

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

**BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLER**  
**HASTALARI NASIL ALGILIYOR?**

Dr. Sona ALİZADEH OSALOU

UZMANLIK TEZİ

ORCID 0000-0003-0323-4163

**İzmir-2022**

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

**BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLER**  
**HASTALARI NASIL ALGILIYOR?**

**Dr. Sona ALİZADEH OSALOU**  
**Uzmanlık Tezi**

**Tez danışmanı: Doç. Dr. Tolga GÜNVAR**  
**Yardımcı Tez Danışmanı: Dr. Ahmet can BİLGİN**

## İÇİNDEKİLER

<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>i</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1.ALGI.....	3
2.1.1.ALGI KAVRAMI.....	3
2.1.2.ALGILAMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: .....	5
2.2.HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ: .....	8
2.2.1. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE İLETİŞİM .....	8
2.2.2. BİRİNCİ BASAMAKTA HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ: .....	9
2.2.3. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE KALIP-YARGI .....	9
2.2.4. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE ÖNYARGI.....	10
2.2.5. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE ALGI .....	11
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>15</b>
3.1. ARAŞTIRMA DESENİ .....	15
3.2. ARAŞTIRMANIN KATILIMCI GRUBU.....	15
3.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ .....	17
3.4. ANALİZLER.....	18
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>20</b>
4.1.KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ.....	20
4.2. DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERE AİT NİTEL BULGULARA GİRİŞ .....	20
4.2.1. Hekimin tıbbi bilgisinden faydalanmaya gelen kişi .....	23
4.2.2. Hekimin mesleki yetkilerinden faydalanmaya gelen kişi .....	24
4.2.3. Hekimi yönetme ve yönlendirme çabasında olan kişi .....	26

4.2.4. Hekime zarar verme potansiyeli olan kişi.....	28
4.2.5. Hekimin zarar verme endişesi duyduğu kişi.....	32
4.2.6. İstenmeyen kişi .....	33
4.2.7. Yık.....	35
4.2.8. Müşteri (memnun edilmesi gereken) .....	38
4.2.9. Yakınlık hissedilen kişi .....	39
<b>5.TARTIşMA VE SONUÇ.....</b>	<b>43</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>48</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>62</b>
EK 1. NİTELİKTEL ARAşTIRMA SORULARI.....	62
Ek 2. BİLGİLENDİRİLMİş GÖNÜLLÜ ONAM FORMU .....	65
EK. 3 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİşİMSEL OLMAYAN ARAşTIRMALAR ETİK KURUL ONAY FORMU .....	66

## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo1.</b> Katılımcıların Özellikleri.....	16
<b>Tablo2.</b> Çalışmanın Analizinde Kullanılan Temalar ve İlişkili Kodlar.....	21



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ASM:</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>COREQ:</b>	Niteliksel Araştırmaların Raporlanması Rehberi
<b>COVID:</b>	Korona Virüs Hastalığı
<b>HPV:</b>	Human Papilloma Virüs
<b>LGBTİ:</b>	Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender, İntersex
<b>SABİM:</b>	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
<b>SAHU:</b>	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
<b>TBC:</b>	Tüberküloz



## TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği ihtisasım boyunca tezimin planlanmasından sonuçlanmasına kadar her aşamasında bana yol gösteren ve güç veren, hem bilimsel hem manevi olarak hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle, değerli yorum ve tavsiyeleriyle bana ışık tutan, gerekirse geceleri benimle sabahlayan, tökezlediğimde ya da umutsuzluğa kapıldığımda o sakin ve içten sesiyle bana huzur veren, müthiş empati yeteneğiyle yanımda duran ve eğitimimde çok büyük katkısı olan değerli tez hocam **Doç. Dr. Tolga GÜNVAR**'a sonsuz şükranlarımı sunarım.

Engin bilgi ve deneyimiyle yanımda olan, beni sözleriyle her zaman heyecanlandıran ve motive eden, tezimin her aşamasında bana destek olan yardımcı tez danışmanın **Dr. Ahmet Can BİLGİN**'e içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisiyle çalışma fırsatım olduğu için çok şanslı hissediyorum.

Tez aşamasında tanıştığım ve dünyanın en tatlı insanı diyebileceğim, beni arka planda hep rahatlatan ve gülümsemesiyle ruhumu tazeleyen, vurucu ve isabetli yorumlarıyla tezime yol gösteren dostum, değerli insan **Ece AKÇA**'ya sevgilerimi sunuyorum.

Anlayışı ve sabrına hayran olduğum, bir anne gibi bütün asistanlarını koruyup kollayan sevgili hocam anabilim dalı başkanımız **Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR**'a; hep konulara farklı açıdan bakmamı sağlayan, aile hekimliğini ilk onunla tanıdığım ve geliştirdiğim sevgili hocam **Prof. Dr. Dilek GÜLDAL**'a; çalışma aşkı ve neşesiyle, yeniliklere açık ve sınır tanımaz enerjisiyle beni her zaman etkileyen **Prof. Dr. Vildan MEVSİM**'e özverili ve yardımsever **Öğr. Gör. Dr. Ediz YILDIRIM**'a; çok çalışma fırsatımız olmasa bile birçok şey öğrendiğim ve sunumlarını zevkle dinlediğim **Doç. Dr. Neslişah GAFUROĞLU TAN**'a ve **Öğr. Gör. Dr. Gizem LİMİNLİ**'ye çok teşekkür ediyorum.

Uzmanlık eğitimim boyunca arkadaşlık ve dostluklarını esirgemeyen tüm DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki asistan arkadaşlarıma, Eğitim ASM ekibine ve güler yüzlü personelimize özellikle Züleyha DİNÇER, Rıza AYGÜL ve Zeynep ARSLAN'a teşekkür ederim.

Hep yanımda olan, tez verilerinin transkripsiyonu ve yazım hataları kontrolü sırasında gözünü kırpmadan bana destek olan, zorlandığımda bana sarılan ve ruhumu okşayan, bana olan inancımı ve sevgisini hissettiğim, sevgili eşim Dr. Baturhan

TATAR'a, uzak olsalar bile yine her daim sınırsız sevgilerini hissettiğim anneme, babama ve kardeşime, Türkiye'ye geldiğim günden beri her koşulda bana destek olan ve bana hep inanan halam ve dayıma teşekkür ediyorum.





## ÖZET

### **Birinci basamakta hekimler hastaları nasıl algılıyor?**

Dr. Sona ALİZADEH OSALOU, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İnciraltı, İzmir

**Giriş:** Sağlık sisteminin birinci basamağında, hasta – hekim ilişkisi merkezi bir konuma sahiptir ve hekim bütün müdahaleleri hastayla kurduğu ilişki üzerinden sağlar. Hekimlerin hastaları ile olan ilişkileri her ne kadar objektif olarak değerlendirilmeye çalışılsa da; genel kişilik yapısı, farklı gruplara ilişkin önyargılar, insan doğasına ilişkin görüşler, hekimin hasta algısını belirler ve iyi bir bakım ve tatmin edici sonuç için etkilidir. Bizim araştırmamızda birinci basamak hekimlerin hastalar hakkında algıları ve örtük düşünceleri elde edilmeye çalışılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmamızda niteliksel yöntem ile fenomenolojik deseni kullanılarak İzmir ilinin değişik yaş gruplarında, değişik bölgelerinde ikamet eden ve farklı sosyo-demografik özellikleri olan bölgelerde hekimlik yapan 24 kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Daha önce hazırlanan 18 açık uçlu sorular sorulmuştur. Elde edilen bilgi veriye dönüştürüldükten sonra verileri çözümlmek için içerik analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Aile hekimleri hastaları farklı şekilde algıladıklarını ifade etmektedirler. Hastaları olumlu bir şekilde “kendi tıbbi bilgilerinden yararlanmaya gelmiş” ve “yakınlık hissettikleri” kişiler olarak algıladıkları yargıların yansıması; hekimlerin hastaları olumsuz bir şekilde algıladıkları başlıklar “mesleki yetkilerinden faydalanmak isteyen”, “kendilerini yönetmeye ve yönlendirmeye çalışan”, “kendilerine zarar verme potansiyeli olan”, “zarar vermekten korktukları” ve “istenmeyen” kişiler olarak özetlenebilir. Hastalar aynı zamanda “yük” ve “müşteri” olarak ifade edilmiştir.

**Sonuç:** Hekimler hastanın başvuru nedenini “haklı” veya “haksız” olarak ayırmaktadır ayrıca büyük ölçüde kendi duygu ve düşüncelerinden kaynaklı olumlu özelliklere sahip hastaları kendilerine daha yakın olarak algılamaktadır. Hastaların potansiyel bir tehdit olarak görülmesi ve görev tanımı içinde olmayan hastaları kendilerini suiistimal etmeye çalışan kişiler veya bir yük olarak algılanması hekimlerin vurguladığı konulardır.

## ABSTRACT

### **How do physicians perceive patients in primary care?**

Dr. Sona ALIZADEH OSALOU, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine,  
Department of Family Medicine, Inciraltı, İzmir

**Introduction:** In the primary level of health, the patient-physician relationship has a central position and the physician provides all interventions through the relationship he/she establishes with the patient. Although the relationship of physicians with their patients is tried to be evaluated objectively, general personality structure, prejudices about different groups, and views on human nature determine the physician's perception of the patient and are effective for good care and satisfactory results. In our study, perceptions and implicit thoughts of primary care physicians about patients were tried to be obtained.

**Method:** In our research, using the qualitative method and phenomenological design, in-depth interviews were conducted with 24 people in different age groups, residing in different regions of Izmir and practicing medicine in regions with different socio-demographic characteristics. 18 open-ended questions prepared earlier were asked. After transforming the obtained information into data, content analysis was performed to analyze the data.

**Results:** Family physicians state that they perceive patients differently. While the physicians perceived the patients positively as "people who came to benefit from their own medical knowledge" and "with whom they felt close"; the titles that physicians perceived patients negatively can be summarized as "wanting to take advantage of their professional powers", "trying to manage and directing them", "potentially harming them", "patients that they are afraid of harming" and "undesirable" people. Patients were also expressed as "burdens" and "customers".

**Conclusion:** Physicians distinguish the reason for the patient's application as "right" or "unfair" and they perceive patients with positive characteristics, largely due to their own feelings and thoughts, as closer to them. The fact that patients are seen as a potential threat and patients who are not in their job description are perceived as people who try to abuse themselves or as a burden are the issues emphasized by physicians.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Algı; bireyin kendi öz bilgi birikimi, yaşam deneyimleri ve duygusal eğilimleri ile dünyayı kavraması halidir. Başka bir deyişle bireyin çevresindeki olayları, maddeleri ve durumları kavraması, gereğinde araştırması, elde ettiklerini bir bilgi sistemi içerisinde düzenlemesi, çevreyi algılamasıdır(1).

Algı, iletişimden kuvvetle etkilenen bireyin, kendisine özel çevresinin farkına varma hali olarak tanımlanmaktadır. İletişim, anlamak, anlaşılmak, çatışmak üzerine; yani karşılıklı bir etkileşim üzerine kuruludur. Bu etkileşimi ve bilgi alışverişini insanların algı düzeyine göre tasarlar ve sonra hedef kitlemize uygun kanallar vasıtasıyla göndeririz(2).

Algı ve dolayısıyla dikkat becerileri sayesinde dış dünyayı tanımaya başlayan insan, öğrendiklerini kendi iletişim sürecinin içine yerleştirmeye başlar. Kişi, kendisinin farklı algılama ve anlamlandırma süreçlerine uygun şekilde iletişim kurmasını sağlar. Dolayısıyla insan dünyayı ya da karşılaştığı bir durumu nasıl algılıyorsa, kendisini o şekilde ifade eder. Algı aynı zamanda bireyin algılama, düşünme, kavramasını da yönlendirir. Algı olmadan düşünce, düşünce olmadan da iletişim sağlamak mümkün olamaz. Algı kısaca insanın duygularını, isteklerini ve düşüncelerini anlatmak ve aktarmak için kullandığı iletişim sistemidir(3).

Hasta – hekim iletişimi, sağlık hizmetinin önemli bir bileşeni olup, bu hizmetin çıktılarını belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Hastayla hekim, aynı amacı gerçekleştirmeye çalışan bir ekibin doğal (vazgeçilmez, devredilemez) iki tarafıdır. Bu ilişki hasta sorununun anlaşılması ve çözülmesi, sağlığın korunup ve geliştirilmesi, hastanın sağlık davranışları oluşturma veya değiştirmesi, sorumluluk üstlenmesi gibi birçok amacına hizmet etmektedir(4). Sağlık sisteminin birinci basamağında özellikle hasta-hekim ilişkisi merkezi bir konuma sahiptir ve hekim bütün müdahaleleri hastayla kurduğu ilişki üzerinden sağlar.

Sağlık hizmetinde hekimlerin algıları iyi bir bakım ve tatmin edici sonuç için etkilidir. Mevcut araştırmalar daha çok hasta gözünden hekimin değerlendirmesi ile ilişkili olmuştur ve uygulanan memnuniyet – kalite anketleriyle hastaların aldığı sağlık hizmeti hakkındaki algılarını yakalamaya çalışılmıştır. Fakat unutmamak gerekir ki hasta – hekim ilişkisinde güç dengesi hekim lehinedir. Hasta ile hekim

arasında kapatılması mümkün olmayan bir bilgi asimetrisi mevcuttur, bu yüzden bu ilişkide hekime daha fazla sorumluluk düşmektedir. Hasta-hekim iletişimi ve hekimlerin hastaları ile olan ilişkileri her ne kadar objektif olarak değerlendirilmeye çalışılsa da hekimlerin insan oldukları unutulmamalıdır. İnsanın genel kişilik yapısı, farklı gruplara ilişkin önyargıları, hatta insan doğasına ilişkin görüşleri algılamayı belirler. Yaşantı, zekâ, duygudaşlık, kendini diğerinin yerine koyabilme ve kişisel benzerlik gibi faktörlerin hepsi birden kişilerarası kararları belirleyecektir.

Bu nedenle hekimlerin algısı özellikle birinci basamak ortamında araştırmaya değer bir konudur. Bu araştırmanın amacı birinci basamakta çalışan hekimlerin hastaların asıl algıladıklarını ortaya koymaktır.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Algı

#### 2.1.1.Algı kavramı

Dış dünyaya karşı farkındalık algıyla başlar. Algı, duyu organlarımızdan beynimize ulaşan verilerin örgütlenmesi, yorumlanması ve anlamlandırılmasıdır. Başka bir deyişle hem kişinin referans çerçevesi hem de iletilerin hedefin alıcı kanallarına uygun olup olmaması, algılamanın temelini oluşturur (5). Algı bireyin görüşüdür ve insanları eyleme geçiren itici güçtür. Duyusal bilgilerin işlenmesi ve geçmiş deneyimlerle ilişkilendirilmesi, kişinin dünyayı sosyokültürel etkilerden oluşan bir filtre aracılığıyla görebilmesini sağlar(6).Algı sözcüğü (perception) Latince almak anlamına gelen “capere” kelimesinden gelir. Önündeki “per” takısı büsbütün anlamındadır. Algılamayı duyumsal bir bilgilenme olarak tanımladığımızda; duyma, tatma, görme, koklama, dokunma duyularını sağlayan beş duyu organımız aracılığı ile ve bunlara ek olarak hissetme duygusu yardımı ile dış dünyadan bilgi edinme sürecinden söz etmiş oluyoruz(7).Algı, kolaylıkla duyum ile karıştırılabilmektedir. Esas etken; duyumda bir yorumlama, anlama söz konusu olmamasıdır(8). Algı Sunulan bilgiyi veya ortamı temsil etmek ve anlamak için duyusal bilgilerin düzenlenmesi, tanımlanması ve yorumlanmasıdır (9).

Algılama sadece fizyolojik bir hadise değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik bir olgu olduğu için dış müdahalelerle kontrol edilip yönlendirilebilir. Birey kendi dünya görüşüne, inançlarına ve değer yargılarına göre algılamaktadır. Algı kavramsal bir yaşantıdır ki bunu kişi tüm duyularıyla kazanır(10). Bir başka deyişle algılama, kişinin dünyayı kavraması halidir. Bireyin çevresindeki olayları, maddeleri ve durumları kavraması, gereğinde araştırması, elde ettiklerini bir bilgi sistemi içerisinde düzenlemesi, çevreyi algılaması halidir(1).

Disiplinler arası algı kavramı karmaşıktır ve birçok katmandan oluşur. Toplumsal olaylardan bireysel tecrübelerimize kadar birçok içsel ve dışsal etmenin şekillendirdiği algı; fizyolojik, sosyolojik, psikolojik vb. gibi çeşitli bağlamlarda ele alınmış ve açıklanmaya çalışılmıştır(11).

Algı ile ilgili çalışmalara bakıldığında ilk olarak Gestalt Kuramı göze çarpıyor, bu kuramda zihinsel süreçlere özellikle uyaranların algılanmasının davranış üzerindeki etkisine dikkat çekilmiştir.

Gestalt Kuramına göre dünya hakkındaki bilgilerin tümü duyular yoluyla elde edilmektedir. Duyum, bir organizmanın iç ve dış uyarıcılara karşı duyarlılığını göstermektedir. Bir başka deyişle duyum, yaşantıların ham maddesidir. Algı ise duyumdan daha ileri bir adımdır ve algısal süreçler, duyuların oluşturduğu yaşantıların en ufak parçalarını bile anlamlı, örgütlü bir bütün hâlinde yorumlanmasını içermektedir (12).

Gestalt Kuramı algısal örgütlenme yasaları, görsel algı ile uyaranların nasıl örgütlendiğini somut olarak açıklamıştır. Buna ek olarak Gestalt kuramını geliştirenlerden Kurt Koffka'ya göre, kazanılmakta olan yaşantı bellek sürecini harekete geçirir. Çevresel yaşantının beyinde meydana getirdiği etkinliğe, bellek süreci denir. Bu etkinlik bittiğinde bir iz kalır ve bu ize bellek izi adı verilir. Bu iz, gelecekteki benzer süreçleri etkiler ve bu süreçler sonucunda kazanılan yeni yaşantılarla kendisi de değişir. Dışarıdan gelen duyuşsal uyarımları anlamlandırma ve örgütlemeye sadece bu yasalar değil aynı zamanda bireyin inançları, değerleri, gereksinimleri, tutumları da etkili olmaktadır. Bu nedenle aynı fiziksel çevrede bulunan kişilerin çevreyi yorumlamaları ve tepkileri farklı olabilmektedir (13 s. s.242)(14 s. s.127)(15 s. S.141).

Gestalt Kuramının öncüleri psikolojinin konusunu deneyimin kendisi olduğunu savunmuşlardır (16), onlara göre davranışın belirleyicileri algıdır(13 s. s.249).Dünyayı nasıl algıladıkları bu algıladıkları düzen içerisinde tepki üretirler ve zihinsel süreçlerin davranış kazanımı ve kalıcılığı üzerindeki etkisini ifade ederken insanları davranışa yönelten içsel süreçlere dikkat çekmişlerdir.

Farklı tavır ve davranışlar, algılama sürecinde oluşan, farklı anlamlandırmaların neticesinde meydana gelirler. Her iletişim sürecinde, başat durumdaki ana kodlama yanı sıra, ona bağlı başka iletişim kanalları da devreye girer. Jest, mimik, ses tonu, sözcükler üzerinde yapılan vurgulamalar, yakamızdaki rozet, giysimiz vb. her biri ya da bazen hepsi birden birer simgesel algı modeli oluşturur ve algılamamızın simgesel düzeyde örgütlenmesinde rol oynarlar.(7)

Bu açıdan baktığımızda algılama, evrenin uyarıcı yanı ile bireyin kendi öz bilgi birikimi, yaşam deneyimleri ve duygusal nitelikteki tavır ve eğilimleri arasındaki işlevsel ilişkiden kaynaklanır. Bu yönüyle kişinin dünya görüşünün bütünsel bir ifadesi olan simge, sembol, inanç, ideoloji... yaşam deneyimlerinin derin izlerini taşır ve her bağlamda önemli bir kavram olarak ele alınır.

### **2.1.2. Algılamayı Etkileyen Faktörler:**

Dış dünyayı olduğu gibi algılamıyoruz, bu sürece kendimizden ve çevremizden birtakım şeyler katıyoruz. Algılama sürecini etkileyen çeşitli faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz:

#### **1) Dikkat**

Algıyı belirleyen ya da etkileyen en önemli süreçlerden biri de dikkattir(2). Dikkat bir olayın tümü ya da bir bölümü üzerinde zihin gücünün toplanması, algı, performans ve zihinsel deneyimi geliştirmek için belirli psikolojik kaynakları yönlendirme ve odaklanma sürecidir. Duyusal ve algısal sistemlerimizi belirli uyaranlara yönlendirmek, daha ileri işlemler için belirli bilgileri seçmek, bu işlemi yapmak için gereken zihinsel enerjiyi tahsis etmek ve bir görevi gerçekleştirmek veya çeşitli görevleri koordine etmek için gerekli kaynak akışını düzenlemek için dikkati kullanırız(17)(18)(19).

