen ant metinlerinde bu özellik göze çarpmaktadır. Önceleri hastanın bütünüyle edilgin olduğu hekimin tek başına belirleyip yönlendirdiği"etkinlik-edilgenlik" biçiminde bir ilişki vardır. Bu ilişki, komada ya da genel anestezideki gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgin durumdaki hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır. Etkinlik-edilgenlik biçimindeki ilişki zaman içerisinde hekimin yapılması gerekenleri belirlediği ve hastanın da bu belirlemelere uyarak gerekenleri yerine getirdiği ilişki biçimine dönüşmüştür. Burada hasta-hekim ilişkisi bir "yol gösterme işbirliği yapma" niteliği taşımaktadır. Bu ilişki ise, akut seyreden ya da bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır. Hasta-

hekim ilişkisinin üçüncü farklı görünümü "paylaşımcı hasta-hekim ilişkisi" ya da "karşılıklı katılıma dayalı ilişki"dir. Bu son biçimde, hastanın hastalık sürecine belirli sorumluluklar üstlenerek katılımı gerçekleşmektedir. Bu ilişki biçimi, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlemelerde olduğu gibi hekimin hastanın kendisine yararı olmasında yardımcı durumda olduğu hasta ve hekim ilişkisine uymaktadır (7,9).

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide değişimin ortaya çıkmasına neden olan pek çok etken bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları sağlık ve hastalık kavramlarının geçirdiği değişim, hekim kimliğindeki farklılaşmalar, bireyin "sağlık hakkı" kavramı üzerindeki yeni belirlemeler ve değerlendirmeler ile tıbbın giderek çok yoğun bir teknoloji kullanan disiplin haline gelmesidir. Tüm bu etkenlerin "hasta" ve "hekim" kimliklerinde önemli birer belirleyici öğe olduğu kabul edilmektedir (7).

2.2. Hasta- Hekim İlişkisindeki Roller

Hasta ve hekim ilişkisini açıklayan çeşitli modeller tanımlanmıştır. Bu modeller vurguladıkları konu açısından benzer özellikler taşımakla birlikte ortaya koydukları etki açısından farklıdırlar. Szasz ve Hollender (1956) tarafından hasta-hekim ilişkisi türlerinde geliştirilen psikoanalitik yaklaşımda, ilişki kavramı, gözlemlenebilen durumların uygun yönde soyutlanması olarak görülür. Szasz ve Hollender, hasta ve hekim arasındaki ilişki şekillerinin aynı zamanda diğer insanlar arası etkileşimlerde de bulunduğunu, ancak bu ilişkiyi farklı kılanın bulunulan ortamın özgünlüğü olduğunu ileri sürmektedir (10).

Szasz ve Hollender, hasta-hekim ilişkisinde üç tür ilişki şekli tanımlamaktadır:

1. Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki,
2. Yol gösterme-işbirliği yapma temeline dayanan ilişki,
3. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki.

Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki, ebeveyn çocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir (11). Ataerkil, babacıl, paternalistik tutum ve davranışları içeren ilişki biçimi olarak da adlandırılır. Hekim, "teknokrat" yaklaşım içerisindedir (12). Bu ilişki türünde, hekimin hasta adına ve hastanın onamı olmaksızın eylemde bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin hastanın iyiliği, yararı için olduğu varsayımı vardır (6). Bu ilişki, komada ya da genel anestezideki gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgin durumdaki hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır (6,7,10).

Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki, sağlığını kazanmak için işbirliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiği konusunda bilgilendiren hekimin komutlarını kabul edip, bunları yapan hasta ile hastanın karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasındaki

ilişki şeklidir. Bu ilişkide hasta bir ölçüde etkindir. Ancak tanı ve tedavi sorumluluğu tümüyle hekimin üzerindedir (6,12). Bu ilişkide hekim, hastanın değerleri doğrultusunda "yol gösterici", "yorumlayıcı" bir yaklaşımdadır. Bu ilişki, akut seyreden ya da bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır (6,7).

Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, hekimin hastanın kendisine yararlı olmasında yardımcı olduğu durumlardaki hasta-hekim ilişkisini tanımlar (6,10). Bu ilişkide, tanının konmasından tedavinin seçimine kadar yapılan tüm uygulamalarda hekim ve hasta birlikte karar verirler (12). Bu ilişki, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlemelerde olduğu gibi hekimin hastanın kendisine yararı olmasında yardımcı durumda olduğu hasta ve hekim ilişkisine uymaktadır (6,7).

Szasz ve Hollender'in psikoanalitik yaklaşımla tanımladığı hasta-hekim ilişkisi modelinden sonra, hastanın tıbbi kararlardaki rolü üzerinde hasta özerkliği ile sağlığı, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasındaki çatışma, ideal hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiği sorusunu ortaya çıkardı. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel (1992) (13) bu sorudan yola çıkarak hasta-hekim ilişkisinde dört tür ilişki şekli tanımladılar:

1. Paternalistik model, 2. Bilgilendirici model, 3. Açıklayıcı model, 4. Görüşmeci model.

*Paternelistik model*deki hekim, tıbben yararlı olabilmek kaygısıyla hastasının dilek ve istemli eylemlerini yok sayabilir. Hekim, hastasını kendi belirlediği doğrular yönünde davranmaya zorlamakta, örneğin tıbbi gerçeği hastadan saklamakta ya da ona hiçbir bilgi vermemektedir (14). Paternalistik yaklaşımın ancak hastanın yeterliliğinin olmadığı ve onam veremediği, onam verebilecek durumda olsa tedaviyi kabul edeceği varsayılan bir durum söz konusu olduğunda geçerli olacağı kabul edilmektedir (16,18). Ancak paternalistik yaklaşıma yönelik eleştiride bulunurken içinde yaşanılan toplumun kültürel ve sosyoekonomik düzeyi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Bilgilendirici model; Teknik bilginin ön planda olduğu bu tür ilişkide hasta-hekim etkileşiminin amacı, hekimin hastaya gerekli tüm bilgileri vermesi, hastanın istediği tıbbi uygulamayı seçmesi ve hekimin de hastanın tercihini uygulamasıdır. Bu sonuca varmak için hekim, hastaya, hastalığının özelliğini, olası tanı ile tedavi girişimlerini, bu girişimlere ilişkin risk ve yararlar ile konuyla ilgili bilgi açısından var olan bütün belirsizlikleri açıklar. Hasta hastalığı ile ilgili tüm tıbbi bilgileri ve olası tedavi şekillerini bilir ve hangi tedavinin uygulanacağına kendi değerleri ile karar verir.

*Açıklayıcı model*de hasta-hekim etkileşiminin amacı, hastanın değerlerini ve gerçekte hastanın ne istediğini açıklığa kavuşturmak, hastaya bu değerlere uygun tıbbi girişimleri

seçmekte yardımcı olmaktır. Bilgilendirici modelde olduğu gibi açıklayıcı modelde de hekim, hastaya söz konusu durumun niteliği ve olası girişimlerin riskleri ile yararları hakkında bilgi verir. Bununla birlikte, açıklayıcı modelde hekim, bunun da ötesinde hastaya kendi değerlerini açığa çıkarma ve dile getirmede, hangi tıbbi girişimlerin bu özgül değerlere uygun olduğunu belirlemede, böylece hastanın değerlerini hasta için yorumlamada yardımcı olur (13). Hekimin hastaya kendi değerlerini kabul ettirmeye çalışması, hastanın da bunu kolayca kabul edebilecek konumda olması hasta-hekim ilişkisinde açıklayıcı modelin taşıdığı risklerdir (17).

*Görüşmeci model*de; hekim, bir öğretmen ya da bir arkadaş gibi davranır, hangi davranış tarzının daha iyi olacağı konusunda hasta ile karşılıklı konuşur. Hasta özerkliği kavramı ahlâki öz gelişim ile ilgilidir. Hasta yalnızca daha önce incelenmemiş seçeneklerini ya da incelemiş olduğu değerleri izlemez, karşılıklı görüşme yoluyla sağlıkla ilişkili farklı değerleri, bunların önemini ve tedavideki yerini değerlendirme gücünü de kazanır (13). Bu modelde dikkat edilmesi gereken nokta, hekimin önerdiği uygulamaların ve yapılacak tedavilerin hastadan çok hekimin ahlâki değerlerine bağlı kalmaması, hasta görüşünün alınmasıdır (12).

Hasta-hekim ilişkisinde ideal olarak kabul gören "görüşmeci model "in özellikle önemli olduğu durumları sıralamak olanaklıdır. Bunlar:

1. Tedavi için uygun seçimin belirgin olmaması.

2. Sorununun çözümü için, hastanın yaşam biçiminde ve davranışlarında önemli değişiklikler yapmasının gerekli olması.

3. Hastanın yetersizlik ve sakatlıkla birlikte yaşamayı öğrenmesinin gerekli olması.

Bu durumlara bakıldığında bilinci yerinde ve yeterliliği olan bir hastanın söz konusu olduğu durumların pek çoğunda karşılıklı katılım temeline dayalı (görüşmeci model, danışan-danışman ilişkisi) bir ilişkinin olanaklı olduğu; bunun dışındaki bir ilişki biçimini haklı çıkarmanın ise güç olduğu görülmektedir (7).

Günümüzde ideal olarak kabul gören hasta-hekim ilişkisi; karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, danışan-danışman ilişkisi ya da görüşmeci model olarak adlandırılmaktadır. Ancak her bir ilişki modelinin uygulanabilirliği hastanın durumuna (kişiliği, aile yapısı eğitim düzeyi, gibi) ve hastalığın özelliğine (hastalığın akut ya da kronik olması, hasta yaşamını etkileme düzeyi gibi) göre değişebileceği unutulmamalıdır. Hekimlik aynı zamanda bir iletişim sanatı olup hasta ile kurulan ilişkinin özelliği hasta yararını, hastanın memnuniyetini ve tedaviden cevap alınmasını etkilemektedir. Hasta katılımının sağlandığı bir hasta-hekim ilişkisi hasta hakları açısından da gerekli görülmektedir. Bunun hayata geçirilmesinde ise

sadece hekime sorumluluk yüklenmesi hasta haklarının önünde bir engel oluşturacaktır. Çünkü toplumun sosyokültürel yapısının ve hasta profilinin farklılıklar gösterdiği, hasta yığılımının olduğu, alt yapı eksikliklerinin giderilmediği, personel yetersizliğinin olduğu, sağlık çalışanının haklarının gözetilmediği şartlarda ideal hasta-hekim ilişkisi olarak karşılıklı katılım temeline dayalı (danışan-danışman, görüşmeci model) ilişkinin gösterilmesi hasta yararını olumsuz yönde etkiler. Dolayısıyla "hastalık yoktur hasta vardır" sözü her hasta için aynı ilişki türünün uygulanması yerine hastaya göre ilişki türünün tespiti olarak da yorumlanabilir. Bunun gerçekleştirilmesi için tıp eğitiminde iletişim becerilerine önem verilmesi, öğrencinin hasta başında, hastayla diyalog kurarak ve hastaya "dokunarak" eğitim almasının sağlanması gereklidir.

2.3. Hasta-Hekim Görüşmesindeki Problemler ve Çözüm Yolları

Hasta-hekim görüşmesindeki ilişkiyi olumsuz etkileyen unsurlara bakacak olursak; Hastayı yetersiz bilgilendirme, zaman problemi, dinleme eksiklikleri ve teknik dil kullanımının ağırlıklı olduğu görülecektir.

Hasta-hekim ilişkisinin önündeki engellerden birisi olan hastayı yeterince bilgilendirmeme, eksik ve belirsiz açıklama yapma, hastalarda endişe ve tatminsizliğe neden olmaktadır (18). Hastayı yeterince bilgilendirmeme değişik sebeplerle olabilir. Birincisi hekimin kendi rolünü nasıl algıladığı ile ilgilidir. Hekim kendisini hasta için en iyi bildiğini varsayan paternalistik figür veya hastanın duygularını anlamaya çalışan, onunla empati kuran, karar sürecine hastayı da katan biri olarak görebilir (19). Eğer hekim kendisini hasta için en iyiyi bilen ve doğru kararı veren kişi olarak görüyorsa yeterli bilgilendirmeye ihtiyaç duymayacaktır. Diğer bir bilgilendirmeme nedeni ise, hastaların sosyoekonomik statüleriyle ilgilidir. Magnus ve Mick, konuyla ilgili yapılan çalışmaların, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan hastaların düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeyli hastalara göre doktorlardan daha çok bilgi aldıkları sonucuna ulaştığını belirtmektedir. (20).

