



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HASTA BEKLENTİLERİ VE BU BEKLENTİLER AÇISINDAN HASTA HEKİM GÖRÜŞMESİNİN SONUÇLARI

UZMANLIK TEZİ

DR. AYFER OKLAY BOZKAYA

DANIŞMAN

Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN-2008

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTA BEKLENTİLERİ VE BU BEKLENTİLER
AÇISINDAN HASTA HEKİM GÖRÜŞMESİNİN
SONUÇLARI**

UZMANLIK TEZİ

DR. AYFER OKLAY BOZKAYA

DANIŞMAN

Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN-2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Prof. Dr. Okay BAŞAK'a, eğitimimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Serpil AYDIN, Doç. Dr. Güzel DİŞÇİGİL, Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ ve Dr. Serdar GÜREL'e, diğer rotasyonlardaki hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, asistan arkadaşım Dr. Ahmet İŞÇİBAŞI ve uzmanlığını alan arkadaşlarım Dr. Nazlı ŞENSOY, Dr. Nil TEKİN, Dr. Mustafa TÜRKOĞLU, Dr. Zübeyde ANADOL, Dr. Yavuz ERGÜN, Dr. Didem SALT PEKER, Dr. Funda GÜRSOY, Dr. Özlem KALAK, Dr. Aydın SÖYLEMEZ, Dr. Ceyda ELVEREN, Dr. Halim ARVIŞ'e, Ramazan TAŞ başta olmak üzere tüm personelimize, asistanlığım dönemimde beni destekleyen can dostum Dr. Ayşe BAZ'a, hayatımın her döneminde yanımda olan sevgili aileme, sabır ve desteğinden dolayı sevgili eşim Fatih BOZKAYA'ya teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÇİZELGE DİZİNİ	VI
ŞEKİL DİZİNİ	VII
KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
EKLER DİZİNİ	IX
ÖZET	X-XI
ABSTRACT	XII-XIII
1. GİRİŞ	1-2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BİREYLERİN SAĞLIK ANLAYIŞI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI	3
2.1.1. Sağlık Tanımı ve Bireylerin Sağlık Anlayışı	3
2.1.2. Bireylerin Sağlık Arama Davranışları	3
2.1.3. Sağlık ve Rahatsızlık Kavramları	5
2.2. HASTA-HEKİM GÖRÜŞMESİ	8
2.2.1. Hasta-Hekim Görüşmesinin Tarihsel Gelişimi	8
2.2.2. Hasta-Hekim Görüşmesinin Özellikleri/Süreci/Bileşenleri	9
2.2.3. Hasta-Hekim Görüşmesinin Sonuçları	11
2.2.4. Hasta-Hekim Görüşme Modelleri	16
2.2.4.1. Sistemik Yaklaşım	16
2.2.4.2. Gelişimsel Yaklaşım	16
2.2.4.3. Holistik Sağlık Modeli	16
2.2.4.4. Etnik Kültürel Model	16
2.2.4.5. Biyopsikososyal Model ve Hasta merkezli Görüşme	17

2.2.5. Hasta Merkezli Görüşme ve Aile Hekimliği İlişkisi	18
2.3. HASTA MEMNUNİYETİ	19
2.3.1. Hasta Memnuniyetinin Tanımı ve Önemi	19
2.3.2. Hasta Memnuniyetinin Boyutları	20
2.3.3. Hasta Memnuniyetine Temel Oluşturan Kuramlar	23
2.3.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	24
2.3.4.1. Hastaya İlişkin faktörler	24
2.3.4.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler	25
2.3.4.3. Çevresel ya da Kuruma Yönelik Faktörler	25
2.3.5. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi	26
2.3.6. Hasta Memnuniyeti Üzerine Beklentilerin Rolü, Karşılanması veya Karşılanmamasının Sonuçları, Memnuniyet kavramıyla ilişkisi	27
2.4. HASTA BEKLENTİLERİ	28
2.4.1. Hasta Beklentilerinin Tanımı	28
2.4.2. Hasta Beklentilerinin Sınıflaması	29
2.4.3. Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler	30
2.4.4. Hasta Beklentilerini Ölçme Yöntemleri	32
2.4.5. Hasta Beklentilerinin Karşılanması ve Karşılanmamasının Sonuçları	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER	73

ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge Numarası ve Adı	Sayfa No
Çizelge I. Hasta memnuniyetine ilişkin yapılmış çalışmalarda boyutlar	22
Çizelge II. Katılımcıların medeni durumları ve eğitim düzeyleri	40
Çizelge III. Hasta-hekim görüşmesinden hasta beklentileri (görüşme öncesi hastalara göre)	42
Çizelge IV. Karşılanmış hasta beklentileri (görüşme sonrası hastalara göre)	43
Çizelge V. Hasta beklentilerini karşılama durumu (görüşme sonrası hekimlere göre)	44
Çizelge VI. Hastaların aile hekimlerinden bekledikleri: Tanımlayıcı veriler ve faktör analizi.	45
Çizelge VII. Hasta görüşmelerinde hasta merkezli yaklaşımın temel bileşenleri için hasta beklentilerinin belirleyicileri.	49
Çizelge VIII. Bazı tıbbi değişkenler bakımından hastaların görüşme öncesi beklenti ve görüşme sonrası karşılanmış beklenti oranları, hekimler için hasta beklentilerini karşılama oranları ve bu üç beklenti arasındaki uyum	51
Çizelge IX. Hasta merkezli klinik yöntemin temel özellikleri bakımından hastaların görüşme öncesi beklenti ve görüşme sonrası karşılanmış beklenti oranları, hekimler için hasta beklentilerini karşılama oranları ve bu üç beklenti arasındaki uyum	53
Çizelge X. Hasta merkezli klinik yöntemin temel özellikleri bakımından hastaların görüşme öncesi beklenti ve görüşme sonrası karşılanmış beklenti oranları, hekimler için hasta beklentilerini karşılama oranları ve bu üç değişken arasındaki uyum	55

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil Numarası ve Adı	Sayfa No
Şekil 1. Hastanın hekime başvurmasına neden olan gelişmeler	4
Şekil 2. Hasta-hekim görüşmesinin sonuçlarının sağlık anlayışı ile etkileşimi	12
Şekil 3. Bakım döngüsü	14
Şekil 4. Hasta beklentilerini etkileyen faktörler	30

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma Adı	Açık şekli
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ADÜ	Adnan Menderes Üniversitesi
PEQ-P	Hastalar için hasta beklentileri anketi
EMQ-P	Hastalar için karşılanmış hasta beklentileri anketi
EMQ-D	Doktorlar için beklentileri karşılama anketi

EKLER DİZİNİ

Ek Adı	Sayfa No
EK-1. Özgeçmiş	73
EK-2. Hastalar için hasta beklentileri anketi (PEQ-P)	76
EK-3. Hastalar için karşılanmış hasta beklentileri anketi (EMQ-P)	79
EK-4. Doktorlar için beklentileri karşılama anketi (EMQ-D)	81
EK-5. Bilgilendirilmiş olur metni	83
EK-6. Bilgilendirilmiş onam formu	84
EK-7. Etik kurul çalışma izni	85

ÖZET

Amaç: Hastayla görüşme Birinci Basamakta Aile Hekimliği uygulamasının temelini oluşturur. Hasta merkezli klinik yaklaşımın bileşenlerinden olan hasta beklentilerinin ve önceliklerinin tanınması ve karşılanması, hastayla görüşmenin yapılandırılmasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada Aydın il merkezindeki Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların beklentilerini, bu beklentiler açısından hasta-hekim görüşmesinin sonuçlarını ve hekimlerin hasta beklentilerini karşılama konusundaki farkındalıklarını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu araştırmada, Kasım 2007 – Haziran 2008 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaşın üzerindeki, anket formlarını kendi başına doldurabilecek durumda olan 200 gönüllü hasta çalışmaya alındı. Çalışmada hasta beklentilerini içeren, görüşme öncesi ve sonrası hastaların ve görüşme sonrası hekimlerin doldurması için hazırlanmış üç anket formu kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 200 hastanın 49'u (%24,5) erkek, 151'i (%75,5) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 44,8 (SD:13,8) yıl ve yaş aralığı 18 – 83 yaş idi. Görüşmeden önce hastaların ifade ettikleri görüşmeyle ilgili beklentiler için yapılan faktör analizi, dört faktör (bileşen) ortaya koydu: 'Medikal konular ve bilgilendirme' beklentileri (Cronbach's alfa değeri 0,85), 'ilişki ve katılım' beklentileri (Cronbach's alfa değeri 0,81), 'iletişim' beklentileri (Cronbach's alfa değeri 0,79) ve 'ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma' beklentileri (Cronbach's alfa değeri 0,73). Bu faktörler varyansın %57,8'ini açıklamaktaydı.

Medikal konular ve bilgilendirme konularında beklentisi yüksek olan hasta grupları daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden düzenli olarak hizmet alanlardı. İlişki ve katılım isteği yüksek olanlar da benzer şekilde daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden daha sık hizmet alan hasta gruplarıydı. Daha iyi iletişim konusunda yüksek beklentisi olan hasta grupları o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, o gün akut bir nedenle başvuranlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve ortaokul ve daha alt düzeyde eğitimi olanlardı. Son olarak, cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi kişi özellikleriyle kendini nasıl hissettiği gibi alanlar hasta merkezli yaklaşımın herhangi bir bileşeni ile ilişkili görünmüyordu.

İletişim beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılamaları arasında iyi düzeyde anlamlı bir uyum vardı. Medikal konular ve bilgilendirme beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılamaları arasında orta düzeyde anlamlı bir uyum vardı. Ortaklık ve karşılıklı anlayış oluşturma beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri arasında iyi düzeyde anlamlı bir uyum vardı. İlişki ve katılım beklentileri bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılamaları arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir uyum saptandı.

Sonuç: Aile Hekimliği polikliniğinden hizmet alan hastalar bilgilendirme, ilişki ve katılım, iletişim ve ortaklık-karşılıklı anlayış oluşturma beklentileriyle ağırlıklı olarak hasta merkezli bir yaklaşım istemektedirler. Eğitim gören uzmanlık öğrencilerinin hasta merkezli davranış geliştirmiş olması, anabilim dalı eğitim programımızın hasta merkezli klinik yöntemin öğrenilmesini sağlaması açısından başarılı olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta beklentileri, hasta görüşmesi, sonuçlar, doktor algısı

ABSTRACT

Patient expectations and the outcomes of doctor-patient encounters with respect to these expectations

Aim: Interviewing with the patient constitutes the basis of family practice. Patient expectations and priorities which are major components of patient-centered clinical method should be defined and met by the doctors; this plays an important role in structuring the consultation. In this study, we aimed to determine the expectations of the patients who applied to Family Medicine Policlinic at Adnan Menderes University Medical School in Aydın, the outcomes of patient-doctor interview with respect to their expectations and the awareness level of family physicians with regard to meeting their patients' expectations.

Methods: Two hundred volunteering patients who applied to the Family Medicine Policlinic between November 2007 and June 2008, who could fill in the questionnaires on their own, and who were older than 18 years, were included in the study. In the study, three different questionnaires incorporating patient expectations were used; two prepared for the patient to fill in before and after the consultation and one for the doctor to fill in after the consultation.

Findings: Of all the patients participated in the study, 49 (24.5%) were male and 151 (75.5%) were female. The mean age of the participants was 44.8 (SD:13.8) and the age interval was 18-83 years. The factor analysis to determine the expectations of patients as declared before the interview revealed four different factors: expectations related to 'Medical issues and getting informed' (Cronbach's alfa: 0.85), expectations of 'relation and participation' (Cronbach's alfa: 0.81), expectations related to 'communication' (Cronbach's alfa: 0.79), expectations related to 'partnership and mutual understanding' (Cronbach's alfa: 0.73). These factors explained the 57.8% of the variance.

Patients who had high expectations about medical issues and getting informed were mostly those who appreciated their health status at medium level in the last 12 months, those who had moderate complaints and those who regularly attended to our policlinic. Similarly, the patients who had expectations related to relation and participation were mostly those who appreciated their health status at medium level in the last 12 months, those who had moderate complaints and those who regularly attended to our clinic. Patients who had high expectations about better communication were those who appreciated their health status at medium level in

the last 12 months, those who applied for an acute illness, those who had moderate complaints and those with an education level of secondary school or lower. Finally, personal characteristics such as gender, age, and marital status and perceptions like how they felt themselves showed no relation to any of the components of the patient centered approach.

There was a good correlation between the patients' met expectations in terms of expectations related to communication and patient expectations and doctor's perception of meeting these expectations. There was a medium correlation between the patients' met expectations regarding medical issues and getting informed and patient expectations and doctor's perception of meeting patient expectations. There was a good correlation between the patient expectations and the patients' met expectations, with regarding to partnership and developing mutual understanding. A weak but statistically significant correlation was determined between the patient expectations regarding relationship and participation expectations and the patients' met expectations and doctors' perception of meeting these expectations.

Conclusion: Patients attending to Family Medicine Policlinic want patient centered approach with the expectations of getting informed, relationship and participation, communication, and partnership and mutual understanding. That the trainees have used the patient centered approach demonstrates that the Family Medicine Department is successful in teaching patient centered clinical method to the trainees.

Key words: Patient expectations, consultation, outcomes, doctors' perceptions

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesiyle ilgili çalışmalar son yıllarda giderek artmıştır (1). Sağlık sektöründe kalitenin nasıl belirleneceği üzerine farklı görüşler bulunmaktadır. Yüksek kalite önceleri nadir ve pahalı hizmetlerin verilmesi olarak algılansa da, günümüzde hizmeti alanın beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle verilen hizmetin değerlendirilmesinde ve hizmetin devamlılığının sağlanmasında hasta görüşlerinin dikkate alınması giderek önem kazanmaktadır (2). Nitekim Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance" raporunda da sağlık sistemlerinin üç ana amacından biri olarak hasta beklentilerinin karşılanması yer almaktadır (3).

Hasta-hekim görüşmesiyle ilgili yapılan çalışmalar hastaların görüşmeye bir gündemle geldiğini ve hekimin hasta gündemini anlamadaki başarısızlığının pek çok görüşmenin sonuçlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Stott ve Davies tarafından tanımlanan hekimin hasta-hekim görüşmesindeki dört ana görevinden biri de hastanın geliş nedeni, ne istediği, kaygı, düşünce ve beklentilerinin saptanması, kısaca hasta gündeminin belirlenmesidir. Oysa hasta gündeminin belirlenmesi sıklıkla sağlanamamaktadır (4). Hekimin temel bileşeni hastaların rahatsızlıkları hakkındaki düşünce, kaygı ve beklentilerinin araştırılması olan hasta merkezli yaklaşım (biyopsikososyal model) göstermesi hastayla etkili iletişimi artırmaktadır (5).

Hasta beklentileri ve bu beklentilerin karşılanması, hastanın geçmiş deneyimleri, eğitim, yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, hastanın sağlık durumu ve kendi sağlık algılayışına göre değişmektedir (2, 6, 7). Hasta beklentilerinin karşılanmasında doktorun nezaketi, ilgi ve anlayışı, profesyonel tutumu, bilgi ve becerilerini sunma biçimi, hastanın sorunlarını rahatça anlatabilmesine olanak sağlaması, hastaya 'hasta' olarak değil, bir 'birey' olarak yaklaşması, hastanın sorularına net ve hastanın güvenini kazanacak yanıtlar vermesi önemli yer tutmaktadır (8-9).

1970'li yıllardan itibaren kaliteli hizmetin en önemli göstergesi olarak görülen memnuniyet kavramı, son yıllarda sağlık alanında da önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık bakımının değerlendirilmesinde kullanılan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kaynakların uygun kullanımını için gerekli bir kavram olarak görülmüştür (Williams 1994) (10). Hasta memnuniyeti aynı zamanda sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısı ve sağlıkta

kalite ölçütlerinden biri olmakta, sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması ve daha iyi düzeye getirilmesine olanak sağlamaktadır (7). Hasta beklentilerinin karşılanması ve hasta memnuniyeti arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmaların (11) yanısıra tam tersini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (9). Hekimin hasta beklentilerini dikkate aldığı hasta-hekim görüşmesinin daha olumlu sonuçlandığı gösterilmiştir (4).

Hasta-hekim görüşmesinin sonuçları, görüşmenin hemen ardından ortaya çıkan hasta memnuniyeti, orta dönem sonucu olarak hastanın sağaltıma uyumu ve uzun dönem sonucu olarak hastanın sağlık durumundaki değişiklikler, sağlık göstergelerinde düzelme olmak üzere üç dönemde incelenmektedir (12). Yapılan çalışmalar hasta beklentilerinin karşılanmasının hastanın tedavisinde daha uyumlu ve katılımcı olmasına, aldığı sağlık hizmetinin devamlılığının artmasına, bunun sonucunda da halkın sağlık düzeyinin yükselmesine olanak sağladığını göstermiştir (5,13,14).

Bu çalışmada Aydın kent merkezinde bulunan Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların beklentileri ve bu beklentiler açasından hasta-hekim görüşmesinin sonuçlarını belirlemeyi amaçladık.

Bu çalışmanın sonunda hasta beklentilerinin yapısının belirlenmesi, hasta-hekim iletişiminin etkinliğinin ve hekimlerin hasta beklentilerinin karşılanmasının görüşmenin sonuçları üzerindeki olumlu etkileri konusunda farkındalıklarının arttırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİREYLERİN SAĞLIK ANLAYIŞI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI

Sağlık herkesin doğuştan elde ettiği anayasal bir haktır (15). Ülkemizde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ile herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanabilmesi amaçlanmıştır (16). Bu yasa uyarınca birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimler olan sağlık ocakları ilk başvuru yerleridir. Ancak değişik nedenlerle sağlık sorunlarıyla karşılaşan kişilerin ilk başvuru yerleri her zaman sağlık kuruluşları olmamaktadır (17).

2.1.1. Sağlık Tanımı ve Bireylerin Sağlık Anlayışı

Sağlık, tanımlanması zor kavramlardan biridir. DSÖ'nün sağlık tanımına göre sağlık, 'fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali'dir (15). Bireyin tüm hayatı boyunca bu iyilik halini sürdürmesi olası değildir; dolayısıyla dönem dönem sağlık durumunda dalgalanmalar görülebilmektedir. Birey kendi sağlık durumunu yakından izler, sağlık durumundaki değişiklikleri kontrol etmeye çalışır. Ancak sağlık durumundaki kendince önemli görmediği fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikleri dikkate almayabilir. Yani hekim için semptom olarak kabul edilen her değişiklik, bireylerin hekime başvurmalarına neden olmayabiliyor. Kişi hekime başvurma kararı vermeden önce bu değişiklikleri anlamaya çalışır. Bireylerin sağlık, rahatsızlık ve tıbbi sağıltımlarla ilişkili bilgi, tutum ve inanışları bireylerin 'sağlık anlayışlarını' oluşturur (18).

Sağlık anlayışı her zaman doğru bilgilerden oluşmamaktadır. Aynı zamanda yanlış ve akılcı olmayan inanışlar, korkular da sağlık anlayışını etkilemektedir. Sağlık durumlarında bir değişiklik olduğunda bireylerin öncelikle belirlemeye çalıştıkları noktalar şunlardır (18):

- Sağlık durumlarıyla ilişkili herhangi bir soruna sahip olma ya da hastalığa yakalanma şanslarını belirlemek,
- Sağlık sorununun kendileri için ne kadar ciddi olabileceğini öğrenmek,
- Sağlık sorunuyla ilgili sağıltım görmenin yararlarını ve maliyetini kestirmek

2.1.2. Bireylerin Sağlık Arama Davranışları

Bireylerin sağlık durumlarında sorun olarak algılanan herhangi bir değişiklik olduğunda izleyecekleri yol, toplumdan topluma hatta kişiden kişiye farklılık göstermektedir.

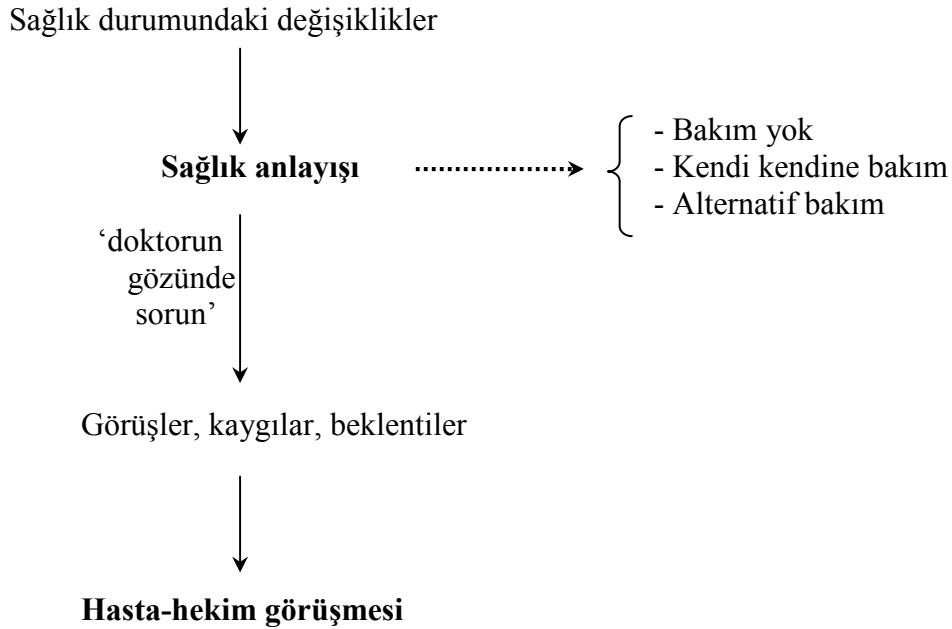
Herkesin kendine özgü bir sağlık anlayışı vardır; kendi sağlıklarını koruma çabalarını ve sağlık hizmetlerini kullanma kararlarını bu sağlık anlayışları yönlendirir (12).

Sağlık durumunda meydana gelen bir değişikliği önemseyen ve sorun olarak algılayan bireyler üç farklı davranıştan birini gösterir (19):

- Sağlık sorunuyla ilgili hiçbir eylemde bulunmama,
- Kendi kendine sağaltmaya çalışma,
- Sağlık sorunuyla ilgili yardım arama.

Yardım arama seçenekleri bireyin sağlık anlayışına göre bir arkadaş, akraba, din adamı, tıp mesleği dışında bir iyileştiricinin ya da bir hekimin yardımını alma olabilir. Seçilecek yol genellikle başka bireylerle tartışılır. Kişi sağlık sorunu üzerine yeterince düşünmüş olarak ve sorunlarıyla ilgili görüş, kaygı ve beklentilerle hekime başvurmaktadır (12).

Hastanın herhangi bir hekime başvurmasına neden olan gelişmeler Şekil 1’de özetlenmiştir (19):



Şekil 1. Hastanın hekime başvurmasına neden olan gelişmeler

2.1.3. Sağlık ve Rahatsızlık Kavramları

Hastanın hekimle görüşmeye gelmeden önce yaşadığı sürecin iyi bilinmesi hekimin hastasını anlamada önemli bir noktadır. Hastanın sağlık durumundaki değişikliği ya da rahatsızlığı tıbbi yardım almayı gerektirecek bir hastalık olarak algılaması her zaman olası değildir. Bu bağlamda hastalık ve rahatsızlık kavramları önem kazanmaktadır (18).

‘Sağlık’ ve ‘rahatsızlık’ kavramlarının tanımı bireylere, kültürel gruplara ve toplumsal sınıflara göre değişir.

‘Hastalık’ kavramı daha çok, sağlık sorunlarına karşı hekimin bakış açısını ifade etmektedir. Hastalık kavramının anlaşılmasında tıp mesleğinin kendine özgü bakışı önemlidir. Bu tıbbi bakışın bazı temel özellikleri (12):

1. Bilimsel dayanak. Varsayılan durumlar sınanmak ve doğrulanmak zorundadır.
2. Nesnel, sayısal ölçümlere vurgu – kavramsal model. Varsayımların nasıl ölçüleceği ve doğrulanacağına ilişkin çerçeve, gerçekliği kurmanın yoludur.
3. Fizyokimyasal verilere vurgu. Modern tıp modeli esas olarak, daha az ölçülebilir toplumsal ve duygusal etkenlerden çok, hastayla ilgili fizyokimyasal bilgileri keşfetmeye ve niceliklendirmeye yönelir.
4. Zihin-beden ayrışması. Hastanın semptomları öncelikle altta yatan fizyolojik süreçlerle ilişkilendirilmelidir. Bu yapılamıyorsa sorun ‘psikojenik’ ya da ‘psikosomatiktir’.
5. Farklı durumlar olarak ‘hastalıklar’
6. Aile ya da toplumdan çok hasta bireye vurgu.

‘Rahatsızlık’ kavramı ise hastanın sağlık sorununa bakış açısını ifade etmektedir. Kısaca hastanın doktora giderken hissettikleri olarak açıklanabilir. Hastanın hem sağlığındaki değişikliğe ilişkin algılar hem de bu algılamalarına verdiği anlamı da içerir. Bu anlam hastanın kendi geçmişinden ve kişiliğinden, sağlık anlayışından etkilenir. Aynı hastalık ya da semptom, farklı kültürlerden iki hasta tarafından tümüyle farklı bir şekilde yorumlanarak farklı davranışlara ve çare arayışlarına neden olabilir (18).

Rahatsızlanma süreci hem kişinin fiziksel ya da duygusal değişikliklere ilişkin öznel deneyimlerini hem de bu değişikliklerin başkaları tarafından onaylanmasını ilgilendirir. Yani kişinin ve toplumun sağlıklı olma ya da olmama, anormal semptom ve belirti kavramları uzlaşma içinde olmalıdır. Bu uzlaşma sonucunda bireyin toplum tarafından da kabul edilen hasta rolünün hekim tarafından da geçerli kılınması önemlidir. Kısaca rahatsızlık toplumsal bir süreçtir (20).