#### **2) Ruhsal ve duygusal Durum**

Algılama sürecinin işleyişine duygusal tavır ve eğilimler de karışır(7). Uyarıcı nesnenin algılayan bir kişiye göre duygusal anlamlılığı, algılamayı belirleyen diğer bir etmendir. Bizim için duygusal bir anlama sahip nesnelere algılamamızda algı eşliğimiz düşükken bizim için kaygı verici korkutucu nesnelere algılamamızda bu eşik yüksektir(20)(21).

Kişinin birçok sayıdaki uyarıcılar arasından tercih etme sırasındaki seçimlerini ve algılama süreçlerini çok büyük bir ölçüde ruhsal durumdan etkilenmektedir(19). Örneğin, olumlu bir ruh haline sahip bir kişi etrafında gelişen olayları, hatta olumsuz durumları bile daha pozitif algılayıp yorumlayabilir.

#### **3) Bakış Açısı (paradigma)(19)**

Paradigma, bireyin iç ve dış dünyasını (kendisini ve etrafını) yorumlama, algılama ve bilme süreçleriyle ilgili tüm etkenlerin yarattığı örgütlü ve dinamik düşünsel sistem,

düzenektir. Paradigmamız karşımızdaki kişinin davranışını algılamamızı etkiler ve buda ona karşı davranışımızı yönlendirir.

#### **4) Beklenti düzeyi(19)(17)**

İnsanın kendisine saygısı, kendisi ile idealleri ve değerleri arasındaki ilişkileri algılamasından doğar. Bu süreçte oluşan beklentilerin belirlenmesinde kendinden ve çevresinden gelen koşulların önemi büyüktür. Başarı olarak algılanan bir durum beklentinin değiştiği ölçüde değişim gösterebilir. Örneğin belirli yarışmalara girip kazanan kişi, daha büyük yarışmalar için kendini aday görür ve bunun için istek duyar. Yani bu yönde motive olur ve artık başarıyı orada algılar(7).

#### **5) Tutum(19)(17)**

Tutumların ilintili olduğu algılar, algılanan nesne ile temasta bulunma sırasında gelişir ve onu etkiler, tutum ve algı arasında çift yönlü sıkı bir ilişki mevcuttur(7).

#### **6) Empati**

Empati, bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısı ile bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir (22) (23).Bilişsel boyutun yanı sıra, empati doğumundan itibaren insanın çevresindekilerin duygularını bilişsel olarak algılayıp duygusal olarak tepkiler verdiği yapı olarak ifade edilmiştir (24) .Empati, uyarıcıların yorumlama ve anlamlı hale getirme süreci olan algıyı birçok yönde etkilemektedir.

#### **7) Deneyim, yaşantı(19)**

Algılamayı etkileyen faktörlerin başında, etkili uyarı ile karşılaşmadan önceki dönemde konu ile ilgili yaşam deneyimlerinin bulunup bulunmaması gelir.

Organizmanın o andaki "şey" ile daha önce karşılaşp/karşılaşmaması, organizmanın algılamasını etkiler, yani algılamayı kolaylaştırır veya zorlaştırır(7).

#### **8) Motivasyon(17)**

İtici güçle, itici gücün yöneldiği amaç arasındaki ilişkinin incelenmesi, davranışın dinamiğinin veya motivasyonun araştırılmasıdır. Bireyin algıları, düşünceleri, duyguları eski alışkanlıklarının harekete geçmesi, yeni alışkanlıklar kazanması gibi tüm faaliyetleri, daima onu iten kuvvetlerle (istekler) amaçlarının etkisindedir(7).Algılama anında kişinin İhtiyaçları, değerleri, arzuları algılama süreci



üzerinde etkili olmaktadır, örneğin, aç bir kimse diğer objeleri görmezlikten gelirken yemekle ilgili bir durumu ya da sözü çok daha kolay görüp duyabilir.

**9) Bağlam:** Algının sadece uyarıcının özellikleriyle sınırlı bir bilişsel süreç olmadığı için bağlamın algı üzerindeki etkisiyle de kolayca anlaşılabilir. Uyarıcının içinde yer aldığı bağlam, algılayıcının o uyarıcıyı nasıl yorumladığını ve dolayısıyla nasıl algıladığını da büyük ölçüde belirler(25).

**10) Değer:** Uyarıcının değeri onu nasıl algılayacağımızı etkiler. Bu durum 1950lerde bir dizi çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmalarda algının kişisel ve öznel yönüne önem verilmiştir. Bruner ve Goodman (1947) yaptıkları çalışmada çocuklara değişik büyüklerde bozuk para gösterdiler. Daha sonra giderek büyüyen ışıktan yuvarlaklar gösterdiler ve ışık büyüklüğü para büyüklüğüne eşit olunca haber vermelerini istediler. Çocuklar bozuk paraları olduklarından daha büyük olarak algıladılar. Bu durum algısal abartma kavramına göre açıklandı. Bu kavrama göre algılanan nesneye verilen değer onun algılanış biçimini etkiler(26).

**10) Tanıdıklık:** Daha iyi tanıdığımız uyarıcıyı daha çabuk ve daha doğru algılarız. Tanıdıklık, kişilerde rahatlığa yol açmaktadır. Kişilerin tutumları üzerine yapılan bir çalışmada, şehir yada kişi ismi, yabancı sözcük olup olmadığına bakılmaksızın, daha sık görüldüğünde daha hoş bulunmuştur. Bu bulguların yorumları daha korkutucu, daha heyecan verici olabilir. Çok anlamsız fikirlerin ya da en iğrenç gösterilerin daha fazla yayılması bu yolla sağlanabilir. Ancak bu, doğru ve olumlu değerlerin kabul ettirilmesi için geçerlidir. Arttırılmış gösterimizin zıt etki gösterebileceği de akılda tutulmalıdır. Tanışıklık, bizim algısal tepkilerimizi önemli ölçüde etkiler(20).

**11) Yoğunluk:** Uyarıcının yoğunluğu algının güçlenmesine neden olabilir. Kişiler gördüklerinin farkına varmadan da algırlar. Yoğun bir sunum, algılama eşliğini aşağı çeker(26).

**12) Kişisel etmenler:** Birçok kişisel özellik algısal tepki ile yakından ilişkilidir. Örneğin yapılan deneylerde yüksek otoriter yen denekler, tipik olarak daha değişmez sabit algılama göstermişlerdir(27).

“Bastırma” ve “duyarlık” Byrne 1964 tarafından kavramsallaştırılmış, bireyin korkutucu bir durum karşısındaki savunma biçimini açıklayan kişilik özelliğidir. Bastırıcı ve savunucu özelliğe sahip bir kişi korkutucu, kaygı veren bir uyarıyı zor algılayarak, duyarlı kişi hemen algılar. Bastırıcı kişi için uyarı eşliği daha yüksektir

ve uyarıcının açıkça fark edilebilecek kadar etkili olması gerekir. Bu kişiler daha olumlu benlik kavramına sahiptirler, duyarlı kişilik özelliği taşıyan bir kişi için uyaran algılama eşiği daha düşüktür, birçok kişinin fark edemediği uyaranları fark eder (26).

## ***2.2.Hasta-Hekim İlişkisi:***

Tıp uygulamasında hasta-hekim ilişkisi her zaman merkezde bulunan bir konu olmuştur. Bu eşsiz doktor-hasta ilişkisinin görünür, içsel niteliği, daha önce birbirlerini tanımayan iki kişinin, değişken derecelerde yakınlık ile kendilerini rahat hissetmelerini sağlar. Hasta ile kurulan ilişkinin niteliği hasta yararını, hastanın memnuniyet düzeyini ve tedaviden yanıt alınmasını etkilemektedir (28).

Bu özel ilişki aynı zamanda profesyonel bir yapıya sahiptir, her ne kadar ideal hasta-hekim ilişkisi iki bireyin karşılıklı katılım temeline dayanan bir ilişki olarak düşünülse bile, hekimin ağırlıklı olarak hastanın hayatına doğrudan etkide bulunuyor olması gerçeği yadsınamaz. Bu durum ilişkinin doğru kurgulanmasında hekim rolünün önemini vurgulamaktadır(28)(4).

### ***2.2.1. Hasta-Hekim İlişkisinde İletişim***

Hekimin iletişim becerileri, hastanın aldığı bakımın kalitesi üzerinde etkilidir. Bilgilendirici olan, hastaya destek veren, saygı gösteren ve hastanın bakıma katılımını kolaylaştıran hekimlerin hastaları; genellikle daha iyi tedavi uyumu göstermekte ve hasta-hekim görüşmesi açısından daha tatmin edici bir deneyim yaşadıklarını ifade etmektedirler (29)(30)(31)(32)(33).

Doktorlar daha fazla bilgi verdikleri, daha fazla empati kurdukları, saygı duydukları ve olumlu gördükleri hastalara daha olumlu etki etmektedirler (34)(35).

Birinci basamakta hasta-hekim iletişimi üzerine yakın zamanda yapılan araştırmalar, psikososyal değişim ve hasta ile doktor konuşmasının neredeyse eşit dağılımı ile karakterize edilen psikososyal modellerle en yüksek hasta memnuniyetini ve en düşük düzeyde malpraktis iddialarını göstermektedir(36)(37)(38).

Araştırmalar, doktorlar ve hastalar arasındaki ırksal ve etnik farklılıkların doktorların iletişimini ve karar vermesini etkilediğini göstermektedir.

(39)(40)(41)(42)(43).Medical Outcomes Study'de azınlık hastaları, doktorlarının karar verme tarzlarını azınlık olmayan hastalara göre daha az katılımcı olarak değerlendirmiştir(44).

Aynı zamanda bakım kalitesi, doktorun hasta algısından da etkilenebilir. Örneğin hekimlerin 'sevdikleri' hastalar daha memnun olmakta ve hekimin davranışlarına ilişkin daha olumlu değerlendirmelerde bulunmaktadır (45)(46).

### ***2.2.2. Birinci Basamakta Hasta-Hekim İlişkisi:***

Hasta-hekim iletişimi sağlık hizmetinin önemli bir bileşeni olup, bu hizmetin çıktılarını belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Bu iletişim tüm klinik disiplinlerde azımsanamayacak bir öneme sahip olmakla birlikte aile hekimliği disiplininde bütün süreçlerin özünü ve temelini oluşturur. Aile hekimliğinde görüşme pek çok amaca hizmet eder. Bunlar arasında tanı, tedavi, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık davranışının değiştirilmesine yönelik müdahaleler, kronik hastalıkların izlemi, bürokratik işlemler sayılabilir.

Kendilerini bir organ sistemi, yaş, cinsiyet veya bir teknoloji üzerinden tanımlayan biyomedikal kökenli diğer disiplinlerin aksine, biyo-psiko-sosyal bir disiplin olan aile hekimliği kendini ilişkiler üzerinden tanımlar. Hasta-hekim ilişkisi merkezde yer almaktadır. Diğer klinik disiplinlerde içerik, temel aldıkları sorun perspektifinde belirlenirken aile hekimliğinde içerik hasta ne ifade ediyorsa odur. Bu da hasta-hekim ilişkisinin merkezi rolüne katkıda bulunmaktadır (47).

### ***2.2.3. Hasta-Hekim İlişkisinde Kalıp-Yargı***

Karşılaştığımız her kişiyi veya her şeyi hızla kategorize edebilme yeteneğinin hayatta kalmayı garantilemek için evrimsel bir gelişme olduğu düşünülür. İlk insanların karşılaştıkları bir insan, hayvan veya durumun dostça mı yoksa tehlikeli mi olduğuna hızla karar vermeleri gerekiyordu (48). Yüzyıllar sonra, karşılaştığımız her şeyi sınıflandırmaya yönelik bu doğuştan gelen eğilimler, beynimizin hala kullandığı bir kısa yoldur.

Her hasta-hekim karşılaşmasında her iki tarafında ayrı ayrı gündemi bulunmaktadır. Hastanın gündemi ağırlıklı olarak rahatsızlık deneyimi tarafından belirlenir.

Rahatsızlık deneyimi hastanın yaşadığı sorun ile ilgili duyguları, düşünceleri, sorunun günlük yaşam üzerine etkileri ve hekimden beklentileri ile belirlenir. Buna ek olarak hastanın sağlık sistemi ve sağlık çalışanları ile ilgili, kısmen deneyimlerinden kısmen de sosyal çevresi (tanıdıkları, görsel ve yazılı medya vb.) aracılığı ile edindiği bilgilerden kaynaklanan bir “kalıp-yargı” da az veya çok bu karşılaşmada etkilidir.

Kalıp yargılar bir sosyal grubun veya üyelerinin nitelikleri hakkındaki inançlar veya görüşlerdir(49).Toplum hekimlerden genellikle, tanı koymak ve etkili tedavi planı geliştirebilmek için öykü, fizik bakı ve tanı testleri ile topladığı nesnel bilgileri kullanarak, her hastayı objektif ve tarafsız olarak değerlendirmelerini bekler (50).Ancak sosyal kategorileştirme ve kalıp-yargı üzerine yapılan araştırmalar, bunun gerçekçi bir beklenti olmadığını göstermektedir. İnsanlar, kendi dünyalarını daha yönetilebilir kılmak için maruz kaldıkları büyük miktarda karmaşık bilgi ve uyararı kategorileştirme ve genelleme tekniklerini kullanarak basitleştirirler (51)(52).Bu süreçte, diğer alanlarda olduğu gibi insanları da gruplar ve bu gruplar hakkında hüküm verir ve bu kararları o kategoriye veya gruba atanan tüm bireylere genelleştirirler (51)(53)(54).Bu tür bir stratejinin tüm insanlar ve kültürler için ortak olduğu düşünüldüğünde(52), hekimlerin de bundan bağımsız olması düşünülemez.

Yanlış oluşan zihinsel algının telafisi zihinsel algının oluşturulmasından daha güçtür ve buda kalıp-yargıların oluşmasına yol açar buda ön yargıların ortaya çıkmasına zemin hazırlar.

#### ***2.2.4. Hasta-Hekim İlişkisinde Önyargı***

İnsanlar gerçeklik algılarını, aldıkları bilgi ve otomatikleşene kadar pekiştirilmiş deneyimlere dayandırır. Bu yetenek insanın karar vermesini verimli hale getirir ve daha önce bahsettiğimiz gibi evrimsel bir avantaj sağlar. Kalıp yargılar, bazı özellikler ve bir sosyal grup arasındaki iyi öğrenilmiş ilişki kümeleridir. Irk, cinsiyet, etnik köken, yaş, dini inanç, fiziksel ve sosyal özelliklerin farklı gruplara ait bireylerin yargısını ve davranışlarını etkilemesi, kalıp-yargıların otomatik olarak etkinleştirilmesinden kaynaklanan örtük önyargının varlığı kanıtlanmıştır. Örtük önyargı aynı zamanda "bilinçsiz" önyargı olarak da adlandırılır(55)(56).Bilmek

gerekir ki örtük önyargı, sosyal basmakalıpların tekrar tekrar pekiştirilmesiyle yaşamın erken dönemlerinde gelişmeye başlar(57).

Önyargı terimi tipik olarak hem örtük kalıp-yargıların hem de önyargılara atıfta bulunmak için kullanılır ve sağlık hizmetlerinde ciddi endişelere yol açar. Psikologlar genellikle önyargıyı geniş bir şekilde tanımlar; “bir grubun ve üyelerinin değerine göre olumsuz değerlendirilmesi” gibi (58).

Sağlık hizmetlerinde “önyargı” ile tam olarak ne kastedildiğini dikkatlice düşünmek gerekir. Tarafsız bakım sağlama amacını gerçekleştirmek için sağlık çalışanları, bir grubun üyeliği veya belirli bir özellik ile bağlantılı olarak yaptıkları her türlü olumsuz değerlendirmeye karşı dikkatli olmalıdırlar (59).

Bilinçsiz veya örtük önyargı; algılarımızı refleks olarak değiştiren ve böylece davranışları, etkileşimleri ve karar vermeyi etkileyen çağrışımları veya tutumları tanımlar (60)(61).Tıp Enstitüsü (Ulusal Tıp Akademisi), önyargı ve kalıp-yargının devam eden sağlık hizmetleri eşitsizliklerinde önemli bir rol oynayabileceğini ve bu sorunların ele alınmasının gerekliliğini vurgular(62).

Hekimler her ne kadar mezuniyet sırasında tüm hastalara saygı duyan bireyler olarak davranma sözü vermiş ve Hipokrat Yeminini (Görevimle hastam arasına; yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin girmesine izin vermeyeceğime sözlerini)(63), imzalamış olsalar bile, pratik alanda örtük önyargılara karşı bağışık değillerdir. Teşhis sürecini çevreleyen belirsizlik ve zaman baskısı, verimli karar verme için basmakalıplara güvenmeyi teşvik edebilir.

### ***2.2.5. Hasta-Hekim İlişkisinde Algı***

Algı nesnesi kişi olduğunda yine bazı kural ve ilkelere bağlı olarak algılamada bulunuruz. Ancak insanın duyguları, sözel ve sözel olmayan anlatımı vardır. Benzer nedenlerden dolayı kişiyi algılamak daha karmaşıktır. Daha öncede bahsettiğimiz genel kişilik yapımız, değişik yargılarımız, değişik gruplara ilişkin önyargılarımız, hatta insan doğasına ilişkin görüşlerimiz insanı algılama yöntemimizi belirler. Yaşantı, zekâ, duygudaşlık, kendini diğerinin yerine koyabilme ve kişisel benzerlik hepsi birden bizim kişilerarası kararlarımızı etkiler.

Literatürde her ne kadar hasta beklentileri, hizmet algısı, hekim algısı vs. aydınlatılmaya çalışılmışsa ve ABD gibi ülkelerde ırksal ayrımlar üzerinde durulsa da, ülkemizde hekimin hastayı algılama biçimleri ve kalıp yargıları pek araştırılmayan bir kısım olarak varlığını sürdürmektedir.

Bir hasta; ırkı, yaşı veya başka herhangi bir özelliği nedeniyle daha düşük bir bakım standardıyla karşılaşacağını düşünmemelidir. Bununla birlikte örtük çağrışımlar önyargıya neden olan yargıyı etkileyebilir. Yargıyı etkilemeye ek olarak, göz teması sıklığı ve fiziksel yakınlık gibi başkalarına karşı sözlü olmayan davranışlarda bile örtük önyargılar ortaya çıkar. Örtük önyargılar; bir kişinin açıkça inandığı ve yapmak istediği şey ile düşünceleri ve eylemi üzerindeki olumsuz örtük çağrışımların gizli etkisi arasındaki potansiyel ayrışmayı açıklar (59).

Araştırmalar algıyı etkileyen örtük önyargının doktor davranışını şekillendirerek ve tıbbi tedavide ırk, etnik köken, cinsiyet veya diğer özellikleri doğrultusunda farklılıklar üreterek sağlık hizmetinde eşitsizliklere neden olabileceğini göstermiştir (64).

Hekimlerin herkese eşit tedavi sağlama niyetine rağmen eşitsizlikler devam etmekte ve bazıları için morbidite ve mortalitede kabul edilemez artışlara yol açabilmektedir. Sağlık hizmetinde tüm doktorların bu tür yargılara duyarlılıklarını arttırarak ve bilinçli bir bakış açısı elde ederek bu durumun karşısına geçilebilir(64).

Sağlık hizmeti sağlayıcılarının en iyi şekilde hizmet verebilmesi için tıbbi bilgilerinin güncel tutulmasının yanı sıra, tıbbın sosyal yönlerini de geliştiren eğitimlerin benzer şekilde ele alınması öneriliyor. Kültürel alçakgönüllülük, yaşam boyu öğrenme ile karakterize edilir ve başarılı bir hekim-hasta ilişkisinin kilit noktasıdır (65).

Sağlık hizmetlerinde savunmasız olanlar, genellikle birçok düzeyde zaten dezavantajlı durumda olan grupların üyeleridir. Örnekler arasında azınlık etnik popülasyonlar, göçmenler, yoksullar, sağlık okuryazarlığı düşük bireyler, cinsel azınlıklar, çocuklar, kadınlar, yaşlılar, akıl hastaları, fazla kilolu ve engelliler, iv uyuşturucu kullanıcıları, beyin hasarlı hastalar, akıl hastaları, AİDS hastaları sayılabilir, ancak belirli bir bağlamda herkes maruz kalabilir(66).

Buna ek olarak, doktorların çalışmalarının doğası ve bağlamı (Zaman baskısı, hızlı karar verme ihtiyacı, bilişsel yük, görev karmaşıklığı, meşguliyet, kısa karşılaşmalar gibi durumlar) kalıp-yargı kullanım olasılığını artırabilir (64).

Hekimler de hastalar gibi, konsültasyonlarından önce gelen ve istila eden fikirlere ve deneyimlere sahiptirler.