Hasta-hekim ilişkisini zaman problemi de olumsuz etkilemekte ve iki tarafta da memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Hasta ve hekimin ihtiyaç duyduğu ya da algıladığı zaman kavramı farklılık göstermekte; hastalar, hekimlerinin kendilerine yeterince zaman ayırmadığını belirtirken, hekimler ise hastaları birçok sorusunu cevaplamalarına rağmen yine de onları tatmin edemediklerini düşünmektedirler (21).

Hekimin hastayı yeterince dinlememesi iki taraf arasındaki ilişkinin önündeki bir diğer engeldir. Hastalar; hekimlerin kendilerini dinlememelerinden yaygın bir şekilde yakınmaktadırlar (22). Hastasını dinleyen hekim, hastanın sosyo-kültürel düzeyi ve iç dünyası

hakkında yeterince bilgi sahibi olacak, bu bilgileri kendi kültürü ve eğitiminin ışığında sentez eden hekim, hastasıyla nasıl konuşması gerektiğini belirleyecektir (23). Bunlara ek olarak önemsenmenin önemli bir göstergesinin dinleme olduğu bilindiğinden hasta kendisinin önemsendiğini algılayacaktır (24). Ayrıca iyi bir dinleme, doğru bir öykü ile hekimin daha sağlıklı tanı koymasına da yardımcı olacaktır.

Hasta-hekim ilişkisindeki bir başka engel de hekimlerin kullandığı dil ile ilgilidir. Hastanın rahatsızlığını anlatma dili ile hekimin dili arasındaki farklılıklar, iletişimde problemlerin oluşmasına büyük katkıda bulunmaktadır (25). Hekimlerin kullandıkları dilin anlaşılır olmaması, hastanın hastalığı konusunda yeterince bilgilenmemesine dolayısı ile kaygı duymasına neden olmakta, bu da hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkilemektedir.

Hasta-hekim ilişkisini geliştirmede ve engelleri aşmada önemli unsurlardan bir tanesi hekimin hastasıyla empati kurabilme yeteneğidir (26).

Empati kurabilen bir hekim hastanın deneyimlerini kendisi yaşamış gibi bir içgörü oluşturabilir. Hekim empatik olarak algılanabilmek için bu anlayışını hastasına sözlü veya sözsüz bir şekilde iletebilmelidir. Hastadaki bu algı, başlı başına tedavi edici olabilir (27). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada soğuk algınlığı olan hastalardaki empati algısı ile hastalığın süre, şiddet ve immun belirteçler arasında bir korelasyon kurulmuş ve sonuçta algılanan empatinin yüksek olduğu grupta, soğuk algınlığı süre ve şiddetinde anlamlı gerileme olduğu ve yine bu gruptaki hastalarda immun yanıtın daha güçlü olduğu görülmüştür (27).

Hasta-hekim ilişkisinin geliştirilmesinde önemli görülen bir diğer unsur ise karşılıklı güvendir. Hastanın hekime olan güveninin artması hasta memnuniyeti ve tedaviye uyumu da olumlu etkiler. Ayrıca has- hekim ilişkisinde sürekliliği sağlar. Bu konu özellikle aynı hastaların sürekli takibini yapan birinci basmak hekimleri için oldukça önemlidir. Hastaya hastalığının her aşamasında dürüst, sevecen ve samimi olmak önemlidir. Böylece hasta ile olan iletişim ve güven duygusu sağlamlaşmış olur. Hastanın en ufak şüphesinde ve kafasındaki soru işaretine tatminkar bir sonuç alamaması halinde iletişim ve güven duygusu kopar (23). Hasta-hekim arasında tam bir güven tesis edilememişse hasta belli bir süre hekimin tedavilerini uygulamakta fakat gözle görülür bir iyileşme kaydedilmediği takdirde başka yollara başvurmakta ve hekimin dediklerini yapmamaktadır (28). Bu durum özellikle kronik hastalıkların takip ve tedavisini olumsuz etkileyebilir. Dolayısıyla hasta-hekim ilişkisinin geliştirilmesinde güven duygusu hem hasta hem de hekim açısından büyük önem arz eder.

Hasta-hekim ilişkisindeki problemleri çözmede hastalara da önemli görevler düşmektedir. Öncelikle hastaların sorumluluklarına dikkat etmesi gereklidir. Hastaların

başlıca sorumlulukları; hekime karşı dürüst olmayı, hastalık öyküsünü eksiksiz ve ayrıntılı aktarmayı, tıbbi tedavi ve tavsiyeleri yerine getirmeyi, yanlış bilgi vermemeyi, kendi sağlık sorunu, tanı ve tedavisiyle ilgili olabildiğince bilgilenmeyi ve doktoru istismar etmemeyi kapsamaktadır (29).

2.4. Tedavide ortak karar verme

Hasta hakları son yıllarda tüm dünyada sağlık hizmeti tartışmaları içerisinde önemlilik kazanmıştır. İlk olarak 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından kabul edilen "Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi" ve ardından 1994 yılında Amsterdam'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği toplantıda kabul edilen "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" ile hasta hakları uluslararası belgelerce ortaya konmuştur (30).

Günümüzde tüm dünyada hasta hakları ve hastanın her konuda bilgilendirilmesi ile ilgili yasalar bulunmaktadır. İnsan hakları bildirgelerinde, hastanın bilgilendirilmesi ana başlığı altında kullanılan cümleler şu şekildedir: "Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı vardır"; "Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilenme hakkına sahiptir"(31, 32).

Karar verme, insan davranışının en karmaşık yönlerinden birisini oluşturmaktadır. Bu durum, özellikle hasta ile hekim arasındaki etkileşim sırasında, geniş anlamda problemlerin tanımlandığı ve bunların çözümü ile idaresi için planların yapıldığı bir dönem olan "konsültasyon" sırasında yaşanmaktadır (33, 34). Tıbbi sonuçlarla ilgili belirsizlik, kanıtların yetersiz oluşu, insan faktörü ile tıbbi uygulamalar arasındaki önceden tahmin edilemeyen karmaşık etkileşimler, bunun da ötesinde günümüzde insanın değer ve düşüncelerinin rolü tıp alanında giderek artan etkiye sahip özellikler olarak ortaya çıkmış; bilgiye ulaşım kolaylığının artması ve hastanın otonomisinin de önem kazanması gibi birçok faktör hastaları karar verme sürecine katmıştır (35, 36).

Hasta merkezli yaklaşım modellerinin ilk kez sunulduğu 1980'lerden sonra, hasta ile doktorun ortak karar verdikleri, yani 'karar vermede paylaşım' şeklinde yeni bir alan ortaya atılmıştır. Sağlıkla ilgili kararlara hastaları katmanın, bir başka deyişle hasta ile tıbbi kararı paylaşmanın sağlık sonuçları üzerine belirgin ve sürekli bir farklılık yarattığı bildirilmektedir (37). Tedavi ile ilgili karar verme aşamasında karar paylaşımı, hasta-hekim etkileşimi türlerine göre farklılık gösterir.

Paternalistik modelde, karar verme aşamasında sorumluluk tamamen hekim tarafından üstlenilmektedir. Bu yaklaşım uzun yıllar boyunca, tedavi ile ilgili karara varılmasında en çok kullanılan modeli oluşturmuştur (38, 39). Bu modelin saf formunda hasta hekimin tercihettiği tedavi seçeneğini kabul ederek pasif olarak hekimin profesyonel otoritesine boyun eğer. Bu model, doktorun her şeyi ve her şeyin en iyisini bildiği varsayımı, hastaları katmaksızın hastalar adına karar verme ve hastalar alternatif yollardan tıbbi bilgiye ulaşmış olduğunda hekimin kendini tehdit altında hissetmesi şekline kadar değişebilir (40). Tedaviye karar verme aşamasındaki herhangi bir basamak bu modelde yoktur; başka bir ifade ile aslında burada hekim-hasta ilişkisi de bulunmamaktadır (38).

Bilgilendirici model paternalistik yaklaşımın tam karşı kutbunda bulunan modeli oluşturmaktadır. Hastanın tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilendirilmesi ile karar verme sürecinde hekimin kendini geri çekmesi şeklindedir. Bu modelde hasta-hekim arasında bir ilişki bulunur ancak bilginin aktarımı safhası sadece tek yönlü, doktordan hastaya olacak şekildedir. Hekim, tüm olası tedavi seçeneklerini, bunların yarar ve zararlarını anlatarak hastayı bilgilendirmektedir (38). Bu modele göre hekimin görevi, hastaya bütün gerçekleri bildirmektir; bu bilgiler ışığında hasta yapılacak olan tedavileri değerlendirir (41). Süreç şu şekilde sonlandırılmaktadır: "Size yeterli bilgiyi verdim, bu konudaki kararınız nedir?" (42). Bu modelin benimsenmesinde hasta hakları çok etkili olmuştur.

Paylaşım modeli: 'Tıbbi kararın paylaşımı' (Shared decision making) terimi, hekimlerin hastaları aktif olarak tıbbi karara varma sürecine sokmayı hedefledikleri konsültasyonlar için kullanılmakta ve giderek artan şekilde tıp çevresinde karar verme açısından ideal bir model olarak savunulmaktadır (33, 43). Bilgilendirme modelinin aksine bu modeldeki temel özellik, hasta ile hekimin karar verme sürecinin her safhasında paylaşımda bulunduğu, karşılıklı etkileşimsel yapısıdır (43, 44). Bir başka deyişle; bu modelde hekim danışmandır; hastaya arkadaş ya da öğretmen gibi davranır. Hekim yalnızca hastanın ne yapabileceğini belirtmekle kalmaz, aynı zamanda hasta ile hangi çeşit sağlık uygulamalarını kabul edebileceği konusunda da tartışır (41). Özellikle hastanın yaşam kalitesi üzerine farklı etkileri bulunabilecek olan çok sayıda tedavi seçeneklerinin bulunması durumunda, hastanın tercihine sunulması daha sağlam olmakta; hastaların karar sürecine aktif katılımları tedavinin etkinliğini arttırabilmektedir (45). Bu modeldeki anahtar noktalar şu şekilde sıralanmaktadır (43).

1) Hekim-hasta olarak en az 2 katılımcı olmalıdır,

2) Her iki taraf da bilgi paylaşımında bulunmalıdır,

3) Tercih edilen tedavi hakkında her iki taraf da fikir birliği oluşturmaya yönelik adım atmalıdır,

4) Uygulanacak tedavi hakkında ortak bir karara varılmalıdır.

Tedavide ortak karar vermeyi ele alan sistematik bir derlemede hasta-hekim görüşmelerindeki tutum ve davranışlara göre ortak karar vermenin sekiz temel aşaması tanımlanmıştır (46):

1. Sağlık probleminin tanımlanması ve açıklanması,
2. Mevcut seçeneklerin belirlenmesi,
3. Faydaların, risklerin ve maliyetin tartışılması,
4. Hastanın değerlerinin veya tercihlerinin netleştirilmesi,
5. Hastanın yeteneğinin veya oto-kontrolünün tartışılması,
6. Konu ile ilgili güncel bilgilerin anlatılması ve önerilerde bulunulması,
7. Hastanın durumu kavrayıp kavrayamadığının kontrol edilmesi,
8. Ortak bir karar vermenin görüşülmesi veya karar verildiyse uygulanması.

Tedavide ortak karar verme, hasta-hekim arasında ortaklaşa yapılan ve hasta merkezli yaklaşımın dönüm noktası olan bir sağlık uygulamasıdır. Politikacılar ortak karar vermeye şu özelliklerinden dolayı olumlu bakarlar (47);

a) Herkes için yararlı olduğu kesin olmayan aşırı seçenekleri azaltması (örneğin; prostat kanseri taraması),

b) Büyük çoğunluğu kesin fayda ile ilişkili seçeneklerin kullanımını geliştirmek (örneğin; kardiyovasküler risk faktörü yönetimi),

c) Yersiz sağlık uygulama varyasyonlarını azaltma,

d) Teşvik edici sağlık uygulamalarının sürdürülebilirliğini sağlama,

e) Hastaları kendi sağlıklarını ilgilendiren kararlara katılmaya teşvik etme.