Bireyler hastalandıklarında kendilerine aşağıdaki soruları sorarak rahatsızlıklarını açıklamaya çalışırlar (12):

- Bana ne oldu? Semptom ve belirtileri bilinen bir kalıba sokmaya çalışma ve rahatsızlığına bir ad ya da kimlik verme çabası.
- Niçin oldu? Sorunun yanıtı rahatsızlığın nedenlerini açıklamayı amaçlar.
- Neden başkasına değil de bana? Kişi rahatsızlığını davranış, diyet, beden yapısı, kişilik ya da kalıtım gibi özelliklerle ilişkilendirmeye çalışır.
- Neden şimdi? Rahatsızlığın zamanlaması ve başlama şekliyle – ani ya da yavaş – ilgilidir.
- Hiçbir şey yapılmazsa bana ne olur? Rahatsızlığın olası gelişimi, sonuçları ve tehlikeleriyle ilgilidir.
- Hiçbir şey yapılmazsa başkaları (ailesi, arkadaşları, iş arkadaşları) üzerindeki olası etkileri ne olur? Gelir ya da iş kaybı ve aile ilişkilerindeki gerilmeyi içerir.
- Ne yapmalıyım ya da yardım için kime başvurmalıyım? Rahatsızlığını iyileştirme girişimleri kendi başına ilaç kullanma, arkadaşlarına, ailesine ya da sağlık sistemi dışındaki ‘iyileştiricilere’ danışma ya da doktora gitmeyi içerir.

Halk arasında rahatsızlıkların nedenine ilişkin çeşitli inanışlar vardır. Bireylerin rahatsızlıkları genel şanssızlık kavramına, bedenin yapı ve işlevine ilişkin inanışlara dayandırılabilir. Rahatsızlıkların oluşmasına ilişkin halk modelleri, bilimsel olarak doğru olmayan yaklaşımlara dayansa da genellikle kendi içinde mantıklı ve tutarlıdır. Rahatsızlıklara ilişkin halk kuramları sağlıktaki bozulmanın nedenlerini şu dört çerçevede açıklamaya çalışır (18):

- **Kişinin kendisi:** Sağlıktaki bozulmanın sorumluluğu yanlış davranışlar, yanlış diyet alışkanlıkları, giyimine ve hijyene dikkat etmeme, yaşam tarzı, ilişkileri, sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıkları, fiziksel egzersiz eksikliği gibi başlıca kişinin kendisine aittir. Ayrıca bedenden kaynaklandığına fakat kişinin denetimi dışında olduğuna inanılan ruhsal, fiziksel ya da kalıtsal yönden kişisel zayıflık ve kolay incinirlik, kişilik etkenleri, rahatsızlıklara karşı bazılarının dirençli bazılarının ise duyarlı-zayıf olması gibi etkenler de olabilir.
- **Kişinin içinde yaşadığı doğal ortam – çevresel etkenler:** Canlı ya da cansız, doğal çevreye ilişkin birçok olay, aşırı soğuk, sıcak, rüzgar, kar ya da nem gibi iklimsel özelliklerin sağlık sorunlarına yol açtığı düşünülebilir. Hayvanların neden olduğu

yaralanmalar, mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar, parazitik enfestasyonlar, kazalar ve çevresel iritanlar da bu grupta ele alınır.

Bu iki kurama dayalı açıklamalar daha çok sağlık eğitimine önem verilen gelişmiş topluluklarda geçerlidir.

- **Kişinin içinde yaşadığı toplumsal ortam:** Rahatsızlığının nedenlerini başka insanlarda arama, kişiler arası çatışmaların sık yaşandığı küçük ve özellikle az gelişmiş toplumlarda yaygın bir özelliktir. Sihir, büyü ya da nazar şeklinde kendini gösterir. Rahatsızlık bilinçli ya da bilinçsiz kişisel kötü niyete bağlanır. Rahatsızlıkların sosyal nedenleri arasında stresle ilgili açıklamalar da yer alabilir.
- **Doğaüstü güçler:** Doğaüstü güçlerin doğrudan etkileri nedeniyle rahatsızlıkların oluştuğu düşünülür. ‘Bazı kötü davranışlar nedeniyle tanrının bir hatırlatması’, ‘günahkar bir davranış için ilahi bir ceza’, ‘hastalık oluşturan kötü niyetli ruhlar’ ve ‘bedene girmiş cinler’ sıkça belirtilen nedenler arasındadır. Bu gibi durumlarda tıbbi olan veya olmayan hiçbir tedavi işe yaramayacaktır. Tedavi ancak günahın kabullenilmesi, davranışın değiştirilmesi ya da kötü ruhun bedenden çıkarılmasıyla olasıdır. Bazı inanışlara göre bilimsel tedaviler yakınmaları düzeltse bile, yine de hastalığın esas nedenini ortadan kaldıramaz.

Rahatsızlıkların olası nedenlerini açıklamaya yönelik tüm bu kuramlar insanların sağlıkları konusundaki yardım isteklerini etkilemektedir. Bu durumu dikkate aldığımızda hasta ile hekim arasındaki etkileşimin üç temel boyutu vardır: İnsanlar rahatsızlandıklarında niçin doktora gitme ya da gitmeme kararı verirler? Hasta hekim görüşmesi sırasında neler olmaktadır? Görüşme sonrasında olanlar nedir?

İnsanların doktora gitmeye karar vermesi, rahatsızlığın şiddetinden çok genel sağlık anlayışları gibi sosyokültürel etkenlere bağlı olabilir. Doktora gitmeyi ve bilimsel tıbbi yardım aramayı etkileyen fizyolojik olmayan etkenler(12):

- Sağlık hizmetinin bulunması
- Hastanın bu hizmete ulaşım ulaşamayacağı
- Halk arasında ya da kendi kendine aranan çarelerin başarı ya da başarısızlığı
- Hastanın sorunu nasıl algıladığı
- Hastanın çevresindekilerin sorunu nasıl algıladığı

Tıbbi yardım arama kararını tetikleyen durumlar(12):

- Kişinin günlük yaşamını etkilemesi

- Kişisel ilişkilerini etkilemesi
- Rahatsızlığının çevresince onaylanması
- İşini ya da fiziksel işlevlerini etkilemesi
- Semptomların süresiyle ilgili ölçütlerin oluşturulması. ‘Eğer yarına kadar daha iyi hissetmezsem o zaman doktora giderim’.

Ayrıca kötü tanı duymaktan kaçınma gibi duygusal etkenlerin de yardım arama kararlarında rolü vardır.

Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlerin başında yaş, cinsiyet gibi hazırlayıcı faktörler, gelir düzeyi ve sağlık güvencesi gibi kolaylaştırıcı faktörler ve bireyler tarafından algılanan sağlık durumu gibi gereksinim oluşturan faktörlerin geldiği gösterilmiştir (17).

2.2. HASTA-HEKİM GÖRÜŞMESİ

2.2.1. Hasta-Hekim Görüşmesinin Tarihsel Gelişimi

Hasta hekim arasındaki klinik karşılaşma, birinci basamak disiplini için hem ideolojik hem de pratik bir yön içermektedir. 1930’lu yıllardan itibaren birinci basamak hekimleri bu karşılaşmanın sosyal yapısı üzerinde durmaya başlamıştır. Ayrıca bu karşılaşma güvene dayalı iyi ilişkiler içeren uygulamaları geliştirmek için de incelenmiştir. Bu gelişmelerin uygulamaya yansmasıyla tedaviye hasta uyumunun daha iyi olacağı beklenmiştir (Armstrong 1982). Daha sonraları, hasta hekim ilişkisinin kendisinin iyileştirici özelliği olabileceği vurgulanmıştır. Hatta Balint’in çalışmaları sonucunda ‘Hekim bir ilaçtır’ özdeyişi ortaya çıkmıştır (1957) (21).

Hastayla görüşmede, 1970’li yıllara kadar hekimin medikal bilgi ve uygulamalarının otoriteyi temsil ettiği ‘hekim merkezli model’ uygulanmış ve hasta hekim arasındaki ilişki hekim merkezli yürütülmüştür. Ancak 1960’lardan itibaren hekim merkezli yaklaşım eleştirilmeye başlanmıştır. O yıllardaki kültürel ve politik kaymalar/değişimler hem paternalizm hem de medikal uygulamanın biyomedikal indirgemeciliği anlayışını sarsmıştır. Politik değişimin bir parçası olarak hastalar klinik uygulamalarda edilgin nesnelere olmaktan çok bir insan olarak anlaşılmaya başlanmıştır (Conrad ve Scheneider 1980). Bu yaklaşımın ardından sosyal ilişkiler ve ortamı da kapsayan holistik yaklaşım tanımlanmıştır (21).

Bu dönemde tıp alanındaki değişimler de çok önemlidir. 1970’li yıllardan sonra akademik tıp üyelerinin bazıları sosyal bilimlerin hem kurumsal pozisyonlarına hem de uygulayıcı pozisyonlarına atanmaya başlanmıştır (Strong 1979, Stacey 1991). Bu yer değişimleri dikkati, Engel’in biyopsikososyal modelinin önemli bir parçası olarak kabul edilen hastalık-sağlık kavramları üzerine çekti. Akademik tıp üyeleri hasta hekim görüşmesinin şekil ve içeriğini daha sistematik olarak incelemeye başladı. Bu çalışmaların sonucunda (Byrne ve Long 1976, Tuckett ve ark 1985, Neighbour 1987) hasta hekim görüşmesinden iki çeşit ifade çıktı (21);

- Sıklıkla profesyonel bilgi olarak kavramsallaşan doktorun tıbbi açıklaması
- İnanışların ortaya konduğu hastanın özgül deneyimi

Hekim merkezli yaklaşımdan hasta merkezli yaklaşıma kayış, sağlık sektörünün etkin kullanıcıları olan hastalara sağlık bakım içeriği ve kalitesi üzerinde yargıya varma yetkisi vermiştir. Birleşik Krallık bu yönde hastalar yaratma amacını bir hükümet politikası olarak benimsemiştir (Moran 1999). Bu bağlamda hasta merkezlilik, hasta yetkililiği ve hasta memnuniyeti, sağlık bakım kalitesini geliştirmede teknik hareketler olmasa da hasta hekim arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik ideolojik hareketler olarak yorumlandı (May ve Mead 1999). Çalışmalar bu konu üzerinde yoğunlaşarak günümüze kadar ulaştı (21).

2.2.2. Hasta-Hekim Görüşmesinin Özellikleri/ Süreci/ Bileşenleri

Hasta-hekim görüşmesi hekimin hastasını tanımayı, görüşmeye geliş nedenlerini ve hastanın bu durum karşısındaki bakış açısını kavramayı, hastalığıyla ilgili tanı koymayı hedeflediği bir süreçtir. Hastayla görüşmenin ilk hedefi güven ve desteğe dayalı bir ilişki kurarak hastadan gerekli bilgileri almak, hastaya gerekli bilgi ve danışmanlığı verebilmektir. Bu özellikleri taşıyan bir hasta-hekim görüşmesi hastanın sağlığını korumanın ve geliştirmenin en temel özelliğidir (19).

Hasta-hekim görüşmesi bir süreçtir. Hekim bu süreç boyunca sadece tanı koymaya değil, hastasını tanımaya, hastayı hekime getiren nedenleri anlamaya, hastanın bu durum karşısındaki bakış açısını kavramaya çalışmalıdır. “Muayene” kavramı çoğu hekim tarafından sadece fiziksel inceleme olarak algılansa da, aslında hekimin hastayla görüşmede amacına ulaşabilmesi için kullandığı yollardan yalnızca biridir. Hasta-hekim iletişimindeki sorunların çoğu bu yanlış algıdan kaynaklanır. Aynı zamanda hekimin hastasıyla ilişkisi, belli bir görüşme sürecini aşar, daha uzun bir zaman dilimine yayılmayı gerektirir. Bu süreç hekimden

hekime değişmekle birlikte bir aile hekimi için yaşam boyu sürecek bir hasta hekim ilişkisi anlamına gelmektedir (12).

Hasta-hekim görüşmesi süreci hasta gelmeden önce başlar. Görüşme öncesinde hastayla ilgili önceden tutulmuş kayıtların gözden geçirilmesi önemli bir noktadır. Ayrıca görüşme yapılacak ortamın hastanın rahat edeceği ve görüşme mahremiyetine uygun hale getirilmesi önem taşımaktadır. Bu koşulların sağlanması hastayla görüşmede güvenin oluşturulması ve gerekli bilgilerin toplanmasında faydalı olacaktır (22).

Görüşme sürecininin basamakları şunlardır (22):

- Görüşmenin başlatılması, hastanın geliş nedeniyle ilgili öğrenmek istediği tüm noktaları dikkatle dinleme ve görüşme gündeminin oluşturması
- Gerekli bilgileri toplayarak sorunların belirlenmesi ve hastanın sorunlara bakış açısının anlaşılması, gerekirse kısa bir özet yapılması
- Görüşme esnasında empati yaparak, sözel ve sözel olmayan iletişim yöntemlerini kullanarak hastayla iyi iletişim kurulması, hastayı dinlediğimizin gösterilmesi
- Hastanın beklentileri, kaygı ve düşüncelerini ortaya çıkararak hastaya uygun önerilerde bulunup ortak bir plan oluşturulması, planın tekrar gözden geçirilmesi ve hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının kontrol edilmesi
- Görüşmenin sona erdirilmesi basamağı, tatmin edici bir sonuç alınabilmesi ve hastayla yapılacak sonraki görüşmeler açısından önemlidir. Görüşmenin son bir özeti yapılmalı, plan yinelenmeli, planın uygulanmasında herhangi bir aksaklık çıktığında yapılacaklar mutlaka konuşulmalıdır.

Hastayla yapılan görüşmede hastayı dikkatli ve sözünü kesmeden dinlemek, hastanın soru sormasına fırsat vermek, hasta odaklı bir görüşme yürütmek, sözsüz iletişime dikkat etmek, çeşitli basamaklarda hastanın anlayıp anlamadığını kontrol etmek, fiziksel sorunlar yanında psikososyal sorunların da göz önüne almak, açıklama yapılırken tıbbi terimleri olabildiğince az kullanıp hastanın anlayacağı bir dil kullanmak, hastayı destekleyici konuşmalar yapmak, hastayı karar verme sürecine dahil etmek hasta hekim görüşmesinin başarısını arttıracak ve belirlenen planların uygulanmasında ortaya çıkabilecek iletişim sorunlarını en aza indirecektir (23).

Hasta-hekim görüşmesinin kalitesinin değerlendirilmesinde en anlamlı değişkenin hekimin iletişim becerisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca hastayla kurulan iyi bir iletişim ve sağlık sonuçları arasında bağlantı olduğunu gösteren kanıtlar vardır (24). Bunun yanı sıra iyi iletişim hasta memnuniyeti ve uyumun da altın anahtardır (9, 25).

Yapılan çalışmalarda hekimlerin hastaları karar aşamasına katmayla ilgili donatılar açısından farkındalıklarının olmadığı gösterilmiştir. Karar aşamasında hastanın katılımının sağlanması ilkesi tüm klinik disiplinlerde uygulanabilir, ancak bu uygulamanın sağlıklı yapılabilmesi için daha çok çalışma yapılması gerekmektedir (8).

Hastayla görüşmede hastanın karara katılımın sağlanması hekim kontrolünde olmalıdır. Örneğin hekimlerin tedavi seçenekleri hakkında hastalarına bilgi verdiği ancak rehberlik yapmadıkları ‘bilgilendirilmiş seçim modeli’nde hastanın karar aşamasında anksiyetesinin artmasına ve hastanın sağaltımla ilgili belirsizlikler yaşamasına neden olmaktadır. Bu model Amerika Birleşik Devletleri gibi tıbbi açıdan yasal risklerin daha çok yaşandığı ülkelerde tanımlanmıştır (8).

2.2.3. Hasta-Hekim Görüşmesinin Sonuçları

Hasta hekim görüşmesinin sonuçları ya da etkileri ortaya çıktıkları zamana göre üç bölümde incelenir (19):

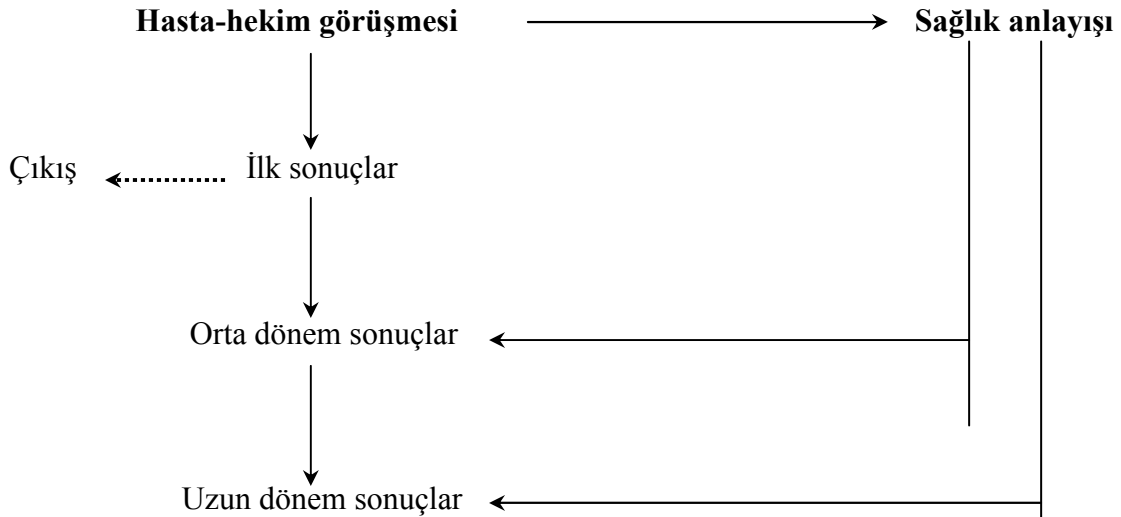
- Görüşmenin hemen ardından ortaya çıkan sonuçlar
- Orta dönem etkileri
- Uzun dönem etkileri

Görüşmenin hemen ardından ortaya çıkan sonuçlar daha çok hasta memnuniyeti ile ilgilidir. Hastanın görüşme öncesinde taşıdığı kaygılar görüşme sonunda artmış, azalmış ya da tümüyle ortadan kalkmış olabilir. Hastanın beklentileri karşılanmış ya da karşılanmamış, hasta hekimin söylediklerini anlamış ya da anlamamış, görüşme esnasında yapılan planları uygulama kararı vermiş ya da vermemiş olabilir. Görüşme biter bitmez bu sonuçlar ölçülebilir (19).

Orta dönem etkilerinden en çok dikkat çeken ve üzerinde çalışılanı, hastanın görüşme esnasında verilen tıbbi kararlara uyumudur (19). Hasta uyumunun hasta memnuniyeti ve hastaya yapılan açıklamaların hasta tarafından anlaşılması ile ilişkili olduğunu gösteren veriler vardır (8, 26). Bunların yanısıra, en önemli belirleyicilerin hastaların sağlık anlayışı ile ilgili olanlar olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle sağlık anlayışının geliştirilmesi için hastanın

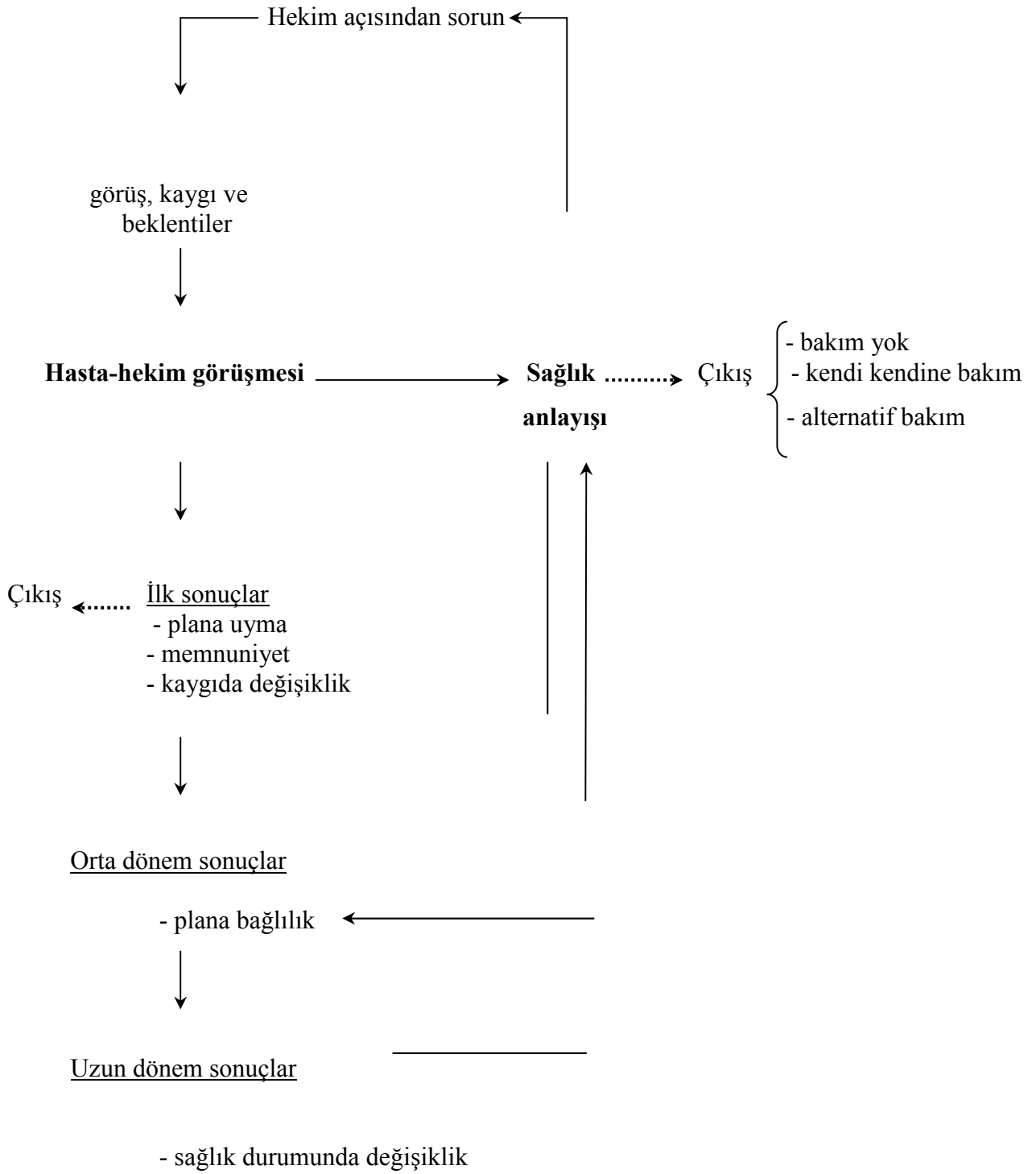
görüşlerinin, kaygı ve beklentilerinin anlaşılması ve bunlar temel alınarak hastaya uygun ve yeterli açıklamanın yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda karar verme sürecine hastaların katılmasının uyumu artırdığı bilinmektedir. Sonuç olarak ‘uyum’ yerine ‘ortak plana bağlılık’ kavramı ortaya çıkmaktadır (27).

Hastanın sağlık durumunda oluşan değişiklik, görüşmenin uzun dönem etkilerinden en önemlisidir. Görüşmenin içeriği herhangi bir hastalık sağaltımıysa hasta iyileşebilir, yakınmalar giderilebilir, kronik bir durum denetim altına alınabilir. Sağlık durumundaki değişiklikler, öncesinde gelişen olaylara bağlıdır. Görüşmenin etkinliği hastanın görüşme sonucunda ortaya çıkan tıbbi plana uymasıyla ilişkilidir; hastanın bu plana yeterince uymaması görüşmenin hedeflerine ulaşmayı engeller. Hekimin görüşmedeki başarısı ya da etkinliği, hastalarının kendi kendine bakımlarına yardımcı olmasıyla ilişkilidir. Hastanın iyilik durumu ise onun genel sağlık anlayışına bağlıdır. Tüm bunlar iç içe geçmiştir ve sonuçta hastanın uzun dönem sağlık durumundaki düzelmeye ilintilidir. Hastanın sağlık anlayışı burada kilit öneme sahiptir. Hasta hekim görüşmesinin sonuçları hastanın sağlığında değişiklikler oluşturarak sağlık anlayışını etkileyebilmekte, bu da bir sonraki görüşme sürecini ve sonuçlarını etkileyebilmektedir. Görüşmenin bu etkileri Şekil 2’de gösterilmiştir (19).



Şekil 2. Hasta-hekim görüşmesinin sonuçlarının sağlık anlayışı ile etkileşimi

Görüşme öncesinde gelişen olaylar, görüşme süreci ve görüşme sonuçları bir bakım döngüsü oluşturmaktadır (28). Şekil 3’de gösterilen bu döngü özellikle aile hekimliği uygulamasında önemlidir. Çünkü hastalar uzun yıllar aynı hekimle karşı karşıyadır. Bu döngünün sağlıklı şekilde işler hale getirilmesi hasta hekim iletişiminin de etkin hale gelmesini sağlayacak, olumlu sonuçlar ortaya çıkaracaktır (27). Bu döngüde yer alan beklenti ve memnuniyet kavramları döngünün sağlıklı işleyebilmesinde anahtar noktalardır. Hasta-hekim görüşmesinde hasta beklentilerinin belirlenmesi ve karşılanması hasta memnuniyetini artırmakta (29) ve hasta-hekim görüşmesinin orta ve uzun dönem sonuçları ortaya çıkmaktadır. Aksine hasta beklentilerinin karşılanmaması hasta memnuniyetsizliğine neden olmakta (5), alınan bakım kalitesini etkilemekte, hasta-hekim ilişkisini zedelemektedir (30).