Bu çalışmadan yola çıkılarak, birinci basamak sağlık çalışanlarının farklılıklarını, kalıp-yargı ve önyargının algı üzerindeki etkisini fark etmeleri hedeflenmiştir. Daha önce söylediğimiz gibi Paradigma, bireyin iç ve dış dünyasını (kendisini ve etrafını) yorumlama, algılama ve bilme süreciyle ilgili tüm etkenlerin oluşturduğu örtülü ve dinamik düşünsel sistem, düzenektir(67).Her birey doğduğunda zihin haritası boştur, zihin haritasını çevreden iletilen mesajlarla doldurur. Sürekli öğretilen paradigmalara maruz kalır. Tutum ve davranışlar paradigmalara değiştirilmek istenirse, değişim temelden gerçekleşmiş olur.

Belirtildiği gibi bildiğimiz tek algı kendimize aittir. Hekim ve danışan algıları arasındaki çatışma, yanlış iletişim ve yetersiz sonuçlara yol açabilir. Bir danışanı uyumsuz olarak etiketlemek yerine, hekimlerin bireyin algılarını neyin etkilediğini keşfetmesi, danışan ve hekimin ortak neyi paylaştığını belirlemesi ve sağlığı olumlu yönde etkileyecek stratejiler geliştirmek için bu bulguları kullanması gerekir.

Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarına kültürel yeterlilik eğitimi planlanarak tüm insanların özellikle kültürel ve dilsel farklılıklara sahip olanların eşit ve etkili sağlık hizmeti almalarını amaçlamıştır ve yapılan müdahaleler pozitif sonuçlara ulaşmıştır(68).Bu nedenle temel bir strateji olarak bu gibi eğitimler geliştirilmelidir.

Algı asla nesnel değildir. Bir bireyin veya grubun, uyaranların işlenmesini içeren ve anlama sürecine anıları ve deneyimleri dahil eden bir fenomeni görmenin yegâne yoludur. Sağlık araştırmalarında sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli gibi kavramsal modelleri içeren çalışmalarla değerli bilgiler elde edilir. Çoğu zaman bu çalışmalar algıları nelerin etkilediğine dair fikir verememektedir. Nicel araştırma yöntemleri bazen “Ne” sorusuna cevap verebilir ancak; “Neden”, “Nasıl” soruları yanıtızsız kalır. Nitel yöntemler anlayışı ortaya çıkarmak ve keşfetmek için farklı görme yolları kullanır (69). Algılama benzersiz bir deneyim olduğu için, karma bir metodolojik yaklaşım fenomeninin daha zengin bir tanımını sağlayabilir, anlayışı geliştirebilir, hekimlik bilgisine katkıda bulunabilir, danışan sonuçlarını iyileştirmek için ve klinik uygulama için yararlı bilgiler sağlayabilir.

Sağlık hizmetlerinde eğer birey benzersiz deneyimlerden yararlanırsa ve bir durumu normal olarak görürse, eyleme geçme olasılığı minimumdur. Anlama hatalı olsa bile,

durum hala algıya dayalı kişisel anlamadır. Algı mutlaka gerçeklik ile sonuçlanmaz, ancak bireyin durumu kavrayışıyla sonuçlanır.

Bilinçsiz önyargıyla mücadele etmek, kişinin önyargılarının etkisi ortaya çıktığında ve ele alındığında, niyeti ne olursa olsun davranışlarını değiştirmeye istekli olmayı içerir (70).

Birinci basamakta süreklilik, eğleme geçme olasılığını artırır. Zihnindeki hasta imajı, hekimin hekimlik anlayışının temel bir unsuru ve önemli bir göstergesidir. Bu çalışmada hekimlerin hastayı algılama ve tanımlama gibi kritik bir konudaki yaklaşımları, öznel bir değerlendirme olmanın ötesinde, o toplumdaki hekimlik anlayışı ve hastalıkla ilgili kültürel kalıplar konusunda önemli ipuçları içermektedir. Bu ipuçlarını derleyerek sağlam bir tıbbi ilişki çözümlemesi yapmak ve bu çözümlemeden hareketle ilişki düzenini sürdürme ya da değiştirme kararlarını daha isabetli şekilde almak mümkündür(71).

Algı ve onu etkileyen faktörler, kalıp yargılar ve bilinçsiz önyargılar, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir. Bir algıyı değiştirmeye çalışmak seneler sürebilir ve bu algı belki hiç değişmeyebilir. Nitekim gerek kendi yaşantımızda gerekse çevremizle iletişimde gerçeğin algılanışı çoğu kez gerçeğin önüne geçer. Bu kalıpları kırabilmek ve hedef kitlenin doğru analizi (algılanışı) iletişimi daha kolay kılacaktır (2). Tıp eğitimi müfredatına eklenecek eğitim konuları ile hasta-hekim ilişkisi yönünden eksiklikler giderilebilir.



### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### ***3.1. Araştırma Deseni***

Bu çalışma birinci basamakta aile hekimlerin hasta algısını değerlendirmeyi amaçlayan niteliksel bir çalışmadır. Nitel araştırmalarda olaylar doğal ortamında bütünü içinde gözlenir, derinlemesine görüşme gibi nitel veri toplama teknikleriyle algılar anlaşılabilir (72). Araştırmacıların kendi değerlerine sahip olduğu ve diğer değere eşit mesafede durduğu yorumlayıcı yaklaşım ile düşünceler, duygular ve uygulamalara odaklanarak elde edilen bilgileri tanımlayabilir ve yorumlayabilir hale getiren ve bir durumun daha derin yönleriyle ilgilenen fenomenoloji (olgu bilim) deseni kullanılmıştır. Araştırma İzmir ili sınırları içinde 2020-2022 yıllarında yapılmıştır. Veriler 23.06.2021-30.12.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma “Niteliksel Araştırmaların Raporlanması Rehberi (COREQ)” esas alınarak hazırlanmıştır(73).

#### ***3.2. Araştırmanın Katılımcı Grubu***

Araştırma için amaçlı örneklem yöntemi ile İzmir ili sınırlarında Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan uzman veya pratisyen aile hekimlerine katılım talep edilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hekimler, başka hekimlere ulaşma konusunda aracılık etti (kartopu yöntemi). Çalışmaya katılması teklif edilen hekimlerin seçilirken birinci basamak aile hekimi olmaları ve gönüllü olmaları dışında başka bir ölçüt dikkate alınmamıştır.

Literatür araştırılarak, katılımcı sayısı 30 olarak belirlenmekle birlikte araştırılan temalar doyuma ulaşınca gönüllü alımı durdurulmuştur. Böylece çalışma grubunu İzmir ilinin değişik bölgelerinde ikamet eden ve değişik sosyo-demografik özellikleri olan bölgelerde hekimlik yapan 24 aile hekimi oluşturmuştur.

**TABLO 1.** Katılımcıların özellikleri

	<b>Rumuz</b>	<b>Yaş</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>Unvan</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>	<b>Aile Hekimliği yaptığı süre</b>
1	<b>İKARUS</b>	29	ERKEK	UZMAN HEKİM	2016	4YIL
2	<b>AKHİLLEUS</b>	29	ERKEK	UZMAN HEKİM	2016	4YIL
3	<b>HERMES</b>	43	ERKEK	PRATİSYEN HEKİM	2002	14YIL
4	<b>AY</b>	56	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1988	30YIL
5	<b>SEMELE</b>	40	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	2004	6,5YIL
6	<b>ATLAS</b>	52	ERKEK	PRATİSYEN HEKİM	1994	23YIL
7	<b>KİRKE</b>	31	KADIN	UZMAN HEKİM	2013	8YIL
8	<b>GAYA</b>	55	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1989	30YIL
9	<b>PATRAKLOS</b>	36	ERKEK	UZMAN HEKİM	2010	11YIL
10	<b>GÜNEŞ</b>	31	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	2015	6YIL
11	<b>GECE</b>	48	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1997	24YIL
12	<b>DEMETER</b>	45	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1999	13YIL
13	<b>APOLLON</b>	31	ERKEK	UZMAN HEKİM	2012	7YIL
14	<b>PANDORA</b>	45	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1999	13YIL
15	<b>VENUS</b>	35	KADIN	SAHU*	2005	15YIL

16	<b>YILDIZ</b>	40	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	2001	20YIL
17	<b>ZEUS</b>	52	ERKEK	PRATİSYEN HEKİM	1993	14YIL
18	<b>HERAKLES</b>	53	ERKEK	PRATİSYEN HEKİM	1992	14YIL
19	<b>HERA</b>	55	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1990	20YIL
20	<b>ARTEMİS</b>	50	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1995	15YIL
21	<b>EROS</b>	32	ERKEK	PRATİSYEN HEKİM	2011	10YIL
22	<b>ODİSSEUS</b>	40	ERKEK	PRATİSYEN HEKİM	2001	14YIL
23	<b>EKO</b>	60	KADIN	PRATİSYEN HEKİM	1980	30YIL

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

### **3.3. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler Katılmayı kabul eden hekimler ile Zoom üzerinden görüntülü yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme var olan bir soru formuna kabaca sadık kalınarak, bir olayı veya algıyı netleştirmek için ek sorular sorulabilen bir tekniktir(72). Derinlemesine görüşme; nicel yöntemlerle yeterince veri toplanamayacağı düşünülen çalışmalarda seçilmiş anahtar kişilerden özellikle düşüncelerini ve duygularını anlamak için yapılan bir görüşme yöntemidir. Derinlemesine görüşme açık uçlu soruların sorulması, cevapların mümkünse kaydedilmesi ve ilişkili sorularla araştırma konusunun detaylı bir şekilde incelenmesini mümkün kılan bir veri toplama yöntemidir. Derinlemesine görüşmede araştırmacı konuşmayı yönlendirir, daha ayrıntılı sorularla konuşmayı derinleştirir. Bu yöntem ile doğrudan gözlenemeyen, davranışlara yansımaya, ancak belirli bir süreç içinde ortaya çıkabilecek anlamlara, niyetlere, beklentilere bakılarak bireylerin dünyalarını nasıl oluşturdukları, dış dünyaya ilişkin algıları ve ilgili alandaki dünya görüşleri anlaşılabilir(72).

Alan yazından yola çıkılarak 18 görüşme sorusu araştırmacılar tarafından fikir birliği ile hazırlanmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini ve amaca uygunluğunu test etmek için bir hekim ile ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulamada kullanılan soru formu görüşme yapılan hekimin geri bildirimleri ve araştırmacıların fikirleri doğrultusunda tekrar değerlendirilerek değişiklikler yapılmıştır. Bu sayede araştırmada kullanılan görüşme sorularının son hali tamamlanmıştır. Görüşmelerde kullanılan sorular Ek-1'de verilmiştir.

Araştırma sorusu: birinci basamakta çalışan hekimler hataları nasıl algılıyor?

Alt sorular:

- Hasta-hekim görüşmesinde hekimi etkileyen faktörler nelerdir?
- Hekim için sevilen veya seilmeyen hasta tipi kimdir ve beklentileri nelerdir?
- Hekim-hasta ilişkisinde şiddet ve tedirginlik nasıl bir etki oluşturur?

Görüşmeden evvel hekimlere araştırma hakkında genel bilgi verilip, yer ve zaman hekimlerin uygun gördüğü bir şekilde belirlenmiştir. Görüşme öncesinde ve görüşme sırasında gönüllü araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. (Ek-2)

Görüşmelere katılımcı ve dört araştırmacı katılmıştır. Görüşmeler katılımcıların rızasıyla ses kaydı ve not alınarak gerçekleştirilmiştir. Her görüşme sonrası araştırmacılar tarafından notlar alınmıştır ve veri doygunluğu tartışılmıştır.

Görüşmeler ortalama 90 dakika sürmüştür. Elde edilen ses kayıtları daha sonra araştırmacı tarafından deşifre edilmiş ve analiz aşamasına geçilmiştir.

Araştırmanın güvenilirliği için görüşmeler deşifre edildikten sonra katılımcılara sanal ortamdan gönderilmiş ve tekrar onamları alınmıştır.

### ***3.4. Analizler***

Derinlemesine görüşmelerin metinleri, açığa çıkmasını beklediğimiz algıları ve tutumları içerir. Görüşmelerin metinleri içerik analizine tabi tutulmuştur. Analizde her veri birkaç kelimeyle kodlanır. Benzer kodlar, hiyerarşik olarak gittikçe yükselen kavramlarla, kategoriler ve temalar altında toparlanır. Elde edilen bu kavramlarla veriler anlamlandırılmaya çalışılmaktadır. Daha sonra anlamlandırılan verilerin bulgularda dökümü ve yorumlanması yapılmaktadır(72). Bu nedenle öncelikle görüşmeler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazılı hale dönüştürülmüştür.

Daha sonra, araştırmada elde edilen tüm veriler birçok kez okunarak iki araştırmacı tarafından kodlanmıştır. Yapılan kodlamalardan ve araştırmacıların görüşmeler sırasında aldıkları notlardan hareketle diğer iki araştırmacı birbirinden bağımsız olarak oluşturulan kodları ortaklaştırmıştır daha sonra dört araştırmacı yine bir araya geldiğinde araştırmanın amacına uygun olarak temalar belirlenmiştir. Veriler bu temalar altında sınıflandırılmıştır. Kodlama ve tema oluşturma tekrar edilerek verinin araştırma sorusuna uygun düşen kısımları bulgularda temsil edilmiştir. Temaları temsil eden alıntılar ifadenin sıklığı ve zgnlyđ açısından değerlendirilerek seçilmiştir. Sık rastlanılan veya çarpıcı ifadeler alıntının seçiminde etkili olmuştur.



## 4.BULGULAR

### 4.1.Katılımcıların özellikleri

Katılımcıların %57'si kadın ve %43'ü erkekti(sırası ile n=13 ve n=10) ve yaş ortalaması 43 (min:29, maks: 60), 23 katılımcıdan % 69pratisyen hekim(16 kişi), % 22uzman hekim (5kişi) ve %9 SAHU (2 kişi) olarak çalışmaktadır. Katılımcıların hepsi İzmir ilinin farklı mahallelerinde birinci basamakta aile hekimliği yapmaktadırlar. Katılımcıların ortalama çalışma süresi 15 yıldır (min:4 yıl, maks:30).

### 4.2. Derinlemesine Görüşmelere Ait Nitel Bulgulara Giriş

Analizler sonucunda hekimlerin hastaları algılama biçimlerinin 9 ana tema altında toplanabildiği görülmüştür. Birinci tema **hekimlerin hastaları tıbbi bilgilerinden yararlanmaya gelen kişi olarak algılamasıdır**, katılımcılara göre bu kişiler gerçekten hasta oldukları için başvuran, kendilerine danışan veya onlardan yardım isteyen, çözüm arayan kişiler olarak tanımlanmaktadır. İkinci tema **hekimlerin hastaları mesleki yetkilerinden faydalanmaya gelen kişiler olarak algılamalarıdır**; katılımcılara göre bu kişiler hekimlerin mesleki yetkilerini haklı bir gerekçe olmadan kendi gereksinimleri doğrultusunda, uygun olmayan bir şekilde kullanmak isteyen kişilerdir. Bu amaca ulaşmak için çeşitli yollar denemektedirler. Bunlar arasında hekimi kandırmaya çalışmak, çeşitli yollarla hekim üzerinde baskı kurmaya çalışmak sayılabilir. İstirahat raporu veya diğer bürokratik işlemler ve uygunsuz ilaç yazdırma talepleri bu işlemler arasında sayılabilir. Üçüncü temada **hekimlerin hastaları onların işine karışan, kendilerini yönetme ve yönlendirmeye çalışan kişiler olarak algılamalarıdır**. Bu kişiler hekime ne yapacağını/ne yapması gerektiğini söyleyen, kendi tanı ve tedavileri ile gelen ve bunları dayatan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Dördüncü tema da **hekimlerin hastaları potansiyel bir tehdit olarak algılamalarıdır**; bu tehdit, fiziksel veya sözlü olarak şiddet görmek olabildiği gibi şikâyet edilmek veya medikolegal sorun yaşamak gibi durumlar da olabilir. Bazı katılımcılar hastaların bulaşıcı hastalık gibi durumlarda da kendileri için bir tehdit olabileceğini ifade etmişlerdir Beşinci temada **hekimler bazı hastaları yüksek riskli hastalar olarak algılamaktadır**; bu hastalar hekimin yanlış veya hatalı uygulamaları

sonucunda zarar görme olasılığı daha yüksek olan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Altıncı tema olarak *hekimler hastaları istenmeyen kişi olarak algılamaktadır*; bu kişiler çeşitli olumsuz tavırları veya farklı etnik köken / cinsel yönelim gibi özellikleri nedeni ile bu şekilde algılanmaktadırlar. Yedinci tema *olarak hekimler hastaları bir yük olarak algılamaktadır*; katılımcılar zaman ve iş açısından ek yük getiren ve kendilerinde bıkkınlık duygusu yaratan kişileri bu kategoride görmektedirler. Sekizinci tema da *hekimler hastaları memnun etmeleri gereken müşteriler olarak algılamaktadır*. Dokuzuncu tema da *hekimler bazı hastaları ilgi duyulan, yakın ve sevilen olarak algılamaktadır*; burada katılımcılar herhangi bir nedenle bazı hastaları daha sempatik bulduklarını ifade etmektedirler. Burada hekimin kendi yaşantıları ve görüşleri çok önemli bir belirleyici gibi görünmektedir. Hekimlerin hastaları nasıl algıladıkları ile ilgili görüşler detaylı olarak tablo 2’de görüldüğü gibi tema ve kategoriler altında toplanmıştır. Bu temalar ve temalara ait kategorilere ait açıklamalar yapılmış ve her temaya ait kodlarla ilgili çok vurgulanan örnek cümleler bulgularda gösterilmiştir.

Tablo 2: Çalışmanın analizinde kullanılan temalar ve ilişkili kodlar

Hekimler hastaları nasıl algılıyor?	Kod	
Ana temalar	Alt kod	
<b>1. Hekimin tıbbi bilgilerinden yararlanmaya gelen kişi</b>	<b>1. Gerçek hasta</b>	<b>1. Yaşa göre 2. Cisiyete göre 3. Hastalık ve tedavi ile ilişkili</b>
	<b>2. Danışan</b>	
	<b>3. Yardım talep eden &amp; muhtaç</b>	
<b>2. Hekimin mesleki yetkilerinden faydalanmaya gelen kişi</b>	<b>1. Kandıran</b>	
	<b>2. Suiistimal eden</b>	<b>1. Rapor 2. İlaç 3. Uygunuz Talep</b>
<b>3. Hekimi yönetme ve yönlendirmeye çalışan kişi</b>	<b>1. Baskı kuran</b>	<b>1. Meslek ve Statü ile 2. Rapor ile 3. İlaç ile</b>
	<b>2. İşine karışan</b>	<b>Meslek</b>

<b>4.Zarar verme potansiyeli olan kişi</b>	<b>1.Şiddet potansiyeli</b>	<b>1.Tip, Görünüş, Davranış</b>
	<b>2.Mesleki/kariyer tehdit</b>	<b>2.İlaç ve Madde bağımlısı</b>
	<b>3.Medikolegal tehdit</b>	<b>3.Sabıkalı</b>
	<b>4.Şikâyetpotansiyeli</b>	
	<b>5.Bulaşıcılık tehdidi</b>	
<b>5.Zarar vermekten korktuğu kişi</b>		
<b>6. İstenmeyen kişi</b>	<b>1.Rahatsız edici kişi</b>	
	<b>2.Öteki</b>	<b>1.Etnik köken</b> <b>2.İletişim/ Dil sorunu</b> <b>3.Cinsel yönelim ve cinsiyet</b>
<b>7. Yük</b>	<b>1.Zaman kaybı</b> <b>2.Gereksiz iş yükü</b> <b>3.Tüketen/Sömüren kişi</b> <b>4.Yönetmesi zor</b>	
<b>8. Müşteri</b>		
<b>9.Yakınlık hissedilen kişi</b>	<b>1. Yaş</b> <b>2.Cinsiyet</b> <b>3.Dezavantajlı grup (Etnik Köken)</b> <b>4.Karşıt aktarım</b> <b>5.Özleştirdiği kişi (Meslek/Sağlık sorunu)</b> <b>6.Olumlu davranışlar</b> <b>(Nazik/Kibar/Saygılı/Anlayışlı,İyi Niyetli/Dürüst/İlgili, Net)</b> <b>7. İlişki sürekliliği</b>	



#### 4.2.1. Hekimin tıbbi bilgisinden faydalanmaya gelen kişi

İlk ana tema olarak hasta, hekimin tıbbi bilgisinden ve deneyiminden yararlanmaya gelmiş kişi olarak algılanmaktadır. Katılımcılardan biri bu algıyı aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

*“...Bir işi bilen birisi var. Bir de bu işi bilmediğı için o bilenden yardım isteyen birisi var. Yani bu işi ben biliyorum. Ben bildiğim için bana geliyorsa o zaman benim tecrübelerimden faydalanmak istiyorsun anlamına gelir bu...” (Gece, K, 48 yaş)*

Bu tema altında hastalar hastalıklarıyla ilişkilendirilmekte, “gerçekten hasta” olarak adlandırılmakta, danışan, başvuran, yardım edilmesi gereken ve muhtaç bireyler olarak görölmektedir.