Tüm bu özelliklerine rağmen tedavide ortak karar verme klinik pratiğe hala yaygın olarak adapte edilememiştir.

Sağlık çalışanları ve hastalar arasında ortaklık kültürünü teşvik, belirli bir dizi beceri ve özellikleri gerektirir. Klinisyenler aşağıdaki bilgi ve becerileri edinmelidir (48);

*Hastanın bakış açısını anlama yeteneği,

*Sağlık ve sağlığı koruma ile ilgili hastanın bilgi kaynaklarına ulaşmasına rehberlik etme yeteneği,

*Hastayı, kendi sağlığını koruma ve hastalığın oluşumu veya nüksünü önleme konusunda eğitme yeteneği,

*Hastaların tercihlerini ortaya koyma ve dikkate alma yeteneği,

*Risk ve olasılıklar hakkında bilgi verme yeteneği,

*Tedavi kararlarını paylaşma yeteneği,

*Öz-bakım ve öz-yönetim için destek sağlama yeteneği,

*Multidisipliner takım çalışması yapabilme yeteneği,

*Kendi sağlıkları ile daha çok meşgul olmaları için yeni teknolojiyi kullanma konusunda hastaları bilgilendirme yeteneği,

*Tüm bunları mümkün kılmak için zamanı etkin kullanma yeteneği.

Reçete edilen ilaçlarda en iyi sonuçlar sadece hastanın önemli katkısı ile yazılan ilaçlarda ulaşılabilir. Hastanın bu katkısını sağlamak için hekim ile görüşmede aktif rol alması ile ortak karar vermenin gerçekleştirilmesi gereklidir. Bunun için de hastaya anlaşılabilir bilginin aktarılması gereklidir (49). Hastalara uygulanan anketlerle yapılan geniş kapsamlı çalışmalara göre; hastaların büyük çoğunluğu tedavi kararına katılmak istemekte ve tedavi konusunda özellikle ilaçların yan etkileri ile ilgili istedikleri bilgileri alamadıklarını belirtmektedir (50).

Tedavide ortak karar vermenin uygulanabilirliği, hastaların karara katılma konusunda istekli olup olmamalarına, hastaların yaş, eğitim ve kültür düzeyi gibi özelliklerine göre değişebildiği gibi hekimin bilgi ve beceri düzeyine göre de değişebilir. Tedaviye uyumu ve hasta memnuniyetini de olumlu etkileyebilecek bu yaklaşımın benimsenmesi hasta-hekim iletişimi için oldukça önemlidir.

2.5. Hasta memnuniyeti kavramı ve Ortak karar vermeyle etkileşimi

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır (51). Birçok ülkede hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü olarak görülmektedir. Sağlıkta bakımı geliştirmek ve kalitesini arttırtabilmek için onu iyi ölçmek ve değerlendirmek gerekir. Ancak sağlık bakımının çok geliştiği ülkelerde bile sağlık hizmetinde kaliteyi sağlamanın karmaşık ve güç bir iş olduğu kabul edilmektedir.

Hasta memnuniyeti; hastaların yaşı, sosyoekonomik düzeyi, aile yapısı gibi birçok değişkenden etkilenebilir. Tedavi süreci de hasta memnuniyetinde oldukça önemlidir. Tedaviye karar aşamasında aktif olarak rol alan ve tedaviyi tam olarak anlayan hasta onu uygulayacak ve böylece iyileşecek, dolayısıyla hekiminden ve sunulan hizmetten memnun

olarak ayrılacaktır. Bu süreçten anlaşılabileceği gibi hasta-hekim ilişkisinin niteliği hasta memnuniyeti üzerine oldukça etkin bir unsurdur. Çevresel koşullar da hasta memnuniyeti üzerine oldukça etkilidir. Hastanelerin veya aile sağlığı merkezlerinin hijyeni, muayene için bekleme süreleri, personelin tutum ve davranışları gibi birçok değişken hasta memnuniyetini etkileyebilir.

Hastaların tercihlerinin belirlenmesi ve onlara bağlı kalınması, memnuniyeti olumlu etkiler ve aynı zamanda kaliteli bakım algısına sebep olur. İlaç uygulamasında tercih ettikleri biçim konusunda hastalardan doğrudan geri bildirim alma, bakım programlarını geliştirmek için sağlık uygulayıcıları tarafından giderek aranan bir yöntem olmuştur. Bu bilgiler göz önüne alındığında bazı sağlık personellerinin ilaç seçimi konusunda hastaları yönlendirmeye devam etmesi ve sağlık yöneticilerinin de hastaların tercihlerini sorgulamadan kendi seçtikleri tedaviyi uygulamaları şaşırtıcıdır (52).

Hasta merkezli klinik yaklaşımın, doğrudan klinik karşılaşmada ve dolaylı olarak hasta memnuniyetine sağlık davranışları ve sağlık durumları açısından etkileri yeterince değerlendirilmemiştir. Bu konuda yapılan derlemelerden birinde incelenen çalışmalardaki analizlere göre, memnuniyet, davranış ve sağlık durumu açısından karışık sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlara göre, hasta merkezli yaklaşımın sağlık davranışı, klinik görüşme ve memnuniyet üzerine olumlu etkileri, sağlık durumu üzerine ise karışık etkileri olduğu görülmüştür (53).

Tüm bu bilgilere göre, hasta memnuniyeti; bakımın sunumunu, hasta ile bakım verenlerin etkileşimini, bakımın varlığını, sürekliliğini, bakımı verenlerin yeterliliği ve yaklaşım tarzını içeren çok boyutlu bir kavramdır.

3.ARAÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız 1-31 Aralık 2013 tarihleri arasında İzmir ili Balçova ilçesinde bir Aile sağlığı merkezine başvuran gönüllülerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar Aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran ve reçete yazılmış olan kişilerden oluşmuştur.

Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgiler ve hastanın görüşlerini içeren sorularla, hastaların hekimini değerlendirmeye yönelik ***EUROPEP (Patients Evaluate General/ Family Practice)*** ölçeğinin Türkçe formundan oluşan bir anket yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Temel amacı birinci basamak sağlık sunumunda kalite artırımı olan EUROPEP ölçeği, hastalardan hekim ve muayenehanesi ile ilgili geri bildirim almayı amaçlar.

Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılan bir ölçektir. Hastalardan son 6 ay içerisinde en sık başvurdukları hekimlerini ve muayenehanelerini 23 sorudan oluşan bir ölçekle değerlendirmeleri istenir.

Ölçek 5'li Likert skalası tarzında düzenlenmiş olup ilk 16 soru klinik davranışı, geriye kalan sorular ise hizmet organizasyonunu ölçmektedir, toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir.

Çalışma sonunda elde edilen veriler; değişik demografik özellikler açısından doktorların hastaya yaklaşım farklılıkları ve ölçekten elde edilen puanlar SPSS 15.0 programında ki-kare, T-testi ve ANOVA testleri kullanılarak değerlendirilmiş, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmaya alınma kriterleri: Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
18 yaş üzerinde olmak

Çalışmaya alınmama kriterleri: 18 yaş altındakiler

Çalışma sırasında mental açıdan soruları anlayıp cevap verme yetisine sahip olamayacak durumdaki bireyler

4. BULGULAR

Çalışmamızda 1-31 Aralık 2013 tarihlerinde bir Aile sağlığı merkezine başvuran ve reçete yazılan 300 hastaya ulaşılmıştır. Katılımcıların %66,7(n=200)'si kadın, %33,3(n=100)'ü erkek olup yaş ortalamaları 45,92+13,83'tür. %70,3(n=211)'ü evli, %20,0 (n=60)'ı bekâr, %9,7(n=29) dul/boşanmıştı. Eğitim durumlarına bakıldığında lise ve üzerinde eğitim görenler %64(n=192) idi. Katılımcıların %28,7(n=86)'si çalışıyor, %32,0(n=96)'si emekli, %39,3(n=118)'ü çalışmıyordu. Belirttikleri ekonomik durumlar; %14,3(n=43) düşük-alt gelir, %54,0(n=162) alt-orta, %30,7(n=92) orta-üst, %1,0(n=3) yüksek gelir şeklindeydi.

Reçete yazılan hastaların %52,3(n=157)'ü kronik, %40,3(n=121) akut, %7,3(n=22)'ü hem akut hem kronik bir hastalığa sahipti. Hastaların sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde; verdikleri yanıtlar % 0,7(n=2)'si "çok kötü", %15,7(n=47)'si "kötü", %11,7(n=35)'si "bilmiyorum", %69,7(n=209)'si" iyi", %2,3(n=7)'ü "çok iyi" şeklindeydi (Tablo 1).

Katılımcıların %88,7(n=266)'si doktorun yazılan ilaçlar konusunda bilgilendirdiğini,%64(n=192)'ü ilaç yazılırken fikirlerinin sorulduğunu,%57,3(n=172)'ü yan etkiler konusunda bilgilendirildiklerini, %94,3(n=283)'ü yan etkileri bilmeleri gerektiğini belirtti (Tablo 2).

Tablo-1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		**Sayı**	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	Kadın	200	66,7
	Erkek	100	33,3
Yaş	18-35 yaş	74	24,7
	36-50 yaş	82	27,3
	51-65 yaş	144	48,0
Eğitim durumu	Lise öncesi	108	36,0
	Lise ve sonrası	192	64,0
Çalışma durumu	Evet	86	28,7
	Hayır	118	39,3
	Emekli	96	32,0
Belirtilen Ekonomik Durum	Alt-orta	43	14,3
	Düşük-alt	162	54,0
	Orta-üst	92	30,7
	Yüksek	3	1,0
Medeni durum	Evli	211	70,3
	Bekâr	60	20,0
	Dul/Boşanmış	29	9,7
Hastalık durumu	Kronik	157	52,3
	Akut	121	40,3
	Akut ve kronik	22	7,3
Belirtilen Sağlık Durumu	Çok kötü	2	0,7
	Kötü	47	15,7
	Bilmiyorum	35	11,7
	İyi	209	69,7
	Çok iyi	7	2,3

Tablo-2 Katılımcıların belirttikleri tedavi ile ilgili bilgilendirilme ve tedavi kararına katılma durumları

Tedavi ile ilgili belirtilen durumlar	**Evet**		**Hayır**	
	Sayı	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**
İlaçla ilgili bilgilendirilme	266	88,7	34	11,3
İlaç yazılırken fikir sorulma durumu	192	64,0	108	36,0
Yan etkiler konusunda bilgilendirilme	172	57,3	128	42,7
Yan etkileri Öğrenme ihtiyacı	283	94,3	17	5,7

Doktora olan güven sorusunu katılımcıların %83(n=249)'ü 7 ve üzeri puan şeklinde cevapladı(1-10 puan).Güven puanları yaş azaldıkça anlamlı olarak düşmekteydi. 7 puan ve altında puan veren katılımcıların çoğunluğu(%43,1) 18-35 yaş grubundaydı(p=0,003). Güven puanları eğitim seviyesi arttıkça azalmakta idi.7 puan ve altı puan veren katılımcıların çoğunluğu(%78,0) lise ve sonrası eğitim seviyesi grubundaydı (p=0,042) (Tablo 3).

Tablo-3 Yaş ve eğitim düzeyi ile güven puanı değişimi

		Güven puanı 7 puandan az		**Güven puanı 7 puandan fazla**		**Toplam**	
		Kişi sayısı	Yüzde (%)	Kişi sayısı	Yüzde (%)	Kişi sayısı	Yüzde (%)
Eğitim durumu	Lise öncesi	12	11,1	96	88,8	108	100,0
	Lise ve sonrası	39	20,3	153	79,6	192	100,0
	Toplam	51	17,0	249	83,0	300	100,0
P=0,042							
Yaş	18-35yaş	22	29,7	52	70,2	74	100,0
	36-50yaş	11	13,4	71	86,5	82	100,0
	51-65yaş	18	12,5	126	87,5	144	100,0
	Toplam	51	17,0	249	83,0	300	100,0
P=0,003							

Katılımcılardan doktorları ile olan ilişkilerini benzetmeleri istendiğinde; %40,3 (n=121) bu durumu arkadaş ilişkisine,%39,3(n=118) öğretmen, %16,0(n=48) anne-baba,%4,3 (n=13) çocukları ile olan ilişkilerine benzetti (Tablo 4).