Şekil 3. Bakım döngüsü (Pendleton, 2000)

Yani hasta hekim görüşmesinin beklenen ve istenen sonuçları kısaca şöyledir (12):

1. Görüşme sonrası hemen olması istenen sonuçlar
 - Görüşme esnasında hastanın verilen bilgileri açık ve tam olarak anlaması, hatırlaması
 - Görüşmede belirlenen yönetim planına tam bir uyum
 - Görüşme öncesi taşıdığı kaygıların azalması
2. Orta dönemde hastanın yönetim planına bağlılık göstermesi
3. Görüşme sonrası uzun dönemde beklenen sonuçlar
 - Hastanın sağlığında düzelme
 - Hastanın sağlık analizi olumlu yönde gelişmesi

Hasta hekim görüşmesinden istenen bu sonuçları elde edebilmek için hastanın kendi görüşlerinin araştırılması, soruna ilişkin hastayla hekim arasında ortak bir anlayışın sağlanması ve ortak bir yönetim planı üzerinde uzlaşma gereklidir.

Hastayla görüşmeyi bakım döngüsü içinde ele aldığımızda hasta hekim görüşmesinde hekimin 7 ana görevi vardır. Bu görevler (19):

1. Hastanın geliş nedenlerinin tanımlanması
 - Sunulan sorunların niteliği ve gelişim öyküsü
 - Sorunların etyolojileri
 - Hastanın görüş, kaygı ve beklentileri
 - Sorunların etkileri
2. Diğer sorunların dikkate alınması
 - Hastada var olan ancak görüşmede hekime sunulmayan süregelen sorunlar
 - Risk etkenlerinin, sağlığı geliştirme fırsatlarının değerlendirilmesi
3. Hastayla birlikte her sorun için uygun bir eylemin belirlenmesi
4. Hastanın sunduğu sorunların doğru anlaşılması, hastayla ortak anlayış geliştirme
5. Hastayı yönetime katma ve sorumluluk üstlenmesi için teşvik etme
6. Zamanın ve kaynakların uygun kullanımı
 - Görüşme sırasında
 - Uzun dönemde
7. Diğer görevleri yerine getirmesine yardımcı olacak bir hasta-hekim ilişkisi kurma ve sürdürme.

2.2.4. Hasta-Hekim Görüşmesi Modelleri

Hastayla görüşmenin psikososyal görüşün değişik boyutlarına ağırlık veren farklı modeller vardır. Bunlar (23):

2.2.4.1. Sistemik yaklaşım

İnsan doğadaki en karmaşık varlıktır. Bir insanın hastalık ve sağlık durumunda yeterince anlaşılabilmesi için sistemik bir yaklaşım gerekmektedir. Buna göre farklı değişkenlerin birbiri ile dinamik bir etkileşim içinde olduğunu savunan sistem kavramı von Bertalanffy tarafından tanımlanmıştır. Küçük basit sistemlerden büyük karmaşık sistemlere doğru çok boyutlu, çok yönlü bir nedensellik vardır. Biyopsikososyal yaklaşım bu modele bir örnektir.

2.2.4.2. Gelişimsel yaklaşım

Bu yaklaşım kişinin geçmişteki gelişimini, şimdiki gelişmişlik düzeyini ve gelecekte beklenen gelişimini bir arada değerlendirir. Kişinin gelişimindeki devamlılık, psikososyal etkiler açısından sağlık üzerine etkili dinamik bir faktördür. Biyolojik (fiziksel kuvvette azalma olması) ve psikolojik (Erikson'un gelişim evreleri) düzeyde değişim ömür boyu devam etmektedir. Bütüncül hasta bakımına bu model de katkı sağlamaktadır.

2.2.4.3. Holistik sağlık modeli

Bu modele göre, sağlığın bozulması ve tüm hastalıklar psikosomatiktir. Her insan, akıl, beden ve ruh kavramlarının dairesel olarak etkisi altındadır. Hastalık kişinin sosyal, davranışsal, psikolojik ve fiziksel dengelerinde bozukluklara yol açmaktadır. Holistik modelde kendi kendine bakım ve sağlığın yükseltilmesi önemli olup alternatif tıp yöntemlerini içermektedir.

2.2.4.4. Etnik kültürel model

Hastanın da hekimin de kendine ait kültürel olarak belirlenmiş davranışları, bilgileri ve inanışları vardır. Etnik farklılıklar, cinsiyet farklılıkları, dini inançları, dil, eğitim ve kişisel öyküleri her iki tarafın beklentileri ve davranışlarını belirler. Hekim hastanın kültüründen etkilenen psikososyal faktörlere yabancı ise bütüncül yaklaşımda aksamalar olacaktır. Hekim bu yaklaşıma göre hastasının beden, hastalık ve tedavi ile ilgili beklenti ve inanışlarını

keşfetmelidir. Bu model herhangi bir klinik olayda kültürel ortamın ve etkileşiminin önemini vurgular.

Berlin ve Fowkes (1993) LEAN kısaltması ile bu modeli özetlemektedir.

Dinleyin (Listen): Hastayı empati ile dinleyin, hastalığı tanımlamasını ve algısını anlayın.

Açıklayın (Explain): Sizin algıladığınızı hastanıza onun anlayacağı dilde anlatın.

Bilgilendirin (Acknowledge): Hastayla açıklamalarınızı karşılaştırın, benzerlik ve farklılıkları tartışın.

Tartışın (Negotiate): Hasta tarafından kabul edilen, etik kurallara uygun, gerektiğinde hastanın sosyal bağlarını kullanmasına olanak veren ortak bir yol çizin.

2.2.4.5. Biyopsikososyal model ve hasta merkezli görüşme

1977 yılında George Engel tarafından tanımlanan biyopsikososyal modele göre sosyal ve psikolojik değişkenler sağlık ve hastalık için belirleyici etkenlerdir. Engel klinisyenlerin dikkatini, hastaların duygusal yapılarına, hastalık karşısındaki davranışlarına ve sosyal çevrelerindeki değişimin hastalığın biyokimyasal, morfolojik farklılıklara yol açtığına çekmiştir. Bu yaklaşıma göre hastalık ve sağlık, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenlerin karmaşık etkileşimleri ile oluşmakta, yalnızca birine bağlı kalmamaktadır (18).

1986 yılında Ian R. McWhinney Engel'in oluşturduğu bu modeli göz önüne alarak klinik yöntemin hekim-merkezli değil hasta-merkezli olması gerektiğini bildirmiştir. Hekim merkezli yaklaşımda hekim hastanın durumunu profesyonel tıbbi bilgilerine göre değerlendirmekte, hasta merkezli yaklaşımda ise bunu hastanın içinde bulunduğu sosyal çevreyi de dikkate alarak yapmaktadır (20).

Hasta merkezli yaklaşım, 'bütünlüğün yeniden sağlanması' olarak tanımlayabileceğimiz iyileşme sürecinin temelidir. Hasta-merkezli sürecin birbiriyle etkileşen altı bileşeni vardır. Bunlar (18,20):

- Hem hastalığı hem de rahatsızlık deneyimini araştırma.
- Bireyi bir bütün olarak anlama.
- Hastanın ve rahatsızlıklarının yönetimi için hastayla ortak bir zemin arama.
- Koruma ve sağlığı geliştirme girişimlerini hastanın sorunlarını çözme süreciyle bütünleştirme.
- Hasta-hekim ilişkisini geliştirme.

- Gerçekçi olma'dır.

Hasta merkezli bakım, hastanın daha önce yaşadığı rahatsızlık deneyimlerini, psikososyal bağlamı ve kararların ortak alınmasını bir araya getirir. Hasta merkezli bakımın temeli, hastanın hastalığına doğru tanı koymanın yanı sıra hastanın bir kişi olarak ele alınmasıdır. Hasta merkezli yaklaşımın sağlık bakımının sonuçlarını geliştirdiğine ilişkin birçok kanıt oluşmuştur (8, 9).

Hasta merkezli olmak, hastaların her istediklerini yapmak anlamına gelmemektedir. Hasta merkezli iletişim bir dizi hekim davranışdır ve açık şekilde tanımlanmış iki bileşeni vardır: Hastaların rahatsızlıkları konusundaki görüşlerini ve duygularını belirlemek ve yanıtlamak; hastanın rahatsızlığı, sağaltımı ve hekimle hastanın üstleneceği rol ve sorumluluklar konusunda ortak anlayışa ulaşmak.

Yapılan bir çalışmada, hastalar yaptıkları görüşmeyi hasta merkezli olarak algıladıklarında daha iyi iyileştikleri, belirgin bir şekilde daha az tanısal test istendiği ve sevk yapıldığı saptanmıştır (24). Hasta merkezli yaklaşımın ölçülmesi yalnızca hastaların algılarına bağlı olup sağlık bakımının herhangi bir sonucuyla doğrudan ilişkili değildir. Sonuçta Stewart ve arkadaşlarının bu çalışması hasta merkezlilikle ilişkili son kararı hastanın verdiğini ortaya koymuştur (27).

2.2.5. Hasta Merkezli Görüşme ve Aile Hekimliği İlişkisi

Aile Hekimliği disiplinini tanımlayan özellikler altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (31, 32):

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

Bu özelliklerden özellikle kişi merkezli bakım ve bütüncül yaklaşım-modelleme hasta merkezli görüşmenin de temelini oluşturmaktadır.

2.3. HASTA MEMNUNİYETİ

2.3.1. Hasta Memnuniyetinin Tanımı ve Önemi

1970’li yıllardan itibaren kaliteli hizmetin en önemli göstergesi olarak görülen memnuniyet kavramı, son yıllarda sağlık alanında da önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık bakımının değerlendirilmesinde kullanılan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kaynakların uygun kullanımını için gerekli bir kavram olarak görülmüştür (Williams 1994)(10). Hasta memnuniyeti aynı zamanda sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısı ve sağlıkta kalite ölçütlerinden biri olmakta, sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması ve daha iyi düzeye getirilmesine olanak sağlamaktadır (7).

Bugün sağlık bakım kalitesinin değerlendirilmesinde 2 yol izlenmektedir (10):

- Sağlık bakım standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi
- Hasta memnuniyetinin izlenmesi (Walker 1998)

Sağlık hizmetlerinde hastalar 1960’lı yıllardan itibaren pasif rolden aktif role geçmeye başlamıştır. Günümüzde ise hastalar kendi sağlık bakımlarına ve karar verme süreçlerine katılmak, hastalıklarıyla ilgili tanı ve tedavilerini anlamak istemektedirler. Bu nedenle verilen sağlık hizmet kalitesinin sadece sağlık hizmeti verenler tarafından değil, sağlık hizmetini alan hastalar tarafından da değerlendirilmesi ön plana çıkmaktadır (Merkouris 1999a) (10).

Sağlık hizmetlerinde memnuniyetle ilgili ilk değerlendirmeler 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında yapılmıştır (Merkrouis ve ark. 1999a). Günümüze kadar devam eden çalışmalar özellikle son on yıldır gelişmiş ülkelerde sağlık bakım kalitesinin değerlendirilmesinde memnuniyetin önemli bir ölçüt olduğunu göstermiştir (Larsson 1999, Walker 1998, Williams 1994). Ülkemizde de memnuniyet çalışmaları giderek hız kazanmıştır (2,10,17,26,33-34).

Leebov ve Scott, sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin önemini 4 nedenle açıklamıştır (35):

- a) İnsancıl nedenler: Hastaların temel haklarından biri kaliteli sağlık hizmeti almasıdır.
- b) Ekonomik nedenler: Hastalar ücretin karşılığını bekler. Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının hasta ve kar potansiyelini arttırmaktadır.
- c) Pazarlama: Sağlık kuruluşları kazançlarını arttırmak için memnuniyete önem verir.
- d) Etkililik: Memnun olan hastaların sağaltım sürecine katılımı iyi olur.

Sağlık bakımının sonuçlarının hasta tarafından algılanması, sağlıkla ilgili beklentilerin karşılanması, kişiden kişiye hatta aynı kişi tarafından farklı zamanlarda farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Buna göre memnuniyet yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerler ile ilişkili karmaşık bir kavramdır (Carr-Hill 1992). Donebedian (1992) hasta memnuniyetini 'hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas yetkenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt' olarak tanımlamıştır. Greeneich (1993) ise farklı bir tanım yaparak 'hastanın beklentileri ve aldığı bakımın uyumu' olarak nitelemiştir (10).

Hasta memnuniyeti ayrıca hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararları, alacakları sağlık hizmetinin veriliş şeklinin sosyo-kültürel değerlerine uygunluğuna bağlıdır. Kişinin beklentisi aldığı hizmetten fazlaysa memnuniyetsizlik, aldığı hizmetten azsa memnuniyet ortaya çıkar (36).

Yapılan çalışmalarda memnuniyet düzeyi yüksek hastaların, hekimlerin tavsiyelerine uyma, verilen ilaçları düzenli kullanma ve aldıkları sağlık hizmetlerini devam ettirme tutumlarının memnuniyet düzeyi düşük hastalara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir (7).

2.3.2. Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Hall ve Dornan hasta memnuniyeti araştırma sonuçlarını değerlendirdikleri bir meta analizde hasta memnuniyetinin boyutlarını ulaşım, bürokratik işlemler, genel kalite, fiziksel şartlar, hizmetin devamlılığı, maliyet ve hizmetin değişkenliği olarak saptamışlardır (35).

Risser 1975 yılında, Amerika'da 1957-1974 yılları arasında yapılan hasta memnuniyeti araştırmalarını incelemiştir. Bu araştırmanın sonucuna göre ücret, uygunluk, sağlık personelinin teknik ve kişilerarası özellikleri, sağlık bakımının istenilen kalitede olması hasta memnuniyetinin boyutları olarak sınıflanmıştır (37).

Ware ve arkadaşları 1983 yılında hasta memnuniyetinin boyutlarını aşağıdaki gibi sınıflanmıştır (37):

- Hasta-sağlık çalışanı ilişkisi
- Sağlık bakımının teknik kalitesi
- Ulaşılabilirlik
- Ücretlendirme
- Etkililik
- Süreklilik

- Fiziksel koşullar
- Elde edilebilirlik

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinde dokuz boyuttan da söz edilmektedir (35):

- Hasta- hekim ilişkisi
- Hasta- hemşire ilişkisi
- Hasta- diğer sağlık çalışanı ilişkisi
- Bilgilendirme
- Beslenme hizmetleri
- Fiziksel ve çevresel koşullar
- Burokratik işlemler
- Güven
- Ücretlendirme

Çizelge I. Hasta memnuniyetine ilişkin yapılmış çalışmalarda boyutlar

Yıl	Araştırmacı	Memnuniyet Boyutu
1967	Ley ve arkadaşları	Bilgilendirme
1968	Korsch ve arkadaşları	Genel memnuniyet
1975	Hulka ve arkadaşları	Mesleki yetkinlik, hekimin kişisel nitelikleri, hizmetin maliyeti
1977	Ware ve arkadaşları	Hekimin tavrı, bulunabilirlik, süreklilik, uygunluk ve ulaşılabilirlik
1978	Wolf ve arkadaşları	Bilişsel, duygusal ve davranışsal boyut
1986	Feletti ve arkadaşları	İletişim, bakım ve güven, profesyonel tutum ve davranışlar, teknik yeterlik, sırdaşlık, hekime güvenme
1987	Like ve Zyanski	Tıbbi bilgi, psikolojik ve sosyal destek, terapötik dinleme, genel sağlıkla ilgili tavsiyeler ve biyomedikal tedavi
1989	Greenfield ve Attkisson	Hekimin tavrı, bilgisi ve yetkinliği, genel memnuniyet, dinleme ve anlama yetisi, dikkatlilik, kusursuz olma çabası, haklara saygı ve iyileşme
1996	Güliz Elal Lawrence	Sağlık personeli tavrı ve bilgisi, psikolojik ve sosyal destek, genel memnuniyet, iletişim ve fiziksel koşullar

Öztürk M M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik bir pilot araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, 2002 kaynağından alınmıştır.

2.3.3. Hasta Memnuniyetine Temel Oluşturan Kuramlar

Hasta memnuniyetini açıklamaya yönelik teorilerin çoğu işyerine yönelik motivasyon kuramına dayanılarak oluşturulmuştur. (Merkouris ve ark. 1999a). Herzberg ve arkadaşları ikili etken kuramını öne sürmüştür. Buna bağlı olarak da hasta memnuniyeti ve memnuniyetsizliğine neden olabilecek faktörlere ilişkin yorumlar yapmışlardır. Doyumsuzluk (çalışma koşulları, güvenlik, maaş vb. dış faktörler) ve memnuniyet faktörleri (birey olarak kabul görme, sorumluluk alma vb. içsel faktörler) ikili faktör teorisini oluşturmaktadır (10).

Hasta memnuniyetiyle ilgili diğer bir kuram Linder-Pelz tarafından öne sürülen beklenti modelidir. Linder-Pelz, bireyin aldığı bakımla ilgili olumlu tutumu hasta memnuniyeti olarak tanımlamaktadır. Linder-Pelz, hasta memnuniyetini tanımlamada 10 temel öge saymıştır (35):

- Kolay erişebilme,
- Kaynakların kullanılabilirliği,
- Bakımın devamlılığı,
- Bakımın çıktıları,
- Maliyet,
- İnsancılık,
- Bilgi toplama,
- Bilgi verme,
- Hoşa gitme,
- Kalite ve yeterlilik (tez8-Linder, 1982).

Lawler ve Anderson hasta beklentilerinin farklı yönlerini ortaya koyan üç kuram oluşturmuştur (10):

- Düzensizlik kuramı: Hastanın beklentileri ile verilen hizmet arasında bir uçurum vardır. Beklentiler ve hizmetin karşılaştırılması sonucunda olumlu, olumsuz bir düzensizlik oluşmaktadır.
- Zıtlık kuramı: Beklentiler ve hizmetin arasındaki farklılık büyüktür.
- Eşitlik kuramı: Kişinin kendi beklentileriyle başkalarının beklentilerinin ve girdilerle çıktıların dengeli olması söz konusudur.

2.3.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Jones ve arkadaşları hasta memnuniyetiyle ilgili faktörleri dört ana grupta toplamışlardır. Bunlar (35):

- Sağlık statüsü, hizmet beklentileri ve sosyo-demografik ayrıntıları içeren hasta özellikleri
- Sağlık hizmetinin teknik ve işlevsel yönü, hizmeti sunanların özellikleri
- Hasta ve sağlık hizmeti verenler arasında açık iletişim, bütüncül ve sürekli bir hasta hekim ilişkisi
- Çevresel etkenler (sağlık hizmetinin oluşturulmasında etkili) (yeri değiştirildi)

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin daha ayrıntılı olarak 3 grupta inceleyebiliriz;

2.3.4.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Hastaların yaşı cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal statüleri, sağlık durumları, hastanın geçmiş deneyimleri, çevreden edindiği bilgiler, beklentileri, hastanın kendi sağlık algısı hasta memnuniyetini etkilemektedir (Forbes ve Brown 1995, Lin 1996, Sitzia ve Wood 1998) (10).

Sosyo-demografik değişkenlerle ilgili olarak farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bunlardan bazıları şunlardır (10):

- Yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun olduğunu saptayan çalışmalar (Carr-Hill 1992, Jakobsson ve ark. 1994) olmasına karşın yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulmayan çalışmalar da (Hart ve ark.1996, Zu ve ark. 1997) vardır.
- Kadınların (Lookinland ve Pool 1998) ya da erkeklerin daha memnun olduğunu (Gray 1997), memnuniyetle cinsiyetin ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar (Larsson 1999, Okumuş ve ark. 1993, Özmen 1990, Tengilimoğlu 1996) bulunmaktadır.
- Carr-Hill 1992, Esatoğlu 1996 ve Özmen (1990) çalışmalarında, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların beklentileri fazla olduğu için daha az memnun olabileceğini belirtmiştir.
- Yılmaz (2000) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğunu bulmuştur.
- Okumuş 1993 ve Akyol 1993, eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediğini bulmuştur.
- Weiss 1988, hasta memnuniyeti ve yaş arasında olumlu ilişki saptamıştır (7).

- Lewiss 1994, Ersoy 1996, eğitim düzeyi ve hasta memnuniyeti arasında olumsuz ilişki saptamıştır (7).

Özetle, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile memnuniyet arasındaki ilişki tutarlı değildir.

2.3.4.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, sağlık personeli tarafından gösterilen ilgi ve anlayış, sağlık personelinin profesyonel tutumu, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, iyi iletişim kurma memnuniyet üzerinde önemli rol oynar (10).

Değişik yazarlar hasta memnuniyetini etkileyen en önemli iki etkenin iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğunu belirtmektedir (Avis 1995b, Meredith 1993, Sitzia ve Wood 1998, Walker 1998). Hasta merkezli bakım bireyin kendisini önemli hissetmesine ve hekimle kurulan iletişimde güvenin sağlanmasına olanak sağlar. Bu yaklaşımda yine bireyin gereksinimleri belirlenir, karşılanır ve bu yönde hastaya yeterince bilgi verilince hastaların sağlık personeline karşı güven ve memnuniyeti artar (Zu ve ark. 1997, Williams 1993, Yılmaz 2000) (10).

2.3.4.3. Çevresel ya da Kuruma Yönelik Faktörler

Sağlık kuruluşunun ulaşılabilirliği, çalışma saatleri, temizlik, otopark ve yiyecek hizmetleri vb. fiziksel özellikleri içermektedir.

Diğer bir kaynağa göre hasta memnuniyetini etkileyen temel etkenler hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının davranışı, genel rahatlık, bilgilendirme, beslenme, güven, bürokratik işlemler, ücret ve hastane çevresidir (7).

Walley'e göre hasta memnuniyetini etkileyen temel faktörler çıktılarından memnuniyet, hizmetlerde devamlılık, hasta beklentileri, hekim-hasta ilişkisidir. Pitzpetrik'e göreyse sağlık hizmetlerinin bulunabilirliği, ulaşılabilirliği, hasta hekim ilişkisi, hasta bakım kalitesi, mesleki beceri, bakımın örgütsel yönü bu faktörleri oluşturmaktadır (7).

Akgün ve arkadaşlarının (7) 1966- 1990 yılları arasında yapılan 221 araştırmanın boyutlarını incelendikleri bir metaanalize göre hasta memnuniyetini etkileyen en önemli 4 faktör belirlenmiştir. Bunlar:

- Sağlık hizmetlerini veren kişilerin hastalarına karşı gösterdikleri ilgi
- Hastaları hastalıkları hakkında bilgilendirme
- Yakın ilgi, hizmet sunucularının ve sağlık kuruluşlarının güvenilirliği

- Profesyonel yeterlilik

2.3.5. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi

Hasta memnuniyeti hakkında yapılan çalışmalarda doğrudan ve dolaylı yöntemler kullanılmaktadır. Doğrudan yöntemler, memnuniyet düzeyinin önceden belirlenmiş olan değişkenlerinin hastaya doğrudan sorulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi vb.'dir. Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin doğrudan sorulmadan, hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimlerin kullanıldığı yöntemlerdir. Kullanılan bu yöntemlerin maliyeti, doğruluğu, istatistiksel geçerliliği ve hastalara verdiği rahatsızlık derecesi değişkenlik göstermektedir (35).

Hasta memnuniyet araştırmalarında kullanılan yöntemler kalitatif (niteliksel) ve kantitatif (niceliksel) olmak üzere ikiye ayrılır (37). Niteliksel araştırmalarda veriler genellikle görüşme (çoklu görüşme, odak grup) ve gözlem yöntemleriyle toplanır. Niceliksel araştırmalarda ise veri toplamak için genellikle anketler kullanılır. Niteliksel yöntemde amaç sağlık hizmetinin niteliğinin nasıl olduğunun ve hizmetin görünüşünün belirlenmesidir. Niceliksel yöntemde ise hastanın ne kadar ve ne oranda memnun olduğu araştırılır.

Hasta memnuniyeti araştırmalarında en sık kullanılan yöntemler (35):

- Anket uygulama yoluyla yapılan araştırmalar
- Posta yoluyla yapılan araştırmalar
- Telefon görüşmeleri yoluyla yapılan araştırmalar
- Odak grup görüşmeleri ile yapılan araştırmalar

Hasta memnuniyetinin ölçülmesinde bazı zorluklar vardır (37):

1. Hastaların sağlık personeli ve sağlık hizmetlerini değerlendirme konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması en önemli zorluklardan biridir.
2. Hastaların bedensel ve duygusal yapıları memnuniyet konusundaki yargılarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
3. Hastalar ve sağlık çalışanı arasındaki ilişki tıbbi olmayan etkenlerden etkilenmektedir.
4. Tıbbi olmayan diğer hizmetler de memnuniyette etkilidir.
5. Hastalar hekime bağlı olma hissi nedeniyle gerçek görüşlerini bildirmemektedirler.

2.3.6. Hasta Memnuniyeti Üzerine Beklentilerin Rolü, Karşılanması veya Karşılanmamasının Sonuçları, Memnuniyet Kavramıyla İlişkisi

Hasta memnuniyetinin beklentilerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Linder-Pelz beklentileri, önemli bir psikososyal değişken olarak tanımlamış ve memnuniyet üzerine belirgin etkisi olduğunu belirtmiştir (35).

Beklenti ve memnuniyet ilişkisini inceleyen araştırmaların benimsedikleri yaklaşımların çeşitliliği bulgu çeşitliliğine yansımıştır. Bir çalışmada çok az beklentinin karşılanmış olmasına karşın, bunun hasta memnuniyeti üzerine hiçbir etkisinin olmadığı saptanmıştır (Sanchez-Menegay ve ark. 1992). Bu gibi bulgular yorumcuların, beklentilerin bakımı değerlendirmede önemli bir rolü olduğuna yönelik çok az kanıt olduğunu ileri sürmelerine yol açmıştır (Williams 1994) (9, 11).

Bu çalışmaların aksine beklenti ve memnuniyet arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (5,38). Hiesh ve Doner Kagle (1991) beklentilerin hasta memnuniyetinin en önemli göstergesi olduğunu bulmuşlardır. Benzer bir şekilde, Korsch ve ark. (1968) beklentilerin karşılanma derecesinin memnuniyet açısından sonuçları etkilediğini bulmuşlardır. Williams ve ark. (1995) çoğu beklentisi karşılanmış olan hastaların çok az beklentisi karşılanmış hastalara göre çok daha yüksek memnuniyet ifade ettiklerini saptamışlardır (11).

Beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalar, beklenti ve memnuniyet her zaman birbirinden ayırt edilemediği için bu kavramları birlikte açıklamakta sıkıntı çekmişlerdir (Lindez-Pelz 1982b, Fitzpatrick & Hopkins 1983). Bu ayırım ölçmenin geçerliğini sağlamak açısından çok önemlidir. Bu nedenle beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkinin kanıtları karmaşıktır (11).

Hasta beklentileri ve memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştırmanın güçlükleri şöyle tanımlanmaktadır (9):

- Pekçok çalışma beklenti ve istek arasındaki kavramsal ayrımı incelememektedir. Beklenti hastanın olmasını istediği veya olmasını düşündüğü şeydir, istek ise hastanın hekime sorduğu şeydir. Kravitz ve ark., hasta isteklerini gruplamışlardır. Bilgiyle ilgili hasta istekleri 11 kategoride, eylemlerle ilgili hasta istekleri 8 farklı kategoride ele alınmıştır. Ayrıca karşılanmamış isteklerin düşük memnuniyetle ilişkili olduğunu da göstermişlerdir (9).

- Hastaların görüşmeyle ilgili özgül beklentileri ve bu beklentilerin karşılanmasının hasta memnuniyetini nasıl etkilediği hakkında bilinen çok az şey vardır. Bu güne kadar yapılan çalışmalar özgül beklentilerden çok tanısal araştırma ve testlerle ilgili beklentilere odaklanmıştır (9).
- Çalışmalar hastaların daha fazla ve çeşitli beklentilerle geldikleri genel tıp kliniklerinden çok özgül kliniklerde tek bir beklentiye yönelik yapılmıştır (9).

Bu karmaşık ilişkiye karşın verilen sağlık hizmetinden memnun olan hastaların memnun olmayan hastalara göre tıbbi hizmeti daha çok kullanmayı sürdürdükleri ve uyum gösterdikleri gözlenmiştir (26).

Sağlıkla ilgili konularda beklentileri ve bilgisi az olan hastalar daha çok, beklentileri ve bilgisi fazla olan hastalar daha az memnun olmaktadır (Özmen 1990a) (10).

2.4. HASTA BEKLENTİLERİ

Hasta-hekim görüşmesiyle ilgili yapılan çalışmalarda hastaların görüşmeye bir gündemle geldiğini ve hekimin hasta gündemini anlamadaki başarısızlığı pekçok görüşmenin sonuçlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Hasta gündeminin tam olarak anlaşılması, ancak hekimin tıbbi bilgi alma becerilerinin geliştirilmesi ve hastayla daha iyi iletişim kurabilmesi yoluyla gerçekleşebilir (4).

Hasta-hekim görüşmesinde Stott ve Davies tarafından tanımlanan hekimin dört ana görevinden biri de hastanın geliş nedeni, ne istediği, kaygı, düşünce ve beklentilerinin saptanması, kısaca hasta gündeminin belirlenmesidir. Sıklıkla hasta gündeminin belirlenmesi sağlanamamaktadır (4).

Bu noktada hekim, başlıca bileşeni hastaların rahatsızlıkları hakkındaki görüş, kaygı ve beklentilerinin araştırılması olan hasta merkezli bakım yoluyla hastayla etkili iletişimi sağlayabilmektedir (5).

2.4.1. Hasta Beklentilerinin Tanımı

Hasta beklentilerinin tanımlanmasında önemli bir nokta beklenti ve istek kavramlarının birbirinden farklı olduğunun anlaşılmasıdır. Nitekim araştırmaların çoğunda hastaların beklentileri araştırılırken bu farklılık gözönüne alınmamakta, istekler de beklenti olarak kabul edilmektedir. Birinci basamakta tıbbi bakım açısından hasta istek ve

beklentilerini iki ayrı bölgede karşılaştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, bu iki kavram şöyle tanımlanmıştır (39):

Verilen bakım bileşenlerinden birini isteme algısına ““istek”, bakım bileşenlerinden birini alabilme olasılığının hasta tarafından algılanmasına “beklenti” denir.

Beklenti “ herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmak ” olarak da tanımlanabilir (Longman 1987) (10).

Williams ve ark., (1995) beklentileri hekime gelmeden önceki arzu, istek ya da gereksinimler açısından tanımlamaktadır. Buetow ise (1995) beklentilerin istek ve öngörülerden oluştuğunu söyleyerek, beklentileri isteklerden ayırmıştır. Öte yandan isteklerin farklı olmayıp gereksinimlerin kendisi olduğunu ileri sürerek istek ve gereksinimleri aynı anlamda kullanmıştır. Hasta beklentileri ve hasta isteklerini birbirinden ayıran Like ve Zyanski (1987) başka bir beklenti tanımı yapar. Buna göre beklenti, hastanın bir görüşme sırasında neyin olmasını beklediği ile ilişkili iken, hasta istekleri kendisine nasıl yardım edileceği üzerine hastanın belirli fikirlerine gönderme yapar. Çeşitli araştırmalarda beklenti tanımı yapılmaya çalışılsa da tanım çeşitliliği nedeniyle beklenti kavramını anlamaya yönelik kuramsal bir ilerleme kaydedilmesi çok zaman almıştır. Bugün de beklenti kavramı hala üzerinde çalışılan karmaşık bir ifadedir (11).

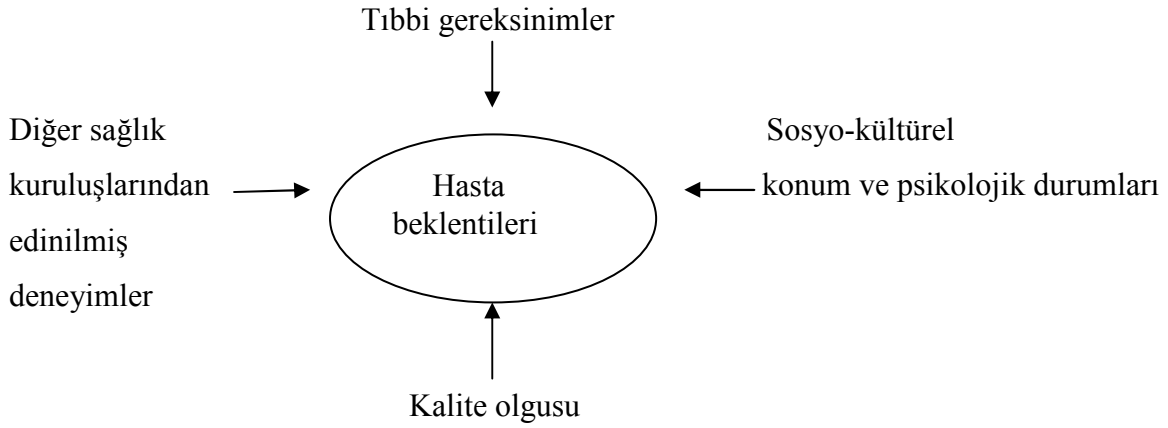
2.4.2. Hasta Beklentilerinin Sınıflanması

Thompson ve Suol, beklentileri dört grupta sınıflamıştır (6):

- **İdeal (istenilen):** İdeal beklentiler kullanıcıların arzuladıkları ya da tercih ettikleri sonuçları yansıtır.
- **Öngörülen (önceden bildirilen):** Öngörülen beklentiler kullanıcıların gerçekte olacağını düşündükleri şeyleri yansıtır.
- **Değerlere uygun:** Genel değerlere uygun beklentiler neyin gerçekleşmesi gerektiğini belirtir.
- **Şekillenmemiş:** Şekillenmemiş beklentiler kullanıcıların beklentilerini ifade edemedikleri ya da etmek istemedikleri durumlarda ortaya çıkar. Kullanıcıların beklentilerini ölçmeye çalışmanın her zaman olası ya da uygun olmayabileceği gerçeğini ileri sürer.

2.4.3. Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler

Hastaların beklentileri Şekil 4’de gösterildiği gibi tıbbi gereksinim ve deneyimleri, yakınlarının tıbbi deneyimleri, teknoloji kullanımı, kültürel özellikler ve yaşam tarzı gibi etkenlerden etkilenmektedir (1).



Şekil 4. Hasta beklentilerini etkileyen faktörler

Thompson ve Suol, beklentileri inceledikleri çalışmada aynı zamanda beklentileri hangi faktörlerin etkilediğini de araştırmışlardır. Bu faktörleri kişisel, sosyal ve çevresel olmak üzere üç kategoride sınıflamışlardır. Yapılan incelemeler sonucunda bu faktörlerin etkilerini anlayabilmek için farklı hasta gruplarıyla ve farklı sağlık bakım sistemlerinde daha fazla çalışma yapma gerekliliği ortaya çıkmıştır (6).

Hasta beklenti ve gereksinimlerini etkileyen değişkenler, bir diğer görüşe göre de üçe ayrılmaktadır. Bunlar hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin özelliklerdir (2).

a) Hastaya ilişkin özellikler

- Hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimleri
- Değişen değer yargıları
- Hastaların eğitim, cinsiyet ve yaş gibi demografik özellikleri
- Kendi sağlık algısı

b) Hizmet verenlere ilişkin özellikler

- Sağlık çalışanının kişilik özelliklerinin hastaya karşı olan davranışları etkilemesi
- Hizmet verenlerin profesyonel tutumları
- Hizmet verenlerin bilgi ve becerilerini sunma biçimleri
- Hizmet verenlerin gösterdiği incelik, ilgi ve anlayış
- Hastanın bir birey olarak değerlendirilmesi
- Kolay ulaşılabilirlik

Tüm bu özellikler göz önüne alınarak hastaların beklentilerinin değerlendirilmesi ve karşılanması hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, daha katılımcı olmasını sağlamaktadır.

c) Fiziksel ve çevresel etkenler ya da kurumsal özellikler

- Sağlık hizmeti sunulan birimin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark vb.
- Sağlık güvencesi, ücretlendirme durumu

Ayrıca, hastaların hastane hizmetlerinden beklentileri incelendiğinde dört temel faktör ortaya çıkmıştır (7):

- Hastanın tıbbi gereksinimleri
- Diğer sağlık kuruluşlarından edindikleri deneyimler
- Zihinlerindeki kalite tanımı
- Sosyo-kültürel kavramlar ve psikolojik durumları

Hastaların daha önce edindikleri deneyimlerin oluşmasında etkili olan birbiriyle ilişkili üç değişken vardır. Bunlar klinik sonuç, tıbbi hizmetin alındığı fiziksel çevre, hekimlerin hastayla kurdukları iletişimdir. Klinik sonuç hastanın beklentisine, hastalığın ne olduğuna, hastanın çevresinden duyduklarına, daha da önemlisi beklenen düzelme oranına, yan etkilere, sağlık çalışanlarının klinik sonuçla ilgili söylediklerine dayanır. Fiziksel çevre ise temizlik, çevrenin görünümü, ulaşım, park yeri, vb.ni içermektedir. Fiziksel ortamı belirleyen değişkenler hasta üzerinde etkiye sahiptir. Klinik sonuç ve ilgiden memnun kalan bir hasta fiziksel çevredeki olumsuzluklardan çok fazla etkilenmemektedir. Buna karşın fiziksel çevrenin uygun olması klinik sonuç ve ilgiden memnun kalmayan bir hastanın memnuniyetini etkilememektedir. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin nazik olmayan yaklaşımları hastalarda memnuniyetsizlik yaratabilmektedir (7).

Birinci basamakta hasta beklentileriyle ilgili değişkenlerin araştırıldığı çalışmalar:

- Virji and Britten hastaların tıp mesleğine karşı tutumunun hasta beklentileriyle anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermiştir (6).
- Webb ve Lloyd reçetelemeyle ilgili hasta beklentilerinin benzer sorunlarla ilgili önceki görüşmeler, sorunun yapısı ve süresiyle ilişkili olduğu, ancak yaş ve cinsiyetle ilişkili olmadığını göstermiştir (6).
- Avustralya’da Cockburn ve Pit, reçeteleme hakkındaki hasta beklentilerinin yaşla ilişkili olduğunu, diğer değişkenlerle ilişkisi olmadığını göstermiştir (6)
- Almanya’da Himmel ve ark., reçetelemeyle ilişkili hasta beklentilerinin tıp mesleğine karşı tutum, kronikleşme ve kendi durumlarıyla ilgili diğer etkenlerle bağlantılı olmadığını, fakat yaşla bağlantılı olduğunu bulmuştur (6).
- Sağlık beklentilerinin etnik gruplara göre farklılıklar gösterdiğini bildiren çalışmalar vardır. Bazı çalışmalar bilgi verme ve tıbbi tedavinin önemini, bazı çalışmalar ise beklentilerin iyi iletişim, dinleme, hastaların nasıl yönetileceği üzerine seçenekleri içerdiğini vurgular (40).
- Farklı etnik gruplar karşılaştırıldığında tedavi ve hasta tercihleri ile ilgili beklentiler açısından fark saptanmamıştır. İletişim, tutarlılık, hasta gündemi üzerine odaklanmayla ilgili beklentiler açısından bakıldığında ise farklı etnik gruplar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur (40).
- Daha iyi deneyimlerin yaşanması hastaların beklentilerini arttırmaktadır (40).
- Hasta beklentilerinin etnik kökenin, sağlık sorunu hakkındaki şüpheleri, başa çıkma stilleri ve reçetelemeye karşı tutumlarıyla ilişkili olduğunu gösterilmiştir (14).
- Beklentilerle ilişkili etkenler ve bu etkenlerin hekimin davranışlarını etkileyip etkilemediği hakkında bilinen çok az şey vardır (14).

Hastaların beklentilerini etkileyen etkenler arasında literatürde en önemli olan değişkenler cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence, sosyoekonomik durum ve meslek olarak bulunmuştur (1).

2.4.4. Hasta Beklentilerini Ölçme Yöntemleri

Hasta beklentileri üzerinde yapılan çalışmalar, değinmeye çalıştıkları ilişkilerin boyutları ve içerikleri açısından farklılık göstermektedir. Farklı tip hastaların farklı beklentileri olması nedeniyle araştırmaların içerikleri de farklılık gösterir. Yapılan çalışmalarda incelenen beklentiler ve bu beklentilerin seçimine hastaların katılım derecelerine

genelde gerekçe gösterilemez. Bu beklenti çalışmaları açısından önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca içerik geçerliliğini ölçmek de çok zordur. Çalışmalarda içerik geçerliliğini sağlamak için, hastaları önce belli hastalıklar altında gruplamayı ve sonra bu hastaların beklentilerini temel alma gibi bir yol izlenmelidir. Bazı araştırmacılar araştırdıkları beklentilerin gerekçelerini açıklamışlardır. Örneğin, Ruggeri & Dall’Agnola (1993) ve Hsieh ve Doner Kagle (1991) memnuniyet ölçeği olarak kullanılan bir ölçeği beklentileri ölçmek için kullanmışlardır. Memnuniyet araştırmasında kullanılan anketin boyut ve maddeler açısından beklentileri ölçmeye uygun olup olmadığı tartışılmamıştır. Bu engeli aşmak için anketlerine hastaların kendi beklentilerini yazabilecekleri bir bölüm eklemişler, bu da bir çeşit içerik geçerliği görevi yapmıştır (11).

Beklenti ve memnuniyet arasındaki ilişkiye ait farklı bulgular bu ilişkinin önceden düşünülen çok daha karmaşık olduğunu ve bunu ölçmekte kullanılan anket teknikleri ile yeterince anlaşılmadığını gösterir. Örneğin, yalnızca anket tekniğini kullanan çalışmalar beklentilerin var olduğunu ve görece / nispeten durağan / değişmez varlıklar olduklarını varsayar. Fakat bu gibi varsayımlar niteliksel teknikler kullanıp bazı beklentilerin durağan olmadığı ve değişebileceği sonucuna ulaşmış çalışmaları göz önüne alıp sorgulanabilir. Bazı beklentilerin durağan olmama potansiyelini göz önüne alırsak, beklentileri ölçmeye girişmeden önce beklenti kavramını belli bir hasta grubu temelinde araştırmak daha yerinde olabilir. Beklentilere hastaların bakış açısıyla bakmak çalışmanın içerik geçerliğini sağlayacaktır. Çünkü “neyi ölçtüğümüzden ve hangi ölçü sistemini kullanmamız gerektiğinden emin olmamız gereklidir” (thompson & Sunol 1995) (11).

Beklentilerin ölçüldüğü çeşitli çalışmalarda, ölçmeye uygunlukları, üstünlük ve kısıtlılıkları tartışılmadan farklı metodolojik yaklaşımlar kullanılmıştır. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır (11):

- Ruggeri & Dall’Agnola (1993), 0-en önemsiz, 100-en önemli olmak üzere 10 cm’lik bir ölçek kullanarak hastaların beklentilerini derecelendirmelerini istemişlerdir.
- Like ve Zyanski (1987), iki aşamalı bir anket kullanmıştır. Hastalardan o günkü randevu ile ilgili belirtilen ifadeleri isteyip istemediklerini evet ve hayır olarak yanıtlamalarını istemişlerdir. Eğer yanıt evet ise, 1-biraz önemli, 4-çok önemli olmak üzere beklentinin derecesini sormuşlardır.

- Bendsten & Bjhrulfr 1993, Linder-pelz 1982b, Flood ve ark. 1993 çalışmalarında 5 maddeli ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçeklerde 1=asla katılmıyorum, 5=tamamen katılıyorum arasında derecelendirme yapılmıştır.
- Williams ve ark. 1995, 3 maddeli ölçekler içeren anketler kullanmıştır.

Hasta beklentilerinin ölçüldüğü 3 farklı yöntemin karşılaştırıldığı bir çalışmada (1) görüşme öncesi ve sonrasında hastanın doldurduğu anket, (2) sadece görüşme sonrasında doldurulan anket ve (3) görüşmeci tarafından doldurulan görüşme öncesi ve sonrası anket yöntemleri kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçüm yöntemlerinin hasta beklentilerinin içeriğini nasıl etkilediği, bu yöntemlerin tüm popülasyonlara uygulanıp uygulanamayacağı, 3 yöntemin de hasta memnuniyetinin öngörülmesinde eşit olanak sağlayıp sağlayamadığı, karşılanmamış beklentilerin tanımlanmasında görüşme sonrası anketin yeterli olup olmayacağı araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 1 numaralı yöntem 3 numaralı yönteme göre daha fazla hasta beklentisini ortaya çıkarmış, ancak memnuniyet tahmini açısından fark bulunmamıştır. Beklenti içeriklerindeki fark özellikle öykü alma, fizik bakı, laboratuvar testleri ve danışmanlık boyutlarında bulunmuştur. Ayrıca beyaz ırktan ve iyi eğitilmiş klinik popülasyonda 1 numaralı yöntemle 3 numaralı yönteme göre daha çok beklenti tariflenmiştir. Bu çalışmada görüldüğü gibi, beklentilerin ölçülmesi pekçok etkenden etkilenen dinamik bir süreçtir; kullanılan yöntemlerin çeşidi de sonuçları etkilemektedir (38).

2.4.5. Hasta Beklentilerinin Karşılanması ve Karşılanmamasının Sonuçları

Hasta beklentilerinin anlaşılması ve dikkate alınmasının memnuniyet ve hasta uyumu , fiziksel sağlık sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren kanıtlar vardır (14). Bunun yanında hasta beklentilerinin karşılanmasının hastanın tedavisinde daha uyumlu ve katılımcı olmasına, aldığı sağlık hizmetinin devamlılığının artmasına, bunun sonucunda da halkın sağlık düzeyinin yükselmesine olanak sağladığı bilinmektedir (5,13,14).

Tanısal araştırmalar açısından karşılanmamış hasta beklentilerinin alınan bakımın kalitesini değerlendirmede etkili olduğu, hasta-hekim ilişkisini zedelediği ve hastanın sağlıkla ilgili kaygısını arttırdığı gösterilmiştir (30).

Birinci basamakta muayene ve tanısal testler açısından hasta beklentilerini tanımlama amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda, karşılanmamış beklentileri olan hastaların 3 ilke çevresinde düzenlenen bir inanç sistemi paylaştıkları görülmüştür (30):

- Hekimler saptamaya çalışmadan önce neyin yanlış gittiğini bilmek durumundadırlar.

- Belirtiler görüldüğünde çok geç olabilir.
- Eğer hekimim benimle yeteri kadar ilgilenseydi, benim belirtilerimi daha düzgün incelerdi.

Hasta beklentilerinin doktor davranışlarını etkileyip etkilemediği konusunda bilinenler çok azdır. Görüşme süresince hasta beklentileri ve doktor eylemleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır (14). Ayrıca pekçok çalışma hekimlerin görüşme esnasında verdiği kararları etkileyen tıp dışı etkenler olduğunu göstermiştir. Örneğin hekimlerin reçeteleme hakkındaki hasta beklentilerini algılayamaması veya yanlış algılaması gereksiz reçeteleme ve tedaviye zayıf uyumu getirmektedir (13).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma bölgesi

Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uygulama ve Eğitim Merkezi'nde (poliklinik) yapıldı. Aile Hekimliği polikliniği Tıp Fakültesi Hastanesi ana binası dışında, Aydın'ın batısındaki bir kenar mahallesinde oluşturulan bir sağlık merkezi içinde yer almaktadır. Bu merkez hastane otomasyon sistemine bağlı ve tümüyle Tıp Fakültesi Hastanesi koşulları ile hizmet veren bir birinci basamak kuruluşu olarak kabul edilebilir. Ancak ülkemizin sağlık örgütlenmesi içerisinde yer alan birinci basamak ortamlarla kıyaslandığında bazı giriş kısıtlılıkları yaşamaktadır.

Aydın merkezde ve çevresinde hizmet veren sağlık ocakları ile araştırma işbirliğinin yeterince gelişmemiş olması nedeniyle, araştırmanın yürütülmesi ile ilgili sorunları en aza indirmek için çalışmaya yalnızca anabilim dalımızın kendi polikliniğine başvuran hastalar alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı merkezin belirlenmiş bir bölge ya da nüfus tabanı bulunmamaktadır. Tıp Fakültesi hastanesine başvuru koşulları çerçevesinde özellikle yakın çevrede oturan halk Aile Hekimliği polikliniğinden hizmet alabilmektedir. Daha çok emeklilerin oturduğu bir bölgede yer alması nedeniyle polikliniğimizin kronik hastalıkların ön planda olduğu erişkin bir hasta nüfusu bulunmaktadır.

Araştırma evreni

ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü tüm hastalar araştırmamızın evrenini oluşturmuştur. Kasım 2007 – Haziran 2008 tarihleri arasındaki 8 aylık dönem içinde herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran ve gönüllü hastalar ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Katılmak istemeyen ya da uygulanan anket formlarını kendi başına dolduramayacak durumda olanlar çalışmaya alınmamıştır. Ancak hastalar anketleri doldururken eşlik eden kişiler yardımcı olmuşlardır. Araştırma evreni 400 hasta olarak belirlenmiştir. Ancak araştırmanın yapıldığı merkezindeki tıp uygulamasının kısıtlılıkları nedeniyle çalışma 2008 Haziran ayı sonunda 200 hastaya ulaşıldığında tamamlanmıştır.

Araştırma gereçleri

Çalışmamızda üç adet anket formu kullanılmıştır. Anket formları Zebiene ve ark tarafından konuyla ilgili literatür taraması yapılarak ve hasta merkezli klinik yöntemin temel özellikleri dikkate alınarak İngilizce olarak geliştirilmiştir. Anketlerden ikisi, o günkü

görüşmeden beklentileri hakkındaki 24 ifade ve hasta özelliklerini içeren “Hastalar için hasta beklentileri anketi (PEQ-P)” ve görüşme sonrasında beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığını tanımlayan benzer 24 ifadeyi içeren “Hastalar için karşılanmış hasta beklentileri anketi (EMQ-P)” hastalar tarafından dolduruldu. Üçüncü anket ise hastayla görüşmeyi gerçekleştiren hekimin hastanın beklentilerini karşılayıp karşılamadığını, görüşmeyle ilgili hekimin görüşlerini belirlemeyi hedefleyen ve hastalar için hazırlanan ankettekilerle koşut ifadelerle hekim özelliklerinin yer aldığı “Doktorlar için beklentileri karşılama anketi (EMQ-D)” idi.

Anketlerde yer alan 24 ifade hasta merkezli yaklaşımın temel özellikleri temelinde görüşmenin biyomedikal yönleriyle ilgili hasta beklentileri (fizik bakı, test, sağaltım), sorunların anlaşılması ve açıklamasıyla ilgili beklentiler, duygusal destek, tıbbi bilgi ve sağlığın geliştirilmesi, kişisel ilişkilerle ilgili beklentiler olmak üzere beş ana başlıkta gruplanmaktaydı. Anket formlarında yer alan 24 ifadenin hasta merkezli yaklaşımın beş temel özelliğine göre dağılımı Kutu 1’de verilmiştir. Anketlerde yer alan her ifade için beşli Likert ölçeği kullanıldı: (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Emin değilim, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılmıyorum. O görüşmeyle ilgili olmaması durumunda katılımcıların tercih edebileceği “ilgili değil” seçeneği tüm sorulara eklendi.

Üç anket formu İngilizce orijinalinden Türkçeye iki ayrı çevirmen tarafından çevrildi. Çeviri metinleri iki çevirmen tarafından birlikte gözden geçirildi ve metinler üzerinde uzlaşma arandı. Uzlaşmaya varılamayan noktalar üçüncü bir çevirmen tarafından değerlendirildi ve anket formlarının Türkçe çevirilerinin son taslağı oluşturuldu.

Taslak anket formlarının anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik ölçümleri için pilot uygulama yapıldı. Ön test uygulaması ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvuran 30 hasta ile yapıldı. Bu uygulamadan elde edilen geribildirimler de dikkate alınarak anket formlarının Türkçe çevirisine son şekli verildi.