##### **a. Gerçekten hasta olan kişi**

İlk tema altında hekimler, hastaları başvuru nedenlerine göre hastalıklar ile ilişkilendirmekte/değerlendirmekte ve “gerçek hasta” olarak algılamaktadırlar. Örneğın, bir hekim hastayı tanımlamak istediğinde *“...Hasta biyolojik ve psikolojik olarak tam iyilik hali olmayan kişi...” (Patraklos, E,36 yaş)* ifadesini kullanmıştır. Aynı zamanda hastaların, gerçek hasta olarak değerlendirilmesi hastanın yaşı, cinsiyeti ve dış görünüşü ile ilişkilendirilmektedir. Bir hekim yaşlarına göre hastaların özellikleri değındiğinde çocuk ve yaşlı hastaları “gerçek hasta” olarak nitelendirmektedir; *“...Çocuk yaş grubu genelde hasta hastayken gelen grubumuz. Yani bir çocuk geldiğı zaman yani gerçekten bir hastalığı var şeklinde geliyorsa getiriyorlar. Yaşlılarda da aynı şekilde...” (Pandora, K, 45yaş)*. Benzer şekilde, hastanın dış görünüşüne bağılı olarak hekimler hastalar hakkında çıkarımlarda bulunmaktadırlar ve bu çıkarımlar da hekimlerin hastaları kendi tıbbi bilgilerinden yararlanmaya gelmiş kişiler olarak algılamalarına imkân sağlamaktadır. Bir hekim bu durumu şu şekilde açıklamaktadır; *“...Dış görünüş ilk başta kişiliğı hakkında bilgi verir. İhtiyaç olduğı konu hakkında bilgi verebilir.... Psikolojisi hakkında bilgi verebilir. E tabii ki biliyorsunuz muayene görüşten başlar, anamnez ile devam eder. Hastalığı hakkında bilgi verebilir...” (Zeus, E,53 yaş)*

### **b. Danışma amacı ile gelmiş kişi**

İlk tema altında bir diğer konu bazı hekimler tarafından hastalar danışmak ve bilgi almak için başvuran kişiler olarak algılanmasıdır. Örneğin “...*İnsan, kendi bazı vücudunda oluşan şeyleri algılayamıyor ne olduğunu anlamlandıramadığı zaman işte bir sıkıntı var diye düşünüp hastalanıyor muyum gibi düşünüyorsa, geliyor ...başvuruyor...*”(Güneş K, 31 yaş)

### **c. Yardım talep eden, yardıma muhtaç kişi**

İlk tema altında son olarak hekimler hastaları yardım almaya gelmiş ve hekime muhtaç kişi olarak görmektedir, bu durumu bir hekim şöyle açıklamaktadır, “...*Hasta ilgiye ve sevgiye muhtaç. Yardıma ihtiyacı olan kişidir...*”(Demeter, K, 45 yaş)

## **4.2.2. Hekimin mesleki yetkilerinden faydalanmaya gelen kişi**

Ortaya çıkan ikinci tema hastaların hekimin elinde olan yetkilerden faydalanmaya gelen kişi olarak algılanmasıdır. Bu tema altında hekime yalan söylemek ve kandırmak suretiyle hekimi suiistimal eden kişiler yer almaktadır.

### **a. Hekimi kandırmaya çalışan kişi**

Bazı hastalar hekimi kandırmaya çalışma çabası olan kişiler olarak algılanmaktadır. Örneğin “...*Ya da mesela sık rapor talebi olanlar fark ediyoruz, hani böyle her ay uğruyor, yani bir kere rapor istemeye yardımcı oluyorsun, durumunun kötü olduğunu gördüğün hastalarda, ama suiistimal ediyor yani her ay geliyor. İşte benim fitiğim vardı azdı. Şöyle muayene de ederken bir şeyler yapıyor belki de. Yalan söylüyor bilemiyorsun ki, muayenesini pozitif yapıyor. Bir de bu hastalar mesela bel fitikli hasta zaten bunu yaşamış daha önce ve nasıl davranması gerektiğini biliyor. Senden iyitaklit edebilir böyle şeyleri, o yüzden muayenesini kendi uydurabilir...*”(Güneş, K, 31 yaş), Bir hekim bu durumu hissettiklerinde yaşadıklarını böyle açıklamaktadır“...*Hani bir de olabildiğince içten olsun. O bana anlatsın. Ben yapabildiğim her şeyi yaparım zaten. Elimden ne geliyorsa yaparım. Yeter ki doğru söylesin. Yalan söylemesin mesela. Hani bu insanlarla çünkü yıllardır birbirimizi*

tanıyoruz. Yalan söyleyenleri biliyoruz artık. ...artık insan sarraflığı demek biraz fazla olur belki ama hani insanları az buçuk anlıyoruz. Bizi kandırmaya çalışıp, bizi kullanmaya çalışan insanlar oluyorlar...”(Yıldız, K, 40 yaş).\_Diğer bir hekim aynı zamanda bazı hastaların sinsi olduklarını ve istediğini elde etmek için yalan söylediklerini ifade etmektedir; “...İstediği şeyi açıkça söylemeden yan yön yollarla söylemeye çalışan hastalar, mesela belediye çalışanı gelip rapor almak derdi belli, ya da bir aralar öğrenciler üniversite sınavına girerken rapor alıyorlardı, dertleri rapor almak belli, benim bir şikâyetim var, şuyum var, buyum var diyen hastalar...” (Herakles, E,52 yaş)

### **b.Hekimin mesleğini ve yetkilerini suiistimal etmeye çalışan kişi**

İkinci tema altında ele alınan bir diğer konu hastaların hekimi rapor talebi, ilaç ve uygunsuz taleplerle suiistimal etmeye çalışan kişiler olarak algılanmasıdır. Raporlar kendi içinde uygunsuz ve gereksiz istirahat raporları, birinci basamakta verilmemesi gerektiği düşünülen raporlar ve bir üst basamak tarafından onaylanması gereken rapor talepleri olarak sınıflanmaktadır. Bir hekim uygunsuz istirahat raporu talebinde bulunan birçok hastası olduğunu ifade etmekte;“...Benim rapor hakkını kötüye kullanmaya çalışan çok hastam var. Onlara her zaman diyorum ki bak burası rapor alma yeri değil. Burası senin tedavi olmaya ya da tedavi olamıyorsan senin nereye sevk edileceğin, senin tedavin konusunda sana yön verileceğin bir yer. “Ya hocam ben istemiyorum. Ben rapor alacağım dinleneceğim.” Ben mesela böyle hastaları daha çok ikna etmeye ve şöyle yapmaya çalışıyorum. Genelde o geldiğinde istediğini verip ama asla bunun tekrarı olmayacağını söyleyip kendi sistemime de bunun notunu alıp bir sonraki sefer aynı şeyle geldiğinde yok kusura bakmasın. Daha önce geldiğinde sana bu konuda net bir şey söylemiştim. Ben bu konuda sana yardımcı olamam. Kusura bakma görüşmek üzere diyorum. Yapabileceğim tıbbi bir yardım var mı? Zaten hiçbir zaman beklemiyorlar...”(Hermes, E,43 yaş).\_Diğer bir hekimin kendi inisiyatifinde olması gereken kararların hasta tarafından alınmasını ifade etmekte; “...Bugün aşı olmaya gelen on üç ya da on dört yaşlarında kız çocuğu hastam, önce girişini yapmadım annesini ya da babasını, velisi ile gelmesini istedim. Velisi geldikten sonra velisiyle birlikte rapor almaya çıktılar, annesi kızı soruyordu: “Kaç gün rapor alacaksın?” Döndüm annesine dedim ki rapor almıyorsunuz dedim.

Uygun olan raporu ben yazıyorum size. Mesela bu şey beni rahatsız etti. Yani dönüp çocuğa kaç gün rapor alacaksın? Çünkü öyleydi. Yani kız söyleyecek ben de uygun gördüğü kadar süre istirahat raporu düzenleyeceğim. O düşünceyle gelmişlerdi...” (Venüs, K,35 yaş). Aynı zamanda başka bir hekim sevk konusunda hastaların direncinden bahsetmektedir; “...Olmayacak bir şeyi bir başkasından almış ve sizden de talep etmeye gelmiş tavrı, onu hissedersiniz siz. O rahatsızlığı hissedersiniz. Eyvah dersiniz bir tarafınızda ama yine de yardımcı olmak istersiniz. Örnek vereyim. Bacağında sakatlığı olan birinin ehliyet raporu almaya gelmesi, bugün başıma gelen bir olay, “ben yirmi yıldır ehliyet raporunu aldım. Bu şekilde kullanıyorum. Daha önceden normal verdiler. Şimdi beni niye ortopediye gönderiyorsunuz?” ... Çünkü o isteğini o kadar legal algılıyor ki hakkıymış gibi algılıyor ki ...” (Zeus, E,53 yaş)

Ayrıca uygunsuz ilaç yazdırmak için gelen kişiler birçok hekimi usandıran bir konu, örneğin, “...Ya artık şimdi hastalar bizi reçete-matik olarak görüyorlar. Ama ben reçete-matik değilim. Ben hastayı görür, muayene eder ona göre yapıyorum. İşte burada problemimiz başlıyor. Kapıdan geliyor işte klasik “bana şu antibiyotiği yaz” ...”(Ay, K, 56 yaş). Son olarak uygunsuz taleple gelen kişilere örnek olarak; “...İki büklüm giren bir hastada ilk başta hissettiğiniz şey. Acaba olmayacak bir şey mi isteyecek de o şekilde iki büklüm giriyor?”(Zeus, E,53 yaş)

“... “İlaç yazdırmaya geldim. ”bu en sevmediğim şey. Ben ilaç yazmam. Ben sekreter değilim. Ben hastalara da öyle diyorum. Ben ilaç yazmıyorum. Ben hastalarımın gerekli tedaviyi veriyorum. Buyurun oturun konuşalım neyse tedaviniz o tedaviyi düzenleyelim. “Ben rapor almaya geldim.”, Rapor alınmaz. Raporu doktor gerekli görürse tedavinin bir parçası olarak size istirahat etmeniz gerektiğini söylüyorlar ama sizin rapor almak gibi bir hakkınız ne yasal olarak ne tıbbi olarak olmamaktadır ve ikisi en sevmediğim davranış modeli. “İlaç yazdırmaya geldiğim, rapor almaya geldim” ...” (Gece, K, 48 yaş)

#### **4.2.3.Hekimi yönetme ve yönlendirme çabasında olan kişi**

Üçüncü tema olarak hasta-hekimi yönetmeye, yönlendirmeye çalışan grup olarak algılanıyor. Bu tema altında hastalar hekimin işine karışan, onu topladığı yarım

yamalak bilgi ile yönetmeye ve yönlendirmeye çalışan ve istediği sonuca ulaşmak için hekim üzerinde çeşitli yollarla baskı kuran bireyler olarak algılanıyor.

### **a.Hekim üzerinde baskı kuran kişi**

Üçüncü tema altında ilk olarak hasta kendi istediği olsun diye hekim üzerinde baskı kurma çabası olan kişi olarak algılanmaktadır. Bu baskı bazen direkt bir şekilde ifade edilebildiği gibi;

*“...Yani bizim memleketimizin bazı gerçekleri vardır. Bence, gerçekleri var. Adam diyor ki ya abi bu iş diyor, tamam diyor, kural mural iyi, öyle yazıyor olabilir ama diyor bu işi ben diyor bir şekilde gördürteceğim ya diyor. Bu işler böyle gördürülüyor çünkü diyor. Ben bunu zorlarsam ne kadar imkânsız gibi görünse de ben bu yoldan bir deneyeyim...” (Ikarus, E, 29),*

Bazen meslek veya statü aracılığı ile yapılmaktadır Katılımcılar hastalarının kendi meslek ve statülerinin altını çizmesinden duydukları rahatsızlığı dile getirmektedirler:

*“...Çalıştığım bölge sebebiyle çok yakınımızda adliye var. Şeyden mesela irrite olduğumu hemen böyle söyleyebilirim hani: “Hocam iyi günler. Ben avukat bilmem kim bilmem kim” diye elini uzatan, yani gerek yok. Ben de Uzman Doktor Kirke diye uzatmıyorum sana elimi. Hani gerek yok unvana. Ya da işte ben bölge savcısı atıyorum İzmir bilmem ne savcısıdır bilmem kim bilmem kim diye uzun uzun tanıtılardan böyle şey olmuyorum öyle bir hakim savcı avukat grup hastam var benim, her seferinde aynı şekilde tanıtın, hani peki tamam sizin için ne yapabilirim bugün diye devam ediyorum hani ben zaten hayatıma hiçbir şey katmayacak ya da benim tavrımı hiçbir şekilde hastaya karşı değiştirmeyecek bir sıfatı böyle koydular mı ben şey oluyorum biraz sanırım biraz sinirleniyorum ne gerek var bu ayrıntıya diye....”(Kirke, K, 31 yaş)*

Katılımcılar bürokratların veya yöneticilerin kendi istediklerini yaptırma çabasını ifade etmektedir;

*“...Bürokratlar genelde şöyle, yani benim mesela işte “av tüfeği alacağım ruhsat ver”, “ben geldim şimdi buraya ya da bana şunu yap” veya elinde kocaman bir liste. İşte “ben şu İçişleri Bakanlığı’nda çalışıyorum bana bunları yap.” Anlatıyorsun yani ben sizi tanımıyorum, geçmişinizi bilmiyorum, bu ilaçları niye kullanıyorsunuz*

*bilmiyorum. Muayene edeyim? yok hayır. “Sen bana bunları yaz.” İşte bizim en zorlandığımız yer...”(Ay, K, 56 yaş),*

*“...Makamlık valilik gibi yerlerde çalışanların hekimler üzerinde biraz daha hakimiyet kurma çabası olduğunu hepimiz biliyoruz...”(Hermes, E,43 yaş)*

#### **b. Hekimin işine karışan kişi**

Üçüncü tema altında bir başka konu Kendi tanı ve tedavisi ile gelen, hekimden daha çok hekim olduğunu düşünen hasta grubu olarak tanımlanmaktadır, bu grup içinde Google doktorları yer almakta ve bu konuda da eğitimci meslek grubunun talepleri öne çıkmaktadır. Örneğin “...Eğitimcide şöyle bir iletişim sorunumuz oluyor. Google’dan okuyor veya işte birkaç kelime öğreniyor ve kendini diplomasız hekim yerine koyuyor. On beş kere anlatıyorsun. Hayır o kendi dediğinde, en sonunda ipler kokuyor tabii. Buyurun diyorsun. Çünkü kafasında bir şeyle gelmiş. İşte ya raporu almak ya antibiyotik yazdırmak ya kafasındaki işte ilacı yazdırmak onu kırmak çok zor oluyor...”(Ay, K, 56 yaş), Bir diğer hekim korktuğu iki meslek grubunu şöyle açıklamaktadır; “...Benim korktuğum iki tane meslek grubu var. Açıkçası onlarla iletişimde olabildiğince dikkatli davranmaya çalışıyorum. Bir tanesi milletvekilleri, ikincisi de öğretmenler. Çünkü çok affedersiniz ... Ama bu laf için özür diliyorum ama hepsi her-bokolog onların. Yani her şeyi biliyor. Her şeyi biliyorlar ve ben bundan çok rahatsızım. Yani çünkü boş bir bardağı doldurmak kolay ama dolu olan bir bardağa önce boşaltıp sonra doldurmaya çalışmak çok zor oluyor gerçekten. Yani çok basit şeylerde bile bir şeyleri anlatmaya çalışmak onlara gerçekten zor oluyor. İkincisi de milletvekilleri, onlar da dünyadaki küçük dağların sahibi zaten. Geri kalanı da babalarından kaldığı için onlar her şeyi istedikleri her an ve her şekilde olsun istiyorlar. Onlarla da iletişim kurmak zor oluyor...”(Herakles, E,52 yaş)

#### **4.2.4. Hekime zarar verme potansiyeli olan kişi**

Dördüncü tema olarak hasta-hekime zarar verme potansiyeline sahip kişi olarak algılanmaktadır. Olası tehditler arasında hekimin fiziksel veya sözel şiddete maruz

kalması, mesleki ve kariyer açısından zarar görmesi, şikâyet edilmesi ve bulaşıcı bir hastalık nedeni ile sağlığını yitirmesiler almaktadır.

#### **a. Şiddet gösterme potansiyeli olan kişi**

Zarar görme teması sözel ve fiziksel şiddet önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların dış görünüş ve davranış özelliklerinin yanı sıra madde ve ilaç bağımlısı olmaları veya sabıkalı olmaları hekimlerin onları şiddet gösterme potansiyeli olan bireyler olarak algılamasına yol açmaktadır.

Bir hekim görüşme sırasında şiddetin göstergeleri olarak veya şiddete meyilli kişileri şöyle açıklamaktadır; “...Böyle saçları farklı, ağzında sakız çiğneyen bu tip profillerin ya da elinde tespah sallayarak dikte edici sert tavırlarla, sert mizaçlarla yaklaşanların, daha kavgaya meyilli olduğunu biliyoruz...” (**Hermes, E,43 yaş**), bu profili tanımlarken başka bir katılımcı şöyle açıklamaktadır;“...Eller kollar açılır. Bakın şu hareket başladığı zaman ya da oturuş bir düzeldiği zaman ben anlarım o gerildi. Şimdi ya da bir adım geri çekildiğimiz zaman. Şimdi dayak atacacak adam bir adım geri çekilip daha hızlı vurmaya çalışır kollar açılmaya başlar...” (**Ay, K, 56 yaş**)

Başka bir hekim şiddete meyilli hasta davranışından şöyle bahsetmiştir; “...Hışımınla giren hastada saldırı altında hissediyorsunuz kendinizi ve bunu çok defa da yaşanmıştır, bütün arkadaşlar da yaşamışlar...bakışları, kimliğini masanın üstüne atması ... ilaç yazacaksın şeklinde emir kipiyle konuşması hani potansiyel bir agresyon var diye şey yapıyorsun...bunlar yirmi beş kırk beş elli yaş arasındaki grupta ortaya çıkıyor bence yaş grubu böyle daha böyle yeni çalışmaya başlamış ve de çalışma hayatının içinde olan öyle söyleyeyim o gruptan insanlar bence....”(**Gece, K, 48 yaş**)

Başka bir katılımcı göz teması kurmayan hastanın şiddet potansiyelinden şöyle bahsetmiştir;“...Birkaç gün öncesinde başvurmuş tedavisini düzenlediğim bir hasta tekrardan içeriye girmişse ve böyle biraz daha şeyse göz teması kurmuyorsa hızlı hareket ediyorsa, muayene masasına bir an önce oturup işte kimliğini bana böyle fırlatır gibi gönderiyorsa, bir sıkıntı vardır muhakkak. Ya tedaviyi beğenmemiştir ya iyileşmemiştir ya ilaç yan etkisi olmuştur. Onlar da bir sıkıntı olabileceğini düşünüyorum...”(**Odeseus, E,40 yaş**), aynı şekilde başka bir katılımcı hastanın

*girişinden hissettiklerini şöyle açıklamaktadır;“...Bakışları, zaten hasta girerken gerginliğini hissedebiliyorsunuz, daha çok kendi talepleri olup da sizin yanıtınızı kendi gücüyle değiştirebileceğine inanan hastalar. Bunu daha çok raporlarda yaşıyoruz. Yani öfkeyle girersem dediğimi yaptırırım diyebilen tipler var, daha çok onlarla şiddet yaşama potansiyelimiz var diye düşünüyorum...”(Gaya, K,55 yaş)*

Bu durumu açıklarken hekimler şartlı tahliye olmuş, madde kullanımı olan ve bağımlı hastalardan söz etmektedir. Örneğin; “... Şartlı salınmış olan ve mesela park, bahçe görevi verilmiş. Aslında hükümlü...O hastalar gerçekten beni çok tedirgin ediyor. Böyle elim ayağım titriyor ...”(Demeter, K, 45 yaş)

Aynı katılımcı şöyle devam etmektedir;“...Bir hasta profilimiz var madde bağımlısı, direkt küfrederek içeri giren tipler, onlar korkunç tabii ki, onlar asla sevmediğim kesim, bazen direkt kapımı kilitlediğim, hiç görmediğim durumlar bile olabiliyor yani.... Yani onlar direkt kavga etmek için geliyor zaten...En zor hasta grubu, ikisi. Şartlısı alınmış olanlar. Bir de Madde bağımlılığı...”(Demeter, K, 45 yaş)

Başka bir katılımcı bağımlı hastaların şiddete başvurabildiklerini beyan etmektedir; “...Bağımlı hastalar var. Onlar tedirgin edici hasta gerçekten. Ne bağımlılıkları var? Mesela ilaç bağımlılıkları var. Bir grup narkotik ilaç bağımlılığı olan gruplar var. Bunlar tehlikeli.... Çünkü agresifleştiklerinde şiddete başvurabiliyorlar. O biraz tedirgin edici...”(Pandora, K, 45yaş)