Tablo-4 Katılımcıların doktorla olan ilişkilerini benzetme şekilleri

İlişki biçimi	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Çocukla benzer	13	4,3
Anne-babayla benzer	48	16,0
Öğretmenle benzer	118	39,3
Arkadaşla benzer	121	40,3
Toplam	300	100,0

Katılımcıların %73,7(n=221)'si tedavi düzenlenirken düşüncelerinin sorulmasını, %86,0(n=258) tedavi ile ilgili tıbbi kanıt sunulmasını istemekte idi. % 99,0(n=297)'u tedavi ile ilgili sorularının hekim tarafından cevaplandığını belirtti (Tablo 5).

Tablo-5 Katılımcıların belirttiği tedavi sürecindeki bilgi edinme ile ilgili durumlar

		Sayı	**Yüzde (%)**
Tedavi düzenlenirken	Evet	221	73,7
Düşüncelerinin sorulmasını	Bazen	68	22,7
İsteme durumu	Hayır	11	3,7
Tedavi ile ilgili sorularının	Evet	297	99,0
Cevaplanma durumu	Hayır	3	1,0
Tedavi ile ilgili tıbbi kanıt	Evet	258	86,0
Sunulmasını isteme durumu	Hayır	42	14,0

Katılımcıların tedavi düzenlenirken hekimden almak istedikleri bilgiler arasında çoğunlukla; % 73,7(n=221) ilacın günde kaç defa kullanılacağı, %60,3(n=181) ilacın kullanım şeklinin kendilerine uygun olup olmadığı, %63,3(n=190) ilacın kullanım zamanının yemeklerle ilişkili olup olmadığı, %76,7(n=230) diğer ilaçlarla beraber kullanılıp kullanılamayacağı, %83,3(n=250) ne kadar süre kullanılması gerektiği yer almıştı. Katılımcıların %1,7 (n=5)'si ise diğer seçeneğinde ilacın yan etkileri şeklinde cevapladı (Tablo 6).

Tablo-6 Katılımcıların reçete edilen ilaçlarla ilgili hekimden almak istedikleri bilgiler

	Sayı	**Yüzde (%)**
Günde kaç defa kullanmalarıgerektiğini	221	73,7
Kullanım şeklinin kendilerine uygun olup olmadığını	181	60,3
İlacı alacakları zamanın yemeklerle ilişkili olup olmadığını	190	63,3
Diğer ilaçlarla birlikte kullanıp kullanamayacaklarını	230	76,7
Ne kadar süre kullanmaları gerektiğini	250	83,3
İlaçların yan etkilerini	5	1,7

Katılımcılar tedavi düzenlenme sürecindeki karar verme tercihlerini; %63,3(n=190) “hekimle ortak karar vermeliyiz”,%32(n=96) “hekim karar vermeli”,%4,7(n=14) “hekim tedavi seçeneklerini sunmalı, ben kendim karar vermeliyim” şeklinde cevapladı (Tablo7). Bu tercihler ile yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesi açısından anlamlı ilişki görülmedi.

Tablo-7 Tedavi sürecindeki tercihler

	Sayı	Yüzde(%)
Hekim tedaviyi söylemeli ve ben uygulamalıyım	96	32,0
Hekim tedavi seçeneklerini sunmalı ve birlikte karar vermeliyiz	190	63,3
Hekim tedavi seçeneklerini sunmalı ve ben kendim karar vermeliyim	14	4,7

Tedavi sürecinde birlikte karar vermeyi engelleyecek faktörler sorusunu %12(n=36) "engel yok" şeklinde cevapladı.%58(n=174) "doktorun yeterli zamanının olmaması", %21(n=63) "benim yeterli zamanımın olmaması", %22(n=66) "doktorun fikrimi önemsememesi", %20,3(n=61) "doktorumdan çekinmemden dolayı fikrimi söyleyememem" şeklinde cevapladı (Tablo 8).

Tablo-8 Katılımcıların belirttiği tedavide hekimle ortak karar vermeyi engelleyen faktörler

Engelleyen faktör	Sayı	Yüzde (%)
Engel yok	36	12,0
Doktorun yeterli zamanının olmaması	174	58,0
Benim yeterli zamanımın olmaması	63	21,0
Doktorun fikrimi önemsememesi	66	22,0
Doktorumdan çekinmemden dolayı fikrimi söyleyememem	61	20,3

Doktorunuzla görüşmedeki sorunlar sorusunu; %29,3(n=88) “sorun yok”,%29,7(n=89) “doktorun yeterli zaman ayırmaması”,%16,7(n=50) “sorularımı anlayamayacağım şekilde cevaplaması”,%14(n=50) “tedaviyi düzenlerken fikrimi sormaması”,%10,3(n=31) “tedaviyi nasıl kullanacağımı açıklamaması” şeklinde cevapladı (Tablo 9).

Tablo-9 Katılımcıların belirttiği hekimle görüşmedeki sorunlar

Sorunlar	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Sorun yok	88	29,3
Doktorun yeterli zaman ayırmaması	89	29,7
Doktorun sorularımı anlayamayacağım şekilde cevaplaması	50	16,7
Doktorun tedavimi düzenlerken fikrimi sormaması	42	14,0
Doktorun tedaviyi açıklamaması	31	10,3

Yazılan ilaçları düzenli kullanmanızda etkili faktörler sorusunu,%27,7(n=83) “ilacı alacağım zamanın bana uygun olması”,%33,7(n=101) “ilacın kullanım şeklinin bana uygun olması”,%57,7(n=173) “ilacın yan etkilerinin az olması”,%65(n=195) “doktorumun ilaç hakkında yeterli bilgi vermesi” şeklinde cevapladı (Tablo 10).

Tablo-10 Katılımcıların belirttiği tedaviyi düzenli kullanmalarında etkili faktörler

Düzenli kullanımda etkili faktörler	**Sayı**	**Yüzde (%)**
İlacı alacağım zamanın bana uygun olması	83	27,7
İlacın kullanım şeklinin bana uygun olması	101	33,7
İlacın yan etkilerinin az olması	173	57,7
Doktorun ilaç hakkında yeterli bilgi vermesi	195	65,0

Katılımcılar; “Hekiminize tedaviniz ile ilgili merak ettiklerinizi sorar mısınız?” sorusunu; %74,3(n=223) “evet rahatlıkla sorarım”,%10,7(n=32) “doktorum merak ettiğim bir şey olup olmadığını sorarsa sorabilirim”,%12,3(n=37) “çekinirim ama sorarım”, %2,7(n=8) “hayır çekinirim soramam” şeklinde cevapladı(Tablo 11).

Katılımcılara göre ilgili bir hekimde bulunması gereken özellikler; %45,3(n=136) “yeterli vakit ayırma”, %57(n=171) “ayrıntılı muayene etme”, %11,3(n=34) “hal-hatır sorma”,%17(n=51) “tetkik isteme”, %25(n=75) “tedaviyi düzenlerken hasta görüşü alma” şeklindeydi(Tablo 12).

Tablo-11 Katılımcıların hekime tedavi ile ilgili merak ettikleri bilgileri sorma durumları

Soru sorma davranışları	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Evet rahatlıkla sorarım	223	74,3
Doktor merak ettiğim bir şey olup olmadığını sorarsa sorabilirim	32	10,7
Çekinirim ama sorarım	37	12,3
Hayır çekinirim soramam	8	2,7

Tablo-12 Katılımcılara göre ilgili bir hekimde bulunması gereken özellikler

Özellik	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Yeterli vakit ayırması	136	45,3
Ayrıntılı muayene etmesi	171	57,0
Hal-hatır sorması	34	11,3
Tetkik istemesi	51	17,0
Tedaviyi düzenlerken kendilerinin görüşünü alması	75	25,0

Katılımcılar “Hekiminizin verdiği her tedaviyi kullanır mısınız?” sorusunu, %61(n=183) “Evet her zaman”,%33(n=99) “Bazen kullanmam”, %6(n=18) “Çoğu zaman kullanmam” şeklinde, “Hekimlerin ilaç dışı tavsiyelerine uyar mısınız” sorusunu ise, %52,7(n=158) “Evet, her zaman”, %37,0(n=111) “Bazen uyarım”, %8,3(n=25) “Çoğu zaman uymam”,%2,0(n=6) “Hayır, hiçbir zaman uymam” şeklinde cevapladı (Tablo 13)

Tablo-13 Katılımcıların belirttiği tedaviyi kullanma durumları

	Evet, her zaman		**Bazen**		**Çoğu zaman**		**Hayır, hiçbir zaman**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hekiminizin verdiği her tedaviyi kullanır mısınız?	183	61,0	99	33,0	18	6,0	0	0
Hekimlerin ilaç dışı tavsiyelerine uyar mısınız?	158	52,7	111	37,0	25	8,3	25	2,0

Verilen tedaviyi kullanmama nedenlerini ise katılımcıların %9,3(n=28)’ü “hastalığımın doktorum tarafından anlatılmaması”, %13(n=39)’ü “doktorun muayene etmeden ilaç yazması”, %17,3(n=52)’ü “tedavimin doktorum tarafından yeterince anlatılmaması”, %21,3(n=64)’ü “hastalığımın bitkisel ürünlerle veya kendiliğinden geçeceğini düşünmem”, %38,0(n=114)’ ı “ilaçların yan etkilerinden korkmam”, %2,7(n=8)’si “ diğer nedenler” olarak belirtti (Tablo 14).

Tablo-14 Katılımcıların verilen tedaviyi kullanmama nedenleri

Tedaviyi kullanmama nedeni	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Doktorun hastalığımı yeterince anlatmaması	28	9,3
Doktorun muayene etmeden ilaç yazması	39	13,0
Doktorun tedaviyi yeterince anlatmaması	52	17,3
Hastalığımın bitkisel ürünlerle veya kendiliğinden geçeceğini düşünmem	64	21,3
İlaçların yan etkilerinden korkmam	114	38,0
Diğer nedenler	16	5,3

Katılımcılara hekimleriyle ilgili sunulan önermelere verdikleri cevaplar tablo 15' te belirtilmiştir.

Güven puanı 7 ve altında olan katılımcılar arasında "Doktorlar benim için en doğru kararı verir." önermesine katılmadıklarını belirtenlerin oranı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,000).

Güven puanları 7 ve daha fazla olan katılımcıların "Doktorlar tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar" önermesine katılma durumları diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla idi (p=0,000).

Güven puanı 7 puandan az olanlar arasında "Doktorlar yanlış reçete yazmazlar" önermesine katılmayanların ve kararsız olanların oranı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,000).

Tablo-15 Katılımcıların hekimlerle ilgili genel düşünceleri

	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
Önermeler	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Doktorlar benim için en doğru kararı verir.	12	4,0	56	18,7	67	22,3	110	36,7	55	18,3
Doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklar.	13	4,3	73	24,3	78	26,0	98	32,7	38	12,7
Doktorlar yanlış reçete yazmazlar.	13	4,3	66	22,0	103	34,3	80	26,7	38	12,7
Tedavimin bazen yanlış olduğundan endişelenirim	32	10,7	65	21,7	92	30,7	95	31,7	16	5,3
Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar	10	3,3	14	4,7	75	25,0	151	50,3	50	16,7
Kullanılacak tedaviye karar vermede doktorlar baskın rol almalıdır.	15	5,0	29	9,7	54	18,0	150	50,0	52	17,3

“Tedavimin bazen yanlış olduğundan endişelenirim” önermesine katılanların, güven puanı 7 puandan az olanlar arasındaki oranı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,048).

“Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar” önermesine katılanların, güven puanı 7 puan ve daha fazla olanlar arasındaki oranı diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla idi (p=0,000)

“Doktorlar tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.” Önermesine katılanlar arasında tedavi süreci tercihlerini “ ortak karar verme” şeklinde belirtenlerin oranı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,010)

Katılımcıların ortalama toplam hasta memnuniyeti ölçek puanları 89,9±18,23 bulunmuştur.

Klinik davranış alt ölçek puanı 64,80±13,43, hizmet organizasyonu alt ölçek puanı 25,15±6,80 idi.

Yapılan analizlerde hasta memnuniyeti ölçek puanları ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı ilişki görülmedi (Tablo 16).

Tablo-16 Hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

Sosyodemografik özellik		**Sayı**	**Klinik davranış Puan ortalaması**	**SS**	**Hizmet organizasyonu Puan ortalaması**	SS	**Toplam Hasta memnuniyeti Puan ortalaması**	**SS**
Cinsiyet	Kadın	200	64,4	13,8	25,3	6,7	89,7	18,6
	Erkek	100	65,4	12,5	24,8	7,0	90,2	17,4
P değeri		0,535			0,559		0,821	
Yaş	18-35	74	62,8	13,1	25,3	6,3	87,9	17,5
	36-50	82	64,7	12,7	24,9	7,1	89,6	18,0
	51-65	144	65,8	13,9	25,3	6,8	91,1	18,6
P değeri		0,313			0,884		0,457	
Eğitim durumu	Lise öncesi	108	64,3	15,0	25,1	7,2	89,4	20,8
	Lise ve sonrası	192	65,0	12,4	25,1	6,5	90,2	16,6
P değeri		0,692			0,927		0,744	

Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçek puanları ile tedavi sürecindeki tercihleri arasında da anlamlı fark görülmedi (Tablo 17).

Tablo-17 Hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları ile tedavi sürecindeki tercihlerin karşılaştırılması

Tedavi sürecindeki	**Sayı**	**Klinik davranış**	**SS**	**Hizmet Organizasyonu**	**SS**	**Toplam hasta memnuniyeti**	**SS**
Hekim Karar versin	96	65,0	12,7	26,0	6,6	91,0	18,0
Ortak karar	190	64,5	13,5	24,9	6,7	89,5	18,0
Ben Karar vereyim	14	66,0	17,4	22,0	8,2	88,1	22,2
Toplam	300	64,8	13,4	25,1	6,8	89,9	18,2
P değeri	0,905			0,092		0,735	

Yazılan ilaç hakkında bilgilendirme yapıldığını belirten hastaların klinik davranış (p=0,000) ve toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları (p=0,002) ,yapılmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Hizmet organizasyonu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktu.(p=0,270). İlaç yazılırken fikirlerinin sorulduğunu belirten hastaların toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaların (p<0,001), ve alt ölçeklerde klinik davranış (p<0,001) ve hizmet organizasyonu (p=0,045) ölçek puan ortalamaları sorulmadığını belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Yan etkiler konusunda bilgilendirme yapıldığını belirtenlerin toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları (p<0,001) ve alt ölçeklerde klinik davranış (p<0,001) ve hizmet organizasyonu (p=0,001) puan ortalamaları yapılmadığını belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Doktorla birlikte karar vermeyi engelleyen faktör sorusunu engel yok şeklinde cevaplayanların, toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları(p=0,002) ve klinik davranış ölçek puan ortalamaları(p=0,000).bir

veya birkaç engel belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Hizmet organizasyonu puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktu(p=0,662) (Tablo 18)

Doktorunuzla görüşmedeki sorunlar sorusunu “sorun yok” şeklinde yanıtlayanların toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları sorun belirtenlere göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,001). Belirtilen sorunlar arasında “tedaviyi düzenlerken fikirlerinin sorulmamasını” seçenlerin toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları diğer sorunları belirtenlere göre anlamlı olarak düşüktü. (p<0,001)

“Doktorlar benim için en doğru kararı verir” önermesini “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıtlayanların toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,001).

“Doktorlar yanlış reçete yazmazlar” önermesini “hiç katılmıyorum” şeklinde yanıtlayanların toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşüktü.(p<0,001)

“Doktorlar tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar” önermesini “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıtlayanların hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksekti. (p<0,001)

“Doktorlar yanlış reçete yazmazlar” önermesini “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıtlayanların toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001).

“Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar” önermesini “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıtlayanların toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001).

“Verilecek tedaviye karar vermede hekimler baskın rol almalıdır.” Önermesini “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıtlayanların toplam hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001).

Tablo-18 Hasta memnuniyeti ölçek puanları ile tedavi bilgilendirme özellikleri arasındaki ilişki.

		Klinik davranış puan ortalaması	**SS**	**Hizmet organizasyonu puan ortalaması**	**SS**	**Toplam hasta Memnuniyeti Puan ortalaması**	**SS**
Yazılan ilaç hakkında bilgilendirme	Evet	65,8	13,0	25,3	6,8	91,1	18,0
	Hayır	56,5	13,4	24,0	6,3	80,5	17,4
P değeri		0,000		0,270		0,002	
İlaç yazılırken fikir sorulması	Evet	67,5	11,7	25,7	6,5	93,3	16,0
	Hayır	59,9	14,8	24,0	7,1	83,9	20,2
P değeri		0,000		0,045		0,000	
Yan etkiler konusunda bilgilendirme	Evet	67,4	13,2	26,2	6,8	93,6	18,3
	Hayır	61,2	12,8	23,6	6,4	84,9	16,8
P değeri		0,000		0,001		0,000	
Doktorla birlikte Karar vermeyi Engelleyecek faktör	Engel yok	72,0	10,6	25,6	7,5	97,7	14,9
	Engel var	63,8	13,4	25,0	6,7	88,8	18,4
P değeri		0,000		0,662		0,002	

5.TARTIŞMA

Hasta-hekim iletişimi; bakımın sürekliliğini sağlama açısından aile hekimleri için oldukça önemli bir konudur. Hasta ile doğru bir iletişim biçimi, hastanın hekimine olan güvenini arttıracağı gibi tedavi süreci ve hasta memnuniyetini de olumlu etkiler.

Çalışmamızda İzmir ili, Balçova ilçesinde bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların, hekimleriyle olan ilişkilerini, tedavi sürecinde yaşadıkları sorunları, tedavide ortak karar verme konusundaki düşünce ve değerlendirmeleri ile tüm bunların hasta memnuniyeti ile ilişkisini değerlendirdik.

Tedavide ortak karar verme "shared decision making (SDM)" son yıllarda önem kazanan bir konu olmasına rağmen henüz tam olarak klinik pratiğe geçirilememiştir. Ortak karar vermenin uygulanamayışının nedenleri ve hastaların bu konudaki düşünce ve yaklaşımları konusunda yurtdışında yapılmış birçok çalışma bulunurken ülkemizde böyle bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bunun önemli nedenlerinden birisi de bu konunun klinik pratiğe yansımasını ölçebilecek yeterince net, nesnel ölçütler bulunmaması olabilir (58,63).

Biz yapmış olduğumuz çalışma ile hastaların hekimleriyle olan ilişkilerine olan bakış açılarıyla birlikte hekimlere olan güvenlerini ve aynı zamanda tedavi sürecinde hasta-hekim rol ve davranışlarını hastanın bakış açısıyla gözlemleyerek ortak karar verme konusundaki tutum ve davranışlar ile bu konunun önündeki engelleri belirlemeye çalıştık. Çalışmamıza hasta memnuniyeti ölçeğini de ekleyerek tüm bu durumların hasta memnuniyeti ile ilişkisini araştırdık.

Hasta-hekim ilişkisinde güven kavramı çok önemli bir yer tutar. Tedaviye uyumun geliştirilmesinde ve özellikle aile hekimleri için değerli olan hastaların aynı hekimi tekrar tercih etmelerinde de hekime duyulan güven önemlidir.

Bizim çalışmamızda hekime duyulan güven oranı puanlamaları genel olarak yüksekti. Bu durum çalışma yapılan aile sağlığı merkezindeki hasta-hekim ilişkilerinin iyi olması ile açıklanabilir. Güven puanı yaş azaldıkça ve eğitim seviyesi arttıkça azalmakta idi. Kayaniyil vd. (2009: 634-640) 'in Kanada Güney Ontorio' da yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre de; hasta, hekimini seçebildiğinde, onunla daha uzun zaman geçirdiğinde, hastanın eğitim seviyesi daha düşük olduğunda ve düşük sosyoekonomik seviyeli hastalarda hekime olan güvenin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek sosyoekonomik statüde ise hasta memnuniyeti daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bizim çalışmamızda sosyodemografik özellikler ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulunmamamıştır (54).

Hasta-hekim iletişimi hem hekim hem de hasta açısından oldukça önemlidir. Tedavi sürecinin etkin olabilmesi, bu süreç içinde istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşma olasılığının azaltılması için hekimin, hastasının bütün kişisel özelliklerini tam olarak bilmesi gerekmektedir. Benzer şekilde, hastanın hekimine yeterince bilgi verebilmesi için hekimine güvenmesi ve hekiminden tedavi konusun da tam destek görmesi gereklidir (55).

Hasta-hekim ilişkisinin geliştirilmesinde, doktorun kullandığı dil önemli bir engel teşkil edebilir. Fırat Üniversitesinde yapılan hasta-hekim ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir araştırmada, ulaşılan katılımcılardan elde edilen verilere göre; hekimlerin büyük kısmı, hastaları ile kurdukları iletişimde mesleki (tıbbi terminoloji) bir dil kullandıkları ortaya çıkmıştır. Bu durum hasta-hekim ilişkisinde önemli bir iletişimsel engel olarak değerlendirilmiştir (56).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hekimle görüşmedeki sorunlar sorusunu hastaların büyük kısmının "doktorun sorduğum soruları anlayamayacağım şekilde cevaplaması" şeklinde yanıtlaması bu durumu destekler niteliktedir.

Alain Moreau ve arkadaşları 2011' de Fransa' da, karar vermede hastaların düşüncelerini anlamak ve karar verme modelleri arasındaki ilişkileri tanımlamak için yaptıkları nitel bir çalışmada, belirlenen 3 klinik senaryo üzerinden (hipertansiyon, meme kanseri ve prostat kanseri) 4 odak grup görüşmesi yaparak hastaların karar verme algılarını belirlemişlerdir. Çoğu hasta daha net bilgi edinme ve bakım sürecine katılmalarını sağlayan, karar konusunda hekimle müzakere yani ortak karar vermeyi seçti. Bu çalışmada ortak karar vermenin uygulanmasında kolaylaştırıcı faktörler olarak; güven, sözsüz iletişim, düşünmek için hastaya zaman verilmesi olarak sıralanmıştır. Konunun önündeki engeller ise; ciddi/acil durumlar, algılanan yetersiz bilimsel yetkinlik, isteklerini yapma konusundaki problemler ve bilmenin korkusu olarak belirlenmiştir. Çalışmada, hasta merkezli bakımın konseptinde, ortak karar verme esnek olabilir ve paternalistik ve bilgilendirici modellere entegre edilebilir sonucuna ulaşılmıştır (57).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastalar daha çok hekimleriyle ortak karar vermeyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Yine bu çalışma ile benzer olarak bizim çalışmamızda da zaman yetersizliği, hastalar tarafından ortak karar vermenin önündeki önemli engellerden biri olarak algılandığı görülmüştür. Ayrıca bizim çalışmamızda hastalar, doktorların fikirlerini önemsememesini ve doktorlardan çekindiklerinden fikirlerini söyleyememelerini de ortak karar vermenin önündeki engeller olarak görmektedirler. Bu durumda hekimlerin hastaya fikir sunması için uygun ortam sağlamak için yeterli çaba göstermediği düşünülebilir. Hekimlerinden yeterli ilgi ve şefkat göremeyen hastalar, onlardan

çekinmekte ve fikirlerini söyleyememektedir. Ve yine hekimlerin hastaları ile empati kuramamalarından kaynaklanabilen bir neden olarak hekimlerin fikirlerini önemsemediklerini düşünmektedirler. Bu noktada hekime düşen, hastayı mevcut problem hakkında yeterince bilgilendirip onunla yeterli ölçüde samimiyet kurarak onu güçlendirmek ve konu ile ilgili fikir ve düşüncelerini sunması için gerekli ortamı sağlamak olmalıdır. Böylece ortak noktada buluşup bir karara varılabilir.

Rebecca E. Say, Richard Thomson' un, hastaların tedavi kararları üzerine giderek daha fazla dahil olmaları beklentisi, hekimler için yeni sorunlar doğurabileceği fikrinden yola çıkarak yaptıkları var olan literatürdeki hasta-hekim görüşmeleri taraması sonuçlarında çıkan bulgular da yine bizim çalışmamızla benzer özellikler taşımaktadır (58).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hekimler için oluşabilecek zorluklardan bazıları şu şekilde sıralanmıştır:

Pratikteki kaygılar; ekstra zaman ihtiyacı, hastaların tercihlerini ortaya çıkarmadaki zorluklar, hastanın duyarlılığını sağlamak için ona uygun bilgileri aktarmak olarak belirtilirken, hekimlerin hastaların tercihlerinin riskleri ve genel kurallara uygunluğu konusunda da yeterli bilgi ve donanıma sahip olmayabilirler (58).

Çalışmamızda katılımcılar, yazılan ilaçlar konusunda; ilacın günde kaç defa alınabileceği, kullanım şekli, alım zamanının yemeklerle ilişkili olup olmaması gibi birçok konuda hekimlerin kendi tercihlerine uygun olup olmadığı açısından hekimlerin kendilerini bilgilendirmesini istediklerini belirtmişlerdir. Diana Wittcke ve arkadaşları tarafından yapılan hastaların ilaç tercihleri ile ilgili bir araştırmada; hastalar daha çok günde bir kez kullanılan, tablet formlu ve sabah veya akşam alınan ve kullanım zamanı yemeklerden bağımsız olan ilaçları tercih etmişlerdir (59). Bizim çalışmamızda da hastalar bu tür bilgilerin hekim tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiş ve ilaçları düzenli kullanmalarını etkileyen faktörler arasında da bu tercihlerin önemli olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar ışığında hastaların ilaçların kullanım frekansı, formları gibi özellikleri konusundaki tercihlerinin hekim tarafından sorgulanması ve dikkate alınmasının tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyebileceği, ilaç israfını da önleyebileceği söylenebilir.

Sarah L. ve arkadaşları hastaların tedavi sürecindeki inanış ve tercihlerini belirlemek için yaptıkları nitel çalışmada; hastalara tedavi süreci ile ilgili sordukları sorulara aldıkları yanıtlara göre bu süreçte önemli olan 3 alan belirlemişlerdir (60);

Bunlar; hasta-hekim ilişkisi, dış etkenler ve hekimin profesyonelliğidir. Çalışmada, hasta-hekim ilişkisinde güven unsurunun hastalar için oldukça önemli olduğu görülmüş, dış etkenler olarak ise ilaç konusundaki fikirler ve ilaç maliyeti konusu üzerinde duran

katılımcılar hekimin profesyonelliği açısından da ilacın etkinlik ve yan etkiler ile ilgili hastayı bilgilendirmesi gerektiğini düşündükleri sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak tespit edilen önemli bir bulgu da katılımcıların, doktorların ilaç sanayisi tarafından etkilendiğini ve çoğu sağlık sorunu için yazdıkları "en iyi" bir ilaç olduğunu düşünmeleridir. Bu bulgu bizim çalışmamızda desteklenmese de ortak karar vermenin önündeki başka bir engel olarak düşünülebilir. Bu çalışmayla benzer olarak bizim çalışmamızda da ilaç etkinliği konusunda katılımcıların büyük kısmı tıbbi kanıt sunulmasını istemektedir. Yine katılımcıların çoğu yan etkiler konusunda bilgilendirilmeleri gerektiğini düşünmektedirler.

G Elwyn ve arkadaşları, tedavide ortak karar vermeyi ölçmek için bir ölçek belirlemişler ve geçerlilik güvenilirliğini çalışmışlardır. OPTION (observing patient involvement ;hasta katılımını gözlemleme) adı verilen skala ile hastanın tedaviye ne kadar dahil edildiği ölçülmüştür. Bu çalışmanın sonucunda ulaşılan bulgular

Klinisyenler genel olarak problem için birden fazla çözüm yolu sunmuyor,

Seçenekleri sıralamıyor,

Seçeneklerin artılarını ve eksilerini açıklamıyor,

Problemin nasıl yönetileceği konusunda hastaların beklentilerini karşılamıyorlar.

Şeklinde sıralanmıştır (61).

Bizim çalışmamızda da doktorla olan görüşmedeki sorunlar arasında "Doktorun tedaviyi düzenlerken bana fikrimi sormaması" yanıtı önemli yer tutmaktadır.

Raisa B. Deber ve arkadaşları, akciğer Ca, prostat Ca, fraktürler, infertilite gibi 12 farklı sağlık sorunu olan ayrı gruplarla yaptıkları çalışmada Problem-Solving Decision-Making (PSDM) adlı skalayı kullanarak hastaların karar verme tercihlerini belirlemişlerdir. % 1,2 özerk rol (Ben karar vermeliyim), % 77,8 ortak karar, % 20,3 pasif rol (hekim karar vermeli) şeklinde bir dağılım olduğu sonucuna ulaşmışlardır (62). Bu oranlar bizim çalışmamızdaki oranlar ile oldukça benzer özelliktedir (özerk rol; % 4,7, ortak karar; % 63,3, pasif rol; %32,0). Bu çalışma bizim çalışmamıza oranla oldukça geniş tabanlı bir çalışmadır. Bu çalışmaya göre pasif rolü tercih edenler genelde yaşlı ve eğitim seviyesi düşük gruptur. Bizim çalışmamızda ise tedavi tercihi ile yaş ve eğitim seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Angela Towle ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile ortak karar vermeyi (SDM) pratiğe geçirmenin yolları, bununla ilgili aile hekimlerine eğitim vermeyi ve ortak karar vermenin önündeki engelleri anlamayı amaçlamışlardır. Konuyla ilgili aile hekimlerine bir eğitim vermişler ve hasta görüşmelerini kaydetmişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre aile hekimleri

SDM modelini sevmişler ve bunu pratiklerine dahil etmek istediklerini belirtmişlerdir. Hekimler hastaların fikirlerini, beklentilerini ortaya çıkarabilme ve bir eylem planında uzlaşabilme konusunda bilgilendirilmişlerdir. Hekimler yaptıkları hasta görüşmelerinde hastaların bilgi ve rol tercihlerini ortaya çıkaramamış, bazen seçenekler sunmuşlardır. Bu çalışmanın sonucunda, ortak karar vermenin önündeki büyük bir engel olan, doktorların hastaları ile olan iletişimdeki kalıplaşmış alışkanlıklarının değiştirilmesi gerektiği kanısına varılmıştır (63). Bu çalışma hekimlerin görüş ve davranışlarını baz alan nitel bir çalışmadır. Bizim çalışmamızda ise konuyla ilgili hastanın bakış açısı belirlenmeye çalışılmış yöntem farklı olsa da benzer olarak hastalar, doktorlarından çekinme ve fikirlerinin önemsenmediğini düşünme gibi nedenlerle ortak karar vermenin uygulanamadığını düşünmektedir. Bu durum da hasta-hekim iletişiminde hekimlerin yaygın olarak kullandığı paternalistik modelin ortak karar vermeye engel teşkil ettiğini doğrular niteliktedir.

Kişinin geçmiş deneyimleri, arkadaşları veya yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği bilgiler, beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (64, 65, 66)

2010 yılında Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği uygulaması olan ve olmayan illerdeki hasta memnuniyetlerini ölçmek amacıyla Europep ölçeğini kullanarak yaptığı bir araştırmada eğitim düzeyi arttıkça hasta memnuniyetinin anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur ($p < 0,001$).Yine bu çalışmada aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde geçilmeyenlere göre hasta memnuniyeti ölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (67).

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyodemografik değişkenler arasında tutarlı olmayan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalardan bazılarında genç hastaların yaşlılara göre daha az memnun oldukları bulunurken (68) bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (69).

Cinsiyet ve eğitim düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında da yine farklı çalışmalarda tutarlı olmayan sonuçlar elde edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda memnuniyetin düşük olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi (70), eğitim düzeyinin memnuniyet üzerine etkili olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (71). Yine bazı çalışmalarda kadınların (72), bazılarında ise erkeklerin (73) daha memnun oldukları belirtilirken bazılarında ise cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki kurulamamıştır (71, 74).

Z. Tahiri ve arkadaşlarının, birinci basamakta hasta memnuniyetini ölçmek için Europep ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada da genç ve çalışan kesimde memnuniyetin daha yüksek olduğu bulunmuştur (75).

Bizim çalışmamızda ise cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır.

Arjan G. J. Bot. ve arkadaşlarının bir grup hasta ile yaptıkları görüşmeler ile ortak karar vermenin uygulanışı ve hasta memnuniyeti ile ilgili bilgi edinme amacıyla yaptıkları araştırmada; hastalara, " alternatif seçenek sunulması", "karar verme rolünü belirleme", "bilgi tercihi", "mevcut kanıtlar", "fikirler, kaygılar ve beklentiler", "arkadaşlık kurma", " kararları müzakere", "aksiyon planında uzlaşma" gibi kategoriler üzerinden sorular sorularak ortak karar verme durumunu değerlendirmeleri istenmiş. Ve hasta memnuniyetleri de ölçülerek bunları etkileyen faktörler araştırılmıştır (76).

Sosyodemografik özelliklerle ortak karar verme durumu ve hasta memnuniyeti arasında bizim çalışmamızla benzer şekilde ilişki kurulamazken, özellikle alternatif seçenek sunulması ile ilgili soruları olumlu yanıtlayan hastaların hasta memnuniyeti ölçek puanlarını anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da verilen tedavi konusunda bilgilendirme yapılıp yapılmadığı ya da fikirlerinin sorulup sorulmadığı gibi ortak kararı belirlemeye yönelik soruları olumsuz cevaplayan katılımcıların hasta memnuniyeti ölçek puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlın olarak düşük bulunmuştur. Buna ek olarak katılımcılara sunulan "Doktorlar tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar." Önermesini "Tamamen katılıyorum." Şeklinde yanıtlayan katılımcıların hasta memnuniyeti ölçek puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak tedavide ortak karar vermenin hasta memnuniyetini olumlu etkilediği söylenebilir.

Kısıtlılıklar: Çalışmamız il merkezinde ve eğitim düzeyi yüksek hasta profili olan bir ASM de gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kesitsel bir araştırma olan çalışmamıza ait sonuçlarımız genele atfedilemez. Bu durumu çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edebiliriz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Tedavi verme sürecinde hasta merkezli yaklaşım, ortak karar verme, hasta-hekim ilişkisini olumlu etkilemektedir. Bu durum tıbbi bakım açısından memnuniyet üzerine de etkilidir. Hastalar tedavi sürecinde hekimleriyle ortak karar verme düşüncesindedirler. Tıbbi bakım için oldukça değerli olan bu yaklaşımın Aile Hekimleri tarafından benimsenmesi ve tedavi sürecine katılması gerektiği inancındayız. Bunun gerçekleştirilebilmesi için tıp fakültesindeki eğitimlerden başlanarak sürekli tıp eğitimine de hasta-hekim iletişimi ve tedavide ortak karar verme konusunda müfredatlar eklenerek hekimlerin bu konuda bilgilendirilmesi yararlı olacaktır. Ortak karar vermenin klinik pratiğe geçirilebilmesi için gerekli şartların sağlanması açısından, bu konuyu ele alan geniş kapsamlı, özellikle nitel çalışmalar yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Morgan M. 'The Doctor – Patient Relationship' In Patrick DL. And Scambler G. (eds.) 'Sociology as Applied to Medicine, Baillire, London 1986; 22(12): 1347-54

2. Vuori H. ve ark. Doctor - Patient Relationship in the Light of Patients Experiences, Social Science and Medicine 1972 ; 6 (8) : 723 – 730.