Kutu 1. Anket formlarında yer alan 24 ifadenin hasta merkezli yaklaşımın beş temel özelliğine göre dağılımı

Görüşmenin biyomedikal yönleriyle ilgili hasta beklentileri (fizik bakı, test, sağaltım);

1. Doktorun beni baştan aşağı muayene etmesini istiyorum.
2. Doktorun bana ilaç vermesini(veya daha önce aldığım tedaviyi tekrarlamasını) istiyorum.
3. Sorunumun anlaşılması için bazı testler yapılmasını istiyorum.
4. Sağlık sorunumun tedavisi için bir uzmana sevk edilmek istiyorum.
5. Doktorun tedavi için beni hastaneye sevk etmesini istiyorum.

Sorunların anlaşılması ve açıklamasıyla ilgili beklentiler;

6. Doktorun, bugün gelmeme neden olan sorunumu anlamasını istiyorum.
7. Doktorun daha önce yapılmış bazı testlerin anlamını açıklamasını istiyorum.
8. Doktorun, sorunlarımla ilgili görüşlerimi anlamasını istiyorum.
9. Doktorun anlattığım yakınmaların ne anlama geldiğini açıklamasını istiyorum.
10. Doktorun tedavimi tam olarak açıklamasını istiyorum.

Duygusal destek;

11. Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım almak istiyorum.
12. Doktorun duygusal sorunlarımı açıklamasını istiyorum.
13. Doktorun bana samimi davranmasını istiyorum.
14. Sağlığım ile ilgili herhangi bir sorun olmadığından emin olmak istiyorum.

Tıbbi bilgi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili beklentiler;

15. Doktorun nasıl sağlıklı kalabileceğimi açıklamasını istiyorum. (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.)
16. Almakta olduğum ya da alacağım ilaçlarla ilgili daha çok bilgi almak istiyorum (nasıl etkilediği, olası yan etkileri vb.).
17. Sağlık sorunumun olası seyrini bilmek istiyorum.
18. Test sonuçları hakkında bilgi almak istiyorum.
19. Gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağımı bilmek istiyorum.

Kişisel ilişkilerle ilgili beklentiler;

20. Sorunumla ilgili doktorun bana sempati duymasını istiyorum.
21. Doktorun sorunlarımı açıklamamı kolaylaştırmasını istiyorum.
22. Doktorun durumumla ilgili kişisel bir ilgi göstermesini istiyorum.
23. Sağlıkla ilgili olmayan başka konular hakkında da konuşmak istiyorum.
24. Doktorun beni yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak görmesini istiyorum.

Uygulama yöntemi

Araştırmanın yapıldığı Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılma koşullarını taşıyan hastalarla bekleme odasında görüşüldü. Çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Katılmayı kabul edenlere bilgilendirme ve bilgilendirilmiş onam formları okutuldu ve imzalatıldı. Daha sonra hastaya “Hasta beklentileri anketi” verildi. Hastalar anketi kendileri doldurdu. Tüm bu işlemler sırasında poliklinik çalışanlarından biri hastalara yardımcı oldu. Gerektiğinde hastalar tarafından sorulan sorulara yanıt verildi ve daha ileri açıklamalar yapıldı. Görüşme sona erdikten sonra çalışmaya katılan hastalara yine bekleme odasında “Karşılanmış hasta beklentileri anketi” verildi. Hastalar poliklinikten ayrılmadan bu ikinci anket formunu da doldurdular. Doldurulan anket formları araştırmanın uygulanmasına yardımcı olan poliklinik çalışanı tarafından toplandı ve kodlandı. Aynı görüşme için görüşmeyi yapan hekime de görüşme sonrasında “Beklentileri karşılama anketi” verildi ve doldurması sağlandı. Bu formlar da aynı kişi tarafından toplandı ve kodlandı.

Çalışmadaki hasta görüşmelerini Aile Hekimliği Anabilim dalının eğitimlerinin son yılı içinde bulunan 5 uzmanlık öğrencisi gerçekleştirdi.

Verilerin değerlendirilmesi

Bir Excel veri tabanı oluşturularak çalışmada elde edilen veriler bu dosyaya girildi. Excel veri tabanındaki tüm bilgiler daha sonra SPSS 14.0 istatistik programına aktarıldı. Çalışmaya katılanların özellikleri ile ilgili sıklık analizleri yapıldı. Hasta beklentilerini belirlemeyi amaçlayan 24 ifadeyi özetleyen temel değişkenleri açığa çıkarmak için rotasyon yöntemi olarak ‘equamax with Kaiser Normalization’ın kullanıldığı faktör analizi yapıldı ve bu faktörlerden geliştirilen ölçeklerin iç güvenilirliği Cronbach’s alfa istatistiği ile değerlendirildi. Hasta merkezli yaklaşımın bileşenlerini içeren faktörlerin tercih öngörülerini için lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak 0,05 kabul edildi. Regresyon modeline alınacak değişkenler için ki kare testiyle yapılan korelasyon analizinde %20’nin altında bir anlamlılık dikkate alındı. Görüşme öncesi hasta beklentileri, görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileri ve görüşme sonrası hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algıları arasındaki uyumun varlığı için Kappa uyum ölçümü kullanıldı.

4. BULGULAR

Katılımcı özellikleri

Çalışmaya katılan 200 hastanın 49'u (%24,5) erkek, 151'i (%75,5) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 44,8 (SD:13,8) yıl ve yaş aralığı 18 – 83 yaş idi. Kadın ve erkek katılımcıların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu; sırasıyla 44,4 (13,0) yıl ve 46,2 (15,9) yıl ($p>0,05$). 200 katılımcının medeni durumları ve eğitim düzeyleri Çizelge II'de verilmiştir.

Çizelge II. Katılımcıların medeni durumları ve eğitim düzeyleri

Medeni durumu	Sayı	%
Bekar	28	14,0
Evli	158	79,0
Birlikte yaşama	1	0,5
Boşanmış	5	2,5
Dul	8	4,0
Toplam	200	100
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	1	0,5
Okuryazar	11	5,5
İlkokul bitirmiş	76	38,0
Ortaokul bitirmiş	25	12,5
Liseyi bitirmiş	47	23,5
Yüksekokul bitirmiş	40	20,0
Toplam	200	100

Temel sonuçlar

Hastaların görüşme öncesinde biraz sonra gerçekleşecek görüşmeden beklentileri ve beşli Likert ölçeğine göre her ifadeye verilen ortalama değerler Çizelge III'de verilmiştir. Aynı değerler görüşme sonrasında hastalar tarafından doldurulan karşılanmış hasta beklentileri için Çizelge IV'te ve yine görüşme sonrasında hekimler tarafından saptanan beklentileri karşılama değerleri ise Çizelge V'te gösterilmiştir.

Faktör analizi

Görüşmeden önce hastaların ifade ettikleri görüşmeyle ilgili beklentilerin faktör analizi, dört faktör (bileşen) ortaya koydu; bu faktörler varyansın %57,8'ini açıklamaktaydı (Rotasyonlu varyans yüzdeleri Faktör 1 için 16,9, Faktör 2 için 15,5, Faktör 3 için 14,1 ve Faktör 4 için 11,3. İlk faktör 'medikal konular ve bilgilenme'yle ilgiliydi ve sevk isteği; test,

tedavi, koruma ve duygusal sorunları hakkında bilgilenme ve açıklama isteği beklentilerini içeriyordu (Cronbach's alfa değeri=0,85). İkincisi 'ilişki ve katılım' faktörüydü ve kaygıların ifadesi, birey olarak ilgi görme ve görüşlerinin dikkate alınması beklentilerini içermekteydi (Cronbach's alfa değeri=0,81) . Üçüncü faktör 'iletişim'le ilgiliydi ve hekimden ilgi, sempati, yardım ve içtenlik görme isteğini ifade etmekteydi (Cronbach's alfa değeri=0,79). Son olarak 'ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma' vardı; kendisini anlamasını, durumuyla ilgili açıklama yapmasını ve anlamasına yardımcı olmasını isteme (Cronbach's alfa değeri=0,73). Hasta beklentilerinin dört faktöre göre gruplanması ve her bir değişkenin faktör ağırlıkları Çizelge VI'da verilmiştir.

Çizelge III. Hasta-hekim görüşmesinden hasta beklentileri (görüşme öncesi hastalara göre)

Beklentiler	1	2	3	4	5	İlgili değil	Skor ort.
Doktorun, bugün gelmeme neden olan sorunumu anlamasını istiyorum.	4 (2,0)	1 (0,5)	3 (1,5)	48 (24,0)	142(71,0)	2(1,0)	4,59
Doktorun sorunlarımı açıklamamı kolaylaştırmasını istiyorum.	3 (1,5)	2 (1,0)	0 (0)	46 (23,0)	148(74,0)	1(0,5)	4,66
Doktorun beni baştan aşağı muayene etmesini istiyorum.	5 (2,5)	15 (7,5)	20(10,0)	48 (24,0)	140(55,0)	2(1,0)	4,19
Doktorun tedavimi tam olarak açıklamasını istiyorum.	5 (2,5)	1 (0,5)	5 (2,5)	41 (20,5)	147(73,5)	1(0,5)	4,61
Doktorun anlattığım yakınmaların ne anlama geldiğini açıklamasını istiyorum.	3 (1,5)	2 (1,0)	6 (3,0)	49 (24,5)	133(66,5)	7(3,5)	4,43
Doktorun tedavi için beni hastaneye sevk etmesini istiyorum.	44(22,0)	23(11,5)	39(19,5)	31 (24,0)	57 (28,5)	6(3,0)	3,08
Doktorun duygusal sorunlarımı açıklamasını istiyorum.	11(5,5)	17(8,5)	26(13,0)	40(20,0)	62 (31,0)	44(22,0)	2,97
Test sonuçları hakkında bilgi almak istiyorum.	4(2,0)	0(0)	0(0)	45 (22,5)	134(67,0)	17(8,5)	4,27
Doktorun beni yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak görmesini istiyorum.	4(2,0)	4(2,0)	5(2,5)	56 (28,0)	131(65,5)	0(0)	4,53
Almakta olduğum ya da alacağım ilaçlarla ilgili daha çok bilgi almak istiyorum (nasıl etkilediği, olası yan etkileri vb.).	11(5,5)	7(3,5)	2(1,0)	52 (26,0)	126(63,0)	2(1,0)	4,35
Doktorun, sorunlarımla ilgili görüşlerimi anlamasını istiyorum.	3(1,5)	4(2,0)	10(5,0)	65 (32,5)	117(58,5)	1(0,5)	4,43
Doktorun bana ilaç vermesini(veya daha önce aldığım tedaviyi tekrarlamasını) istiyorum.	14(7,0)	21(10,5)	56(28,0)	33 (16,5)	73 (36,5)	3(1,5)	3,61
Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım almak istiyorum.	13(6,5)	23(11,5)	25(12,5)	45 (22,5)	43 (21,5)	51(25,5)	2,65
Sağlık sorunumun tedavisi için bir uzmana sevk edilmek istiyorum.	39(19,5)	12(6,0)	42(21,0)	44 (22,0)	60 (30,0)	3(1,5)	3,33
Sorunumla ilgili doktorun bana sempati duymasını istiyorum.	7(3,5)	20(10,0)	34(17,0)	62 (31,0)	70 (35,0)	7(3,5)	3,74
Sorunumun anlaşılması için bazı testler yapılmasını istiyorum.	5(2,5)	5(2,5)	16(8,0)	44 (22,0)	130(65,0)	0(0)	4,45
Sağlığımınla ilgili herhangi bir sorun olmadığından emin olmak istiyorum.	2(1,0)	1(0,5)	6(3,0)	40 (20,0)	151(75,0)	0(0)	4,69
Gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağımı bilmek istiyorum.	3(1,5)	2(1,0)	7(3,5)	41 (20,5)	146(73,0)	1(5,0)	4,61
Doktorun durumumla ilgili kişisel bir ilgi göstermesini istiyorum.	7(3,5)	32(16,0)	26(13,0)	58 (29,0)	71 (35,5)	6(3,0)	3,68
Sağlıkla ilgili olmayan başka konular hakkında da konuşmak istiyorum.	34(17,0)	47(23,5)	31(15,5)	21(10,5)	51 (25,5)	16(8,0)	2,80
Doktorun daha önce yapılmış bazı testlerin anlamını açıklamasını istiyorum.	9(4,5)	14(7,0)	21(10,5)	52 (26,0)	84 (42,0)	20(10,0)	3,64
Doktorun bana samimi davranmasını istiyorum.	3(1,5)	6(3,0)	23(11,5)	63 (31,5)	102(51,0)	3(1,5)	4,23
Doktorun nasıl sağlıklı kalabileceğimi açıklamasını istiyorum. (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.)	7(3,5)	5(2,5)	8(4,0)	55 (27,5)	122(61,0)	3(1,5)	4,36
Sağlık sorunumun olası seyrini bilmek istiyorum.	3(1,5)	0(0)	1(0,5)	51 (25,5)	144(72,0)	1(0,5)	4,65

(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Emin değilim, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum

Çizelge IV. Karşılanmış hasta beklentileri (görüşme sonrası hastalara göre)

Beklentiler	1	2	3	4	5	İlgili değil	Skor ort.
Doktor bugün gelmeme neden olan sorunumu anladı.	2(1,0)	3(1,5)	6(3,0)	50(25,0)	138(69,0)	1(0,5)	4,58
Doktor sorunlarımı açıklamamı kolaylaştırdı.	4(2,0)	1(0,5)	1(0,5)	47(23,5)	145(72,5)	2(1,0)	4,61
Doktor beni baştan aşağı muayene etti.	7(3,5)	12(6,0)	2(1,0)	52(26,0)	124(62,0)	3(1,5)	4,33
Doktor tedavimi tam olarak açıkladı.	3(1,5)	1(0,5)	10(5,0)	51(25,5)	123(61,5)	12(6,0)	4,27
Doktor anlattığım yakınmaların ne anlama geldiğini açıkladı.	2(1,0)	7(3,5)	8(4,0)	50(25,0)	128(64,0)	5(2,5)	4,40
Doktor tedavi için beni hastaneye sevk etti.	99(49,5)	18(9,0)	10(5,0)	12 (6,0)	36(18,0)	25(12,5)	1,97
Doktor duygusal sorunlarımı açıkladı.	16(8,0)	12(6,0)	13(6,5)	42(21,0)	55(27,5)	62(31,0)	2,61
Test sonuçları hakkında bilgi aldım.	11(5,5)	3(1,5)	3(1,5)	48(24,0)	91(45,5)	44(22,0)	3,37
Doktor beni yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak gördü.	4(2,0)	5(2,5)	10(5,0)	50(25,0)	130(65,0)	1(0,5)	4,47
Almakta olduğum ya da alacağım ilaçlarla ilgili bilgi aldım (nasıl etkilediği, olası yan etkileri vb.).	10(5,0)	8(4,0)	14(7,0)	59(29,5)	91(45,5)	18(9,0)	3,80
Doktor sorunlarımla ilgili görüşlerimi anladı.	5(2,5)	1(5,0)	4(2,0)	66(33,0)	122(61,0)	2(1,0)	4,47
Doktor bana bazı ilaçlar yazdı (veya daha önce aldığım tedaviyi tekrarladı).	40(20,0)	6(3,0)	10(5,0)	34(17,0)	85(42,5)	25(12,5)	3,22
Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım aldım.	22(11,0)	6(3,0)	12(6,0)	31(15,5)	57(28,5)	72(36,0)	2,40
Sağlık sorunumun tedavisi için bir uzman sevk edildim.	101(50,5)	11(5,5)	11(5,5)	8 (4,0)	46(23,0)	23(11,5)	2,09
Doktor sorunumla ilgili bana sempati duydu.	5(2,5)	11(5,5)	23(11,5)	73(36,5)	82(41,0)	6(3,0)	3,99
Sorumun anlaşılması için bazı testler yapıldı.	4(2,0)	6(3,0)	2(1,0)	32(16,0)	148(74,0)	8(4,0)	4,45
Sağlığım ile ilgili herhangi bir sorun olmadığından eminim.	7(3,5)	11(5,5)	78(39,0)	53(26,5)	50(25,0)	1(0,5)	3,63
Şimdi gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağımı biliyorum.	4(2,0)	8(4,0)	63(31,5)	56(28,0)	63(31,5)	6(3,0)	3,74
Doktor durumumla ilgili kişisel bir ilgi gösterdi.	2(1,0)	6(3,0)	24(12,0)	70(35,0)	95(47,5)	3(1,5)	4,21
Sağlıkla ilgili olmayan başka konularla hakkında da konuşma fırsatı buldum.	24(12,0)	35(17,5)	19(9,5)	35(17,5)	65(32,5)	22(11,0)	3,08
Daha önce yapılmış bazı testlerin anlamı bana açıklandı.	10(5,0)	13(6,5)	11(5,5)	55(27,5)	81(40,5)	30(15,0)	3,47
Doktor bana samimi davrandı.	2(1,0)	1(0,5)	9(4,5)	68(34,0)	119(59,5)	1(0,5)	4,49
Doktor nasıl sağlıklı kalabileceğimi açıkladı. (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.)	14(7,0)	15(7,5)	14(7,0)	58(29,0)	89(44,5)	10(5,0)	3,82
Şimdi sağlık sorunumun olası seyrini biliyorum.	2(1,0)	3(1,5)	23(11,5)	62(31,0)	104(52,0)	5(2,5)	4,25

(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Emin değilim, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum

Çizelge V. Hasta beklentilerini karşılama durumu (görüşme sonrası hekimlere göre)

Beklentiler	1	2	3	4	5	İlgili değil	Skor ort.
Hastanın bugün beni görmeye gelmesine neden olan sorununu anladım.	0(0)	0(0)	3(1,5)	44(22,0)	153(76,5)	0(0)	4,75
Hastanın sorunlarını açıklamasını kolaylaştırdım.	0(0)	0(0)	1(0,5)	56(28,0)	143(71,5)	0(0)	4,71
Hastayı tam olarak muayene ettim.	1(0,5)	9(4,5)	4(2,0)	51(25,5)	130(65,0)	5(2,5)	4,43
Tedaviyi tam olarak açıkladım.	1(0,5)	3(1,5)	7(3,5)	70(35,0)	92(46,0)	27(13,5)	3,84
Yakınmalarının ne anlama geldiğini hastaya açıkladım.	1(0,5)	0(0)	6(3,0)	87(43,5)	98(49,0)	8(4,0)	4,29
Hasta tedavi için hastaneye sevk edildi.	148(74,0)	16(8,0)	2(1,0)	8(4,0)	13(6,5)	13(6,5)	1,42
Hastaya duygusal sorunlarını açıkladım.	23(11,5)	11(5,5)	22(11,0)	31(15,5)	34(17,0)	79(39,5)	2,03
Hasta test sonuçları hakkında bilgilendirildi.	7(3,5)	1(0,5)	2(1,0)	60(30,0)	66(33,0)	64(32,0)	2,93
Hastayı yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak gördüm.	0(0)	0(0)	1(0,5)	69(34,5)	129(64,5)	1(0,5)	4,62
Hasta daha önce aldığı (ya da alacağı) ilaçlar hakkında bilgilendirildi – nasıl etki ettikleri, olası yan etkileri.	11(5,5)	23(11,5)	24(12,0)	66(33,0)	52(26,0)	24(12,0)	3,27
Hastanın sorunuyla ilgili görüşlerini anladım.	0(0)	2(1,0)	13(6,5)	94(47,0)	90(45,0)	1(0,5)	4,35
Hastaya bazı ilaçlar yazdım (veya önceden almakta olduğu tedaviyi tekrarladım).	50(25,0)	7(3,5)	1(0,5)	34(17,0)	72(36,0)	36(18,0)	2,82
Hasta bazı duygusal sorunlarıyla ilgili yardım aldı.	23(11,5)	9(4,5)	21(10,5)	33(16,5)	33(16,5)	81(40,5)	2,01
Hasta sağlık sorununun tedavisi için bir uzman sevk edildi.	144(72,0)	7(3,5)	1(0,5)	11(5,5)	21(10,5)	16(8,0)	1,55
Sorunuyla ilgili olarak hastaya sempati duydum.	7(3,5)	4(2,0)	30(15,0)	86(43,0)	73(36,5)	0(0)	4,07
Hastanın sorununu anlayabilmek için bazı testler yaptım.	12(6,0)	5(2,5)	1(0,5)	35(17,5)	141(70,5)	6(3,0)	4,35
Hasta şu anda kendisiyle ilgili bir sorun olmadığını biliyor.	3(1,5)	15(7,5)	58(29,0)	87(43,5)	36(18,0)	1(0,5)	3,68
Hasta şimdi gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağını biliyor.	0(0)	9(4,5)	64(32,0)	96(48,0)	31(15,5)	0(0)	3,75
Hastanın durumuna karşı kişisel bir ilgi gösterdim.	1(0,5)	20(10,0)	21(10,5)	79(39,5)	78(39,0)	1(0,5)	4,05
Hasta sağlıkla ilgili olmayan diğer konular hakkında da konuşma fırsatı buldu.	20(10,0)	46(23,0)	30(15,0)	56(28,0)	40(20,0)	8(4,0)	3,13
Daha önce yapılan testlerin anlamı hastaya açıklandı.	18(9,0)	15(7,5)	11(5,5)	66(33,0)	62(31,0)	28(14,0)	3,28
Hastaya samimi davrandım.	0(0)	1(0,5)	5(2,5)	92(46,0)	102(51,0)	0(0)	4,48
Hastaya nasıl sağlıklı kalabileceği açıklandı (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.)	16(8,0)	30(15,0)	22(11,0)	68(34,0)	56(28,0)	8(4,0)	3,47
Hasta şimdi sağlık sorununun olası seyrini biliyor.	0(0)	0(0)	17(8,5)	110(55,0)	72(36,0)	1(0,5)	4,26

(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Emin değilim, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum

Çizelge VI. Hastaların aile hekimlerinden bekledikleri: Tanımlayıcı veriler ve faktör analizi.

Rakamlar hasta sayılarını (yüzdeler) göstermektedir.

	Beklentiler	Kesinlikle katılıyor	Katılıyor	Emin değil /Katılmıyor	Faktör ağırlıkları
Faktör 1. Medikal konular ve bilgilenme: Sevk isteği; test, tedavi, korunma ve duygusal sorunları hakkında bilgi/açıklama*					
14	Sağlık sorunumun tedavisi için bir uzmana sevk edilmek istiyorum.	60 (30,0)	44 (22,0)	96 (48,0)	0,77
23	Doktorun nasıl sağlıklı kalabileceğimi açıklamasını istiyorum (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.).	122 (61,0)	55 (27,5)	23 (11,5)	0,71
21	Doktorun daha önce yapılmış bazı testlerin anlamını açıklamasını istiyorum.	84 (42,0)	52 (26,0)	64 (32,0)	0,68
6	Doktorun tedavi için beni hastaneye sevk etmesini istiyorum.	57 (28,5)	31 (15,5)	112 (56,0)	0,65
10	Almakta olduğum ya da alacağım ilaçlarla ilgili daha çok bilgi almak istiyorum (nasıl etkilediği, olası yan etkileri vb.).	126 (63,0)	52 (26,0)	22 (11,0)	0,65
7	Doktorun duygusal sorunlarımı açıklamasını istiyorum.	62 (31,0)	40 (20,0)	98 (49,0)	0,64
8	Test sonuçları hakkında bilgi almak istiyorum.	134 (67,0)	45 (22,5)	21(10,5)	0,62
Faktör 2. İlişki ve katılım: Kaygıların ifadesi, birey olarak ilgi görme, görüşlerinin dikkate alınması					
17	Sağlığım ile ilgili herhangi bir sorun olmadığından emin olmak istiyorum.	151 (75,5)	40 (20,0)	9 (4,5)	0,70
24	Sağlık sorunumun olası seyrini bilmek istiyorum.	144 (72,0)	51 (25,5)	5 (2,5)	0,68
18	Gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağımı bilmek istiyorum.	146 (73,0)	41 (20,5)	13 (6,5)	0,67
9	Doktorun beni yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak görmesini istiyorum.	131 (65,5)	56 (28,0)	13 (6,5)	0,60
16	Sorumun anlaşılması için bazı testler yapılmasını istiyorum.	130 (65,0)	44 (22,0)	26 (13,0)	0,60
11	Doktorun, sorunlarımla ilgili görüşlerimi anlamasını istiyorum.	117 (58,5)	65 (32,5)	18 (9,0)	0,60
Faktör 3. İletişim: Hekimden ilgi, sempati, yardım ve içtenlik görme isteği; ilaç isteği					
19	Doktorun durumumla ilgili kişisel bir ilgi göstermesini istiyorum.	71 (35,5)	58 (29,0)	71 (35,5)	0,71
20	Sağlıkla ilgili olmayan başka konular hakkında da konuşmak istiyorum.	51 (25,5)	21 (10,5)	128 (64,0)	0,71
15	Sorumla ilgili doktorun bana sempati duymasını istiyorum.	70 (35,0)	62 (31,0)	68 (34,0)	0,70
13	Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım almak istiyorum.	43 (21,5)	45 (22,5)	112 (56,0)	0,63
12	Doktorun bana ilaç vermesini (veya daha önce aldığım tedaviyi tekrarlamasını) istiyorum.	73 (36,5)	33 (16,5)	94 (47,0)	0,56
22	Doktorun bana samimi davranmasını istiyorum.	102 (51,0)	63 (31,5)	35 (17,5)	0,52
Faktör 4. Ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma: Kendisini anlamasını, durumuyla ilgili açıklama yapmasını ve anlamasına yardımcı olmasını isteme					
4	Doktorun tedavimi tam olarak açıklamasını istiyorum.	147 (73,5)	41 (20,5)	12 (6,0)	0,78
2	Doktorun sorunlarımı açıklamamı kolaylaştırmasını istiyorum.	148 (74,0)	46 (23,0)	6 (3,0)	0,67
3	Doktorun beni baştan aşağı muayene etmesini istiyorum.	110 (55,0)	48 (24,0)	42 (21,0)	0,61
5	Doktorun anlattığım yakınmaların ne anlama geldiğini açıklamasını istiyorum.	133 (66,5)	49 (24,5)	18 (9,0)	0,61
1	Doktorun, bugün gelmeme neden olan sorunumu anlamasını istiyorum.	142 (71,0)	48 (24,0)	10 (5,0)	0,60

* Ölçekler temelinde belirlenen Cronbach's alfa değerleri Faktör 1 için 0,85; Faktör 2 için 0,81; Faktör 3 için 0,79 ve Faktör 4 için 0,73.