## **b. Mesleki ve kariyer olarak zarar verme potansiyeli olan kişi**

Dördüncü tema altında hekimlerin özellikle yüksek statü sahibi hastaların ellerindeki gücü kullanarak mesleki ve kariyer olarak zarar verme potansiyeli olarak algılanmasıdır. Örneğin;“...İl Sağlık Müdürlüğü geldiğinde bir kere kapının önünde ayakta karşılıyorduk. Bence bir görevimizin devamlılığı, kaybı, yani sonuçta statü olarak ya da güç olarak bizden daha kuvvetli gördüğümüz insanlara biraz daha kendimizi korumaya yönelik davranıyor olabiliriz...”(Ailleus, E,29 yaş)

Başka bir katılımcı aynı durumdan şöyle bahsetmiştir; “...Şimdi bir kaymakam veya savcı veya başka meslek grubundan gelen birisi olduğu zamanda ister istemez fark ediyor. Belki bazen onların şerrinden belki çekinerekten davranıyoruz. Türkiye gibi bir ülkede tabii öyle bir çevre edinme anlamında da bir etkinliği var. İşler biraz böyle yürüyor hoşumuza gitmese de...”(Atlas, E, 52 yaş)



Aynı şekilde başka bir katılımcı; “...Ama önceki çalıştığım yerlerde genelde bölge idare amirleri, kaymakamlar olduğu için onları muayene etmek ya da çok yakın ailesini, çocuklarını muayene etme konusunda biraz tedirginlik duyardım hep, Mülki amirler ya da böyle bizden ya amir pozisyonundaki insanların hasta olarak karşıma gelmesi açıkçası birazcık beni rahatsız ediyor...” (Odeseus, E,40 yaş)

#### **c. Medikolegal olarak zarar verme potansiyeli olan kişi**

Dördüncü tema altında bir diğer konu özellikle mevzuata hâkim olan, avukat, hâkim gibi hastaların medikolegal açıdan zarar verme potansiyeli olan kişiler algılanmasıdır. Örneğin; “...Meslek grubu olarak mesela hakimler, avukatlar, savcılar, diyorum ki bunlar mevzuatı benden daha iyi biliyorlar. Acaba ben mevzuata yanlış bir şey yapar mıyım? İşte yanlış mı davranırım? ...” (Hera, K,55 yaş)

Başka bir katılımcı temkinli davrandığı durumdan şöyle bahsetmiştir; “... Belki avukatlar konusunda bir malpraktis açısından bir sıkıntı olur muydu düşünerekten biraz daha temkinli davranabilirim tabii.” (Odeseus, E,40 yaş)

Başka bir katılımcı bu durumu şöyle açıklamaktadır; “Ön yargı oluşturabiliyor bazı meslek grupları özellikle. Yani hukuk eğitimi almış bir hastaya daha tedbirli davranabilirim.” (Venus, K,35 yaş)

#### **d. Şikâyet etme potansiyeli olan kişi**

Dördüncü tema altında bir diğer konu hekimin hastalar tarafından şikâyet edilme veya hukuki süreçler zarar görme ihtimalinin bulunmasıdır. Hastanın mesleği ve statüsü nedeniyle, ön planda yüksek statülü kişiler tarafından dava edilme ve kadın hastaların muayenesi sırasında defansif tutumlar olarak açıklamak mümkündür. Bir hekim hukuki süreçlere ve mevzuata hâkim olan hastalardan tedirginliğini ifade etmektedir;

Başka bir katılımcı mesleki ve kariyer olarak tedirgin olduğunu şöyle açıklamaktadır; “...Sözel şiddetler de olabiliyor. Hani o sadece fiziksel şiddet değil işte ben seni şikâyet edeceğim en basitinden. Ben seni şuraya şikâyet edeceğim, buna şikâyet edeceğim...” (Hera, K, 55 yaş)

Başka bir katılımcı sağlık bakanlığına yapılan şikâyetleri şöyle açıklamaktadır; “...Günümüzün SABİM şikâyetleri evet hani tabiri caizse Sabim okumuş insanları okumamış insanlara ezdirme yeri...” (Atlas E, 52, Çeşme)

Ayrıca bir hekim kadın hastalara yönelik defansif davranışlarını şöyle açıklamaktadır; “... Genç hasta meme muayenesinde yani birazcık defansif yaklaşabilirim ya da yanımda bir arkadaşım daha olsun isteyebilirim.”(Akilleus, E, 29 yaş)

#### **e. Hastalık bulaştırma potansiyeli kişi**

Dördüncü tema altında hastaların bir grubu tehlikeli olarak algılanmaktadır. Hekime zarar verebilen ve hastalık bulaştıran kişiler olarak algılanan bu grup bir hekim tarafından çalışma bölgesindeki koşullar nedeniyle tüberküloz hastalığına yakalanma korkusunun olarak ifade edilmektedir; “...Yani ben kötü sosyoekonomik koşulları olan bir yerde çalışıyorum ve çok doğrudan gözetimli tedavi hastam vardı tabii ki bir dönem TBC olmaktan çok korkuyordum. Her gün en azından üç tane TBC’li hastam geliyordu...”.(Hermes, E,43 yaş)

Başka bir katılımcı pandemi sürecinde tedirgin olduğundan bahsetmektedir; “...Bulaşıcı hastalıklara da zaten şu an tedirgin oluyoruz...”(Hera, K,55 yaş)

#### **4.2.5.Hekimin zarar verme endişesi duyduğu kişi**

Beşinci tema hastaya sağlık açısından zarar vermek, yanlış yapma korkusu veya hastanın hekime sağlık açısından zarar verme potansiyeli olarak görülmesi olarak ifade edilmiştir.

Beşinci tema altında hekimin hatalı hekimlik uygulaması ile hastaya zarar vermekten çekinmesi ve korkması ifade edilmektedir, örneğin; “...İki yaş altı çocuk mesela hani ilaç seçeneğimiz çok kısıtlı diye bakmayı sevmiyorum sanırım, iki yaş altı çocuk hasta olarak gelirse bana keşke diye. Tedirgin ediyor...”(Kirke, K, 31),veya aynı şekilde daha hassas grup olarak algılanan gebe kadınların ve küçük çocukların tedirginliği, örneğin; “...Gebe hastalar bir miktar tedirgin edebiliyor açıkçası beni hala bazen. Gebe izlemleri olsun ya da gebe hasta artı bir şikayetle geliyorsa beni yine tedirgin ediyor. ...Ya da gebe olması açısından o hastanın diğer yetişkin hastalardaki esneklik payının çok az olduğu ya da olabildiği birçok konuda. Gebe artı bir şikâyet otomatikman orada vereceğiniz kararlarda hem gebeliği göz önünde bulundurmanız lazım hem de etyolojileri ona göre dizmeniz lazım.... Açıkçası o

*konuda beni yine bazı konularda tedirgin edebiliyor sanırım, bir de bir de bazı yine bazı şikayetlerle gelen bebek hastalar hani yeni doğan da olabilir. İlk altı ay da olabilir. Onlar da bir miktar beni tedirgin edebiliyor bazı durumlarda...”(Ikarus, E, 29 yaş)*

#### **4.2.6.İstenmeyen kişi**

Altıncı tema hekimlerin hastaları istemedikleri ve ötekileştirdikleri kişiler olarak algılanmasıdır. Bu tema altında kurtulmak istenilen kişi ve öteki yer almaktadır.

##### **a. Rahatsız edici kişi**

Altıncı tema altında ilk olarak çeşitli nedenlerle hekimin rahatsız edici bulunduğu kişiler yer almaktadır. Hekimler hastalarının nezaketsizlik veya tedavi uyumsuzluğu gibi davranışlarını rahatsız edici bulabildikleri gibi özbakım yetersizliği gibi özelliklerinden rahatsız olmaktadır. Örneğin bir hekim nezaketten yoksun kişiyi olabildiğince hızlı bir şekilde işini bitirip poliklinikten göndermek istediğini anlatmıştır; “...Nezaketten yoksun kişilerde şöyle ben onlara karşı ilk etapta yaklaşımımı değiştirmiyorum yine böyle sakın bir ses tonuyla onlara yine hitabımı hiç bozmadan yanıt veriyorum ki o onlar da bana aynı şekilde davransın. Bunun benim için önemli olduğunu fark etsinler diye bir iki defa zorluyorum açıkçası âmâ eğer karşı tarafa bu geçmiyorsa o an o sorunu çözüp hemen hastanın olabildiğince hızlı bir şekilde poliklinikten gitmesi galiba isterim. Muhtemelen öyle davranıyorumdur...”(Apollon, E, 31 yaş), başka bir hekim anlayamadığını düşündüğü hastalardan kurtulmak istediğini ifade etmektedir; “... Ya bir hastayı sonuçta hasta. Bir sorunu var. Çözülmesi gerekiyor, karşılıklı diyaloglarımız iyi değil, anlayamıyoruz. Bunlara ne yapabiliriz? Diğer hekimlerle koordineli olarak bunların çözüm yolu nasıl olabilir? Ya da bu hastayı nasıl diyeyim? Bu hastadan nasıl kurtulabiliriz?...” (Odeseus, E,40 yaş)

##### **b.“Öteki” olarak algılanan kişi**

Altıncı tema altındaki bir diğer alt grubu ise hekimlerin “öteki” olarak algıladıkları bireyler oluşturmaktadır. Bir bireyin farklı bir etnik köken veya farklı bir cinsel yönelime sahip olması onun “Öteki” olarak algılanmasına neden olmaktadır. Farklı etnik köken veya milliyetler ile iletişimde önemli sorunlar yaşandığı vurgulanmaktadır. Hekimlerin önemli beklentilerinden bir tanesi hastaların “Türkçe” konuşabilmesidir. Bir hekim kendi ülkesinde Türkçe konuşmak istediğini ifade etmektedir; “...Benim uzun süredir verdiğim bir tepki var hastalara, kendi ülkemde ben yabancı dil konuşmak istemiyorum, evet yani hasta gelip Suriyeli hasta ya da Kürt kökenli hasta ya da işte ne bileyim başka bir laz hastası da fark etmez abi ben Türk hekimiyim ve Türkçe benimle konuşuyorsa ya da işte Türkçe bilmediğine eminsem ama Türk vatandaşı değilse Türkiye Cumhuriyeti kimliğini önüme koyup da, Türkçe konuşmak istemiyorsa o zaman ben o hastaya bakarken gerçekten kendimi iyi hissetmiyorum...”(**Herakles, E,52 yaş**), Başka bir hekim özellikle dil bilmeyen kesimde iletişim sorunu yaşadığını ifade etmektedir; “...Suriyeli hasta çok fazla oldu bir dönem bölgemizde, hala da var. Dil olarak anlaşmak problem oldu tabii. Onlarla daha sonra onların poliklinikleri başka bir yere Toplum Sağlığı Merkezi poliklinik işlerini ve aşı işlerini onlar yürüttü. Daha sonra hani çok fazla gelmedikleri için bu problemde yaşamadık ama ciddi olarak dil sorunu yaşadık...”(**Artemis, K,50 yaş**)

Hekimler farklı cinsel yönelimi olan hastalara herhangi bir ayırım yapmadıklarını vurgularken “diğer” hekimlerin bu konudaki tutumları sorulduğunda LGBTİ bireylerin ciddi ayrımcılığa maruz kaldıklarını ifade etmektedirler. Başka bir hekim diğer hekimlerin homofobik yaklaşımları kendisini rahatsız ettiğini ifade etmektedir; “...Özellikle orta yaş üzeri hani şeyde hekim arkadaşlarda böyle en azından sohbet ortamında denk geldiğim anti LGBTİ bir tavır çok var mesela hani ben bakmam etmem neyse sorun işte hani idrarda yanmayla gelen bir LGBTİ bireyi yani direkt patır kütür enfeksiyona falan sevk etmek isteyen hekimler var mesela bildiğim hani bir sorgulamadan etmeden en azından bir muayene girişi bile açmadan direkt git enfeksiyon hastalıklarıyla görüş gibi bir tavır takınanları biliyorum hani kendileri söylediler çünkü. Ya da ne bileyim hepatit b taşıyıcısı, sırf LGBTİ birey olduğu için şey yapmayan hani kan aldırma istemeyen Aile hekimi...” (**Kirke, K, 31yaş**)

#### 4.2.7. Yük

Yedinci tema hekimler bazı hastaları bir yük olarak algılamasıdır. Bu yük “zaman kaybı” olarak veya “gereksiz iş yükü” şeklinde ifade edilmektedir. Aynı zamanda tükenmişlik ve yorgunluk nedeniyle kendi mesleklerinden ve hastalardan usanç duyduklarını da ifade etmektedirler. Özellikle zor hasta ve uğraştırıcı hasta tipinde bu tema altında yer almaktadır.

##### **a. Zaman kaybı**

Yedinci tema altında ilk olarak muayene süresini çeşitli nedenlerle uzatan hasta grubu zamansal yük olarak ifade edilmektedir. Örneğin; “...*Dün kızıyla birlikte geldi, muayene ettirecekti kızını ama içeriye girdiği dakikadan itibaren kızının muayenesi şikayetleri bir yandan ASM'nin şartları, kalabalık oluşu, ondan sonra çok sıra beklemesi bu tür şikayetlerini daha ön planda tutup dile getiren hastalar bana antipatik geliyor yani özünden ayrılıyor. Hastanın geliş amacından farklı şikayetlerini bildirerek hem zaman harcamam hem de hani muayeneye geçememek bana biraz antipatik geliyor...*” (**Odeseus, E,40 yaş**), başka bir hekim zamansal yük olarak yaşlı hastaların muayene hızını yavaşlattığını ifade etmektedirler; “...*Muayenede ya şimdi yaşlı hastalar çok giyiniyorlar. Kat kat kat. Böyle yaz kış nedense. Onların mesela yavaş hareket ettikleri için benim poliklinik hızımı yavaşlatıyor tabii yani oturması, sedyeye basacağı çıkması falan böyle çok aheste aheste ister istemez...çok anlatmak istiyor. Çok anlatmaya ihtiyacı var. Çok uzun uzun konuşmaya. O zaman tabii polikliniğim kitleniyor...*” (**Demeter, K, 45 yaş**)

Öte yandan, hekimler bir grup hastayı gerçek olmayan veya hasta olmayan hastalar olarak algılamaktadırlar. Bu grup hastalar, aslında belirli bir şikâyeti veya hastalığı olmadan, farklı amaçlarla hekimi görmeye gelmiş hastalardan oluşmaktadır. Örneğin, “...*Ondan sonra yine işte sosyal aktiviteye gelmiş grup gibi olabilir. Yani çünkü öyle bir grup da var. Yani baktığınız zaman haftanın işte beş günü, dört günü sizin yanınızda olup sosyalitesini orada tamamlayan da bir grup var...*” (**Pandora, K, 45yaş**)

### **b. Gereksiz iş yükü**

Yedinci tema altında hekimler yoğunlukları nedeni ile hastayı iş yükü olarak algılamaktadırlar. Bu durumu açıklamak için bir hekim meslektaşının iş yükünden bahsetmiştir; “...Doktor beyin inanılmaz hastası oluyor. Sabahtan yüz hasta falan bakıyor çünkü o. Yani böyle bir hasta popülasyonu var. Mesela ben onun yerinde olsam iş yükü olarak görürdüm yani hasta. Ya hamallık gibi görürdüm...”(Gece, K, 48 yaş), başka bir hekim yapması gereken işlerden örnek vermiştir; “...Bu kadar yüke rağmen vallahi iyi idare ediyoruz gibi geliyor bana. Gün geçtikçe daha da arttı. O korona aşuları ilk ASM'lere geldiği zaman yaşanan şeyler o kadar zordu ki. Hani hastalara anlatmaya çalışıyorsunuz. Randevusuz gelmemeniz gerektiğini anlatmaya çalışıyorsunuz bir yandan poliklinik yapıyorsunuz, bir yandan gebe takibi yapıyorsunuz bir yandan aşularınızı yapıyorsunuz, bir yandan COVID aşularını yapmaya çalışıyorsunuz. Böyle iş yükümüz çok...”(Yıldız, K, 40 yaş)

### **c. Hekimi tüketen/sömüren kişi**

Yedinci tema altında bir diğer konu hekimlerin hekimlik mesleğinden usanması ve tükenmişlik hissi, birçok hekim tarafından bu durum farklı örneklerle ifade edilmiştir. Bir hekimin genç meslektaşlarını hastaların müdahale edemeyeceği bölümleri seçmesine teşvik etmesi;“...mesela hep yeni gelen arkadaşlara hocam hangi bölümü seçeyim falan diye soranlara diyorum ki kardeşim hastanın bilemeyeceği bölümü seç. Mesela patoloji. Mesela anestezi. Diyebilir mi, “Niye benimkini Giemsa ile boyadın da Gram boyamadın?” Ya da “Niye bana Propofol verdin hocam da Fentanyl yapmadın?” Bundan uzak dur diyorum. Hocam bugün hasta gelip şey diyor ya bana hocam diyor bana diyor; “Kolonoskopi yapacaklar bence gerek yok” diyor. Abi sence gerek yok usta yaptırma yani ama hiçbir zaman bir anestezi doktoruna bunu diyebilir mi? “Beni entübe etmesene ya.”. Ben hep artık bu hekim yılgınlığının hastaların ve sağlık politikalarının bizi değersizleştirdiği ve bizi hani tabiri caizse hastanın önüne attığını düşündüğüm için mesela genç meslektaşlarıma hep bunu öneriyorum. Yani temas etmeyeceğiniz şeyler yapınız. Hastayla devamlı temas etmek devamlı bir his...”(Hermes, E,43 yaş), Başka bir

hekim hastaların sürekli onlardan bir şeyler kopardığını hissettiğini ifade etmektedir; “...Tükendiğimi hissediyordum. Sürekli benden bir şeyler koparıp götürüyorlar ve ben artık yani işe yaramaz bir şey haline geliyorum. Öyle hissediyordum gerçekten...”(**Semele, K, 40 yaş**), Aynı şekilde başka bir hekim hasta sayısı artınca onları piranalara benzetmektedir; “...Poliklinik sayısı elliye geçiyorsa mağdur ve tükenmiş hissediyorum. Kesin ve net...Yüküm çok geldiğinde benim ayarlarım bozuluyor. Çok net. Ama yüküm normal kaldırabileceğim bir yükse ben o iletişime açık hani verici tecrübemi hani bir hekim olarak çalışıyorum. Ama sayı çoğaldığında ben tükenmiş, sanki etrafımda piranalar var veya hepsi benden bir et parçası koparmaya çalışıyormuş gibi hissediyorum. Sayı arttığında. Yani o çok rahatsız edici bir duygu. Hani seni bir şekilde sömürmeye çalıştıklarını hissediyorum...”(**Demeter, K, 45 yaş**), başka bir hekim bir gün kontrolünü kaybetme arzusunda olduğunu ifade etmektedir; “...Yani kendi öfkemi kontrol edebilecek onun açısından neler vardır diye düşünmeye çalışıyorum. Şu anda aklıma gelen böyle bir durum, ama şu var bunu da söylemeden geçemeyeceğim, okadar çok öfkemizi kontrol ediyoruz ki, emeklilik için şöyle bir planım var, elimdeki zımbayı beni kızdıran ilk hastaya fırlatma gibi bir hevesim var. Emeklilik öncesi son gününde beni kızdıran hastaya o zımbayı fırlatmak gibi bir şeyim var. Bunu herkes biliyor. Kontrolümü kaybetme gibi bir hissim var mı var. Bunu istiyorum yani o kontrolü kaybetmek istiyorum. Ama şu an için henüz yapmıyorum...” (**Gaya, K,55 yaş**)

#### **d. Yönetmesi Zor**

Yedinci tema altında hekimler hastaları “zor” olarak algılamaktadırlar. Bu algı da hasta davranışları ve hastalar olarak nitelendirilen uğraştırıcı hastalar, Özellikle ileri yaş grubu ve çocuk hastalar yer almaktadır.