3. Say RE, Thomson R: The importance of patient Preferences in treatment decision – challenges for doctors. BMJ 2003 ; 327 : 542 – 545

4. Witticke D, Seidling HM, Klimm HD, Haefeli WE: Do we prescribe what patients prefer? Pilot study to assess patient preferences for medication regimen characteristics. Patient Prefer Adherence. 2012;6:679 – 84

5. Grol R : Improving the quality of medical care, Building bridges among Professional pride, payer profit, and JAMA 2001; 286 : 2578 – 2585

6. Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. TıbbiEtik 1995; 3(2-3): 59-65.

7. Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. Tıp Dünyası 1975; 48(6): 224-30.

8. Çobanoğlu N. Hasta yönetimi ve hekim-hasta ilişkisinde özerklik sorunu (Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.

9. Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. Tıp etiği ışığında hasta-hekim hakları, Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 2000.

10. Habiba MA. Examining consent within the patient-doctor relationship. J Med Ethics 2000; 26(3): 183-7.

11. British Medical Association. Medical ethics today, 3rd edition, Plymouth: Latimer Trend&Company; 1996.

12. Erdemir AD. Hekim-hasta ilişkileri ve etik sorunlar. In:Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. 130-48.

13. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician patient relationship. JAMA 1992; 267(16): 2221-6.

14. Aydın E. Tıp etiğine giriş. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2001.

15. Bassford HA. The justification of medical paternalism. SocSci Med 1982; 16(6): 731-9.

16. O'Neil O. Paternalism and partial autonomy. J Med Ethics 1984; 10(4): 73-8.

17. Elçioğlu Ö, Erdemir AD. Klinik uygulamalarda her durumda ortaya çıkan etik yükümlülükler. In: Erdemir AD. Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. KlinikEtik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. 104-48.

18. Simpson, Michael vediğerleri (1991), "Doctor Patient Communication; The Toronto Consensus Statement", British Medical Journal Vol.303, No:6814, November, s. 1385-1387.

19. Bellet, Paul S. (1994), How Should Physicians Approach the Problems of their Patients?" Pediatrics, Vol. 94, No: 6, December, s.928-930.

20. Magnus, A. Stephen ve Mick, S. Stephen (2000), "Medical Schools, Affirmative Action and the Neglected Role of Social Class", American Journal of Public Health, Vol.90, No:8, August, s.1197-1201.

21. Burks, Jack S.(1994), "How to Talk to Your Doctors", Inside MS, Vol.12, No:1, Winter/Spring, s.6.

22. Meryn, Siegfried (1998b), "Improving Doctor- Patient Communication" British Medical Journal, Vol.316, No:7149, June, s.1922.

23. Dinççağ, Ahmet (1999), Hasta ile iletişim, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

24. Gordon, Thomas ve Edwards, Sterling (1995) Doktor-hasta işbirliği,(çeviri, EmelAksoy), SistemYayıncılık, İstanbul.

25. Akşit, Belma T. (1997), "Toplum, Kültür ve Sağlık", Bertan, Münevver Güler, Çağatay (Ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgileri, Güneş Kitabevi, Ankara s.15-25

26. Gomez G, Aillach E. Curr Opin Psychiatry. 2013 Sep; 26 (5): 453-7. doi: 10.1097/ YCO. 0b013e328363be50. Review.

27. Rakel D, Barret B, Zhang Z, Hoeft T ve ark. Patient Educ. Couns. 2011 Dec;85(3): 390-7.doi:10.1016/ J.pec.2011.01.009.E pub 2011 Feb 5.

28. Cirhinlioğlu, Z.(2001) Sağlık Sosyolojisi Nobel Yayınları, Ankara

29. Aydın, Erdem, Tıp Eğitimine Giriş Pegem A Yayınevi, Ankara (2001): 196-197

30. Elçioğlu Ö, Demirhan AE. Klinik uygulamalarda her durumda ortaya çıkan etik yükümlülükler. In: Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editors. Kliniketik. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri; 2001.p.105-48.

31. Hasta hakları. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi, Lizbon; 1981. http://www.ato.org.tr/toplumsaglik/hastahaklari/hasta_haklari_4.shtml.

32. Hasta hakları. II. Avrupa'da Hasta Hakları Geliştirilmesi Bildirgesi, Amsterdam; 1994. http://www.ato.org.tr/toplumsaglik/hastahaklari/hasta_haklari_6.shtml.

33. Elwyn G. Shared decision making and patient involvement in clinical practice: an introduction. In: Elwyn G, editor. Shared decision making; Patient involvement in clinical practice. Nijmegen: WOK; 2001. P.10-1.

34. Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions. New York: Oxford University Press; 1998. P.58-61.

35. Sullivan FM, MacNaughton RJ. Evidence in consultations: interpreted and individualised. Lancet 1996; 348: 941-3.

36. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract 1999; 49(443):477-82.

37. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. BMJ 1999; 319:753-6.

38. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999; 319: 780-2

39. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician patient relation-ship. JAMA 1992; 267:2221-6.

40. Coulter A. Paternalism or partnership? BMJ 1999; 319:719-20.

41. Demirhan AE. Klinik uygulamalarda hekim-hasta ilişkileri. In: Demirhan AE, O_uz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editors. Kliniketik. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri; 2001. p. 65-84.

42. Samuelson M, Elwyn G. How to undertake shared decision making with patients? EURACT /CNGE Workshop, Paris: 2002.

43. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision- making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). SocSci Med 1997; 44(5):681-92.

44. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision making model. SocSci Med 1999; 49:651-61.

45. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ 1999; 318:318-22

46. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient 2006 Mar; 60(3):301-12. Epub 2005 Jul 26.

47. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals (Review) Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley& Sons, Ltd

48. Health systems and policy analysis. Where are the patients in decision-making about their own care? Angela Coulter, Suzanne Parsons and Janet Askham WHO European Ministerial Conference on Health Systems Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008

49. Bond C[1], Blenkinsopp A, Raynor DK.Br J ClinPharmacol. 2012 Oct;74(4):581-8. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04330.x. Prescribing and partnership with patients..

50. Care Quality Commission. The state of adult health care and social care in England: an overview of key themes in care 2009–10. 2011. Available at http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/6227_CQC_SoC2009-10_TAG.pdf (last accessed 10 April 2012).

51. Aslan Ş, Özata M. Poliklinik hastalarının müşteri memnuniyetini belirlemeye yönelik ampirik bir çalışma: Konya kamu hastaneleri örneği. Sağlık ve hastane yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara 2005, ss. 554-565

52. Ostrov BE, Reynolds K, Scalzi LV. Patient preferences and satisfaction in a multispecialty infusion center.Patient Prefer Adherence. 2014 May 19; 8:755-61. doi: 10.2147/PPA.S63214. Collection 2014. PMID: 24876769 [PubMed]

53. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu ACochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.

54. Sheena Kayaniyil, BSc, Shannaon Gravely-Witte ve ark. Degree and correlates of patient trust in their cardiologist. J EvalClinPract. Aug 2009;15(4): 634-640 doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01064.x.

55. Rourke KO. Trust and the Physician-Patient Relationship AJKD 1993, 21(6): 684-685.

56. M. Yağbasan, F. Çakar 'Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması' Tez çalışması. Elazığ 2005; (3) 626-8

57. Moreau A, Carol L., Dedianne MC, Dupraz C. ve ark..What Perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward on integrativ Patient-Centered Care Model.A qualitative study using focus-group interviews Patient Educ. Couns.2012 May; 87(2), 206-11.doi:10.1016/J.pec.2011.08.010 E pub 2011 sep 7

58. Rebecca E Say, Richard Thomson The importance of patient preferences in treatment decisions-challenges for doctors Clinical review BMJ 2003; 327: 542-5

59. Diana Witticke, Hanna Marita Seidling Hons-Dieter Klimm, Walter Emil Haefeli Do we prescribe what patients prefer? Pilot study to assess patient preferences for medication regimen characteristics Patient Preference and Adherence 24 September 2012

60. Goff SL, Mazor KM, Meterko V, Dodd K, Sabin J.J Patients' beliefs and preferences regarding doctors' medication recommendations. Gen Intern Med. 2008 Mar; 23(3):236-41. doi: 10.1007/s11606-007-0470-3. Epub 2008 Jan 18.

61. G. Elwyn, A Edwards, M Wensing, K Hood Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring Patient involvement Quality Safety Health Care 2003; 12:93-99

62. Raisa B. Deber PhD, Nancy Kraetschmer MSc MBA PhD Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient population Department of health policy management and evaluation accepted for publication 21 february 2007 Doi:10.1111/J.1369-7625.2007.00441.x

63. Angela Towle PhD, William Godolphin PhD, Garry Grams PhD and Amanda LaMarre Putting informed and shared decision making into practiceDoi:10.1111/J.1369-7625.2006.00404.x

64. Forbes LM, Brown NH (1995), Developing a instrument for measuring patient satisfaction, AORN Journal, 61 (4):737-743.

65. Lin CC (1996), Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: dilemmas for nursing evaluation researchers. Journal of Professional Nursing, 12(4): 737-743.

66. Sitzia 3, Wood N (1998), Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literatüre, international Journal of Nursing Studies, 35(1/2): 1-12.

67. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. Refik Saydam Hıfzıssıhhamerkezi başkanlığı. Hıfzıssıhha mektebi müdürlüğü. AraştırmaSerisi: 4

68. Jakobsson L, Hallberg RI, Loven L, Ottoson B (1994),Patient satisfaction with nursing care evaluation before and after cutback in expenditure and intervention at a Surgical Clinic, Int. Jour. Qul. Health Care, 6(4): 361-369.

69. Uz HM, Özbakır Di, Ergin C (1997), Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: bir saha çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara HaberalEğitimVakfı, s. 113-118.

70. Roy A. Carr-Hill, Senior Research Fellow in Medical Statistics The measurement of patient satisfaction Oxford Journals Medicine Journal of Public Health *J Public Health* (1992) 14 (3): 236-249.

71. Okumuş H, Akçay H, Karayurt Ö, Demircan G (1993), Bir kalite güvenlik program ölçütü: hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, s. 177-183.

72. Aorn J. 1998 Jan; 67(1):203-8, 210-3. Study on effect of methods of preoperative education in women.Lookinland S^{1}, Pool M.

73. Gray LY, Sedhom L (1997), Client satisfaction: traditional care versus cluster care, Journal of Professional Nursing, 13(1): 56-61.

74. Larsson WB, Larsson G, Starrin B (1991), Patients views on quality of care: a comparison of men and women, Journal of Nursing Management 7(3): 133-139.

75. Z. Tahiri, E. Toc¸i, L. Rrumbullaku, K. Hoti, E. Roshi, G. Burazeri. Patients' evaluation of primary health care services in Gjilan region, Kosovo Journal of Public Health | Vol. 36, No. 1, pp. 161–169 | doi:10.1093/pubmed/fdt041 | Advance Access Publication 17 April 2013

76. Bot AG, Bossen JK, Herndon JH, Ruchelsman DE, Ring D, Vranceanu AM. Informed Shared Decision-Making and Patient Satisfaction. Psychosomatics. 2014 Jan 3. pii: S0033-3182(13)00245-4. doi: 10.1016/j.psym.2013.12.013.

EK 1. Veri Toplama Anketi ve Hasta Memnuniyeti Ölçeği

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma hekim hasta ilişkisiyle ilgili düşünceleri saptamak için yürütülmektedir. Kişisel değerlendirme amacıyla kullanılmayacak olan anket formuna isim yazmayınız, veriler araştırmacı tarafından değerlendirilecek bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: ……..
2. Cinsiyetiniz: c Kadın c Erkek
3. Medeni haliniz: c Evli c Bekâr c Boşanmış/Dul
4. Eğitim durumunuz: c Okur-yazar değil c Okur-yazar c İlkokul mezunu
   c Ortaokul mezunu c Lise mezunu c Üniversite mezunu
5. Çalışıyor musunuz? c Evet c Hayır c Emekli
6. Mesleğiniz: c Memur c İşçi c Esnaf c Ev hanımı c Çiftçi
   c Serbest çalışan (avukat, mimar, hekim vb) c Diğer……

7. Ekonomik durumunuz size göre aşağıdakilerden hangisine uyar?
   c Düşük-alt gelirli c Alt-orta gelirli c Üst-orta gelirli c Yüksek gelirli

8. Mevcut hastalıklarınız nedir?
   c Kronik (sürekli) ……..

   c Şimdi hastayım (akut) ……..

9. Sizce şu anda sağlık durumunuz nasıl?
   c Çok kötü c Kötü c Bilmiyorum c İyi c Çok iyi

10. Bugün doktorunuz tarafından ilaç yazıldı mı? c Evet c Hayır
11. Yazılan ilaçlar konusunda doktorunuz bilgilendirdi mi? c Evet c Hayır
12. Doktorunuz ilaç yazarken sizin fikrinizi sordu mu? c Evet c Hayır
13. İlaç yan etkileri konusunda bilgilendirme yapıldı mı? c Evet c Hayır
14. İlaçların yan etkilerini bilmeniz gerektiğini düşünüyor musunuz? c Evet c Hayır
15. Hekiminizle bugünkü görüşmeyi değerlendirdiğinizde hekiminize güveniniz ne kadardır?
    (1 Hiç güvenmiyorum ile 10=Çok güveniyorum arasında bir puan vererek değerlendiriniz)

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Doktorunuzla olan ilişkiniz daha çok hangisine benzer?
    c Çocuğumla olan c Annem/babam c Öğretmenim c Arkadaşım

17. Hekiminizin reçete yazarken sizin düşüncelerinizi sormasını ister misiniz?
    c Evet c Bazen c Hayır

18. Doktorunuz tedaviniz ile ilgili sorularınızı cevaplar mı? c Evet c Hayır
19. İlaç yazarken doktorunuzun size neler söylemesini istersiniz?
    c İlacı günde kaç defa kullanabileceğimi
    c İlacın (hap, iğne, şurup vb) bana uygun olup olmadığını
    c İlacı alacağım zamanın yemeklerle ilişkili olup olmadığını
    c Diğer ilaçlarımla beraber kullanıp kullanamayacağımı
    c Ne kadar süreyle kullanmam gerektiğini
    c Diğer, ……(Belirtiniz)

20. Sizce doktorunuzun tedavinizi düzenlerken sizinle birlikte karar vermeyi engelleyecek faktörler nelerdir?
    - c Doktorumun yeterli zamanının olmaması
    - c Benim yeterli zamanımın olmaması
    - c Doktorumun benim fikrimi önemsememesi
    - c Doktorumdan çekinmemden dolayı fikrimi söyleyememem
21. Doktorunuzla görüşmede sizin için en önemli sorun nedir?
    - c Doktorun yeterli zaman ayırmaması
    - c Doktorun sorduğum soruları anlayamayacağım şekilde cevaplaması
    - c Doktorumun tedaviyi düzenlerken bana fikrimi sormaması
    - c Doktorun tedaviyi nasıl kullanacağımı açıklamaması
    - c Diğer, ...(Belirtiniz)
22. Hangisi size yazılan ilacı düzenli kullanmanızda etkilidir?
    - c İlacı alacağım zamanın bana uygun olması
    - c İlacın kullanım şeklinin (hap, iğne, şurup vb) bana uygun olması
    - c İlacın yan etkilerinin az olması
    - c Doktorumun ilaç hakkında yeterli bilgi vermesi
23. Size uygulanacak tedavinin etkili olduğuna dair tıbbi kanıt sunulmasını ister misiniz?
    - c Evet c Hayır
24. Hekiminize tedaviniz hakkında merak ettiklerinizi sorar mısınız?
    - c Evet, rahatlıkla sorarım
    - c Çekinirim ama sorarım
    - c Doktorum merak ettiğim bir şey olup olmadığını sorarsa sorabilirim
    - c Hayır, çekinirim soramam
25. Hangisi hekiminizin sizinle ilgilendiğini gösterir?
    - c Size yeterli vakit ayırması
    - c Halinizi hatırınızı sorması
    - c Sizi ayrıntılı muayene etmesi
    - c Sizden tetkik istemesi
    - c Tedavinizi düzenlerken sizin görüşünüzü alması
    - c Diğer, ...
26. Hekiminizin verdiği her tedaviyi kullanır mısınız?
    - c Evet, her zaman kullanırım
    - c Bazen kullanmadığım olur
    - c Çoğu zaman kullanmam
    - c Hiç kullanmam
27. İlaçları kullanmadığınız oluyorsa bunun nedeni nedir?
    - c Hastalığımın doktorum tarafından yeterince anlatılmaması
    - c Doktorumun muayene etmeden ilaç yazması
    - c Tedavimin doktorum tarafından yeterince anlatılmaması
    - c Hastalığımın bitkisel ürünlerle veya kendiliğinden geçeceğini düşünmem
    - c İlaçların yan etkilerinden korkmam
    - c Diğer, ...(Belirtiniz)
28. Sizce tedavinin düzenlenme süreci nasıl olmalıdır?
    - c Hekim tedaviyi söylemeli ve ben uygulamalıyım
    - c Hekim tedavi seçeneklerini söylemeli ve birlikte karar vererek bana uygun olanı beraber belirlemeliyiz
    - c Hekim tedavi seçeneklerini sunmalı ve ben kendim karar vermeliyim
29. Doktorların ilaç kullanma dışı tüm tavsiyelerine uyarım (egzersiz yapma, diyet gibi)
    - c Evet, her zaman c Ara sıra c Hayır hiçbir zaman

Aşağıdaki cümleleri size uygun olan şekilde işaretleyiniz.

1 Hiç Katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kararsızım, 4 Katılıyorum, 5 Tamamen Katılıyorum

	1	2	3	4	5
30. Doktorlar benim için en doğru kararı verir.					
31. Doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.					
32. Doktorlar yanlış reçete yazmazlar.					
33. Tedavimin bazen yanlış olduğundan endişelenirim.					
34. Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.					
35. Kullanılacak ilaçlara karar verme konusunda hekimler aktif rol almalıdırlar.					

Lütfen son 12 ayda en sık gördüğünüz doktorunuz veya muayenehanesini göz önünde tutarak değerlendirme yapınız. Sizden sadece bu belirlediğiniz doktor veya muayenehanesi hakkında değerlendirme yapmanızı istiyoruz. (1 kötü ile 5 mükemmel arasında değerlendiriniz)

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	1	2	3	4	5	Uygun değil /İlgisiz
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
5 Sizi dinlemesi						
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7 Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi						
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9 İşini tam yapması						
10 Sizi muayene etmesi						
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)						

12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13 Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi						
17 Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18 Doktor dışı personelin yardımı						
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz						
20 Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz						
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması						

EK 2. Etik Kurul Kararı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/04-23	Tarih: 24.01.2013
	Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR 'ın sorumlusu olduğu **"Tedavi Düzenlemede Hekim-Hasta İlişkisi, Ortak Karar Verme ve Hasta Memnuniyeti"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra kurulumuza sunulması gerekmektedir.	

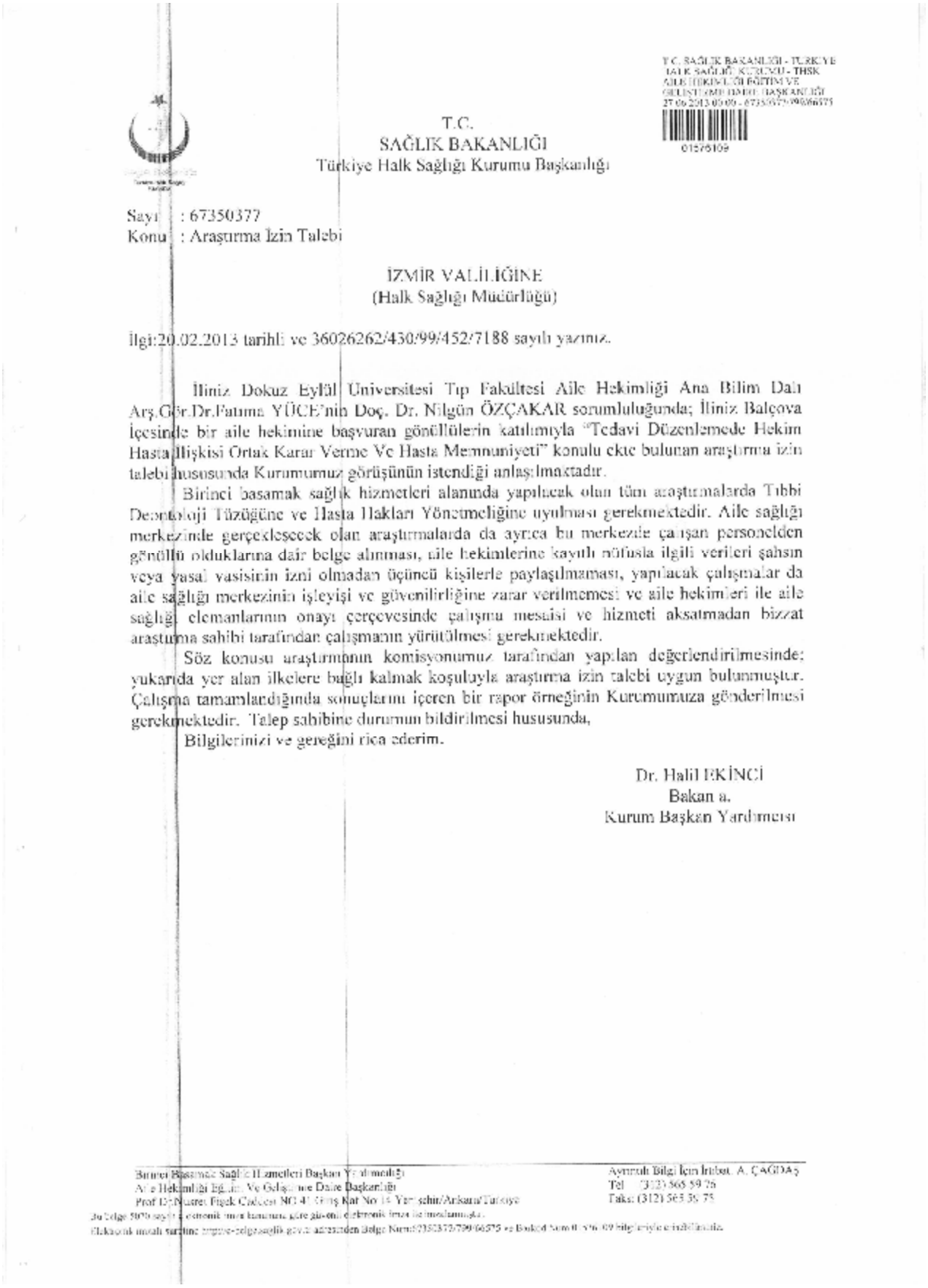
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yer	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Kemal Kürşad GENÇ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Doç Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Ek 3. Sağlık Bakanlığı İzni



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI
27.06.2013 09:09 - 67350377-99/66575
01576109

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 67350377
Konu : Araştırma İzin Talebi

İZMİR VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi:20.02.2013 tarihli ve 36026262/430/99/452/7188 sayılı yazınız.

İliniz Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Arş.Gör.Dr.Fatma YÜCE'nin Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR sorumluluğunda; İliniz Balçova İçesinde bir aile hekimine başvuran gönüllülerin katılımıyla "Tedavi Düzenlemede Hekim Hasta İlişkisi Ortak Karar Verme Ve Hasta Memnuniyeti" konulu ekte bulunan araştırma izin talebi hususunda Kurumumuz görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın komisyonumuz tarafından yapılan değerlendirilmesinde; yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Halil EKİNCİ
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı
Aile Hekimliği Eğitim Ve Geliştirme Daire Başkanlığı
Prof Dr Nusret Fişek Caddesi NO 41 Giriş Kat No 14 Yenişehir/Ankara/Türkiye

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: A. ÇAĞDAŞ
Tel (312) 565 59 76
Faks: (312) 565 59 75

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Elektronik imzalı belgeyi belge doğrulama kodu ile https://belgedogrulama.saglik.gov.tr adresinden Belge Numarası:67350377-99/66575 ve Belge Doğrulama Kodu:YT6-09 bilgileriyle teyit edilebilir.