Faktör analizi 24 değişkeni dört ana grupta toplamasına karşın faktörler arasında bazı örtüşmeler görülmektedir. Faktörleri hemen hepsi iletişimin farklı yönlerini içermektedir. Faktör 1’de yer alan ‘Doktorun duygusal sorunlarımı açıklamasını istiyorum’ değişkeni ile Faktör 3’te yer alan ‘Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım almak istiyorum’ değişkeninin her iki faktör üzerinde ağırlıkları vardır. ‘Doktorun duygusal sorunlarımı açıklamasını istiyorum’ değişkeninin Faktör 1 ve 3 için ağırlıkları sırasıyla 0,64 ve 0,54’tür; yani Faktör 1 üzerine önemli bir ağırlığı varken Faktör 3 üzerine de orta düzeyde bir ağırlık göstermektedir. ‘Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım almak istiyorum’ değişkeninin Faktör 3 ve 1 üzerindeki ağırlıkları birbirine çok yakındır (sırasıyla 0,63 ve 0,60).

Faktör 3 üzerinde güçlü bir ağırlığı olan (0,71) ‘Sağlıkla ilgili olmayan başka konular hakkında da konuşmak istiyorum’ değişkeninin, Faktör 2 üzerinde de zayıf bir ağırlığı (0,44) bulunmaktadır. ‘Doktorun bana samimi davranmasını istiyorum’ değişkeninin Faktör 3 ve 2 üzerinde zayıf düzeyde ağırlığı vardır (sırasıyla 0,52 ve 0,49).

Çoğu hasta iletişimin ilişki ve katılım boyutlarını (Faktör 2) istemektedir (ilgili ifadelerle katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 87 – 97,5 arasında). ‘Medikal konular ve bilgilendirme’ faktörünün (Faktör 1) bilgilendirme ve açıklama isteği beklentileri daha yüksek bir katılım göstermesine karşın (ilgili ifadelerle katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 51 – 89,5 arasında), hastaların medikal konulardaki beklentileri (uzmana ya da hastaneye sevk) daha düşüktü (ilgili ifadelerle katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 44 – 52 arasında). ‘İletişim’ faktöründeki (Faktör 3) iletişim beklentileri değişkenlik göstermektedir (ilgili ifadelerle katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 36 – 82,5 arasında). Hastaların ortaklık ve karşılıklı anlayış geliştirme beklentileri de (Faktör 4) oldukça yüksekti (ilgili ifadelerle katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 79 – 97 arasında) (Çizelge VI).

Bazı değişkenlerin varyansını açıklamada içinde buldukları faktörlerin önemli ağırlığı bulunmakla birlikte, bu değişkenler içerikleri bakımından başka bir faktöre daha yakın durmaktaydı. Faktör 4 içinde yer alan ‘Doktorun beni baştan aşağı muayene etmesini istiyorum’, Faktör 3 içinde yer alan ‘Doktorun bana ilaç vermesini (veya daha önce aldığım tedaviyi tekrarlamasını) istiyorum’ ve Faktör 2 içinde yer alan ‘Sorunumun anlaşılması için bazı testler yapılmasını istiyorum’ değişkenleri medikal konuları içermektedir ve Faktör 1 içeriğine daha yakındır.

Hasta merkezlik açısından hasta beklentilerinin belirleyicilerinin analizi

Medikal konular ve bilgilendirme konularında beklentisi yüksek olan hasta grupları daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık

durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden düzenli olarak hizmet alanlardı. İlişki ve katılım isteği yüksek olanlar da benzer şekilde daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden daha sık hizmet alan hasta gruplarıydı.

Daha iyi iletişim konusunda yüksek beklentisi olan hasta grupları o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, o gün akut bir nedenle başvuranlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve ortaokul ve daha alt düzeyde eğitimi olanlardı. Son olarak, cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi kişi özellikleriyle kendini nasıl hissettiği gibi alanlar hasta merkezli yaklaşımın herhangi bir bileşeni ile ilişkili görünmüyordu (Çizelge VII).

Dört faktör bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki uyum

Görüşme öncesi hasta beklentileri, görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileri ve görüşme sonrası hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algıları kappa uyum ölçümü ile analiz edildi (Çizelge VIII). İletişim beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri (kappa=0,57; $p<0,001$) ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları (kappa=0,50; $p<0,001$) arasında iyi düzeyde anlamlı bir uyum vardı. Bu faktör için hasta beklentileriyle hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki uyum orta düzeydeydi ve istatistiksel olarak anlamlıydı (kappa=0,41; $p<0,001$).

Medikal konular ve bilgilendirme beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri (kappa=0,43; $p<0,001$) ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları (kappa=0,45; $p<0,001$) arasında orta düzeyde anlamlı bir uyum vardı. Bu faktör için hasta beklentileriyle hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki uyum zayıf düzeydeydi ve istatistiksel olarak anlamlıydı (kappa=0,23; $p<0,001$).

Ortaklık ve karşılıklı anlayış oluşturma beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri arasında iyi düzeyde anlamlı bir uyum vardı (kappa=0,51; $p<0,001$). Bu faktör için hekimlerin beklentileri karşılama algıları ile hasta beklentileri (kappa=0,22; $p=0,002$) ve karşılanmış hasta beklentileri (kappa=0,21; $p=0,003$) arasındaki uyum zayıf düzeydeydi ve istatistiksel olarak anlamlıydı.

İlişki ve katılım beklentileri bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel

olarak anlamlı bir uyum saptandı. Hasta beklentileri ile karşılanmış hasta beklentileri uyumu ($\kappa=0,21$; $p<0,001$), hasta beklentileri ile hekimlerin beklentileri karşılama uyumu ($\kappa=0,22$; $p<0,001$) ve karşılanmış hasta beklentileri ile hekimlerin beklentileri karşılama uyumu ($\kappa=0,24$; $p=0,001$).

Çizelge VII. Hasta görüşmelerinde hasta merkezli yaklaşımın temel bileşenleri için hasta beklentilerinin belirleyicileri.* (Çizelge 6'daki faktörler temelinde çıkarılan ölçekler Likert ölçeğindeki “katılıyorum” değeri kesme noktası alınarak kategorize edilmiştir.)

	Beklentisi olanların sayısı (%)	Beklentisi olmayanların sayısı (%)	Odds oranı (%95 GA)	p değeri
Faktör 1. Medikal konular ve bilgilenme: Sevk isteği; test, tedavi, korunma ve duygusal sorunları hakkında bilgi/açıklama*				
Sorunun ciddiyeti				
Hafif	45(48,4)	25(31,6)	0,51 (0,28 – 0,93)	0,028
Orta	38(40,9)	46(58,2)		
Ciddi	10(10,8)	8(10,1)		
Geliş nedeni				
Akut	55(50,0)	24(26,7)	0,65 (0,40 – 1,06)	0,086
Kronik	35(31,8)	45(50,0)		
Diğer	20(18,2)	21(23,3)		
Sağlık durumu				
Kötü	6(5,5)	3(3,3)	0,48 (0,27 – 0,84)	0,009
Orta	54(49,1)	32(35,6)		
İyi	46(41,8)	49(54,4)		
Mükemmel	4(3,6)	6(6,7)		
Düzenli gelen	74(67,3)	40(44,4)	3,47 (1,75 – 6,87)	0,000
Lise ve üstü eğitimi olan	41(37,3)	46(51,1)	1,34 (0,68 – 2,63)	0,395
Faktör 2. İlişki ve katılım: Kaygıların ifadesi, birey olarak ilgi görme, görüşlerinin dikkate alınması				
Sorunun ciddiyeti				
Hafif	69(43,1)	1(8,3)	0,45 (0,15 – 1,33)	0,148
Orta	75(46,9)	9(75,0)		
Ciddi	16(10,0)	2(16,7)		
Sağlık durumu				
Kötü	9(4,9)	0(0,0)	1,27 (0,44 – 3,65)	0,657
Orta	75(40,5)	11(73,3)		
İyi	91(49,2)	4(26,7)		
Mükemmel	10(5,4)	0(0,0)		
Sık gelen (≥4 kez/yıl)	39(22,3)	5(41,7)	2,52 (0,62–10,20)	0,194

Çizelge VII. Devam				
Faktör 3. İletişim: Hekimden ilgi, sempati, yardım ve içtenlik görme isteği; ilaç isteği				
Sorunun ciddiyeti				
Hafif	37(59,7)	33(30,0)	0,44 (0,22 – 0,87)	0,018
Orta	18(29,0)	66(60,0)		
Ciddi	7(11,3)	11(10,0)		
Kendini nasıl hissediyor?				
Çok kötü-kötü	9(13,0)	9(6,9)	0,89 (0,55 – 1,43)	0,618
Hafif rahatsız	35(50,7)	75(57,3)		
Rahatsız değil-iyi	25(36,3)	47(35,8)		
Geliş nedeni				
Akut	41(59,4)	38(29,0)	0,38 (0,20 – 0,69)	0,002
Kronik	22(31,9)	58(44,3)		
Diğer	6(8,7)	35(26,7)		
Sağlık durumu				
Kötü	4(5,8)	5(3,8)	0,44 (0,23 – 0,85)	0,015
Orta	35(50,7)	51(38,9)		
İyi	29(42,0)	66(50,4)		
Mükemmel	1(1,4)	9(6,9)		
Düzenli gelen (en geç 2 ay)	47(68,1)	67(51,5)	1,57 (0,74 – 3,33)	0,243
Lise ve üstü eğitimi olan	17(24,6)	70(53,4)	2,35 (1,10 – 5,04)	0,028
Evli olan	59(85,5)	100(76,3)	0,71 (0,26 – 1,89)	0,489
Faktör 4. Ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma: Kendisini anlamasını, durumuyla ilgili açıklama yapmasını ve anlamasına yardımcı olmasını isteme				
Sorunun ciddiyeti				
Hafif	68(44,2)	2(11,1)	0,57 (0,26 – 1,24)	0,153
Orta	69(44,8)	15(83,3)		
Ciddi	17(11,0)	1(5,6)		
Geliş nedeni				
Akut	74(41,6)	5(22,7)	0,82 (0,40 – 1,67)	0,578
Kronik	68(38,2)	12(54,6)		
Diğer	36(20,2)	5(22,7)		

*Test edilen değişkenler: Cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyi, medeni durum, düzenli gelme sağlık hizmetlerini sık kullanma, kendini kötü hissetme, geliş nedeni, sorunun ciddiyeti, sağlık durumu. Değişkenler her lojistik modelde korelasyon analizinde anlamlı olup olmadıklarına göre yer almışlardır.

Çizelge VIII. Dört faktör bakımından hastaların görüşme öncesi beklenti ve görüşme sonrası karşılanmış beklenti oranları, hekimler için hasta beklentilerini karşılama oranları ve bu üç değişken arasındaki uyum (Kappa katsayısı) ±

Beklentiler	Hasta % (s) (önce) *	Hasta % (s) (sonra) *	Hekim % (s) *	Kappa 1 (p)**	Kappa 2 (p)**	Kappa 3 (p)**
Medikal konular ve bilgilendirme	55,0 (110)	27,0 (54)	14,5 (29)	0,426 (<0,001)	0,225 (<0,001)	0,451 (<0,001)
İlişki ve katılım	92,5 (185)	74,0 (148)	75,0 (150)	0,206 (<0,001)	0,217 (<0,001)	0,237 (0,001)
İletişim	34,5 (69)	38,5 (77)	29,0 (58)	0,569 (<0,001)	0,414 (<0,001)	0,502 (<0,001)
Ortaklık ve karşılıklı anlayış	89,0 (178)	86,5 (173)	85,5 (171)	0,512 (<0,001)	0,216 (0,002)	0,211 (0,003)

± Kappa katsayısı aynı değişkene ilişkin iki oran arasındaki şansla açıklanamayan uyum derecesini ölçer.

* Hasta (önce) – Görüşme öncesi hasta beklentileri

Hasta (sonra) – Karşılanmış hasta beklentileri

Hekim – Hekimler için beklentileri karşılama

** Kappa 1 – Hasta (önce) ve hasta (sonra) arasındaki uyum ve p değerleri

Kappa 2 – Hasta (önce) ve hekim arasındaki uyum ve p değerleri

Kappa 3 – Hasta (sonra) ve hekim arasındaki uyum ve p değerleri

Bazı tıbbi değişkenler bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki uyum

Bazı tıbbi değişkenler bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki ilişki Çizelge IX'da verilmiştir. Çizelgede de görüldüğü gibi, hastaların çoğu hem görüşme öncesi beklentiler ve hem de görüşme sonrası karşılanmış beklentiler açısından rahatsızlıklarına tanı konması, fizik bakı yapılması, bazı testlerin yapılması ve rahatsızlıklarının seyri konusunda yüksek beklenti içindeydi. Hastaneye ya da uzmana sevk edilmesi ve ilaç verilmesi konusundaki beklentileri daha düşüktü. Hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algıları da hasta beklentileriyle koşutluk göstermekteydi. Hastane ya da uzmana sevk beklentilerinin algılanması konusunda hekimler daha düşük öngörüde bulunmuştu (sırasıyla %10,5 ve %16,0).

Fizik bakı, hastaneye ya da uzmana sevk, ilaç alma ve test yapma beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve bu beklentilerin hekimler tarafından algılanmaları arasında, kapa uyum katsayısı değişkenlikler göstermekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir uyum vardı. Rahatsızlığına tanı konması beklentisi bakımından hekimlerin beklentileri karşılama algısı ile görüşme öncesi hasta beklentileri arasında düşük derecede bir uyum bulunurken ($p=0,023$), görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileriyle bir uyum saptanamadı ($p>0,05$). Rahatsızlığının seyri beklentisi bakımından hekimlerin beklentileri karşılama algısı ile görüşme öncesi hasta beklentileri arasında bir uyum saptanmazken ($p>0,05$), görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileriyle istatistiksel olarak anlamlı güçlü bir uyum bulunmaktaydı ($p<0,001$).

Çizelge IX. Bazı tıbbi değişkenler bakımından hastaların görüşme öncesi beklenti ve görüşme sonrası karşılanmış beklenti oranları, hekimler için hasta beklentilerini karşılama oranları ve bu üç değişken arasındaki uyum (Kappa katsayısı) ±

Beklentiler	Hasta % (s) (önce) *	Hasta % (s) (sonra) *	Hekim % (s) *	Kappa 1 (p)**	Kappa 2 (p)**	Kappa 3 (p)**
Tanı	95,0 (190)	94,0 (188)	98,5 (197)	0,135 (0,056)	0,134 (0,023)	- 0,025 (0,659)
Fizik bakı	79,0 (158)	87,5 (175)	90,5 (181)	0,451 (<0,001)	0,340 (<0,001)	0,592 (<0,001)
Hastaneye sevk	44,5 (89)	24,0 (48)	10,5 (21)	0,332 (<0,001)	0,146 (0,002)	0,406 (<0,001)
Uzmana sevk	52,5 (105)	27,0 (54)	16,0 (32)	0,286 (<0,001)	0,178 (<0,001)	0,534 (<0,001)
İlaç	52,5 (105)	59,5 (119)	53,0 (106)	0,293 (<0,001)	0,188 (0,008)	0,525 (<0,001)
Test	87,0 (174)	90,0 (180)	88,5 (177)	0,461 (<0,001)	0,279 (<0,001)	0,557 (<0,001)
Prognoz	97,5 (195)	83,5 (167)	91,0 (182)	0,175 (<0,001)	0,050 (0,384)	0,312 (<0,001)

± Kappa katsayısı aynı değişkene ilişkin iki oran arasındaki şansla açıklanamayan uyum derecesini ölçer.

* Hasta (önce) – Görüşme öncesi hasta beklentileri (Likert ölçeğinde 4 ve 5'in toplamı)

Hasta (sonra) – Karşılanmış hasta beklentileri (Likert ölçeğinde 4 ve 5'in toplamı)

Hekim – Hekimler için beklentileri karşılama (Likert ölçeğinde 4 ve 5'in toplamı)

** Kappa 1 – Hasta (önce) ve hasta (sonra) arasındaki uyum ve p değerleri

Kappa 2 – Hasta (önce) ve hekim arasındaki uyum ve p değerleri

Kappa 3 – Hasta (sonra) ve hekim arasındaki uyum ve p değerleri

Hasta merkezli klinik yöntemin temel özellikleri bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki uyum

Hasta merkezli klinik yöntemin temel özellikleri bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki ilişki Çizelge X'da verilmiştir. Çizelgede de görüldüğü gibi, hastaların çoğu görüşme öncesinde hasta merkezli klinik yöntemin temel özelliklerinden olan anlama ve açıklama ile tıbbi bilgi ve sağlığın geliştirilmesi konusunda yüksek beklenti içindeydi. Diğer özellikler bakımından yüksek beklenti içinde olanlar hastaların hemen hemen yarısını oluşturmaktaydı. Burada dikkati çeken kişiler arası ilişkiler dışında diğer beklentilerinin görüşme sonrasında karşılandığını düşünen hasta sayısının azalmasıydı. Bu düşüş hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algılarındaki daha fazla olan düşüşle koşutluk göstermekteydi. Tam tersi olarak kişiler arası ilişkiler bakımından beklentileri karşılama algıları yüksek olan hekim sayısı, aynı alandaki yüksek beklentisi olan hasta sayısından daha fazlaydı.

Hasta merkezli klinik yöntemin temel özelliklerini oluşturan biyomedikal, anlama ve açıklama, duygusal, tıbbi bilgi ve sağlığın geliştirilmesi ve kişilerarası ilişkiler hakkındaki hasta beklentileri ile bu beklentilerin hekimler tarafından algılanmaları arasında zayıf bir uyum görülmekle birlikte (düşük Kappa uyum katsayıları) bu uyum istatistiksel olarak anlamlıydı. Beş ana başlık altında toplanan hasta beklentileri bakımından hekimlerin beklentileri karşılama algısı ile görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı daha güçlü bir uyum bulunmaktaydı.

Çizelge X. Hasta merkezli klinik yöntemin temel özellikleri bakımından hastaların görüşme öncesi beklenti ve görüşme sonrası karşılanmış beklenti oranları, hekimler için hasta beklentilerini karşılama oranları ve bu üç değişken arasındaki uyum (Kappa katsayısı) ±

Beklentiler	Hasta % (s) (önce) *	Hasta % (s) (sonra) *	Hekim % (s) *	Kappa 1 (p)**	Kappa 2 (p)**	Kappa 3 (p)**
Biyomedikal	47,5 (95)	25,0 (50)	14,0 (28)	0,333 (<0,001)	0,222 (<0,001)	0,438 (<0,001)
Anlama ve açıklama	80,0 (160)	72,0 (144)	69,0 (138)	0,457 (<0,001)	0,197 (0,004)	0,376 (<0,001)
Duygusal	49,5 (99)	41,0 (82)	13,5 (27)	0,529 (<0,001)	0,174 (<0,001)	0,344 (<0,001)
Tıbbi bilgi ve sağlığın geliştirilmesi	86,0 (172)	55,0 (110)	39,0 (78)	0,267 (<0,001)	0,119 (0,004)	0,413 (<0,001)
Kişilerarası ilişkiler	50,5 (101)	64,0 (128)	68,5 (137)	0,388 (<0,001)	0,297 (<0,001)	0,364 (<0,001)

± Kappa katsayısı aynı değişkene ilişkin iki oran arasındaki şansla açıklanamayan uyum derecesini ölçer.

* Hasta (önce) – Görüşme öncesi hasta beklentileri

Hasta (sonra) – Karşılanmış hasta beklentileri

Hekim – Hekimler için beklentileri karşılama

** Kappa 1 – Hasta (önce) ve hasta (sonra) arasındaki uyum ve p değerleri

Kappa 2 – Hasta (önce) ve hekim arasındaki uyum ve p değerleri

Kappa 3 – Hasta (sonra) ve hekim arasındaki uyum ve p değerleri

5. TARTIŞMA

Hastayla görüşme tıbbi uygulamanın temelini oluşturur. Hekim olarak sahip olduğumuz tüm bilgi ve becerileri zaman açısından duruma göre farklı uzunlukta geçen bu görüşmede ve bu görüşmeyle ilişkili öncesi ve sonrası süreçlerde kullanır ve başvuruların sorunlarını çözmeye çalışırız. Görüşmenin sonuçları ve başarısı çeşitli şekillerde değerlendirilebilir. Çıktıların olumlu olması büyük ölçüde yukarıda belirttiğimiz süreçte olup bitenlere bağlıdır.

Hastayla görüşmeye farklı yaklaşımlar vardır. Farklı disiplinlerin bakış açılarını yansıtan bu yaklaşımlar çerçevesinde çeşitli modeller geliştirilmiştir. Aile hekimliği, tıbbi uygulamanın bağlamsal ve ilişkiler temelini öne çıkaran, esas olarak bu temelde tanımlanan bir tıp disiplini. Engel'in sistemler kuramını esas alan biyopsikososyal yaklaşım aile hekimliğinin temel felsefesini oluşturur (18). Varoluşsal boyutun da eklendiği bu felsefi bakış hastayla görüşmede kişi üzerinde odaklanmayı vurgular. Dolayısıyla aile hekimleri esas olarak kişi merkezli bir hasta görüşmesi yapar ve hastalıkların yanı sıra hastayı tanımaya ve onun sorunlarını tanımlamaya çalışır.

İnsanlar sağlıklarında bir bozulma algıladıklarında çeşitli davranış biçimleri gösterirler. Sorunun ciddiyetine göre önce toplum içinde gözde olan çare arayışlarına yönelirler. Bu sürecin başarı ya da başarısızlığı onları bilimsel çare arayışına yöneltir. Tüm bunları belirleyen kişinin sağlıkla ilgili o zamana kadar edindiği deneyimdir. Sağlıkla ilgili bilgileri, inanışları, kaygıları, korkuları ve beklentileri içeren bu deneyim bütünsel olarak bireyin sağlık anlayışını oluşturur. Hastayla görüşme sırasında bireyin tüm bu önceki deneyimleri sürece yansır. Dolayısıyla karşısındaki kişiyi tanımaya çalışan hekim tüm bunları dikkate almak durumundadır. Bunun için de öncelikle olayın farkına varmak gerekir.

İyi bir hasta görüşmesi için uyulması gerekenler karşısında hekimler yeterince eğitilmemektedir ve günlük hekimlik uygulamalarında birçok yanlışlık yapılmaktadır. Hastanın sözünün kesilmesi, onun görüşlerine değer verilmemesi, beklentilerinin dikkate alınmaması bunların başlıcalarıdır (4,5,9).

Literatürde hastaların beklentilerini, tercihlerini değerlendiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (5, 6, 13, 41). Özellikle hasta merkezlilik açısından hasta beklenti ve tercihlerini değerlendiren çalışmalar ise çok azdır. Ülkemizde ise konu hemen hemen hiç irdelenmemiş, üzerinde hiç durulmamıştır. Çalışmamız hasta beklentileri ve bu beklentiler

açısından hasta görüşlerinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Kuşkusuz hastayla görüşme ve bu görüşmeye hasta merkezli yaklaşımın birçok boyutları vardır. Hekim iyi tıbbi uygulama için iyi hasta görüşmesi yapmak ve bunun için de birçok etkeni dikkate almak durumundadır.

Çalışmamız esas olarak, görüşme odasına giren hastanın hasta merkezli yaklaşımın temel bileşenleri açısından güçlü beklentiler içinde olduğunu göstermiştir. Yine sonuçlarımız hasta beklentilerinin büyük ölçüde karşılandığını ve hekimlerin de bu beklentilerin farkına vararak büyük ölçüde karşıladıklarını düşündüklerini ortaya koymuştur. Bu çalışma hasta merkezlilik açısından hasta beklentilerinin bazı belirleyicilerini de ortaya koymuştur.

Çalışmanın sonuçları üç alanda tartışılacak ve yorumlanacaktır:

1. Görüşme öncesi hasta beklentileri ve tercihlerinin neler olduğu, bunların hasta merkezli yaklaşımla ilişkisi,
2. Hasta beklentilerinin ne gibi belirleyicilerinin olduğu,
3. Görüşme öncesi hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algıları arasındaki uyum.

Çalışmanın sınırlılıkları

Başlamadan önce çalışmamızın bazı sınırlılıklarından söz etmek istiyoruz. Birincisi, çalışmamız Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalar ve buradaki hasta görüşmelerini gerçekleştiren, eğitimlerinin son dönemlerindeki uzmanlık öğrencisi doktorlarla sınırlı olmasıdır. Polikliniğimizin hasta nüfusu Aydın merkez ve çevresindeki birinci basamak hasta nüfusu özelliklerini yansıtmamaktadır. Daha geniş bir evreni, özellikle birinci basamağın temel birimleri olan sağlık ocaklarını kapsamamış olması sonuçlarımızın birinci basamak hasta görüşmelerine genellenmesini engellemektedir.

İkincisi, görüşme yapılan hasta sayısının azlığı sayılabilir. Görüşme yapan hekim sayısı da beş ile sınırlı kalmıştır. Çalışma bölgesinin tek bir merkezle sınırlı kalması ve yalnızca burada uygulama yapan hekimlerin hasta görüşmelerinin değerlendirilmesi, çalışmaya alınan hasta sayısının artmasını engellemiştir. Polikliniğimize başvuran hasta sayısının sınırlılığı ve çalışma zaman çizelgesine uyma zorunluluğu da bunda etkili olmuştur. Yine de çalışmamız daha geniş evrende ve daha çok hekim uygulamasını yansıtacak bir çalışma olabilirdi.