Misafir hastalar konusunda yaşanan zorluk, örneğin;“...Başkasının hastası olup size ehliyet raporu almaya gelen hastaları yönetmek bazen çok zor olabiliyor. Çünkü sistemin işleyişiyle ilgili bilgi vermeniz gerekiyor. Bu raporu ben size düzenleyemiyorum çünkü kendi hekiminizin vermesi gerekiyor...Bunu öğretmek de çok kolay değil. Anlatıyorsunuz karşınızdaki sizi anlamıyor...”(**Gece, K, 48 yaş**)

Bir hekim yaşlı hastaların yönetiminde yaşadığı zorluktan şöyle bahsetmiştir; “...Yaşlı erkek de olsa bayan da olsa zorlayıcı bir grup onlar. Çünkü hem hayat

*şekillerini değiştirmeleri gerekiyor, tedavilerini olmaları gerekiyor hem de sizin önerilerinizi takip etmeleri gerekiyor. Ama o grup bir de kendi yaşanmışlıkları var. Onun da çok dışına çıkmak istemiyorum. Yani hayat konforlarını sizin istediğiniz şekle de çok uydurmak istemiyorlar. İlla “kendi hayat konforumu uygulayıp ama bunun yanında da işte hastalığım da beni mağdur etmesin. Doktorum da bütün bunları hepsini birleştirsin. Benim konforuma uygun bir plan ortaya çıkarsın” istiyor. Ama tabii bu zor...”(Pandora, K, 45 yaş), Aynı şekilde başka bir hekim yaşlı hastalarda zorlandığını ifade etmektedir; “...Dediğim gibi yaşlılarda bazen hem dertlerini anlamak biraz daha zor oluyor. Komorbiditesi olan yaşlı hastaları yönetmek biraz daha zor...”(Akhilleus, E,29 yaş), veya Çocuk hastalarda iletişim kuramadığından yaşanan zorluk, örneğin; “...Bebek daha zor olabilir. Hiç iletişim kuramadığı için, bebek kısmı hem yaş küçük herhangi bir şey olabilir gibi. Hem de hiç iletişim kuramamak, sadece fizik muayene olması. Biraz daha zor gibi sanki...”(Güneş, K, 31 yaş)*

#### **4.2.8. Müşteri(memnun edilmesi gereken)**

*Sekizinci tema altında hekimlerin ya da “diğer hekimlerin” hastaları memnun edilmesi gereken müşteriler olarak gördüklerini ifade etmektedirler. Bir hekim bu konuda hasta idaresinden bahsetmektedir“...Yani şimdi hastadan mesleki tatmin güzel ve doyumlu. Ama sonuçta profesyonel olarak çalışıyoruz. Belli miktarda hasta bakmamız lazım. İşte sadece o tatmin edecek, hoşumuza giden hasta grubu seçmek gibi bir durumumuz yok. O yüzden işte hasta idaresi diye bir şey benim kafamda tasarladığım şey, maddi yönünü ve tatmin boyutunu dengelemek. Belli bir sayının altına da düşmemek gerekiyor. O bakımdan hastanın beklentisini karşılamak ya da karşılamadığımız zaman da ona uygun bir dille anlatmak gerekiyor. İşte orada biraz tecrübe oluyor sanırım bazı şeyler, diyaloglar. Tecrübe ile çözülüyor...”(Venus, K,35 yaş)*

Bir diğer hekim hastanın para olarak görülmesinden ve bu yüzden aile sağlığı merkezlerinin hasta memnuniyet merkezi olarak görülmesinden bahsetmektedir; “...Ondan sonra kimi hekim hastayı para olarak görüyor.



*Aile hekimliği sisteminde de öyle. Çünkü nüfusunuz ne kadarsa paranız o kadardır. Hani hasta memnuniyet merkezi olarak gören de var...”(Gece, K, 48 yaş)*

Son olarak hekimin hastaları memnun edemediklerini ifade etmektedirler; “... Siz onu hoş karşılayacaksınız, dediklerini yapacaksınız. Hani dediklerini yapmadığınız zaman memnun olmuyor. Zaten sizden memnun olmayınca da başka bir yere oradan memnun olmuyor, başka bir yere. Böyle bir sirkülasyon içinde...” (Eko, K, 60 yaş)

#### **4.2.9.Yakınlık hissedilen kişi**

Hekimler bazı hastalara karşı daha fazla yakınlık hissetmektedirler. Bu hastalarla daha iyi anlaştıklarını, onlara daha empatik, daha toleranslı davrandıklarını, pozitif ayrımcılık yaptıklarını ifade etmektedirler.

Bu yakınlığın kurulmasında etkili olan faktörler arasında hastanın yaşı, cinsiyeti, dezavantajlı grup içinde olması (aile içi şiddet mağduru veya göçmen), karşıt aktarım (hekimin hastayı tanıdığı, sevdiği birinin yerine koyması),hekimin kendisini hasta ile özdeşleştirmesi (meslek veya sağlık sorunu), hastanın olumlu davranışları (kibar, nazik veya uyumlu olması, söz dinlemesi) ve hekim – hasta ilişkisinin sürekliliği (hastanın o hekime kayıtlı ve uzun zamandır tanınan bir hasta olması) sayılabilir. Burada hekimin kendi deneyim ve değerleri belirleyici olmaktadır.

Örneğin bir hekim yaşlı hastalara duyduğu yakınlığı ve empatiyi kendi ailesiyle özdeşleştirdiğine bağlamaktadır; “...Burada yaşlı hastalara biraz daha herhalde toleransım fazla. Empati duygum herhalde daha fazla. Muhtemelen kendi anne babamdan kaynaklıdır diye düşünüyorum. Hani onları sanki hani daha iyi anlamak için daha fazla çaba gösteriyorum gibi geliyor. Hani anlamadıklarında tekrar tekrar söylüyorum. Hani belki başka bir hastaya ikinci kezden sonra söylemeyeceğim şeyi belki yaşlı hastaları üç dört kez söylüyorum. Hani burada onlara bir pozitif ayrımcılık yapıyor olabilirim...”(Eros, E,32 yaş), başka bir hekim ailesinden şiddet gören kadınlara yakın hissetmektedir; “...Yakınlık duyduğum genelde işte kocaları, eşlerinden şiddet gören hastalarımız oluyor, onlara yönelik bir takım çözüm bulabilecekleri yerler de öneriyorum...”(Artemis, K,50 yaş). Başka bir hekim Suriyeli hastalara empati kurmaktadır; “...Daha şey oluyor gitsinler derken onların o

halini gördüğünüzde bazen üzüliyorsunuz da zor durumlarını görüyorsunuz. Bakıyorsunuz daha diyorsunuz ki bizim otuz kırk yıl önceki halimiz bazen altmışlarda, yetmişlerde Almanya'ya giden Türklerin hali diyorsunuz. Oradan empati kuruyorsunuz. Almanlarda da belki bizim giden yurttaşlarımıza böyle bakıyorlardı. Muhtemelen büyük bir ihtimal onlara göre cahil bir kesimdi...”(Atlas, E, 52 yaş), Ayrıca hekimlerin kendi meslektaşlarına olan yakınlık ve ilgileri birçok hekim tarafından vurgulandı; örneğin, “...Yani özellikle bir kere sağlık çalışanı olması benim için bir pozitif ayrımcılıktır. Çok açık ifade edeyim. Yani yapabileceğim ne varsa ortaya koyarım...”(Atlas, E, 52 yaş)

Bir hekim yaşadığı hastalık nedeniyle o grup hastalara yakınlık hissetmektedir; “...Meme kanseri hastaları ve mamografi konusunda çok hassasım, çok fazla hasta yönlendirdim kendim meme kanseri olduğum için, bir dönem geçirdiğim için, ondan sonra kendi popülasyonumun diğer ASM'deyken bütün kadınların hepsinin Smear alıp HPV'lerine baktım. Neredeyse hepsinin mamografilerinin çektilmesini sağladım. Bunlar benim için özel. Ben kendim yaşadığım için herhalde empati yaptığım için hepsinin yapılmasına gerçekten önayak oldum. Çünkü ben erken evrede teşhis aldım ve çok güzel sonuçlarla bitti her şey ve bu şekilde bir dört beş tane de meme kanseri ve serviks kanseri hastası yakaladık. Bu taramalar sonucunda. Hani o anlamda bu iki hastalık benim için özeldir. Tanı koyması kolay olduğu için, hastaların bu tanılara ulaşması kolay olduğu için ve o grup o dönemdeki hastalarım da çok güvenirlere bana. O yüzden de hepsi de yaptırdı o dönem için...”(Gece, K, 48 yaş),

Bir hekim zor ve kronik hastaları daha farklı gördüğünü ifade etmektedir; “...Yakınlık kurduğum var. Evet. Yani bazı hastalar var ki daha çok böyle kronik hastalığı olan ya da malignitesi olan hastalar maddi durumu kötü hastalar, aile içi şiddet görmüş hastalar. Bunlar biraz daha hani yakınlık kurduğum ya da psikiyatri hastaları, zor iyileşen hastalara ben biraz daha yakınlık kuruyorum gibi düşünüyorum. Ya hani böyle akut vakalardansa bu hastalarla ilgilenmek vakit ayırmak benim için daha anlamlı gibi geliyor. Onları biraz daha böyle ayrı tutuyorum...”(Odeseus, E,40 yaş)

Dokuzuncu tema altında sevilen hasta Kibar, nazik, hekime değer veren, güler yüzlü, anlayışlı ve iyi niyetli, dürüst, kendi tedavisiyle ile ilgilenen, kendini net ifade edebilen hasta olarak ifade edilmiştir.

Bir hekim bu olumlu davranışları şöyle ifade etmektedir; “...Güler yüzlü, naif hastalarla evet, daha yakın hissediyorum kendimi. Ben çok pozitif enerjili. Kusur aramayan böyle, hatta kusur örten tarzdaki insanlar daha şey kendime yakın buluyorum...”(Demeter, K, 45 yaş)

Başka bir hekim hayalindeki hasta özelliklerini şöyle sıralamıştır; “...Mükemmel hasta. Ay Sevdiğim hasta gelip geldiğinde güler yüzlü olan, ben anlatayım hayalimdeki hastayı size. Geldiğinde güler yüzlü olacak, halimi hatırımı soracak. Benim nasıl olduğumla, işte o gün nasıl görüldüğümle ilgilenecek. Yani hep ben onlarla ilgilenmeyeceğim sonuçta. Onların da benimle ilgilenmesi lazım ki bir kısmı bu şeyi veriyorlar bana sağ olsunlar. Onun dışında şikayetlerini düzgün bir şekilde anlatacak. Benim ona verdiğim bilgileri güzelce dinleyecek, söylediklerimi harfiyen yerine getirecek, ilaçlarını düzgün kullanacak beni ilacını düzgün kullandığı konusunda kandırmaya çalışmayacak çünkü ben sistemden hepsini görüyorum yani bunlar mükemmel hastalar giderken teşekkür edecek bana ama var böyle birkaç tane hasta. Giderek şey yapıyorlar yani başarıyorlar bunu. Öyle benim için iyi bir hasta bu. Güler yüzlü olması bile çok önemli yani...”(Semele, K, 40 yaş), Bir diğer hekim hastanın tedavisi ile ilgilenmesinden ve bunu hissettiren hastayı sevdiğinden bahsetmiştir; “...Mesela ben bir şeyler anlatırken ilgili yani daha doğrusu bir şeyler paylaşırken hastalığıyla ya da tedavisi ile ilgili ilgisini bana belli eden, bununla alakalı birtakım sorular soran, yani konunun içinde olduğunu hissettiren aynı zamanda hastalığıyla ilgilenen tedavisi ile ilgilenen...”(Akhilleus, E,29 yaş), Başka bir hekim iyi niyetin önemi ve iyi niyetli hastayla daha iyi anlaşacağını ifade etmektedir; “...İyi niyet. Yani açıkçası ben insanlarda iyi niyete çok önem veriyorum. Çünkü hani biz insanları hasta gibi görmüyoruz. Biz hani kendi ailemizden biri gibi görüyoruz. Hani bunu birçok hekim arkadaşında böyle ve bu bizim bu tavrımızı iyi niyetle karşılayan kişilerle daha iyi anlaşacağımı düşünüyorum...”(Yıldız, K, 40 yaş)

Dokuzuncu tema altında hekimin uyumlu diye algıladığı hasta sözünü dinleyen ve tedavi konusunda uyum içerisinde çalışabildiği hasta olarak ifade edilmektedir.

Bir hekim onu dinleyen ve sorularına cevap veren, ısrar etmeyen hastayı uyumlu tarif etmektedir; “...Olumlu olanlar hani benim verdiğim cevapları dinler. Sorduğum sorulara cevap verir. Hani benim yapamayacak bir şeyim olduğu zaman hani ısrar etmez...” (Hera, K,55 yaş)

Başka bir hekim onu pür dikkat dinleyen ve sonsuz güvenen hastayı uyumlu olarak nitelendirmektedir; “...Çok bilgili değil ama çok da cahil de değil orta değerde gelir sana danışır. “Ya doktor hanım ben bu konuyu halledemiyorum ne yapsam?” İşte o zaman çok kendimi iyi hissediyorum. Neden? Çünkü onlara ulaşabiliyorum diye bu duygulanımsa evet böyle duygularım oluyor. Özellikle gerçek hizmet almaya gelip bizden gerçekten hizmet alan kişi ben de çok güzel duygular yaratıyor. ...böyle daha hani ulaşabildiğimiz ve seni her şeyiyle dinleyen ve seni sayıp senin her dediğine sonsuz derecede güvenip seninle iş birliği içinde tedavi olanlar evet birazcık daha bende güzel duyguları uyandırıyor...” (Ay, K, 56 yaş)

Dokuzuncu tema altında son olarak hekimler aile hekimliği sisteminden kaynaklı, sürekli takip ettiği hastanın aileden olması ve sahiplenilmesini vurgulamaktadırlar.

Bir hekim ‘hastayı nüfusa almak’ kavramından ve bu durumun ilişki boyutundaki değişikliğinden bahsetmiştir; “...Hasta idaresi gibi bir şey var bence. İşte kimi yerde profesyonel olarak çalışıyorsak hasta azı karar fazlası zarar bir potansiyel. Hasta idaresinin sayısı, niceliği, niteliği önemli. Hastayı nasıl algılıyoruz? Hasta müşteri midir? yani hasta şöyle oluyor. Aile hekimliği için söyleyeyim... Aile hekimliğinde hastayı nüfusumuza geçirmek, nüfusa almak diye bir terim var. Gerçekten aldığınız hasta sizin nüfusunuza geçiyor gibi. Bir yere kadar şey oluyor Müşteri ama bir yerden sonra takiplerini yaptıkça hastaların farklı bir şeyi oluyor. Farklı bir duygusu oluyor. O duygudan sonra “Hasta” oluyorlar. Müşteri değil hasta oluyorlar. Aile hekimleri, aile hekimliği için bence hastalar yani müşteriden ziyade hasta oluyorlar. Bir süre sonra zaman geçtikçe. Çünkü aileleriyle birlikte, hikayeleriyle birlikte tanıyoruz...” (Venus, K,35 yaş), başka bir hekim kendi hastasına daha toleranslı olduğunu ve sahiplenme duygusundan bahsetmiştir; “...Yan komşunun hastasıyla aynı ilişkiyi yaşamıyorsunuz. Yani yerine baktığınız arkadaşın hastasıyla aynı ilişkiyi yaşamıyorsunuz. Ama sizin hastanızla o ilişkiyi yaşıyorsunuz ve hatta hani şunu da söyleyebilirim yan komşumun hastası bana bir şey söylediğinde ben kızabiliyorum. Ama aynı durumu benden kendi hastam istemesi ona kızmıyorum. Neden o benim

*hastam gibi geliyor? Yani onun hakkı. Onun hakkı diyorsun. O isteyebilir falan diyorsun. Yani öyle bir sahiplenme olayı var. Hem biz onları hem onlar bizi sahiplendiler...”(Gaya, K,55 yaş)*

## 5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma, İzmir’de birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin mesleki uygulamaları sırasında hastaları nasıl algıladıklarını anlamayı amaçlamıştır. Elde edilen bulgular hekimlerin hastaları dokuz ana tema şeklinde algıladıklarını ortaya çıkarmaktadır. Bu temalardan ikisinde hastalar olumlu bir şekilde algılanırken diğer yedi temada hastalar olumsuz bir şekilde algılanmaktadır. Olumlu iki tema hekimlerin hastaları “kendi tıbbi bilgilerinden yararlanmaya gelmiş” ve “yakınlık hissettikleri” kişiler olarak algıladıkları temalardır. Bunun dışında hekimler hastaları “hekimlik yetkilerini suistimal etmek isteyen”, “kendilerini yönetmeye ve yönlendirmeye çalışan”, “kendilerine zarar verme potansiyeli olan”, “zarar vermekten korktukları” ve “istenmeyen” kişiler olarak algılamaktadırlar. Hastalar aynı zamanda “yük” ve “müşteri” olarak da algılanmaktadır.

Hekimler kendi görevleri olarak gördükleri konular için kendilerine başvuran, kendi uygun gördükleri biçimde davranan, bir nedenle kendilerine yakın hissettikleri hastaları “olumlu” bir şekilde algılamaktadırlar. Bu başvurular bir nevi “haklı başvuru” olarak adlandırılabilir.

### ***Hastanın başvuru nedeninin “haklı” veya “haksız” olarak algılanması:***

Biyomedikal paradigma perspektifinde oluşan tıp disiplinlerinde hekim bir hastanın sorununun kendilerini ilgilendirmediğini ifade edebilir. Bunun nedeni o disiplinlerin organ sistemleri, teknolojiler veya yaş/cinsiyet gibi faktörler temelinde yapılanmalarıdır. Eğer hastanın sorunu bu temel yapılanma çerçevesinin dışında kalıyorsa o sorun o disiplinin sorunu değildir. Biyopsikososyal paradigma üzerine kurulu aile hekimliği disiplininde ise bu dışlama mümkün değildir; hastanın hekimin ilgi ve sorumluluk alınan girmeyen hiçbir başvuru sebebi yoktur. Biyomedikal tıp disiplinlerinde “içerik” büyük oranda hekim ve o disiplinin tanım çerçevesi tarafından belirlenirken aile hekimliğinde içeriğin belirleyicisi hastanın getirdiği

sorundur (McWhinney). Bu perspektiften bakıldığında bir hastanın başvurusunun “haklı” ya da “haksız” olarak değerlendirilmesi mümkün değildir.

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ağırlıklı olarak üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumu ortamında, belli hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgi ve becerilerin öğretildiği bir süreçtir. Bu niteliği nedeniyle de önemli ölçüde biyomedikal paradigmanın etkisindedir. Burada öğrenilen bilgi ve becerilerin olduğu gibi birinci basamağa aktarılması bazı zorluklara yol açabilmektedir. Her şeyden önce birinci basamak ortamında hastalıklar farklı sıklık ve evrelerde görülürler. Sorunların biyolojik bileşenler kadar ruhsal ve sosyal bileşenleri de önemlidir. Üçüncü basamak yaklaşımı birinci basamakta hastaların ifade ettikleri sorunların anlaşılmasında ve çözülmesinde son derece yetersizdir. Ülkemizde çoğu tıp fakültesi mezuniyet öncesi eğitimde birinci basamak yaklaşımına giderek daha fazla yer veriyor olsa da çalışmamıza katılan hekimler büyük oranda bu eğilimin başladığı yıllardan önce, tıp fakültelerinin neredeyse tamamen üniversite ortamında eğitim verdiği bir dönemde mezun olmuşlardı. Bu nedenle hastane ortamında öğrendikleri klinik ve iletişim becerilerini birinci basamağa doğrudan aktarmaya çalışmanın zorluklarını yaşıyor olabilirler.

Yapılan pek çok çalışma hasta ve hekimin birbirlerini anlamakta yetersiz kaldığını ve çeşitli sorunlar yaşadığını göstermektedir (74), (75), (76), (77), (78), (79), (80). Başvuruların haklı veya haksız olarak algılanması bu anlaşma eksikliğinden de köken alıyor olabilir.

***Hekimler bazı özelliklere sahip hastaları kendilerine daha yakın olarak algılamaktadırlar:***

Bu özellikler arasında hastanın hekimin bir yakını veya kendisi ile bir şekilde benzeşmesi, hastanın “hekim” olması ve hastanın uyumlu, saygılı ve itaatkâr bir tutum sergilemesi sayılabilir.

Da Silva ve Carvalho hekimlerde kendilerinde yoğun duygu uyandıran hasta-hekim karşılaşmalarını veya hasta özelliklerini sormuşlardır. Yaklaşık %40’ı aile hekimi olan katılımcılar daha çok kendilerinde olumsuz duygu uyandıran durumları ifade etmişlerdir. Sözü edilen duygular arasında hastaya kendini daha yakın hissetme bulunmamaktadır(81). Bir başka çalışma da hekimlerin duygusal olarak en çok

zorlandıkları durumları araştırmış ve doğal olarak yine olumsuz duygular ve zor durumlar üzerine odaklanmıştır (82).

Hekimler kendilerini yakın hissettikleri hastalardan söz ederken kendi duygularından da söz etmişlerdir. Bu durum bize bu yakınlık hissinin empatiden daha çok sempati içerdiğini düşündürmektedir. Her ne kadar empati iyi bir klinik uygulama için gerekli olarak ifade edilse de sempati, hekimde uyandırdığı duygular ve tarafsızlığını etkilemesi nedeni ile klinik pratikte çok arzu edilen bir şey değildir. Ancak son zamanlarda sempatinin de eğitilmesi durumunda hekimin kontrollü bir şekilde kullanarak faydalanabileceği yararlı bir yaklaşım olduğu tartışılmaktadır (83).

Hekimlerin kendi meslektaşlarına yardımcı olmaları gerekliliği Hipokrat Yemininden bu yana hekimlik mesleğinin temel ilkelerinden bir olarak bilinmektedir. Çalışmamıza katılan hekimler neredeyse istisnasız olarak meslektaşlarına sınırsız bir şekilde yardımcı olduklarını ifade etmişlerdir. Ancak bazı katılımcılar kendileri veya yakınları için sağlık hizmeti alırken aynı tavrı diğer meslektaşlarında göremediklerinden yakınmaktadırlar.

Yakın zamanda Arjantin’de yapılan bir çalışmada hekimlere “iyi hastayı” tanımlamaları istenmiş. Hekimler olumlu kişilik özellikleri olan nazik saygılı, dürüst, eğitilmiş ve kişiler arası ilişkileri iyi olan; hekimlerin öneri ve direktiflerine uyarak kara süreçlerinde hekimle çatışmayan tedavi uyumu yüksek; hastalığı hakkında ayrıntılı bilgi verebilen iletişim becerileri iyi ve hekime güvenen hastaları “iyi hasta” olarak tanımlamışlardır (84). Bu beklentiler bizim çalışmamıza katılan hekimlerin ifade ettiği beklentiler ile büyük benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda da hekimler nazik, anlayışlı, kendini iyi ifade eden, tedavi uyumu ve hekimin söylediklerini kabulü yüksek hastaları daha çok tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

***Hekimler bazı hastaları potansiyel bir tehdit olarak algılamaktadırlar:***

Çağımızın önde gelen sorunları arasında yer alan şiddet olgusunun sıklıkla gözlemlendiği kurumlardan biri de sağlık kurumlarıdır (85) (86). İş yerinde şiddet; çalışanların, işyerinde veya işe gidip gelirken işleriyle ilgili oluşan durumlardan dolayı tehdit edilme, saldırıya uğrama, rahatsız edilme gibi güvenliklerini tehlikeye atan olayların etkisinde kalmaları durumu olarak belirtilmektedir(87). Diğer bir deyişle çalışanların işle ilgili durumlarda başkaları tarafından saldırıya uğradığı ya da istismar edildiği olaylara işyerinde şiddet denilmektedir(88). Çalışmamızda hatırı

sayılır hekim hastayı potansiyel bir tehdit olarak görmektedir, bu durum sözel ve fiziksel şiddet, şikâyet edilme, statü sahibi olan kişiler tarafından mobbing uygulanması ve mesleki olarak zarar görülmesi olarak ifade edilmektedir. Son yıllarda şiddet sağlık ortamında en çok tartışılan konulardan bir haline gelmiştir. Aile hekimleri hastalardan ve hasta yakınlarından kendilerine yönelik artan şiddet seviyeleriyle karşı karşıyadır (89) (90) (91) (92). Şiddetin önemli sonuçları arasında tükenmişlikte artış(93), ve hasta bakım kalitesinde düşme (94) (95) sayılabilir.

Hekimlere yönelik şikâyet ve dava süreçleri özellikle yüksek statülü hastalar tarafından hekimleri tehdit altında bırakması ve tedirgin etmesine ve defansif hekimliğe sebep olmuştur. Hem insani hem de mali açıdan yüksek maliyetleri nedeniyle (96), tıbbi uygulama hatası sağlık alanında önemli bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Artan davalara karşı korunmak için gerçekleştirilen “defansif tıp” prosedürlerinin tıbbi hizmetlerin maliyetine eklediği tahmin edilmektedir (97).Şikâyet edilmek ve medikolegal sorun yaşam olasılığı bizim çalışmamızda da hekimler tarafında önemli bir tehdit unsuru olarak ifade edilmiştir.

***Hekimler bazı hastaları kendilerini suistimal etmeye çalışan kişiler veya bir yük olarak algılamaktadırlar***

Hastaların bazı talepleri ve yaklaşımları bu hastaların hekimler tarafından kendilerini suistimal etmeye çalışan kişiler veya hekimlere atfedilen bazı görevler hekimlerin hastaları bir “yük” olarak algılamasına neden olmaktadır. Uygun olmayan rapor veya reçete talepleri ile hastanın istediğini yaptırma çabası hekimin kendisinin suistimal edildiğini düşünmesine yol açmaktadır. Hekimler aynı zamanda yoğun iş yükü altında ezildiklerini de ifade etmektedirler.

Hastaların birinci basamağa başvurduğunda birkaç konuyu gündeme getirmesi olgusu, hekimlerin birden fazla konuya odaklanmak için çok az zamanları olması ve görüşmenin odaklanmadan ve dağınık hale geldiği durumlar genellikle bir sorun olarak gündeme gelir. Birinci basamak hekimleri görevlerini görüşme başına bir sorunla sınırlama eğilimindeyken, hastaların doktora giderken birden fazla sorunla gelen beklentileri mevcut. Bu durum bizim çalışmamızdaki sonuçlarla paraleldir. Bunu konsültasyonda erkenden ele almak ve henüz çözülmemiş sorunlarla ne zaman başa çıkılacağına dair bir plan yapmak, belki de hasta hayal kırıklığını azaltmanın bir yolu olabilir. Doktorlara konsültasyon için daha fazla zaman vermek, böylece ziyaret



başına birden fazla tıbbi sorunun değerlendirilmesini sağlamak başka bir çözüm yoludur (98).

### ***Sonuç olarak;***

Bu çalışmada amaca ulaşmak için kullandığımız yöntemler bize konu hakkında derinlemesine ve kapsamlı bilgi elde etme fırsatı sağlamıştır. Görüşmelerin derinlemesine olması, görüşmelerin mesai saatleri dışında olması ve 4 araştırmacının katılması ile yapılmış olması, katılımcıların kısıtlı olmayan sürede (ortalama 90 dakika) daha rahat bir ortamda fikirlerini ve deneyimlerini beyan etmesini sağlamıştır. Ayrıca görüşmelerin İzmir ilinin farklı bölgelerinde çalışan ve farklı nüfus özelliklerine sahip olan hekimlerle yapılması daha kapsamlı bilgi sağlamıştır. Araştırmada karşılaşılan güçlükler ve araştırmanın kısıtlılıklarını şöyle açıklamak mümkündür; dünyada ve ülkemizde yaşanan pandemi nedeniyle görüşmeler uzaktan ve internet üzerinden gerçekleşmiştir, İnternet üzerinden yapılan görüşmelerde ara ara teknolojik sorunlar yaşanmıştır. Katılımcılar ağırlıklı olarak deneyimli hekimlerden oluşuyordu ve daha genç ve mesleğe yeni başlayan hekimler çalışmaya katılmayı kabul etmediler bu nedenle bu grup hekimlerin perspektifini yansıtmıyor olabilir. Bu çalışması çerçevesinde yapılan literatür taramasında konu ve yöntem açısından yürütülen araştırmayla tam olarak örtüşen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu bakımdan bulguların tartışmaya açılması daha çok bir iç tartışma şeklinde gerçekleştirilmiş; elde edilen bulgular başka çalışmalarda elde edilen bulgulardan çok birbirleriyle karşılaştırılmış ve hekimlerin özellikle hasta algısında üstünde durdukları konularla olan örtüşmeler veya karşıtlıklar tartışılmıştır. Bu konuyla ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Özer N. Algılama ve Pazarlama Uygulamaları. Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi (e-dergi), Erişim adresi: <http://www.paradoks.org>, ISSN 1305-7979, Yıl:5 Sayı:1 (Ocak-2009), s.2
2. Eroğlu E. ve diğerleri. Etkili iletişim teknikleri. Anadolu üniversitesi, 2013.
3. Zıllıoğlu M. ve diğerleri. İletişim Bilgisi. Eskişehir :Açıköğretim Fakültesi Yayınları , 2010. No: 909.
4. Türk toraks derneği etik kurulu. Hasta-Hekim İlişkisinde Etik İlkeler.
5. Zıllıoğlu M. İletişim Nedir? . İstanbul : Cem Yayınevi, 1993.
6. McDonald S. Perception: A Concept Analysis. International Journal of Nursing Knowledge , 2012, s. 23(1):2-9.
7. İnceoğlu M. Tutum, Algı, İletişim. 2010.
8. Vikipedi Özgür Ansiklopedi. [Erişim tarihi: 15 11 2021]. Erişim adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Alg%C4%B1>.
9. Schacter D. L. Psychology. New York, NY : Worth Publishers, 2011.
10. Shaver G.k. Principles of Social Psychology. Wiithrop publishers inc., 1977.
11. Henzel, Zahide Olgun. Hastayı algılama ve hasta kavramı oluşturma bağlamında türk ve fransız hekimlerin karşılaştırılması. Adana. 2009.
12. Gerrig, Richard J. ve Zimbardo, Philip G. Psikolojiye Giriş: Psikoloji ve Yaşam. Ankara : Çev: Gamze Sart, Nobel Yayınevi, 2012.
13. Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretme Kuramdan Uygulamaya . Ankara : Geliştirilmiş 14. Baskı, PEgem Akademi, 2009.

14. Plotnik R. Psikoloji'ye Giriş. İstanbul : Çev: Tamer Geniş, Kaknüs Yayınları, 2009.
15. Schunk, Dale H. Öğrenme Teorileri, Eğitimsel Bir Bakış. İkinci Baskı, Nobel Yayınevi, Çev Ed: Muzaffer, 2011.
16. Perls F., Hefferline, R. F. & Goodman P. Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. Great Britain: The Guernsey Press Co., 1951/1996.
17. Douglas A. Bernstein, Peggy W. Nash, Alison Clarke-Stewart, Louis A. Penner, Edward J. Roy. Et Al. ESSENTIALS of PSYCHOLOGY, FOURTH EDITION. Boston, New York : Houghton Mifflin Company, 2008.
18. Wickens C. D., Carswell C. M. INFORMATION PROCESSING. 2006.
19. Karakaş S. Psikolojiye Giriş: Genel Uyarılmıslık Hali, Duygu ve Heyecanlar, Farkındalık. Ankara : Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Yayınları, 1991.
20. Oskamp S. Social perception . California : Wodsworth publishing company, 1972.
21. Freesman I. j., Carlsmith J. M., Sears D. O. Social Psychology. Clifornia : Prentice- Hall company inc, 1974.
22. Basch M.F. Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. J Am Psychoanal Assoc , 1983. 31,101-126.
23. Eagles M., Wolitzky DL. Empathy: A Psychoanalytic Prespective. Empathy: Reconsidered:New directions in Psychotherapy,. Washington, D.C.: American Psychiatric Press : Bohart, A.C, Greenberg L.S. (ed.) , 1999. Cilt 2nd edition.
24. Thompson K.L. ve Gullone E. Promotion of empathy and prosocial behaviour in children through humane education. Australian Psychologist,, 2003 . 38, 175-182.
25. Kayaoğlu A. Davranış Bilimleri-II. Anadolu Üniversitesi yayınları, 2017.
26. Akyıldız H. Sosyal algı ve belirleyicileri. T.C. Dokuz eylül üniversitesi iktisadi ve idari bilimler fakültesi dergisi , 1988, s. 111.
27. Wrihtsman S. L. Social Psychology in the seventies. California : Wodsworth publishing company, 1972.
28. Atıcı E. Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dal, 2007, 33 (1) 45-50.

29. Henman, ve diğerleri. Lay Constructions of Decision-Making in Cancer. *Journal of Psycho-Oncology*, 2002.
30. Kaplan S. H., S Greenfield , J E Ware Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. 1989.
31. Ong LM, J C de Haes, A M Hoos, F B Lammes Doctor-patient communication: a review of the literature. 1995.
32. M Stewart J B Brown, A Donner, I R McWhinney, J Oates, W W Weston, J Jordan. The impact of patient-centered care on outcomes. 2000.
33. Ursula F Trummer , Ulrich O Mueller, Peter Nowak, Thomas Stidl, Jürgen M Pelikan. Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. 2006.
34. Mary Catherine Beach , Debra L Roter, Nae-Yuh Wang, Patrick S Duggan, Lisa A Cooper. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors?. *Patient Educ Couns.* 2006, , s. 62(3): 347–354.
35. Wendy Levinson, Debra Roter, John P Mullooly. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA The Journal of the American Medical Association* , 1977, s. 277(7):553-9.
36. Bertakis KD, Roter D ve SM., Putnam. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. . 1991, *J Fam Pract.*, s. ;32:175-181.
37. Roter DL, Roter D L , Stewart M, Putnam S M, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui T S. Communication patterns of primary care physicians. 1977, *JAMA.*, s. ;277:350-356.
38. Levinson W, Roter D L, Mullooly J P, Dull V T, Frankel R M. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. 1997, *JAMA.*, s. ;277:553-559.
39. Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. 1993, *N Engl J Med.*, s. ;329:103-109.
40. Levy DR. White doctors and black patients: influence of race on the doctor-patient relationship. 1985, *Pediatrics.*, s. ;75:639-643.

41. Eisenberg JM. Sociologic influences on decision-making by clinicians. 1979, *Ann Intern Med.*, s. ;90:957-964.
42. Hooper EM, Comstock L M, Goodwin J M , Goodwin J S. Patient characteristics that influence physician behavior. 1982, *Med Care.*, s. ;20:630-638.
43. JB, McKinlay, Potter DA, ve HA., Feldman. Non-medical influences on medical decision-making. . 1996, *Soc Sci Med.*, s. ;42:769-776.
44. Kaplan SH, Gandek B ve al., Greenfield S. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: results from the Medical Outcomes Study . et. *Med Care.* 1995, s. ;33:1176-1187.
45. Hall, Epstein, DeCiantis, McNeil. Physicians' liking for their patients: More evidence for the role of affect in medical care. *Health Psychology*, 1993, s. 12(2), 140–146.
46. Hall, Horgan, Stein, Roter, Liking in the physician--patient relationship. 2002, *Patient Educ Couns*, s. 48(1):69-77.
47. McWhinney, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*" McWhinney Aile Hekimliği kitabı. Adana : Çukurova Nobel, 2017.
48. Banaji MR, Greenwald AG. *Blindspot: hidden biases of good people*. 1st ed. USA : Delacorte Press, 2013.
49. Harding J., Kutner B., Proshansky H., Chein I .Prejudice and ethnic relations. In G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology (Vol. 2 )*. Cambridge, : (pp. 1021–1061 ). MA: Addison-Wesley., 1954.
50. Eisenberg. ‘‘Sociologic influences on decision making by clinicians’’. *Annals of Internal Medicine*, 1979, s. pp. 957-964.
51. Hamilton D.L. ‘‘Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior’’. Hove, United Kingdom : Psychology Press Ltd, 1981.
52. Klopff D.W. *Intercultural Communication (2nd ed.)*. Englewood : Morton CO, 1991.
53. Hamilton, Trolie T. K. *Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach*. Academic Press., *Prejudice, discrimination, and racism*, 1986, s. (pp. 127–163).

54. Andersen S.M, Klatzky R.L, Murray J ‘‘Traits and social stereotypes: efficiency differences in the social information processing’’. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 59, s. pp. 192-201.
55. Green AR, ve diğ erleri. ‘‘Association of American Medical Colleges. What You Don’t Know: The Science of Unconscious Bias and What to Do About It in the Search and Recruitment Process.’’. [Eriş im tarihi: 14 February 2013]. Eriş im adresi: [https://www.aamc.org/initiatives/leadership/recruitment/178420/unconscious\\_bias.html](https://www.aamc.org/initiatives/leadership/recruitment/178420/unconscious_bias.html).
56. Green A. R. , Carney D. R, Pallin D. J, Ngo L. H, Raymond K. L, Iezzoni L. I, Banaji M. R’ ‘Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients’’. *Journal of General Internal Medicine*, 2007, s. 22(9):1231–8.
57. Baron AS, Banaji MR. The Development of Implicit Attitudes: Evidence of Race Evaluations From Ages 6 and 10 and Adulthood. *Psychol Sci*, 2006, s. 17(1):53–8.
58. Blair I. V, Steiner J. F. Havranek E. P.ve diğ erleri. Unconscious (Implicit) Bias and Health Disparities: Where Do We Go from Here? the permanente, 2011, s.15(2): 71–78.
59. Gerald C. F, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*.2017. s. 18.
60. FitzGerald ve Hurst, . Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017,
61. Staats C. Capatosto K., Tenney L, MamoC S. Patton State of the science: implicit bias review: the Ohio State University Kirwan Instiute for the study of race and ethnicity. The Kirwan Institute for the Study of Race and Ethnicity at The Ohio State University, 2013, s. 1–102.
62. Smedley BD, Stith Butler A, Bristow LR. In the nation’s compelling interest: ensuring diversity in the health-care workforce. Washington, DC : National Academies Press (US), 2004.
63. . Türk Tabipler Birliğ i [Internet]. [Eriş im tarihi: 15 11 2017]. Eriş im adresi: [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=b6b3bd8a-c9e0-11e7-8a71-159198489f44#](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b6b3bd8a-c9e0-11e7-8a71-159198489f44#).

64. Chapman E. N., Kaatz A., Carnes M., "Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities ". JGİM. 2013.
65. Marcelin J R, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado Y. A "The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It . The Journal of Infectious Diseases, 2019.
66. Martin AK, Tavaglione N ve S., Hurst. "Resolving the conflict: Clarifying' Vulnerability' in health care ethics." Kennedy Inst Ethics J, 2014.
67. Bıçakçı U. "Paradigma ve Yaşam Kalitesi". Sistem Yayıncılık, 2001.
68. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. "Cultural competence education for health professionals ", 2014.
69. Munhall, Patricia L. ve Chenail, Ron J. "Qualitative Research Proposals and Reports ". Jones & Bartlett Publishers, 2007, 3rd Edition.
70. Teal CR, Gill AC, Green AR, Crandall S. Helping medical learners recognise and manage unconscious bias toward certain patient groups. Med Educ, 2012, s. 46:80–8.
71. Henzel Z.O. "Hastayı algılama ve hasta kavramı oluşturma bağlamında türk ve fransız hekimlerin karşılaştırılması" . Doktora tezi . Adana .2009.
72. Yıldırım, A., Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 6.baskı. Ankara : Seçkin yayıncılık, 2006.
73. Tong A, Sainsbury P ve J., Craig. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care, 2007, s. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357.
74. Kenny D.A, Veldhuijzen W, Weijden T, Leblanc A, Lockyer J, Légaré F, Campbell C. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. Social Science & Medicine, 2010. 70(5):763-8. 10.1016/j.socscimed.2009.10.065.
75. Gross K, Schindler C, Grize L, Späth A, Schwind B, Zemp E. Patient-physician concordance and discordance in gynecology: do physicians identify patients' reasons for visit and do patients understand physicians' actions? basım yeri bilinmiyor : Patient Educ Couns, 2013. 92(1):45-52. 10.1016/j.pec.2013.02.003.

76. Tran TQ, Scherpbier A J J A , Dalen Jv , Van DD, Wright EP . Nationwide survey of patients' and doctors' perceptions of what is needed in doctor - patient communication in a Southeast Asian context. *BMC Health Serv Res*, 2020. 14;20(1):946. 10.1186/s12913-020-05803-4.
77. Bodegård H, Helgesson G, Juth N, Olsson D, Lynøe N. Challenges to patient centredness - a comparison of patient and doctor experiences from primary care. *BMC Fam Pract*, 2019. 15;20(1):83. 10.1186/s12875-019-0959-y.
78. Schumacher S, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R. Disagreement in doctor's and patient's rating about medically unexplained symptoms and health care use. *Int J Behav Med*, 2013. 20(1):30-7. 10.1007/s12529-011-9213-2.
79. Patel V L, Arocha J F, Kushniruk AW. Patients' and physicians' understanding of health and biomedical concepts: relationship to the design of EMR systems. *J Biomed Inform*, 2002. 10.1016/s1532-0464(02)00002-3.
80. Graham S, Brookey J. Do Patients Understand? *Perm J.*, 2008. 12(3): 67–69. 10.7812/tpp/07-144.
81. Silva J VD, Carvalho I. Physicians Experiencing Intense Emotions While Seeing Their Patients: What Happens?, *Perm J*, 2016. 20(3):15-229. 10.7812/TPP/15-229.
82. Schwartz R, Osterberg LG, Hall JA. Physicians, emotion, and the clinical encounter: A survey of physicians' experiences. *Patient Educ Couns*, 2022. 10.1016/j.pec.2022.03.001.
83. Hardy C. Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice. 2019. 10.1007/s11019-018-9872-8.
84. Borracci RA, Gallesio JMÁ , Ciambrone G, Matayoshi C, Rossi F, Cabrera S. What patients consider to be a 'good' doctor, and what doctors consider to be a 'good' patient. *Rev Med Chil*, 2020. 148(7):930-938. 10.4067/S0034-98872020000700930.
85. Cai W, Deng L, Liu M, Yu M. Antecedents of medical workplace violence in South China. *Journal of, Journal of interpersonal violence*, 2011.
86. Demiroğlu T, Kılınç E, Atay E. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kilis İli Örneği. *Sağlık bilimleri dergisi*, 2015.
87. İLO. ILO(International Labour Office) /ICN(International Council of Nurses) /WHO(World Health Organisation) /PSI(Public Services International) Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, 2002.