Çalışmamızda hasta beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta görüşmesinin sonuçları değerlendirilmiş olmakla birlikte, hasta memnuniyeti ve sağlık çıktılarının değerlendirilmemiş ve dolayısıyla karşılanmamış beklentilerle ilişkilerinin saptanmamış olması da diğer bir sınırlılık olarak görülebilir.

Bu sınırlılıklara karşın Aile Hekimliği Anabilim Dalı uygulama ve eğitim merkezi olarak da işlev gören polikliniğimizde yapılan bu çalışmanın sonuçları, çalışmaya katılan hekimlerin aile hekimliği uzmanlık öğrencileri olması nedeniyle uzmanlık eğitimi programımızın değerlendirilmesine katkı sağlayıcı niteliktedir.

Görüşme öncesi hasta beklentileri ve bunların hasta merkezli yaklaşımla ilişkisi

Çalışmamızın temelini oluşturan görüşme öncesi hasta beklentileri, görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algıları birkaç yönden değerlendirilmiştir. Öncelikle 24 değişkenden oluşan hasta merkezlilik ölçeği, faktör analizi yapılarak daha az sayıda açıklayıcı faktöre kategorize edilmiştir. Bunun yanı sıra sonuçlarımız hasta görüşmesinin bazı biyomedikal bileşenleri bakımından ayrıca yorumlanmıştır. Bu bölümde son olarak anket formlarımızı oluşturan 24 ifadenin hasta merkezli klinik yaklaşımın beş temel özelliğine dağılımı dikkate alınarak da sonuçlar irdelenmiştir.

Faktör analizinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda elde edilen görüşmeden önce hastaların ifade ettikleri görüşmeyle ilgili beklentilerin faktör analizi sonucunda dört faktör (bileşen) ortaya çıkmıştır. Sevk isteği, test, tedavi, koruma ve duygusal sorunları hakkında bilgilenme ve açıklama isteği beklentilerini içeren ilk faktör ‘medikal konular ve bilgilenme’yle ilgilidir. İkincisi ‘ilişki ve katılım’ faktörüdür ve kaygıların ifadesi, birey olarak ilgi görme ve görüşlerinin dikkate alınması beklentilerini içermektedir. Hekimden ilgi, sempati, yardım ve içtenlik görme isteğini ifade eden üçüncü faktör ‘iletişim’le ilgilidir. Son faktör ‘ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma’ olup hekimin kendisini anlamasını, durumuyla ilgili açıklama yapmasını ve anlamasına yardımcı olmasını istemeyle ilgili beklentileri içermektedir. Bu dört faktör varyansların %60’a yakınına açıklamaktadır.

Çalışmamızda kullanılan anket formlarını geliştiren ve bu anket formlarını Litvanya, Estonya ve Rusya (St. Petersburg bölgesinde) olmak üzere üç Baltık ülkesinde uygulayan

Zebiene ve arkadaşları, aynı anket formları kullanılmasına karşın bizim çalışmamızdan farklı olarak 24 değişkenin ‘biyomedikal beklentiler’, ‘duygusal destekle ilgili beklentiler’ ve ‘ortaklık oluşturma beklentileri’ olmak üzere üç faktörde gruplanabileceğini bulmuşlardır (41). Bu üç faktörün içerikleri bizim çalışmamızın sonuçlarıyla kısmen uyumlu görünmektedir.

Hasta merkezli yaklaşımla ilişkili farklı anketlerin kullanıldığı, Little ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise görüşmeden önce hastaların ifade ettikleri görüşmeyle ilgili beklentilerin faktör analizi sonucunda yine üç faktör saptanmıştır. Bu faktörlerden birincisi ‘iletişim’le ilgili olup hastalık deneyimi, iletişim, hasta-hekim ilişkisini içermektedir. İkinci faktör ‘ortaklık’la ilgili olup inanışlarla ilgilenmek, beklentiler ve fikir birliğinden (inceleme, tartışma ve hasta görüşleri, sorun ve tedavi hakkında sessiz fikir birliği) oluşmaktadır. Üçüncü faktör ise ‘sağlığın geliştirilmesi’yle ilgili olup nasıl sağlıklı kalınabileceği ve hastalık risklerinin nasıl azaltılabileceğini içermektedir. Bu üç faktör içerikleri bizim çalışmamızla uyumludur ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak varyansların neredeyse tamamına yakını (%91) açıklamaktadır (42).

Çalışmamızda saptanan faktörlerin hemen hepsinin iletişimin farklı yönlerini içerdiği ve bu faktörleri oluşturan bazı bileşenlerin birden fazla faktör üzerinde ağırlığı olduğu saptanmıştır. Örtüşmeler özellikle faktör 3 (iletişim) ile faktör 2 (ilişki ve katılım) ve faktör 1 (medikal konular ve bilgilenme) arasında gözlenmiştir. Little ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da faktörler arasında bazı örtüşmeler gözlenmiştir. Faktör 1’de (iletişim) yer alan ‘Doktorun ne bilmek istediğimle ilgilenmesini istiyorum’ değişkeni ile Faktör 2’de (ortaklık) yer alan ‘Doktorun sorunun ne olabileceğiyle ilgili fikirlerimle ilgilenmesini istiyorum’ değişkeninin her iki faktör üzerinde de ağırlıkları olduğu saptanmıştır. ‘Doktorun ne bilmek istediğimle ilgilenmesini istiyorum’ değişkeninin Faktör 1 ve 2 için ağırlıkları sırasıyla 0,51 ve 0,44’dür. Yani faktör 1 üzerine önemli bir ağırlığı varken faktör 2 üzerine de orta düzeyde bir ağırlık göstermektedir. Bu saptamanın tam tersine ‘Doktorun sorunun ne olabileceğiyle ilgili fikirlerimle ilgilenmesini istiyorum’ değişkeninin Faktör 1 ve 2 için ağırlıkları sırasıyla 0,44 ve 0,50 olarak bulunmuştur. Yani faktör 2 üzerine önemli bir ağırlığı varken faktör 1 üzerinde orta düzeyde bir ağırlık göstermektedir (42). Görüldüğü gibi her iki çalışmada da örtüşmeler iletişimin farklı boyutlarını içeren değişkenlerden kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda en yüksek hasta beklentileri, iletişimin ‘ilişki ve katılım’ boyutlarını içeren faktör 2 içinde yer alan değişkenler konusunda elde edilmiştir (yüzde 87 – 97,5).

Hastaların ‘ortaklık ve karşılıklı anlayış geliştirme’ beklentileri de (faktör 4) çalışmamızda oldukça yüksek olup ilgili ifadelerle katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 79 – 97 arasında değişmektedir. Little ve arkadaşlarının çalışmasında ise ‘ortaklık’ faktörünün (faktör 2) tüm bileşenlerini isteme yüzdeleri 77 – 87 arasında olup bizim bulgularımıza benzerdir (42). ‘Medikal konular ve bilgilenme’ faktöründe (faktör 1) yer alan değişkenler konusundaki beklentiler oldukça değişkenlik göstermektedir. Little ve arkadaşlarının çalışmasında faktör 3’ü oluşturan bileşenler bizim çalışmamızda faktör 1 içinde yer almaktadır. Buna göre katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri karşılaştırıldığında, Little ve arkadaşlarının çalışmasında (yüzde 85 – 89 arasında) daha yüksek ve birbirine yakın değerler bulunmuştur (42). ‘İletişim’ faktöründeki (faktör 3) iletişim beklentileri de oldukça değişkenlik göstermektedir (ilgili ifadelerle katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 36 – 82,5 arasında). Little ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ‘iletişim’ faktörünün (faktör 1) bileşenlerine katılma ve kesinlikle katılma yüzdeleri 88 – 99 gibi yüksek değerlerdir (42).

Çalışmamızda hastaların hasta merkezli klinik yöntemin temel bileşenleri konusundaki beklentilerinin yüksek olduğu, literatürde yer alan birçok çalışmanın tersine hastaların beklentilerinin büyük ölçüde karşılandığını düşündükleri, hekimlerin hasta beklentilerinin farkında olduğu ve hasta beklentilerini büyük ölçüde karşıladıklarını algıladığı gözlenmiştir. Perron ve arkadaşlarının İsviçre’de, farklı ülkelerden göç eden hastaların bulunduğu bir bölgede yaptıkları hasta beklentileri ve bu beklentilerin karşılanmasında hekimlerin algısının anket yoluyla araştırıldığı bir çalışmada, hasta kökenine bakılmaksızın hekimlerin hasta beklentilerini algılamada eksiklikler yaşadığı, var olmayan hasta beklentilerini varmış gibi algıladıkları saptanmıştır (5). Çalışmamızın sonuçlarının tersine, Sanchez-Menegay ve arkadaşları ile Anderson ve arkadaşları da hasta beklentileri ve hekimlerin hasta beklentilerini algılaması arasında uyumsuzluklar bildirmektedirler.(kaynakların tamamını bulamadım, abstractı var, kaynak yazabilir miyim?).

Hasta görüşmesinin bazı biyomedikal boyutları

Çalışmamızda bazı tıbbi değişkenler bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama durumları ayrıca incelenmiştir. Hastaların çoğu hem görüşme öncesi beklentiler ve hem de görüşme sonrası karşılanmış beklentiler açısından rahatsızlıklarına tanı konması, fizik bakı yapılması, bazı testlerin yapılması ve rahatsızlıklarının seyri konusunda beklentilerinin yüksek, hastaneye ya da uzmana sevk

edilmesi ve ilaç verilmesi konusundaki beklentilerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda da bizim bulgularımıza benzer olarak tanı ve prognoz konusunda bilgilenmeyle ilgili yüksek beklentiler saptanmıştır (43, 44). Perron ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızda da saptanan tanı ve fizik bakıya ek olarak, hastaların dinleme ve danışmanlık beklentileri de yüksek olarak bulunmuştur (5).

Little ve arkadaşlarının çalışmasında reçeteleme ve laboratuvar incelemesi ile ilgili beklentisi olan hastaların yüzdesi sırasıyla 25 ve 63 olarak saptanmış olup bizim çalışmamızın bulgularından daha düşüktür (42). McKinley ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, başvuran hastaların görüşme öncesi doktordan beklentileri açıklama, reçeteleme, araştırma, sevk ve diğer (yüzdeleri sırasıyla 69,3, 54,6, 44,3, 14,6 ve 9,3) olarak saptanmıştır (45). Çalışmamızdaki beklenti yüzdeleriyle karşılaştırıldığında reçeteleme hakkındaki beklentiler benzerdir. Sevk hakkındaki beklentilerse bizim çalışmamızdaki beklenti sonuçlarına göre belirgin olarak düşüktür.

Webb & Lloyd'un yaptığı bir çalışmada (14) başvuran hastaların beklentileri görüşme öncesi doldurtulan anket yoluyla saptanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaya göre hastaların %51'i reçete beklentisi içinde olup bu sonuç çalışmamızın verileriyle uyumludur. Çalışmamızdan daha düşük oranda olmakla hastaların 13%'ü hastaneye sevk beklentisi içindedir. Britten ve arkadaşları ile Macfarlane ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda reçeteleme beklentisi bizim çalışmamızdan yüksek, Cockburn ve Pit ile Webb ve Lloyd'un yaptığı çalışmalarda ise bizim çalışmamızdan düşük bulunmuştur (6).

Peck ve arkadaşları ile Brody ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda, sevk, araştırma (test) ve reçeteleme beklentilerinin bizim çalışmamıza göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Kravitz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise hastaların araştırma (test) ve sevk beklentileri çalışmamıza göre düşük, reçeteleme hakkındaki beklenti yüzdeleri ise çalışmamıza göre yüksek bulunmuştur (9).

Literatürde yapılan hasta beklentilerinin araştırıldığı çeşitli çalışmalarda görülen hastaların beklentilerindeki farklılıklar soruların soruluş şekli ve yanıtlama şekilleriyle ilgili olabilir. Sorulan sorulara evet-hayır gibi kategorize yanıtlar yerine Likert ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda hastalar emin olmadıkları beklentileri için 'emin değilim' seçeneğini işaretleyecekleri için hastaların ilgili konudan beklentileri daha düşük çıkacaktır. Bu durumun daha önce yapılan çalışmalarda sonuçları etkilediği görülmüştür (5). Örneğin Kravitz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların beklentilerinin anket ve yarı-

yapılandırılmış görüşmeyle ölçülmesi karşılaştırılmış, hastaların anket uygulamasına verilen yanıtlarda görüşmeyle yapılan çalışmalara göre daha yüksek beklenti ifade ettikleri gösterilmiştir (38). Çalışmamızda da bu durum sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Hasta beklentileri ve memnuniyetle ilgili yapılmış çalışmalarda karşılanmamış hasta beklentilerinin hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (5, 11, 38, 46, 47). Çalışmamızda hasta beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta görüşmesinin sonuçları değerlendirilmiş olmakla birlikte, hasta memnuniyeti ve sağlık çıktılarının değerlendirilmemiş ve dolayısıyla karşılanmamış beklentilerle ilişkileri saptanmamıştır.

Anketimizin esasını oluşturan hasta merkezli klinik yaklaşımın beş temel özelliği açısından hasta beklentileri

Çalışmamız sonuçlarına göre hastaların çoğu görüşme öncesinde hasta merkezli klinik yöntemin temel özelliklerinden olan anlama ve açıklama ile tıbbi bilgi ve sağlığın geliştirilmesi konusunda yüksek beklenti içindedir ve diğer özellikler bakımından da yüksek beklenti içinde olanlar hastaların hemen hemen yarısını oluşturmaktadır. Verilerimiz Little ve arkadaşlarının (42) çalışmasındaki sonuçlarla uyumludur.

Hasta beklentilerinin belirleyicileri

Çalışmamızda saptanan dört faktör de değişik sosyodemografik özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Medikal konular ve bilgilenme konularında beklentisi yüksek olan hasta grupları daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden düzenli olarak hizmet alan hastalardır. İlişki ve katılım isteği yüksek olanlar da benzer şekilde daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden daha sık hizmet alan hasta gruplarıdır. Daha iyi iletişim konusunda yüksek beklentisi olan hasta grupları o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, o gün akut bir nedenle başvuranlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve ortaokul ve daha alt düzeyde eğitimi olanlardır. Cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi kişi özellikleriyle kendini nasıl hissettiği gibi alanlar, hasta merkezli yaklaşımın herhangi bir bileşeni ile ilişkili bulunmamıştır.

Zebiene ve arkadaşları bizim çalışmamızdan farklı olarak yalnızca duygusal faktör için farklı yaş gruplarında önemli farklılıklar bulunduğunu, hastaların duygusal destekle ilgili

beklentilerinin yaşla arttığını saptanmışlardır. Ayrıca bizim çalışmamızın tersine, hastalar tarafından algılanan sağlık durumu ile duygusal destek beklentileri arasında ilişki olduğu ve sağlık sorununu ciddi bulan hastaların duygusal beklentilerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (41).

Little ve arkadaşlarının (42) yaptığı çalışma sonuçlarına göre, iyi iletişim konusunda beklentileri yüksek olan hastalar daha büyük olasılıkla özellikle kendini rahatsız hissedenler, doktora sık ve düzenli başvuranlar ve gelir getiren bir işi olmayanlar, daha az olasılıkla 60 yaş altındakilerdir. Bu veriler bizim çalışmamızda iyi iletişim konusunda beklentisi yüksek olan hasta grubu özellikleriyle benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızda ortaklık konusundaki beklentilerin herhangi bir hasta özelliğiyle ilişkisi bulunmamıştır. Yukarıda belirtilen aynı çalışmada kendini rahatsız hisseden, sağlık sorunu hakkında çok üzgün olan, doktora sık başvuran ve gelir getiren bir işi olmayanların ortaklık konusunda beklentileri yüksek olan hasta grubunu oluşturduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlıkta düzelmeye konusunda beklentileri yüksek olan hasta grubunun, daha yüksek olasılıkla sağlık sorunu hakkında üzgün olanlar ve sağlık kuruluşuna sık başvuranlar olduğu da gösterilmiştir (42).

Çalışmamızda cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi kişi özellikleriyle kendini nasıl hissettiği gibi alanlar, hasta merkezli yaklaşımın herhangi bir bileşeni ile ilişkili olmadığı gösterilirken Little ve arkadaşlarının çalışmasında 60 yaş altındakilerin iletişim konusunda beklentilerinin daha yüksek olduğu, kendini rahatsız hissedenlerin üç faktör hakkında da yüksek beklentileri olduğu gösterilmiştir (42). Little ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızın aksine sağlık sorununun akut veya kronik olup olmaması veya doktorun görüşmeyi başlatıp başlatmaması gibi özelliklerin hasta merkezli yaklaşımın herhangi bir bileşeniyle ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Zebine ve arkadaşlarının çalışması Litvanya dilinde yayınlanmış olduğu için, bu çalışmadan edindiğimiz bilgiler makalenin İngilizce özetiyle sınırlıdır (4).

Görüşme öncesi hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algıları arasındaki uyum

Çalışmamızda dört faktör bakımından görüşme öncesi hasta beklentileri, görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileri ve görüşme sonrası hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algıları arasındaki uyum da irdelenmiştir. İletişim beklentileri bakımından karşılanmış hasta

beklentileriyle hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasında iyi düzeyde ve bu faktör için hasta beklentileriyle hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir uyum saptanmıştır.

Medikal konular ve bilgilendirme beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasında orta düzeyde anlamlı bir uyum varken, bu faktör için hasta beklentileriyle hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasındaki uyum zayıf düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ortaklık ve karşılıklı anlayış oluşturma beklentileri bakımından karşılanmış hasta beklentileriyle hasta beklentileri arasında iletişim beklentilerinde olduğu gibi iyi düzeyde anlamlı bir uyum varken, bu faktör için hekimlerin beklentileri karşılama algıları ile hasta beklentileri ve karşılanmış hasta beklentileri arasında zayıf düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı bir uyum saptanmıştır. İlişki ve katılım beklentileri bakımından hasta beklentileri, karşılanmış hasta beklentileri ve hekimlerin beklentileri karşılama algıları arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir uyum bulunmuştur.

Hasta merkezli yaklaşımın temel özelliklerinden kişiler arası ilişkiler dışında diğer beklentilerinin görüşme sonrasında karşılandığını düşünen hasta sayısının azalması, hekimlerin hasta beklentilerini karşılama algılarındaki daha fazla olan düşüşle koşutluk göstermektedir. Tam tersi olarak kişiler arası ilişkiler bakımından beklentileri karşılama algıları yüksek olan hekim sayısı, aynı alandaki yüksek beklentisi olan hasta sayısından daha fazladır. Hasta merkezli klinik yöntemin temel özelliklerini oluşturan biyomedikal, anlama ve açıklama, duygusal, tıbbi bilgi ve sağlığın geliştirilmesi ve kişilerarası ilişkiler bakımından hasta beklentileri ile bu beklentilerin hekimler tarafından algılanmaları arasında zayıf bir uyum görülmekle birlikte (düşük Kappa uyum katsayıları) bu uyum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Beş ana başlık altında toplanan hasta beklentileri bakımından hekimlerin beklentileri karşılama algısı ile görüşme sonrası karşılanmış hasta beklentileri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı daha güçlü bir uyum bulunmaktadır.

Bu sonuçları yorumlayacak olursak;

- 1) Hastalar hekimle görüşmeye bir takım beklentilerle gelmektedir ve görüşme sonrasında bu beklentilerin karşılanıp karşılanmadığı konusunu değerlendirebilmektedirler.

- 2) Çalışmanın yapıldığı polikliniğimize başvuran hastalar, görüşme sonrasında hasta-hekim iletişiminin hemen her boyutundaki beklentilerinin karşılandığını düşünmektedirler.
- 3) Çalışmanın yapıldığı polikliniğimizde aile hekimliği alan eğitimlerini sürdürmekte olan ve bu çalışmaya katılan uzmanlık öğrencileri, hasta beklentilerini doğru saptayabilmişler, bu beklentileri karşılamışlar ve karşıladıklarının da farkındadırlar.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçların tersine, Perron ve arkadaşlarının İsviçre’de farklı ülkelerden göç eden hastaların bulunduğu bir bölgede yaptıkları hasta beklentileri ve bu beklentilerin karşılanmasında hekimlerin algısının anket yoluyla araştırıldığı bir çalışmada, hekimlerin hasta beklentilerini algılamada eksiklikler yaşadığı, var olmayan hasta beklentilerini varmış gibi algıladıkları bulunmuştur (5).

Çalışmamızda hastaların hasta görüşmesinin bazı tıbbi boyutları konusundaki beklentileriyle hekimlerin bu beklentileri karşılama algılarının da koşutluk gösterdiği saptanmıştır. Hastaların hastane ya da uzmana sevk beklentilerinin algılanması konusunda hekimlerin daha düşük öngörude bulunmasına karşın (sırasıyla %10,5 - %16,0), hasta beklentileriyle hekimlerin beklentileri algılamaları arasında zayıf da olsa istatistiksel olarak anlamlı bir uyum saptanmıştır. Perron ve arkadaşları yaptıkları çalışmada danışmanlık, prognoz, ilaç, tetkik ve uzmana sevk konularındaki beklentileri hekimler tarafından yeterince algılanmadığını bulmuşlardır (5). Bu bulgular yalnızca uzmana sevk konusunda bizim çalışmamızın sonuçları ile örtüşmektedir.

Literatürde bizim çalışmamızın tersine hastaların ilaç beklentisinin olduğundan yüksek olarak algılandığını gösteren çalışmalar var olup, bu durum gereksiz ilaç yazılmasına ve sağlık harcamalarının uygunsuz kullanımına neden olmuştur (5, 48, 49).

Hooper ve arkadaşlarının hasta beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı konusunda hasta ve doktorun fikir birliğini araştırma amacıyla yaptıkları bir çalışmada, reçete verme ve sevk hakkında iyi bir görüş birliğinin olduğu, buna karşın test isteme, fizik bakı, öneride bulunma, yakınmaları açıklama, destek verme konusunda görüş birliğinin sağlanmadığı gösterilmiştir (50).

Webb & Lloyd’un yaptığı bir çalışmada (14), başvuran hastaların beklentileri görüşme öncesi doldurtulan anket yoluyla saptanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaya göre hastaların %51’i

reçete beklentisi içinde olup bu sonuç çalışmamızın verileriyle uyumludur. Çalışmamızdan daha düşük oranda olmakla birlikte hastaların 13%'ü hastaneye sevk beklentisi içindedir. Hastaların 55%'ine reçete verilmiş, 10%'u hastaneye sevk edilmiş olup bulgular bizim çalışmamızla uyumludur.

Hastaların rahatsızlıkları ile ilgili görüş ve duygularının ve hekimlerden beklentilerinin araştırılması hasta merkezli bakımın temel bileşenidir; hastayla iyi bir ilişki kurulmasında önemli katkısı vardır (5, 8, 9). Bizim hekimlerimiz de bu açıdan olumlu davranışlar geliştirmişlerdir. Ayrıca çalışmaya alınan hekimlerimiz aile hekimliği uzmanlık öğrencileri olup kişi merkezli klinik yöntem konusunda yeterli bilgi ve beceriyi kazanmış oldukları görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uygulama ve Eğitim Merkezi'nde (poliklinik) yapılan çalışmamızda hastaların hasta merkezli klinik yöntemin temel bileşenleri konusundaki beklentilerinin yüksek olduğu, literatürde yer alan birçok çalışmanın tersine hastaların beklentilerinin büyük ölçüde karşılandığını düşündükleri, hekimlerin hasta beklentilerinin farkında olduğu ve hasta beklentilerini büyük ölçüde karşıladıklarını algıladığı gözlenmiştir.

Görüşmeden önce hastaların ifade ettikleri görüşmeyle ilgili beklentilerin faktör analizi sonucunda dört faktör (bileşen) ortaya çıkmıştır: 'Medikal konular ve bilgilenme', 'ilişki ve katılım', 'iletişim' ve 'ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma'. Bu dört faktör varyansların %60'a yakınını açıklamaktadır.

Çalışmamızda dört faktör de değişik sosyodemografik özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Medikal konular ve bilgilenme konularında beklentisi yüksek olan hasta grupları daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden düzenli olarak hizmet alan hastalardır. İlişki ve katılım isteği yüksek olanlar da benzer şekilde daha büyük olasılıkla o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve polikliniğimizden daha sık hizmet alan hasta gruplarıdır. Daha iyi iletişim konusunda yüksek beklentisi olan hasta grupları o günkü yakınmalarını daha hafif bulanlar, o gün akut bir nedenle başvuranlar, son bir yıl içindeki sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirenler ve ortaokul ve daha alt düzeyde eğitimi olanlardır. Cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi kişi özellikleriyle kendini nasıl hissettiği gibi alanlar hasta merkezli yaklaşımın herhangi bir bileşeni ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Aile Hekimliği Anabilim Dalı uygulama ve eğitim merkezi olarak da işlev gören polikliniğimizde yapılan bu çalışmanın sonuçları, çalışmaya katılan hekimlerin aile hekimliği uzmanlık öğrencileri olması nedeniyle uzmanlık eğitimi programımızın değerlendirilmesine katkı sağlayıcı niteliktedir. Eğitim gören uzmanlık öğrencilerinin hasta merkezli davranış geliştirmiş olması, anabilimdalı eğitim programımızın hasta merkezli klinik yöntemin öğrenilmesini sağlaması açısından başarılı olduğunu göstermektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk M M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik bir pilot araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, 2002.
2. Atlı H, Sur H, Şahin T, Söylemez D, Hayran O. Poliklinik hizmeti alan hastaların beklenti ve ihtiyaçları yönünden özel bir hastane ile bir üniversite hastanesinin karşılaştırılması. <http://www.sabemsaglikcgov.tr> 03.09.2006
3. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance
4. Zebiene E, Kairys J, Zokas I. Study of patients expectations and outcomes of doctor-patient interaction. Yürüyen proje (kişisel ilişki).
5. Perron N J, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. Family Practice 2003; 20: 428-33.
6. Britten N, Ukoumunne O C, Boulton M G. Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions. Blackwell Science Ltd Health Expectations 2002; 5: 256-69.
7. Gürgen B. Toplam kalite çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetine ilişkin bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2004.
8. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. British Journal of General Practice 2000; 50: 892-97.
9. Peck B M, Ubel A, Roter D L, Goold S D, Asch D A, Jeffreys A S, Grambow S C, Tulskey J A. Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction?. J Gen Intern Med 2004; 19: 1080-87.
10. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(2): 69-74.
11. Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? Journal of Advanced Nursing 1999; 29(2): 364-72.

12. Başak O. Tıp öğrencisi ders notları: Hastayla görüşme. ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı Eğitim Materyali.
13. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328: 444.
14. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *British Journal of General Practice* 1994; 44: 165-69.
15. TC 1982 Anayasası.
16. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun No: 224, 1961.
17. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı olan 15 yaş üstü kişilerin son bir ayda sağlık sorunu ile karşılaşma ve sağlık kurumuna başvurma durumları. *Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2003; 56(2): 59-66.
18. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine. Second Edition.* Oxford: Oxford University Press, 1997.
19. Pendleton D, Schofield T, Tate P and Havelock P. *The consultation.* Oxford: Oxford University Press, 2000.
20. McWhinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *Canadian Medical Association Journal* 1986; 135 (8): 873-8.
21. May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, Graham R, Rogers A, Roland M. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health & Illness* 2004; 26(2): 135-58.
22. Robert E. Rakel, MD. *Textbook of Family Practice 5th Edition* W.B.Saunders Company. 303-16.
23. Uncu Y, Bilgel N. Aile hekimliğinde hastalara yaklaşım ve hasta-hekim iletişimi. Bilgel N (ed). *Aile Hekimliği. Birinci Baskı.* Bursa: Medikal Tıp Kitabevi, 2006: 17-33.
24. Greco M, Brownlea A, McGovern J. Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Medical Education* 2001; 35: 748-56.

25. Clack G B, allen J, Cooper D, Head J O. Personality differences between doctors and their patients: implications fort he teaching of communication skills. Blackwell Publishing Ltd Medical Education 2004; 38: 177-186.
26. Baykan Z, Özkan S, Maral I. Ana-çocuk sağlığı aile planlaması merkezine başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. Erciyes Tıp Dergisi 2004; 26(3): 98-104.
27. Epstein RM. The science of patient-centered care. The Journal of Family Practice, 2000; 49(9): 805-7.
28. Pendleton D, Schofield T, Tate P and Havelock P. The consultation. Oxford: Oxford University Press, 1981.
29. Bartley B, Cameron b. QUEST: Questionnaire relating to patients' understanding and expectations of their symptoms and treatment. Emergency Medicine 2000; 12: 123–127.
30. Kravitz R L, Callahan E J. Patients' perceptions of omitted examinations and tests. J Gen İtern Med 2000; 15: 38-45.
31. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa tanımı. Wonca EUROPE-2002. Çeviri editor Başak O, Haziran 2003.
32. UEMO 2004 Policy Document on Specialist Training. UEMO 2004/034.
33. Vaizoğlu S A, Beyhun N E, Çakmak F, Doğan S, Doğan S, Eren Ş, Kırıkkanat S, Ersan İ, Güler Ç. Bir üniversitenin iki sağlık merkezine başvuranların memnuniyet durumlarının belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4 (1): 25-36.
34. Tezcan S, Altıntaş K H, Yeşildal N. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanelerine başvuran hastaların hizmetlerden memnuniyet düzeyi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 1999; 2. www.thb.hacettepe.edu.tr 26 Ağustos 2008
35. Karadağ Z. Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, 2007.
36. Sezer A. Sağlık hizmetlerinde pazarlama stratejilerinin müşteri tatmin yaratmaya etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999.
37. Akın G. Türkiye'de yapılmış hasta memnuniyeti araştırmalarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.

38. Kravitz R L, Callahan E J, Azari R, Antonius D, Lewis C E. Assessing patients' expectations in ambulatory medical practice: Does the measurement approach make a difference?. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 67-72.
39. Zemencuk J K, Feightner J W, Hayward R A, Skarupski K A, Katz S J. Patients desires and expectations for medical care in primary care clinics. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 273-76.
40. Ogden J, Jain Asha. Patients' experiences and expectations of general practice: a questionnaire study of differences by ethnic group. *British journal of General Practice* 2005; 55: 351-56.
41. Zebiene E, Kairys J, Zokas I. Influence of patient's social and demographic characteristics on patient's expectations for medical consultation. *Medicina (Kaunas)*, 2004; 40(5):467-74.
42. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*, 2001; 322: 1-7.
43. Ware JE, Davies AR. Behavioural consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Eval Program Plann* 1983; 6: 291–297.
44. Kravitz RL, Cope DW, Bhrany V, Leake B. Internal medicine patients' expectations for care during office visits. *J Gen Intern Med* 1994; 9: 75–81.
45. McKinley R K, Middleton J F. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *British Journal of general Practice*, 1999; 49: 796-800.
46. Joos SK, Hickam DH, Borders LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Rep* 1993; 108:51–759.
47. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction. *Fam Pract* 1995; 12: 193–201.
48. Cockburn J, Pitt S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. *Br Med J* 1997; 315: 520–523.

49. Britten Nicky, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *Br Med J* 1997; 315: 1506–1510.
50. Hooper R, Rona R J, French C, Jones M, Wessely S. Unmet expectations in primary care and the agreement between doctor and patient: a questionnaire study. Blackwell Publishing Ltd *health expectations*, 2005; 8: 26-33.

8. EKLER

EK-1: Özgeçmiş

Adı Soyadı: Ayfer Oklay Bozkaya

Ünvanı: Araştırma Görevlisi Dr.

Doğum yeri, tarihi: Söke-Aydın, 06.01.1979

Medeni hali: Evli

İş adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,09100, AYDIN

İş telefonu: 0-256-219 7188 / 0-256- 444 1256

Cep telefonu: 0-533-2307932
0-505-3521639

e-posta: ayferoklay2005@yahoo.com
ayferoklay@mynet.com

Ev adresi: Kurtuluş mahallesi, Kıbrıs cad. 2022 sokak.Kat:4 No:51 Aydın

Ev telefonu: -

Eğitim:

Sadullah Kuşadası İlkokulu, Söke 1984-1989

Hilmi Fırat Anadolu Lisesi, Söke 1989-1996

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul 1996-2002

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi: 06.09.2004

tarihinde başladım ve şu anda devam etmekteyim.

Mesleki Deneyimler:

Demirçevre Sağlık Ocağı, Afyon 17.06.2003–02.09.2004.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Aydın 03.09.2004- halen devam etmekte.

Kazandığım Sertifikalar:

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü RİA-Uygulama Sertifikası, Aydın, 31/07/2006-18/08/2006
2. Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Eğitimi Sertifikası, Aydın, 19-21/12/2006
3. Sigarayı Bıraktırma ve Toplum Sağlığı Kursu, 3-5/04/2008
4. Aile Hekimliği Eğiticileri İçin Leonardo-Euract Kursu, 27-30/05/2008

Katıldığım Kongre, Kurs ve Eğitim Toplantıları:

1. Olgularla Metabolik Sendroma Güncel Yaklaşım, Aydın, 9 Mayıs 2005
2. 3. Ulusal Aile Hekimliği Günleri, Kuşadası, 25-28 Mayıs 2005
3. 1. Aydın Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Günü, Aydın, 9 Kasım 2005
4. Insights Etkin İletişim Eğitimi, Aydın, 19 Kasım 2005
5. Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği- Doppler USG ve Obstetride Uygulamaları Sempozyumu, Aydın, 5 Mayıs 2006
6. 7. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Çeşme, 23-26 Mayıs 2006
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü RİA-Uygulama Kursu, Aydın, 31/07/2006-18/08/2006
8. Araştırma Protokolü Nasıl Hazırlanır? İzmir, 23 Eylül 2006
9. 2. Aydın Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Günü, Aydın, 8 Aralık 2006
10. İstatistik Analize Giriş ve Orta Düzey İstatistik Analiz Eğitimi, Aydın, 17 Aralık 2006
11. Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Eğitimi Kursu, Aydın, 19-21/12/2006
12. WES- LOVAH 2007 Kongresi, Hollanda, 24-28/04/2007
13. 3. Aydın Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Günü, Aydın, 6/12/2007
14. Sigarayı Bıraktırma ve Toplum Sağlığı Kursu, Aydın, 3-5/04/2008
15. Aile Hekimliği Eğiticileri İçin Leonardo-Euract Kursu, Konya, 27-30/05/2008

Bilimsel Yayınlar:

1. R. O. Ek, G. Dişçigil, O. Başak, H. Kaplan, S. Çeçen, **A. Oklay Bozkaya**. Kan Basıncı Ölçüm Aletlerimiz Ne Kadar Doğru Ölçüyor: Kurumsal Sürekli Bakım Programı. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 7(3): 19-23.
2. G. Dişçigil, N. Tekin, Z. Anadol, **A. Oklay Bozkaya**. Toplum İçinde Yaşayan ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Polifarmasi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(3): 117-121.
3. S. Aydın, **A. Oklay Bozkaya**, M. Mazıcıoğlu, A. Gemalmaz, A. Özçakır, A. Öztürk. Herbal Medicine use and Prevalance and Beliefs: What affects? Turkish Journal of Medical Sciences 2008; 38(5): 455-463.

Ulusal ve Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler:

1. M. H. Yaşa, **A. Oklay Bozkaya**, S. Çildağ, V. Yükselen, A. Ö. Karaoğlu. Üst Gastrointestinal Endoskopide Malignite Görülme Sıklığı ve Yeri. 2. Hepato-Gastroenteroloji Kongresi, Antalya, 25-29 Eylül 2005, P 15-ÖMD
2. M. H. Yaşa, **A. Oklay Bozkaya**, H. Bektaş, V. Yükselen, A. Ö. Karaoğlu. Alt Gastrointestinal Endoskopide Malignite Görülme Sıklığı ve Tümörün Yerleşim Yeri. 2. Hepato-Gastroenteroloji Kongresi, Antalya, 25-29 Eylül 2005, P 43-K

EK-2: Hastalar için hasta beklentileri anketi (PEQ-P)

Anket No.....

Hastalar için hasta beklentileri anketi (PEQ-P)**Uygulama İlkeleri**

Aşağıda hekiminizle bugün yapacağınız görüşmeden neler beklediğinizle ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin yanında (1) kesinlikle katılmıyorum'dan (5) kesinlikle katılıyorum'a kadar değişen aralıkta bir ölçek vardır. Her ifade için, bugünkü görüşmeden beklentilerinizi dikkate alarak o ifadeye ne kadar katıldığınızı gösterecek şekilde size en uygun gelen numarayı yuvarlak içine alınız. İfadenin beklentilerinizle ilgili olmadığını düşünüyorsanız lütfen "ilgili değil" sütununu işaretleyiniz.

Lütfen her bir ifade için yalnız bir seçim yapın ve her ifadeye cevap verin.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	İlgili değil
1.	Doktorun, bugün gelmeme neden olan sorunumu anlamasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
2.	Doktorun sorunlarımı açıklamamı kolaylaştırmasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
3.	Doktorun beni baştan aşağı muayene etmesini istiyorum.	1	2	3	4	5	
4.	Doktorun tedavimi tam olarak açıklamasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
5.	Doktorun anlattığım yakınmaların ne anlama geldiğini açıklamasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
6.	Doktorun tedavi için beni hastaneye sevk etmesini istiyorum.	1	2	3	4	5	
7.	Doktorun duygusal sorunlarımı açıklamasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
8.	Test sonuçları hakkında bilgi almak istiyorum.	1	2	3	4	5	
9.	Doktorun beni yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak görmesini istiyorum.	1	2	3	4	5	
10.	Almakta olduğum ya da alacağım ilaçlarla ilgili daha çok bilgi almak istiyorum (nasıl etkilediği, olası yan etkileri vb.).	1	2	3	4	5	
11.	Doktorun, sorunlarımla ilgili görüşlerimi anlamasını istiyorum.	1	2	3	4	5	

12	Doktorun bana ilaç vermesini(veya daha önce aldığım tedaviyi tekrarlamasını) istiyorum.	1	2	3	4	5	
13	Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım almak istiyorum.	1	2	3	4	5	
14	Sağlık sorunumun tedavisi için bir uzmana sevk edilmek istiyorum.	1	2	3	4	5	
15	Sorunumla ilgili doktorun bana sempati duymasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
16	Sorunumun anlaşılması için bazı testler yapılmasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
17	Sağlığımla ilgili herhangi bir sorun olmadığından emin olmak istiyorum.	1	2	3	4	5	
18	Gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağımı bilmek istiyorum.	1	2	3	4	5	
19	Doktorun durumumla ilgili kişisel bir ilgi göstermesini istiyorum.	1	2	3	4	5	
20	Sağlıkla ilgili olmayan başka konular hakkında da konuşmak istiyorum.	1	2	3	4	5	
21	Doktorun daha önce yapılmış bazı testlerin anlamını açıklamasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
22	Doktorun bana samimi davranmasını istiyorum.	1	2	3	4	5	
23	Doktorun nasıl sağlıklı kalabileceğimi açıklamasını istiyorum. (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.)	1	2	3	4	5	
24	Sağlık sorunumun olası seyrini bilmek istiyorum.	1	2	3	4	5	

Kişisel bilgileriniz:

1. Cinsiyetiniz 1. Erkek 2. Kadın

2. Doğum yılınız

3. Medeni durumunuz: 1. Bekar 2. Evli 3. Birlikte yaşama

4. Boşanmış

5. Dul

4. Eğitim durumunuz:

1. Okuryazar

4. Lise mezunu

2. İlkokul mezunu

5. Üniversite mezunu/üniversite terk

3. Oratokul mezunu

5. En son ne zaman bir doktorla görüştünüz? (lütfen bir cevap seçin)

1. Son 2 ay içinde

2. Son 1 yıl içinde

3. Daha uzun veya hiç (lütfen 7. soruya geçiniz)

6. Son bir yıl içinde görüştüyseniz kaç görüşme yaptınız? (Bir tedavi süresince birden fazla başvuru yaptıysanız tek görüşme olarak kabul edin. Örneğin soğuk algınlığı nedeniyle yaptığınız 3 görüşme 1 görüşme sayılacak. Kronik hastalıklarınız için yaptığınız aylık görüşmeler ayrı bir görüşme olarak değerlendirilecek.)

1. Bir kez

2. 2 veya 3 kez

3. 4 veya daha fazla

7. Son 1 yıl içinde sağlık durumunuz:

1. Mükemmel

2. İyi

3. Orta

4. Kötü

8. Doktora bugün gelmenize neden olan sorunuz :

1. Yeni başlayan (akut)

2. Uzun süredir var olan (kronik)

3. Uzun süredir var olan ancak yeniden şiddeti artan (kronik alevlenme)

4. Bilmiyorum

9. Şu an kendinizi nasıl hissediyorsunuz?:

1. İyi

2. Rahatsız değilim

3. Hafif rahatsız

4. Kötü

5. Çok kötü

10. Size göre bugün doktora gelmenize neden olan sağlık sorunuz (hastalık):

1. Çok ciddi sağlık sorunu (hastalık) değil

2. Orta ciddiyette sağlık sorunu(hastalık)

3. Ciddi hastalık

4. Bilmiyorum

11. Randevunuz var mıydı?

1. Var

2. Yok

İşbirliğiniz için teşekkürler.

EK-3: Hastalar için karşılanmış hasta beklentileri anketi (EMQ-P)

Anket No.....

Hastalar için karşılanmış hasta beklentileri anketi (EMQ-P)**Uygulama İlkeleri**

Aşağıda bugün yaptığımız görüşmeye ilişkin görüşlerinizi içeren bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her biri için uygun düşen sayıyı işaretleyiniz. Ayrıca bazı ifadelerde (1) kesinlikle katılmıyorum'dan (5) kesinlikle katılıyorum'a kadar değişen bir ölçek bulunmaktadır. Her ifade için, bugünkü görüşmeden beklentilerinizi dikkate alarak o ifadeye ne kadar katıldığınızı gösterecek şekilde size en uygun gelen numarayı yuvarlak içine alınız. İfadenin beklentilerinizle ilgili olmadığını düşünüyorsanız lütfen "ilgili değil" sütununu işaretleyiniz. Lütfen sorulara olabildiğince samimi yanıtlar veriniz ve yanıtlarınızın yalnızca proje amacıyla kullanılacağını ve doktorunuza gösterilmeyeceğinizi hatırlayın.

Lütfen her bir ifade için yalnız bir seçim yapın ve her ifadeye cevap verin.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	İlgili değil
1.	Doktor bugün gelmeme neden olan sorunumu anladı.	1	2	3	4	5	
2.	Doktor sorunlarımı açıklamamı kolaylaştırdı.	1	2	3	4	5	
3.	Doktor beni baştan aşağı muayene etti.	1	2	3	4	5	
4.	Doktor tedavimi tam olarak açıkladı.	1	2	3	4	5	
5.	Doktor anlattığım yakınmaların ne anlama geldiğini açıkladı.	1	2	3	4	5	
6.	Doktor tedavi için beni hastaneye sevk etti.	1	2	3	4	5	
7.	Doktor duygusal sorunlarımı açıkladı.	1	2	3	4	5	
8.	Test sonuçları hakkında bilgi aldım.	1	2	3	4	5	
9.	Doktor beni yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak gördü.	1	2	3	4	5	
10.	Almakta olduğum ya da alacağım ilaçlarla ilgili bilgi aldım (nasıl etkilediği, olası yan etkileri vb.).	1	2	3	4	5	
11.	Doktor sorunlarımla ilgili görüşlerimi anladı.	1	2	3	4	5	
12.	Doktor bana bazı ilaçlar yazdı (veya daha önce aldığım tedaviyi tekrarladı) .	1	2	3	4	5	

13.	Bazı duygusal sorunlarımla ilgili yardım aldım.	1	2	3	4	5	
14.	Sağlık sorunumun tedavisi için bir uzman sevk edildim.	1	2	3	4	5	
15.	Doktor sorunumla ilgili bana sempati duydu.	1	2	3	4	5	
16.	Sorunumun anlaşılması için bazı testler yapıldı.	1	2	3	4	5	
17.	Sağlığımla ilgili herhangi bir sorun olmadığından eminim.	1	2	3	4	5	
18.	Şimdi gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5	
19.	Doktor durumumla ilgili kişisel bir ilgi gösterdi.	1	2	3	4	5	
20.	Sağlıkla ilgili olmayan başka konularla hakkında da konuşma fırsatı buldum.	1	2	3	4	5	
21.	Daha önce yapılmış bazı testlerin anlamı bana açıklandı.	1	2	3	4	5	
22.	Doktor bana samimi davrandı.	1	2	3	4	5	
23.	Doktor nasıl sağlıklı kalabileceğimi açıkladı. (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.)	1	2	3	4	5	
24.	Şimdi sağlık sorunumun olası seyrini biliyorum.	1	2	3	4	5	

Yorumlarınız

.....
.....

İşbirliğiniz için teşekkürler.

EK-4: Doktorlar için beklentileri karşılama anketi (EMQ-D)

Anket No.....

Doktorlar için beklentileri karşılama anketi (EMQ-D)**Uygulama İlkeleri**

Aşağıda hastanızla bugün yaptığınız görüşmeye ait görüşlerinizle ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen her biri için uygun olanı gösteren numarayı işaretleyiniz. Her ifadenin yanında (1) kesinlikle katılmıyorum'dan (5) kesinlikle katılıyorum'a kadar değişen aralıkta bir ölçek bulunmaktadır. Her biri için o ifadeye ne kadar katıldığınızı gösteren sayıyı yuvarlak ilgili ne derecede katıldığınızı gösteren numarayı işaretleyiniz. Bu görüşmeyle ilgili olmadığını düşündüğünüz durumlarda lütfen "ilgili değil" sütununu işaretleyiniz.

Lütfen her bir madde için yalnız bir seçim yapın ve her duruma cevap verin.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	İlgili değil
1	Hastanın bugün beni görmeye gelmesine neden olan sorununu anladım.	1	2	3	4	5	
2	Hastanın sorunlarını açıklamasını kolaylaştırdım.	1	2	3	4	5	
3	Hastayı tam olarak muayene ettim.	1	2	3	4	5	
4	Tedaviyi tam olarak açıkladım.	1	2	3	4	5	
5	Yakınmalarının ne anlama geldiğini hastaya açıkladım.	1	2	3	4	5	
6	Hasta tedavi için hastaneye sevk edildi.	1	2	3	4	5	
7	Hastaya duygusal sorunlarını açıkladım.	1	2	3	4	5	
8	Hasta test sonuçları hakkında bilgilendirildi.	1	2	3	4	5	
9	Hastayı yalnızca bir hasta olarak değil, bir kişi olarak gördüm.	1	2	3	4	5	
10	Hasta daha önce aldığı (ya da alacağı) ilaçlar hakkında bilgilendirildi – nasıl etki ettikleri, olası yan etkileri.	1	2	3	4	5	
11	Hastanın sorunuyla ilgili görüşlerini anladım.	1	2	3	4	5	
12	Hastaya bazı ilaçlar yazdım (veya önceden almakta olduğu tedaviyi tekrarladım).	1	2	3	4	5	
13	Hasta bazı duygusal sorunlarıyla ilgili yardım aldı.	1	2	3	4	5	
14	Hasta sağlık sorununun tedavisi için bir uzman sevk edildi.	1	2	3	4	5	

15	Sorunuyla ilgili olarak hastaya sempati duydum.	1	2	3	4	5	
16	Hastanın sorununu anlayabilmek için bazı testler yaptım.	1	2	3	4	5	
17	Hasta şu anda kendisiyle ilgili bir sorun olmadığını biliyor.	1	2	3	4	5	
18	Hasta şimdi gelecekte herhangi bir sorun yaşayıp yaşamayacağını biliyor.	1	2	3	4	5	
19	Hastanın durumuna karşı kişisel bir ilgi gösterdim.	1	2	3	4	5	
20	Hasta sağlıkla ilgili olmayan diğer konular hakkında da konuşma fırsatı buldu.	1	2	3	4	5	
21	Daha önce yapılan testlerin anlamı hastaya açıklandı.	1	2	3	4	5	
22	Hastaya samimi davrandım.	1	2	3	4	5	
23	Hastaya nasıl sağlıklı kalabileceği açıklandı (diyet, egzersiz, yaşam tarzı vb.)	1	2	3	4	5	
24	Hasta şimdi sağlık sorununun olası seyrini biliyor.	1	2	3	4	5	

Hastanızın bazı özellikleri:

1. Hastanız kaç aydır sağlık sorunları için sizin merkezimize başvuruyor?

2. Hastanın sizi görmeye gelmesine neden olan sağlık sorunu (hastalık) sizce:

1. Çok ciddi sağlık sorunu (hastalık) değil

2. Orta ciddiyette sağlık sorunu (hastalık)

3. Ciddi hastalık

4. Bilmiyorum

Sizin kişisel bilgileriniz:

3. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

4. Doğum yılınız

5. Bu uzmanlıktaki yılınız: yıl

İşbirliğiniz için teşekkürler.

EK-5: Bilgilendirilmiş olur metni

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesiyle ilgili çalışmalar giderek artmıştır. Sağlık sektöründe kalitenin nasıl belirleneceği üzerine farklı görüşler yer almaktadır. Daha önceleri, yüksek kalite, nadir ve pahalı hizmetlerin verilmesi olarak algılanırken günümüzde hizmeti alanın beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle verilen hizmetin değerlendirilmesinde, hizmetin devamlılığının sağlanmasında hasta görüşlerinin dikkate alınması giderek önem kazanmaktadır.

Hasta beklentileri ve bu beklentilerin karşılanması hastanın geçmiş deneyimleri, eğitim, yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, hastanın sağlık durumu ve kendi sağlık algılayışına göre değişmektedir.

Hasta beklentilerinin karşılanmasında doktorun nezaketi, ilgi ve anlayışı, profesyonel tutumu, bilgi ve becerilerini sunma biçimi, hastanın sorunlarını rahatça anlatabilmesine olanak sağlaması, hastaya 'hasta' olarak değil, bir 'birey' olarak yaklaşması, hastanın sorularına net ve hastanın güvenini kazanacak cevaplar vermesi önemli yer tutmaktadır.

Yapılan çalışmalar hasta beklentilerinin karşılanmasının hastanın tedavisinde daha uyumlu ve katılımcı olmasına, aldığı sağlık hizmetinin devamlılığının artmasına, bunun sonucunda halkın sağlık düzeyinin yükselmesine olanak sağladığını göstermiştir. Bu nedenle araştırmamızda Aydın ili Adnan Menderes Üniversite'si Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta-hekim görüşmesinin sonuçlarını belirlemeyi amaçlıyoruz.

Hastalardan kan alınması veya ilaç verilmesi gibi herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Hastanın araştırma ile ilgili sağlık bilgileri alınacak ve alınan bilgilerde gizliliğe özen gösterilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih, Adresi(telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih, Görevi

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK-6: Bilgilendirilmiş onam formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “ Hasta beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta hekim görüşmesinin sonuçları” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Dr. Ayfer Oklay Bozkaya çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Dr. Ayfer Oklay Bozkaya’ya çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Dr. Ayfer Oklay Bozkaya ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve sağlığımla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
5. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
6. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Doktorun adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK-7: Etik kurul çalışma izni



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-330
Konu :

4.12.2007

Sayın, Prof.Dr. Okay BAŞAK
Aile Hekimliği AD

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 30.11.2007 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan XIX nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik-Kurul Başkanı

KARAR XIX

Protokol No : 2007/00214

Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Okay BAŞAK- Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Okay BAŞAK'ın "Hasta beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta hekim görüşmesinin sonuçları" isimli tek merkezli araştırması görüşüldü

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi **Ön onay verilen** çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğın bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.