88. Aydın. Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. Türk Tabipleri Birliği, IspartaBurdur Tabip Odası Başkanlığı Yayını, 2008.
89. Forrest L., Parker R., Hegarty K., Tuschke H. Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. *Australian Family Physician*, 2010. 39, 323–326. Erişim sitesi:  
<https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2010/May/201005forrest.pdf>.
90. Gómez-Gutiérrez M. M., Bernaldo-de-Quirós M., Piccini, A. T., Cerdeira, J. C. Posttraumatic stress symptomatology in pre-hospital emergency care professionals assaulted by patients and/or relatives: Importance of severity and experience of the aggression. *Journal of Interpersonal Violence*. 31, 339– 354. Erişim sitesi:  
<https://doi.org/10.1177/0886260514555370>.
91. Joa T. S., Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2012. 30(1), 55–60. Erişim sitesi: <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.651570>.
92. Ruiz-Hernández J. A., López-García C., Llor-Esteban B., Galián-Muñoz I., Benavente-Reche A. P. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, , 2016. 16, 295– 305. Erişim sitesi:  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>.
93. Gascon S., Leiter M. P., Andrés E., Santed M.A., Pereira J. P., Cunha M. J., Martínez-Jarreta B. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, , 2012. 22, 3120– 3129. Erişim sitesi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>.
94. Arnetz J. E., Arnetz B. B. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 2001. 52, 417– 427.
95. Kowalenko T., Gates D., Gillespie G. L., Succop P., Mentzel T. K. Prospective study of violence against ED workers. *The American Journal of Emergency Medicine*,, 2013. 31, 197– 205. Erişim sitesi:  
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.07.010>.
96. Rubin R.J., Mendelson D.N, How much does defensive medicine cost?. *J Am Health Policy*,, 1994;. 4: 7-15.

97. No authors listed, Medical malpractice litigation raises health-care cost, reduces access, and lowers quality of care. *J Med Pract Manage.* , 2004. 20: 44-51.
98. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. Survey of workplace violence prevention, 2005. 2006.Erişim sitesi:  
<https://www.bls.gov/iif/oshwc/osnr0026.pdf>
99. Wickens C. D.,Carswell C. M. Information processing. 2006.
100. Kınacı S. Türkiye’de Polis Algısı Ve Algılama Yönetimi: Bir Alan Araştırması. Doktora Tezi. İstanbul, : T.C.Marmara Üniversitesi, 2011.
101. Çiçek C. İknanın yapısı. Konya : Tablet yayınları, 2007.
102. Bıçakçı Ulaş. Paradigma ve Yaşam Kalitesi. İstanbul : Sistem Yayıncılık, 2001.
103. Dubos RJ. Second thoughts on the germ theory. 1955, *Sci Am*, s. 192:31.
104. Rose L. Homophobia among doctors. Foundation for AIDS Counselling, Treatment and Support, London, 1994.
105. McColl P. Homosexuality and mental health services. 1994, *BMJ*.
106. Makadon H. MD, is Director of the National LGBT Health Education Center at The Fenway Institute and professor of medicine at Harvard Medical School [Internet]. [Erişim tarihi: 27 6:00 AM EDT JULY 2015]. Erişim sitesi:  
<https://www.advocate.com/commentary/2015/07/27/op-ed-how-we-can-address-homophobia-doctors-office>.
107. Yiğit A, Uğurluoğlu D. Determination of The Level of Physical and Verbal Violence. *Journal Of Health And Nursing Management*, 2020.
108. Weijzen E M, Weide M G. Accessibility and use of health care services among ethnic minorities: a bibliography. 1993.
109. Garrett CR, Treichel CJ, Ohmans P. Barriers to health care for immigrants and nonimmigrants: a comparative study . *Minnesota medicine*, 1998, s. 81(4):52-5.
110. Panos PT, Panos AJ. A model for a culture-sensitive assessment of patients in health care settings. *Social work in health care*. 2000;31(1):49-62.
111. Zahid M. A, Al-Sahlawi K S, Shahid A A, Awadh J A, Abu-Shammah H. Violence against doctors: 2.Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. *European Journal of Emergency*.1999.
112. Wu D, Wang Y, Lam KF, Hesketh T, Health system reforms, violence against doctors and job satisfaction in the medical profession: a cross-sectional survey in Zhejiang Province, Eastern China. *British Medical Journal open*, 2014.

113. Başak E. Tıp notları- deontoloji. sema yayınları, 2018.
114. Sherwood A., Brinkmann J., Fatone S. Review of benefits to practitioners of using good patient-practitioner communication.. JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics, 2018, s. 30 (1), 5-12.
115. Koca Ş, Erigüç G. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Hastaların Bakış Açısıyla Ölçmeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021.
116. Atıcı E. Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007, s. 33 (1) 45-50.
117. Özlü T. TTD Etik Kurulu Hasta Hakları. 2017.
118. Gümüştekin, Öztemiz. Örgütsel Stres Yönetimi ve Uçucu Personel. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2004, s. Sayı: 23, Temmuz-Aralık, ss. 61-85.
119. Izgar H. Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
120. McCrory KE. physicians practice [Internet]. [Erişim tarihi: 9 August 2018]. Erişim sitesi: <https://www.physicianspractice.com/view/danger-treating-patients-customers>.
121. Hodges SD, Kiel KJ, Kramer A D I, Veach D, Villanueva B R. Giving Birth to Empathy: The Effects of Similar Experience on Empathic Accuracy, Empathic Concern, and Perceived Empathy. SAGE Journals. 2009.
122. Vikipedi Özgür Ansiklopedi [Internet]. [Erişim tarihi: 20 şubat şubat 2022]. Erişim sitesi: [https://tr.wikipedia.org/wiki/Pozitif\\_ayr%C4%B1mc%C4%B1%C4%B1k](https://tr.wikipedia.org/wiki/Pozitif_ayr%C4%B1mc%C4%B1%C4%B1k).
123. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç Z P. Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010, s. , 1(2), 127-143.
124. Mahmud A . Doctor –Patient Relationship, Pulse. Medical Journal of Apollo Hospitals Dhaka, 2009, s. Vol 3(1), 12-14.
125. McLaren K, Lord J, Murray SB, et al. Ownership of patient care: a behavioural definition and stepwise approach to diagnosing problems in trainees. Perspect Med Educ., 2013, s. 2:72–86.

126. Zıllıoğlu M. iletişime giriş. eskişehir : Anadolu Üniversitesi, 1992.
127. Metcalfe D .Doctors and patients should be fellow travellers.: BMJ, 1998.
128. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physicianpatient relationship. JAMA, 1992; 267(16): 2221-6.
129. Okeke, Sunday O, Mabuza, Langelibalele H. Perceptions of health care professionals on the safety and security at Odi District Hospital, Gauteng, South Africa. ; 9(1): 1441. Afr J Prim Health Care Fam Med. , 2017. doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1441.
130. Marais S. Medical Research Council. The impact of crime and violence on the delivery of State Health Care Services in the Western Cape. Lenasia. : Unisa Institute, 2001 Oct 18.
131. Yassi A, Lockhart K, Buxton J A, McDonald I. Vaccination of health care workers for influenza: promote safety culture, not coercion. University of British Columbia : School of Population and Public Health, 101 Suppl 1(Suppl 1):S41-5. 2010. doi: 10.1007/BF03403845.
132. Hurwitz B, Vass A. What's a good doctor, and how can you make one?. BMJ 2002, 2002, Cilt 325: 667-8.
133. Stewart M. The patient-centered clinical method:a family medicine perspective. Turkish Journal of Family Practice, 2013.
134. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views?. Br J Gen Pract , 1998, Cilt 47: 8059.
135. Borracci R A, Gallesio J Á, Ciabrone G, Matayoshi C, Rossi F , Cabrera S . What patients consider to be a 'good' doctor, and what doctors consider to be a 'good' patient. Buenos Aires, Argentina. : Rev Med Chil, 2020, Cilt 148(7):930-938. . doi: 10.4067/S0034-98872020000700930..
136. Freeman T R. McWhinney's Textbook of Family Medicine. Oxford University Press, 2016.
137. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved?. JAMA, 1999. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283..>

138. McKinley RK, Middleton JF. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Brit J Gen Pract.*, 1999, Cilt 49(447):796–800.
139. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ.* , 2000, Cilt 320(7244):1246–50.
140. Fişek A G. Bireyler-Arası Güven İlişkisi ve Toplumsal Dayanışmanın Zorunluluğu”. *Çalışma Ortamı Dergisi*. Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Yayını, Mayıs-Haziran 1998, . Sayı 38.
141. Gray H. M., Gray K., Wegner D. M. Dimensions of mind perception. *Science*, 2007.
142. Gray K.. Moral typecasting: divergent perceptions of moral agents and moral patients. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2009.
143. Schroeder, Fishbach. How to motivate yourself and others? Intended and unintended consequences. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2015.09.001>.
144. Cooper C.L. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ*, 1989.
145. Byrne P, Long B. *Doctors talking to patients.* . London: RCGP Publications, 1976.
146. Hedges LV, Rhoads CH. Correcting an analysis of variance for clustering. *Brit J Mat Stat Psy.* , 2011. 64(1):20–37.
147. Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med.*, 2011;. 26(6):588–94.
148. Lorber J. Good patients and problem patients: conformity and deviance in a general hospital. *J Health Soc Behav.* , 1975. 16(2):213–25.
149. Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. *J Fam Pract*, 1989. 28:5943.
150. Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health.* , 2007. 25(3):178–85.

151. Bodegård H, Helgesson G, Juth N, Olsson D, Lynøe N. Challenges to patient centredness – a comparison of patient and doctor experiences from primary care. *BMC Family Practice*, 15 June 2019.
152. The World Health Report 2008: Primary health care (Now more than ever). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.
153. Hills D J, Joyce C M. Personal, professional, and work factors associated with Australian clinical medical practitioners' experiences of workplace aggression. *Annals of Occupational Hygiene*, 2013. 57, 898– 912. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/annhyg/met012>.
154. Magin P. J, Adams J., Sibbritt D. W., Joy E., Ireland M. C. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: A cross-sectional study of GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2005. 18, 352– 356. Erişim adresi: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb07082.x>.
155. Morken T., Alsaker K., Johansen I. H. Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents-a qualitative study. . *BMC Family Practice*, 2016. 17, 54. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0454-7>.
156. Moylan S. Occupational violence and staff safety in general practice. *Australian Family Physician*, 2017. 46, 952– 956.
157. Walsh B. R., Clarke E. Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression. . *Work & Stress*, 2003. 17, 170– 181. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/0267837031000148424>.
158. Bach S. International migration of health workers: Labour and social issues. basım yeri bilinmiyor : Geneva, Switzerland: International Labour Office., 2003.
159. Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – A factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 2002. , 10, 13– 20. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x>.
160. Schat A., Kelloway E. K. Workplace violence. In J. Barling E. K. Kelloway, M. Frone (Eds.),. *Handbook of work stress* . (pp. 189– 218). .

161. Gates D. M., Ross C. S., McQueen L. Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*, , 2006. 31, 331– 337. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2005.12.028>.
162. Winstanley S., Whittington R. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress*,, 2003. 16, 302– 315. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/0267837021000058650>.
163. Magin P., Adams J., Joy E., Ireland M., Heaney S., Darab S. Violence in general practice. *Canadian Family Physician*, , 2008a. 54, 1278– 1284. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553472/pdf/0541278.pdf>.
164. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. General practitioners' assessment of risk of violence in their practice: Results from a qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, , 2008b. 14, 385– 390. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00874.x>.
165. Penchansky, Macnee. Initiation of medical malpractice suits: a conceptualization and test. *Med Care*,, 1994;. 32: 813-831.
166. Brennan T.A., Sox C.M., Burstin H.R. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *N Engl J Med*. , 1996; 335: 1963-1967.
167. Localio A.R., Lawthers A.G, , Brennan T.A. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*. , 1991; . 325: 245-251.
168. Neale G. Clinical analysis of 100 medicolegal cases. *BMJ*. , 1993; . 307: 1483-1487.
169. Shapiro R S., JD, Simpson D E, Lawrence S L, Talsky A M, Sobocinski K A, Schiedermayer D L. A Survey of Sued and Nonsued Physicians and Suing Patients. *Arch Intern Med*. , 1989. ;149(10):2190-2196. doi:10.1001/archinte.1989.00390100028008.
170. Brooks JV, Singer S J, Rosentha M , Chien A T, Peters A S. Feeling inadequate: Residents' stress and learning at primary care clinics in the United States. 2017.Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1413236>.

## EKLER

### ***EK 1.Niteliksel Araştırma Soruları***

1.Merhaba, ben Dr. Sona, Dokuz Eylül Aile Hekimliği Anabilim dalında asistan olarak çalışmaktayım, yapılan çalışmada hekimlerin hasta algısını araştırmaktayız, aslında ortaya çıkarmaya çalıştığımız şey deneyimlerinize dayanarak hastayla ilgili hangi özellikler sizde ne düşündürür ve ne kadar belirleyici, aslında burada davranışsal olarak farklı davranmanızı sormuyoruz, hepimiz insanız ve karşınızdakinden etkilenmemiz kaçınılmaz, hastaların sizde düşündükleri veya size hissettirdikleri yönünden özelliklerini merak ediyoruz, danışman hocalarım Doç. Dr. Tolga Günvar ve Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin ile bir dizi derinlemesine görüşme yapmaktayız, alınan ses kayıtları veri toplanması sonrası yok edilecek ve çalışmada katılımcılar anonim olarak sunulacak;

- a) Bu çalışmaya katılmayı onaylıyor musunuz?
- b) Yaş:
- c) Cinsiyet:
- d) Eğitim durumu:
- e) Mezuniyet yılı:
- f) Çalıştığı yer:
- g) Medeni hali:

2.Hasta deyince aklınıza gelen ilk 5 kelimeyi söyler misiniz? (Sizin için hasta nedir ve nasıl tarif edersiniz? hasta sözcüğü size çağrıştırdığı şeyler nelerdir?)

3. "iyi hasta" sevdiğiniz hastayı tanımlayın. (İletişiminizin iyi olduğu hasta profilini tanımlar mısınız?)

4. "kötü hasta" sevmediğiniz hastayı tanımlayın.

5. Sizin **yakınlık** kurduğunuz hasta tipi var mıdır? Örnek vererek özelliklerini tanımlar mısınız?

6. Sizi tedirgin eden hasta tipi ve hastalıklar nelerdir? (Bir hasta ile iletişimden sizi tedirgin eden şeyler nedir?)!

7. Bir hasta ve hasta yakını olarak bir hekime başvurduğunuzda nasıl davranırsınız?



8.Hasta hekim ilişkisinde hastanın **kendini ifade biçimi**(ses tonu, aksanı, dili, nezaketi) sizin için ne ifade eder?

Diğer meslektaşlarımızın bu konuda ne düşündüğüne dair bir fikriniz var mıdır? Sizin tanık olduğunuz durumlar var mıdır? Bu soruları şu an çalıştığınız yerde ve günlük pratiğinizi düşündüğünüzde nasıl yanıtlarsınız?

9.Öykü alımı ve muayene sırasında olumlu veya olumsuz **hasta davranışları** nelerdir? Size göre neden?

10.Hasta hekim ilişkisinde deneyimlerinize dayanarak, hastanın **Dış görünüşü** size ne düşündürür (neler çağırır)? (Kişinin vücut yapısı, giysileri, kişinin kendine uygun gördüğü imaj)

Diğer meslektaşlarımızın bu konuda ne düşündüğüne dair bir fikriniz var mıdır? (Genel olarak hekimleri düşündüğünüzde, sizce hastanın görünüşünden nasıl etkilenirler?) Sizin tanık olduğunuz durumlar var mıdır? Bu soruları şu an çalıştığınız yerde ve günlük pratiğinizi düşündüğünüzde nasıl yanıtlarsınız?

11.Hasta hekim ilişkisinde hastanın **yaş**sizin için ne ifade eder? (Çocuk, ergen, genç, orta yaşlı, yaşlı)

Diğer meslektaşlarımızın bu konuda ne düşündüğüne dair bir fikriniz var mıdır? Sizin tanık olduğunuz durumlar var mıdır? Bu soruları şu an çalıştığınız yerde ve günlük pratiğinizi düşündüğünüzde nasıl yanıtlarsınız?

12.Hasta hekim ilişkisinde hastanın **cinsiyeti veya cinsel yönelimi** sizin için ne ifade eder?

Diğer meslektaşlarımızın bu konuda ne düşündüğüne dair bir fikriniz var mıdır? Sizin tanık olduğunuz durumlar var mıdır? Bu soruları şu an çalıştığınız yerde ve günlük pratiğinizi düşündüğünüzde nasıl yanıtlarsınız?

13.Hasta hekim ilişkisinde hastanın **mesleği ve statüsü** sizin için ne ifade eder? (Sizi en çok uğraştıran meslek grubu veya statü var mıdır?)

Diğer meslektaşlarımızın bu konuda ne düşündüğüne dair bir fikriniz var mıdır? Sizin tanık olduğunuz durumlar var mıdır? Bu soruları şu an çalıştığınız yerde ve günlük pratiğinizi düşündüğünüzde nasıl yanıtlarsınız?

14.Hasta hekim ilişkisinde hastanın **etnik kökeni** sizin için ne ifade eder?

Diğer meslektaşlarımızın bu konuda ne düşündüğüne dair bir fikriniz var mıdır? Sizin tanık olduğunuz durumlar var mıdır? Bu soruları şu an çalıştığınız yerde ve günlük pratiğinizi düşündüğünüzde nasıl yanıtlarsınız?

15. Hastanın **talepleri ve beklentileri** konusunda düşünceleriniz nedir? Sizi öfkeliendiren, içten içe kızdıran hasta taleplerini söyler misiniz? Neden?

16. Sizce Sağlık çalışanlarına yönelik **siddet** hasta- hekim ilişkisini nasıl etkiliyor? Kapıdan giren hastanın hangi özellikleri size ‘‘hır çıkaracağını’’ veya bir hastayla sorun yaşayacağınızı düşündürür? yönetmekte zorlandığınız hastayı tanımlar mısınız?

17. Hekim deyince aklınıza gelen 5 kelimeyi söyler misiniz? Sizce hastalar hekimleri nasıl görüyor?

18. sizce meslektaşlarımız hastaları nasıl algılıyor? Sizce hekimlerin hasta algısını etkileyen özellikler var mıdır?

## Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın.....

Sizi Dokuz Eylül Aile Hekimliği anabilim dalı tarafından yürütülen "Birinci Basamak Hekimler Hastaları Nasıl Algılıyor?" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olarak bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri bir kez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamamız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahibsiniz. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Dr. Sona ALİZADEH OSALOU

#### Araştırmanın Amacı

Gönüllü olarak katılmanızı teklif ettiğimiz çalışma bir niteliksel araştırmadır. Bu araştırmanın amacı;

Birinci basamak ortamında çalışan hekimlerin hastaları nasıl algılıyor sorusuna yanıt bulmak. Ortaya çıkarmaya çalıştığımız şey deneyimlerimize dayanarak hastayla ilgili hangi özellikler sizde ne düşündürür ve ne kadar belirleyici, aşında burada davranışsal olarak farklı davranmanızı sormuyoruz, hepimiz insanız ve karşınızdakinden etkilenmemiz kaçınılmaz, hastaların sizde düşündükleri veya size hissettirdikleri yönünden özelliklerini merak ediyoruz.

#### Araştırmaya Dair Araştırmacı ve Katılımcı Hakkında Bilgiler

COVID pandemisi sebebiyle görüşmeler ZOOM programı üzerinden sanal alanda gerçekleşecek, görüşmeye araştırma sorumlusu Dr. Sona ALİZADEHOSALOU, tez danışmanı Doç. Dr. Tolga GÜNVAR ve yardımcı danışmanı Dr. Ahmet can BİLGİN katılacaktır, ortalama 90 dakikalık bir sürede araştırmacılar tarafından oluşturulan sorular gönüllülere yöneltilcektir ve veri analizi için görüşmeler kayıt altına alınacaktır.

#### Araştırmanın Size Getirebileceği Risk ve Rahatsızlıklar Nelerdir?

Araştırmanın sonuçları bilimsel amacı ile kullanılacaktır. Kişisel bilgiler hiçbir şekilde kullanılmayacak ve yazıya çevrilen görüşmeler tekrar gönüllülere iletilecektir, gönüllü onayı alındıktan sonra ve veri analizi sonrası tüm kayıtlar silinecektir. Herhangi bir risk ve tehlike mevcut değildir.

#### Araştırmanın Topluma ve Size Olası Faydaları

Hasta-hekim iletişimini geliştirmek ve hekimlerin hasta algılarını etkileyen etkenleri anlamak için yeni bir kapı açmak.

#### RIZA / ONAY / ONAM

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu koşullarda;

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum

#### Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

**Ek. 3 Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu**

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>		<b>Karar No:2021/19-01</b>	<b>Tarih:23.06.2021</b>		
Doç.Dr. Tolga Günvar'ın sorumlusu olduğu "Birinci Basamak Hekimlerinin Hasta Hakkındaki Algularının Araştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>					
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>		Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Hancı	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu