

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

**BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK HİZMETİ ALAN
HASTALARIN EGO DURUMLARINA GÖRE ORTAK
KARAR VERME SÜRECİNDEKİ BEKLENTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2020

DR. GENCO GÖRGÜ

2020 - izmir

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

**BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK HİZMETİ ALAN
HASTALARIN EGO DURUMLARINA GÖRE ORTAK
KARAR VERME SÜRECİNDEKİ BEKLENTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2020

DR. GENCO GÖRGÜ

TEZ DANIŞMANI: PROF.DR. VİLDAN MEVSİM

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET.....	1
SUMMARY	3
1.GİRİŞ	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Birinci Basamak Ortamı	7
2.2. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri	7
2.2.1. Birinci Basamak Yönetimi	7
2.2.2. Hasta Merkezli Yaklaşım	7
2.2.2.1. Hastaya Bütünsel Olarak Yaklaşma	8
2.2.2.2. Hem Hastalığı Hem de Hastalık Deneyimini Keşfetmek	8
2.2.2.3. Ortak Zemin Bulma	8
2.2.2.4. Sağlığı Korumak ve Geliştirmek	8
2.2.2.5. Hasta-Hekim İlişkisini Kurmak	9
2.2.2.6. Gerçekçi Olmak	9
2.2.3. Özgün Problem Çözme Becerileri	9
2.2.4. Kapsamlı Yaklaşım	9
2.2.5. Toplumlu Yönelimli Olma	9
2.2.6. Bütüncül (Holistik) Yaklaşım	9
2.3. Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı	11
2.3.1. Etkinlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki	11
2.3.2. Yol Gösterme-İşbirliği Etme Temeline Dayanan İlişki	12
2.3.3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki	12
2.4. Hasta-Hekim İlişkisi Modelleri.....	12
2.4.1. Paternalistik Model	12
2.4.2. Bilgilendirici Model	14
2.4.3. Görüşmeci Model	16

2.5. Transaksiyonel Analiz ve Ego (Benlik) Durumları	18
2.5.1. Ebeveyn Ego Durumu	18
2.5.2. Çocuk Ego Durumu.....	18
2.5.3. Erişkin Ego Durumu.....	19
2.5.4. Ego Durumları Arasındaki Etkileşim	19
2.6. Kişilik ve Karar Verme	20
2.7. Ortak Karar Verme.....	22
2.7.1.Özbelirlleme	22
2.7.1.1.Özerklik.....	22
2.7.1.2.Yeterlik	23
2.7.1.3. İlişkili Olma.....	23
2.7.1.4. Motivasyon	24
2.7.2. İlişkisel Özerklik	24
2.8. Klinik Pratikte Ortak Karar Verme.....	25
2.8.1. Tercih Hakkının Bildirimi.....	27
2.8.2. Seçeneklerin Sunulması	27
2.8.3. Karar Almanın Desteklenmesi	27
2.9. OKV’de Hasta Perspektifi	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırma Modeli	34
3.2. Araştırma Evreni	34
3.3. Araştırma Örneklemi	34
3.4. Veri Toplama Araçları	35
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	35
3.4.2. Ego Durumları Ölçeği	36
3.4.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	37
3.4.4. Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Ölçme Aracı	37
3.5. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları	38
3.5.1. Güvenirlik Çalışmaları	38
3.5.1.1. İç Tutarlık	38
3.5.2. Geçerlik Çalışmaları.....	39
3.5.2.1. Yapı Geçerliği (Faktör Analizi).....	39

3.6. Veri Analizi.....	44
4. BULGULAR	45
4.1.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	45
4.1.2. Analitik Bulgular.....	51
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKLAR	78
8. EKLER.....	87
Ek-1. Katılımcı Onam Formu	
Ek-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	
Ek-3. Demografik Veri Formu.....	
Ek-4. Ego Durumları Ölçeği	
Ek-5. Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Veri Formu	
Ek-6. Aile Hekimliği Eğitim ASM Bölüm İzni	
Ek-7. EDÖ Kullanım İzni	
Ek-8. Etik Kurul İzni.....	

TABLO DİZİNİ

- Tablo-1. Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Veri Formu Geçerlik-Güvenirlik Katsayıları
- Tablo-2. Faktör analizi bileşen matrisi
- Tablo-3. Katılımcıların demografik özellikleri
- Tablo-4. Katılımcıların sosyoekonomik özellikleri
- Tablo-5. Katılımcıların yerleşim bilgileri
- Tablo-6. Katılımcıların tıbbi öyküsü
- Tablo-7. Katılımcıların ego durumları
- Tablo-8. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-9. Katılımcıların medeni durumlarına göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-10. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-11. Katılımcıların istihdama göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-12. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-13. Katılımcıların mesleklerine göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-14. Katılımcıların ikamet sürelerine göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-15. Katılımcıların kronik hastalık öykülerine göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-16. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öykülerine göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-17. Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-18. Katılımcıların aile tiplerine göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-19. Katılımcıların aynı evde yaşayan kişi sayısına göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-20. Katılımcıların doğum yerlerine göre ego durumlarının dağılımı
- Tablo-21. Katılımcıların yaş gruplarına göre OKV beklentilerinin dağılımı
- Tablo-22. Katılımcıların cinsiyetlerine göre OKV beklentilerinin dağılımı
- Tablo-23. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı
- Tablo-24. Katılımcıların medeni durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı
- Tablo-25. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı
- Tablo-26. Katılımcıların mesleklerine göre OKV beklentilerinin dağılımı
- Tablo-27. Katılımcıların istihdama göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-28. Katılımcıların ikamet süresine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-29. Katılımcıların aile tiplerine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-30. Katılımcıların aynı evde yaşayan kişi sayısına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-31. Katılımcıların doğum yerlerine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-32. Katılımcıların kronik hastalık öykülerine göre OKV beklentilerinin incelenmesi

Tablo-33. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öykülerine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-34. Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-35. Katılımcıların ego durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Tablo-36. Bağımsız değişkenlerin OKV beklentisi üzerine etkisini gösteren lojistik regresyon analizi

SEKİL DİZİNİ

Şekil-1. Scree Plot

Şekil-2. Katılımcıların iş durumlarının dağılımı

Şekil-3. Katılımcıların ego durumları



KISALTMALAR

OKV: Ortak Karar Verme

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

EDÖ: Ego Durumları Ölçeği

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin



TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak bu çalışmanın şekillenmesinde büyük katkılar sunan, birlikte çalıştığımız süreçte zihnimin ufuklarını genişleten, kişisel ve mesleki gelişimimde tüm hoşgörü ve samimiyetiyle desteklerini esirgemeyen, harcanan zamanın ve aşılan mesafelerin hekimlik hayatımda olumlu çıktılara dönüşmesini sağlayan sevgili hocam Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e,

Saygın bir bilimsel çatı olan anabilim dalımızın bugünlere gelmesine öncülük eden, iyi bir aile hekimi olmaya giden yolun zorlu; ancak yaşamı hekimin kendisi ve toplum için insana yakışır seviyelere ulaştırabilecek bir patika olduğunu öğreten Prof. Dr. Dilek GÜLDAL'a,

Gerek akademik, gerekse hayata dair süreçleri yürütmek zorunda olduğum ihtisas dönemim boyunca rehber olarak benimsediğim, danıştığım ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a, Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a,

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki klinik süreç ve akademik yükümlülükleri sürdürürken desteklerini ve deneyimlerini sunan, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a, Uzm. Dr. Neslişah TAN'a ve Uzm. Dr. Gizem Limnili'ye,

Tıbbi ve akademik çalışmalarımızda daima yanımda ve bizlere yardımcı olan DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm personeline ve yardımcı sağlık çalışanlarına,

Bu çalışmanın disiplinlerarası bir yaklaşımla ortaya konmasına katkılarından dolayı Doç. Dr. İrfan YURDABAKAN'a, değerli arkadaşlarım Sezer Baysal'a, Burak Dilber'e ve Hüseyin Sağıroğlu'na,

Kendisi ve arkadaşları tarafından geliştirilen Ego Durumları Ölçeği'nin çalışmamız kapsamında kullanılmasına onay veren Doç. Dr. Ahmet Ragıp Özpolat'a,

Kardeşlik ve dayanışma anlayışı içerisinde birlikte çalışırken çok şey öğrendiğim tüm değerli meslektaşlarıma,

Pek çok yükü birlikte omuzladığım, zor zamanlarımda karanlıkta yanan bir ışık olan yakın dostlarıma,

Bu çalışmanın sürdürüldüğü süreç de dâhil olmak üzere, yaşamımın en başından bu yana gösterdikleri karşılıksız fedakârlıklardan dolayı aileme en samimi duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Genco Görgü

ÖZET

Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Ego Durumlarına Göre Ortak Karar Verme Beklentilerinin İncelenmesi

Ortak karar verme (OKV), hastaya mevcut seçeneklerin sunulması, bu seçenekler hakkında detaylı bilginin verilmesi ve karar verme sürecine hastanın aktif katılımını kapsayan bir klinik yaklaşımdır. Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden hasta merkezli bakımın bir bileşeni olan OKV'nin, birinci basamakta uygulanması olumlu klinik çıktılar sağlayacaktır. Ülkemizde ortak karar verme sürecinde hasta perspektifine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı birinci basamakta sağlık hizmeti alma sürecindeki hastaların ego durumlarına göre ortak karar verme beklentilerinin incelenmesidir

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) gerçekleştirilmiştir. Araştırma iki aşamada son halini almıştır. İlk aşamada, çalışmanın metodolojik ayağı kapsamında, ortak karar vermede hasta beklentilerine ilişkin bir veri formu geliştirilmesi hedeflenmiş ve yapı geçerliği için faktör analizi ve güvenirlik için Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiş olan, Likert tipi 32 sorudan oluşan "Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Veri Formu" oluşturulmuştur. (Keiser-Meyer-Olkin 0,986, Cronbach alfa 0,98) İkinci aşamayı teşkil eden kesitsel analitik araştırmada; %50 prevalans, %95 güven düzeyi ve 0,05 hata payı ile belirlenen 402 kişilik örnekleme dâhil edilen hastalara, "Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Veri Formu", Ego Durumları Ölçeği ve Demografik Veri Formu uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi amacıyla; tanımlayıcı analizler, ki-kare analizi gerçekleştirilmiş ve lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

Birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların ego durumları ve ortak karar verme beklentileri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki ortaya konamamıştır. ($p=0,567$) Katılımcılara ait yaş ($p=0,020$), meslek ($p=0,020$), aynı şehirde ikamet süresi ($p=0,014$), kronik hastalık ($p=0,010$), doğum yeri ($p=0,027$), psikiyatrik hastalık ($p=0,006$), aynı evde yaşayan kişi sayısı ($p=0,06$) ve eğitimi durumu ($p=0,039$) gibi özelliklerin, ortak karar verme beklentisi üzerinde anlamlı etkisi olduğu ortaya konmuştur. Lojistik regresyon analizi bulgularına göre, kişinin kronik

hastalığının olması, olmayanlara göre OKV beklentisini 3,931 kat arttırmaktadır. Bunun yanında, kişinin psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olması ise OKV beklentisini 3,573 kat arttırmaktadır. Aynı evde 3 ve üzeri kişi ile yaşayanlarda OKV beklentisi 2 ve 2'den az kişi ile yaşayanlara göre 2,224 kat artmıştır.

Birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların ego durumlarına göre ortak karar verme beklentileri değişmemektedir. Araştırmanın çıktıları ele alındığında, birinci basamakta hastaların ortak karar verme beklentisinin, hastaların sosyodemografik özellikleri ile değişmekte olduğu saptanmıştır. Ortak karar verme ve psikolojik fenomenler arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, ortak karar verme, aile hekimliği, ego durumları, hasta merkezli bakım

SUMMARY

Patient Expectancy of Shared Decision Making According to Ego States in Primary Care

Shared decision making (SDM) is a clinical approach that includes presenting options to the patient, giving detailed information about these options, and actively participating in the decision-making process. Implementation of SDM, which is a component of family medicine core competencies, patient-centered care, will provide positive clinical outcomes in primary care. In our country, no study on patient perspective was found in SDM process. The aim of this study is to investigate the SDM expectations of patients in primary care according to their ego status.

The study was conducted at Dokuz Eylul University Family Medicine Centers (FMC). The research was carried out in two stages.. In the first phase, in the scope of the methodological part of the study, it was aimed to develop a data form related to patient aspects in SDM and it was evaluated with factor analysis for construct validity and Cronbach alpha coefficient for reliability. A 32-likert-type question about SDM was formed and validated as "Primary Care Patients' Expectancy for Shared Decision Making Questionnaire. (Keizer-Meyer-Olkin 0,986, Cronbach alpha 0,98)

A cross-sectional study was carried out in the second stage of the study, the number of samples was determined as 402 patients with 50% prevalence, 95% confidence level and 0.05 error margin. 'Primary Care Patients' Expectancy for Shared Decision Making Questionnaire'', Ego States Scale (ESS) and demographic data form were applied. The data of the study were analyzed by IBM SPSS (statistical package for social sciences) 22.0 package program. In the statistical evaluation of the data; descriptive analyzes (mean, standard deviation and percentage), chi square analysis, and logistic regression were used.

There is no significant statistical relationship between the patients' ego states and the expectations of shared decision making. ($p=0,567$). Patients' age ($p=0,020$), profession ($p=0,020$), inhabitancy period in recent location ($p=0,014$), chronic disease ($0,010$), place of birth ($p = 0,027$), psychiatric disorder ($p=0,006$), number of people living in the same house ($0,06$) and educational status ($p=0,039$) had a

significant effect on patient expectancy in shared decision making. According to the logistic regression analysis findings, the presence of a chronic disease increases the SDM expectancy by 3,931 times compared to the non-existent patients. On the other hand, having a history of psychiatric illness increases the expectation of SDM 3.573 times. In those living with 3 or more people in the same house, the expectation of SDM increased by 2,224 times compared to those living with 2 or less people.

According to the results of this study, it should be considered that SDM expectancy of primary care patients is effected by socio-demographic characteristics of patients and we need further researches to understand the role of psychological phenomenons in SDM.

Keywords: Primary care, shared decision making, family medicine, ego states, patient centered care

1. GİRİŞ

Aile Hekimliği; özgül bir eğitimi, uygulaması ve araştırma konuları bulunan bir tıp disiplini ve çalışma ortamı birinci basamaktır. Bu disiplinin uzmanı olan Aile Hekiminin mesleki niteliklerini belirtmek adına aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri tanımlanmıştır. Altı ana yeterlilikten bir tanesi ‘kişi merkezli bakım’ prensibidir. Bu çekirdek yeterliliğin tanımlanmış dört bileşeninden biri de ortak karar verme yaklaşımıdır. Böylelikle ortak karar verme tıbbi etik çerçevesinde doğup, tüm klinik disiplinler için önerilen bir süreç olmasının yanı sıra, özellikle Aile Hekimliği branşı ve birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında etkin bir aygıt olarak benimsenmiş ve bu tıp disiplininin klinik metodolojisindeki yerini almıştır. (1)

Ortak karar verme; hasta ve hekimin karşılıklı bilgi aktarımı, değerler ve öncelikler çerçevesinde konsensüs oluşturmak amacıyla adım atarak, verilecek kararda uzlaştığı klinik sürecin adıdır. 1980’li yıllardan itibaren literatürde sıkça yer alan bu kavram özellikle hasta özerkliğinin korunması bağlamında değer kazanmıştır. Hastanın bilgilendirildiği, tedavi opsiyonlarının paylaşıldığı ve hastanın karar verme sürecine dahil edildiği koşullarda hasta memnuniyeti ve tedaviye uyumun yüksek oranlara ulaştığı belirtilmiştir. (2)

Ortak karar verme sürecinin işletilmesi için iyi bir hasta hekim ilişkisinin inşa edilmesi şarttır; zira hasta ile tıbbi durum paylaşılması, hastanın hekim ile müzakere için ve karar verme sürecinde kendi perspektifini sunması adına cesaretlendirilmesi gerekir. Bu güçlü iletişimin yapılandırılması adına, Berne’nin Transaksyonel Analiz yaklaşımı yol gösterici olacaktır. Bu görüşe göre birey çevresiyle 3 farklı benlik durumu üzerinden etkileşim kurabilir. Bu durumlar; Ebeveyn tipi, Erişkin tipi, Çocuk tipi olmak üzere ifade edilmiştir. Ebeveyn tipi ego durumunda birey paylaşım ilişkisi olmaksızın; sınırlar, yasaklar, emir verir, yönlendirir ve kontrol eder. Erişkin ego durumu ise bilgi ve öncelikleri paylaşır, mantık çerçevesinde iş görür. Çocuk tipi ise eğlenceyi ön plana alır, yaratıcıdır, sezgileriyle hareket eder. Hasta-hekim ilişkisinde ortak karar vermeyi anlayabilmek adına göz önünde bulundurmak gereken, hasta özerkliği ve bireyin ilişkideki kaderini tayin hakkı gibi kavramlar; hasta ego durumu gibi psikolojik fenomenlerin ortak karar verme sürecindeki önemine dikkat çeker. (3)

İngiltere merkezli bir kamu sağlık kuruluğu olan, Ulusal Sağlık Hizmeti Enstitüsü 2016 yılında yayınladığı raporunda etik, tıbbi pratik ve medikolegal yaklaşımları açısından ortak karar verme sürecinin önemine vurgu yapmış ve ortak karar vermenin klinik uygulamaya yerleştirilmesi açısından ulusal bir proje başlatmıştır. Bu durumda Birleşik Krallık Yüksek Mahkemesi'nin 2015 yılında tüm 'bedensel bütünlüğe yönelik müdahalelerde' ortak karar verme prensiplerinin işletilmesi lehine kararının mevcudiyeti de önemli rol oynamaktadır. (4)

Öte yandan, birinci basamaktaki hasta görüşmelerinde ortak karar verme davranışının %11'de kaldığı ortaya konmuştur. (5) Ortak karar verme sürecinin pratikte düşük sıklıkla uygulanmasının ardında yatan sebepler üzerine bir literatür bakısı yapıldığında bazı hususlar ön plana çıkmaktadır. Zaman sıkıntısı, hasta özelliklerine bağlı sıkıntılar ve klinik yetersizlik ön plana çıkmıştır. Hekimlerin ortak karar vermeye ilişkin bilgi eksiklikleri bulunduğu, profesyonel özerkliğe ters buldukları ve bu kavrama inanmadıkları için motivasyon eksiklikleri olduğu ifade edilmiştir. (6)

Frosch ise 2012 de yaptığı odak grup görüşmelerine dayalı nitel araştırmasında, hastaların doktorlarla müzakereyi oldukça güç bulduklarını, yetersiz ölçüde bilgilendirildiklerini düşündüklerini, hekim karşısındaki güven sorununu aşmak için bir yakına ihtiyaç duyduklarını ve dâhil oldukları karar sürecinde bir çatışma olması halinde 'zor hasta' olarak damgalanmaktan endişeli olduklarını belirtiyor. (7) Howley ise 2016 yılında ortak karar vermenin işletilmesinde kültürel faktörleri ele almıştır. ABD'de yapılan çalışmada beyazlara göre diğer kesimlerin sürece daha az katıldığını ortaya koymuştur. Farklı kültürel aidiyetleri olan hastaların klinik karar konusunda daha çok memnuniyetsizlik yaşadığı ve tedavinin kar zarar boyutuna ilişkin algılarının zayıf olduğunu ifade etmiştir. Kader ve inanca ilişkin algıların belirleyiciliği ile hasta-hekim iletişiminin önemi vurgulanmıştır. (8)

Literatüre bakıldığında ülkemizde birinci basamak klinik ortamında ortak karar vermeye ilişkin yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Dış literatürde vurgulandığı gibi ortak karar verme sürecini anlamak ve pratiğe yerleştirmek adına yerel bilgi çok değerlidir. Bu alandaki bariyerleri anlama noktasında hasta perspektifine ışık tutan çalışmalar azınlıktadır. Bu çalışma, hastaların hekimleri ile olan görüşmede ortak karar verme sürecine nasıl baktıklarını anlamak ve bunun ego durumlarıyla olan ilişkisini ortaya koymayı amaçlar

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Birinci basamak ortamı

Birinci Basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların, sağlık hizmetinin ilk başvuru noktası olma; bireyleri karşılama, problemlerini ve taleplerini anlama, çözüm önerileri sunma ya da farklı basamaklara yönlendirme gibi görevleri tanımlanmıştır. Böylece; birinci basamak, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında koordinatörlük görevi yapmakta ve tüm disiplinlerin hizmetlerini belirli bir oranda içermektedir. Ayrıca bu kuruluşlar, hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili misyonları taşır. Birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun ihtiyaçlarına dönük hizmet verici olan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgilere dayanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir.

2.2. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

Genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması doğrudan, genel pratisyen/aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikleri üzerinden gerçekleştirilir. Çekirdek kelimesi, uygulandıkları sağlık sisteminden bağımsız olarak disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır. Altı adet çekirdek yeterlilik ortaya konmuştur.

2.2.1 Birinci Basamak Yönetimi

Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme yetisidir. Hasta için gerektiğinde hasta savunuculuğunu üstlenerek, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımın koordinasyonunu sağlamak ve bakımın etkili ve uygun bir şekilde devamlılığını sağlamaktır.

2.2.2 Hasta Merkezli Yaklaşım

Hastalar ve problemlerle ilgilenirken odak noktasına bireyi koyan bir yaklaşımı benimseme becerisidir. Etkili bir doktor hasta ilişkisini tesis edecek birinci basamak yaklaşımını oluşturmak hasta merkezli yaklaşım için hayatidir. Bir başka deyişle hasta merkezli yaklaşım, kişilerin gereksinimleriyle belirlenen hizmetin sürekliliğini sağlamaktır.

2.2.2.1 Hastayı bütünsel olarak değerlendirme: Etkili hasta bakımı, hastanın yalnızca hastalık sürecine bağlı kalmaksızın; mevcut sağlık durumu ile ilgili sübjektif deneyimlerinin de göz önünde bulundurulduğu bir süreç olmalıdır. Bu değerlendirme kapsamında hastanın anksiyete gibi duyguları, sorunun ne olduğu ile ilgili algısı, mevcut sağlık durumunun işlevselliği üzerindeki etkisi ve hekiminden beklentileri öğrenilmelidir.

2.2.2.2 Hem hastalığı hem hastalık deneyimini keşfetmek: Sağlık sorununa hem hekimin hem de hastanın çerçevesinden yaklaşabilmek önemlidir. Hastalık ve rahatsızlık algısı hastanın kişiliği, kültürel durumu, yaşam evresi, yaşam öyküsü, mevcut sağlık ve bakım durumuna tepkisi, maneviyat, aile öyküsü ve aile dinamikleri ile ilgili olarak değişkenlik göstermekte olup, hekim tarafından anlaşılmalıdır

2.2.2.3 Ortak bir zemin bulmak: Hekimin merkezde olduğu görüşmelerde, hekimin tıbbi bilgi ve becerileri ön planda olup, hasta doğrudan kapalı uçlu sorularla yönlendirilirken; hasta merkezli görüşmede, hastaların gereksinim ve tercihleri göz önünde bulundurulur, hastanın düşüncelerini söylemesi desteklenir, karar alma sürecinde iş birliği teklif edilir. Başlangıçta sağlık hizmeti alıcısı olarak edilgen konumda olan hastalar, daha sonra giderek tam bilgi edinme hakkına sahip olma ve tedaviye aktif karar verme konusunda dâhil olma gibi belli standartlarda hizmet alma hakkına sahip ‘aktif kullanıcılar’ ve potansiyel eleştirmenler olarak kabul edilmiştir. Ayrıca hastanın karar mekanizmasına katılımını sağlamak ve ortak bir zemin bulmaya çalışmak, tedaviye uyum oranını yükseltecek ve olası çatışmaların önüne geçecektir.

2.2.2.4 Sağlığı geliştirmek ve korumak: Sağlığın geliştirilmesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırarak sağlık düzeylerinde artış sağlayan süreç olarak tanımlanmıştır. Hastalık önleme, bir hastalığa yakalanma riskini azaltmayı amaçlamaktadır. Hastalık önlenmesi stratejileri arasında; riskten kaçınma (birincil korunma), risk azaltma (ikincil korunma), erken tanı (ikincil koruma), komplikasyonların azaltılması (üçüncül korunma) gibi farklı girişim seviyeleri sayılabilir. Söz konusu girişimlerde bulunurken sağlığın

geliştirilmesi ve hastalıkların önüne geçilmesi için hasta merkezli yaklaşım temel alınarak, kişinin yaşamındaki sağlığa ilişkin belirleyicilere dair deneyimlerinin, sağlık algısının ve sağlık hizmeti sunan uzman ile ilişkisinin değerlendirilmesi, girişimin etkisini pekiştirecektir.

2.2.2.5 Hasta-hekim ilişkisini geliştirmek: Hasta-hekim görüşmesi ikili ilişkileri güçlendirmek için önemli bir şans sunar. Hasta ile sağlık çalışanı arasındaki ilişki hasta merkezli klinik yöntemin temel taşıdır. Söz konusu ilişkideki önemli boyutlar; sevecenlik ve şefkat, gücün paylaşılması, güvenilirlik, iyileşmeye odaklanma ve öz-farkındalık gibi kavramları içermektedir. Bu görüşmeler ikili ilişkileri artırmak için kullanılabildiği ölçüde tedavi çıktılarına olumlu etki edecektir.

2.2.2.6 Gerçekçi olmak: Hekimin, hasta merkezli bakım hizmetini sunarken; zaman, kaynaklar, ekip ve olanaklar gibi durumlar açısından da gerçekçi olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumundaki amacımız, elimizdeki olanaklar dahilinde en iyi hizmeti sunmaktır ve bu olanaklar sunulurken toplum yönelimli bir idari tavır benimsenmelidir.

2.2.3 Özgün Problem Çözme Becerisi

Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme mekanizmasına dayanarak ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve lüzumu halinde acil yaklaşım getirmektir.

2.2.4. Kapsamlı Yaklaşım

Hastanın hem akut, hem de kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı ele alarak, sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesidir.

2.2.5. Toplum Yönelimli Olma

Bireyin ve toplumun sağlık ihtiyaçları arasındaki ilişkiyi kavrayıp, bu bağlamdaki gereksinimleri ulaşılabilir kaynaklarla dengede tutmaktır.

2.2.6. Bütüncül (holistik) Yaklaşım

Bireyin varoluşunun tüm boyutlarını göz önünde bulundurarak, kültürel perspektifi dikkate alarak, biyopsikososyal modeli kullanma becerisidir.

Hasta Merkezli Yaklaşım

Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir. Sürecin odağında hasta yer almaktadır. Hastalık yoktur, hasta vardır. (1) Hastalık merkezli olmaktan ziyade hasta merkezlidir. Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken hasta merkezli bir yaklaşım gerçekleştirebilmek için, birinci basamaktaki hekim-hasta görüşmesinin etkili bir hekim-hasta ilişkisine evrilmesini sağlamak ve geliştirebilmek gereklidir. Hekimin sunduğu hizmeti bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyaçlarına göre şekillendirmesi ve hizmetin bu nitelikleriyle devamlılığını sağlamasını ifade eder. Klinik açıdan sıfır noktasını hastalıktan ziyade hasta olarak belirleyen ve bireyin içinde bulunduğu çevreyi ihmal etmeksizin ilerleyen aile hekimliği disiplini için, hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemli olmaktadır

Hasta merkezli yaklaşım, etkili bir iletişim için uygun zemini hazırlayarak, zaman içinde doktor ve hasta arasında bağ kurulmasına olanak sunar. Aile hekimi ve hasta arasında kurulan her temas, zamanla bu bağı geliştirir ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine konulan tuğla vazifesiyle sağlığın inşasına katkı sağlar. Bu ilişki aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanarak kendi başına iyileştirici bir niteliği ortaya koymaktadır.

Hasta merkezlilik kavramının doğuşu, biyomedikal yöntemden biyopsikososyal yönetime geçiş ile doğrudan ilişkidir. Biyomedikal model, hastalıkları anatomik, biyokimyasal ve nörofizyolojik bozulmaların neden olduğu patofizyolojik nedenlere dayandırarak açıklar ve hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarını dışarıda bırakır. Toplumda görülen birçok hastalığın ise geleneksel hastalık sınıflandırmaları içinde değerlendirilmesi yeterli olmaz. Gerçek bir patolojinin dışlanması şartıyla, kişi hâlihazırda medikal bir sorun olmasa bile kendini rahatsız hissedebilir. Ya da tersine hipertansiyon gibi bir hastalığa nesnel olarak sahip olmasına rağmen kendini hasta hissetmeyebilir. Hastalık normal biyolojik işlevde bir bozulmayı ifade eder ve objektif bir bulgudur; Mikroskopik incelemeyle veya anormal laboratuvar bulguları ya da görüntüleme yöntemleri ile hastalık süreçleri tanımlanabilir. Rahatsızlık kavramı ise subjektiftir. İnsanlar

“hastalık” duygusu hissederler, kendilerini rahatsız olarak tanımlarlar, sağlıklı hissettiklerinden farklı olarak hissettikleri şekle uygun davranışlar gösterir ve pek çok durumda tıbbi yardım arayışı içine girerler.

Hasta merkezli tıp uygulamasında ise, hasta, hekim otoritesinin gölgesinde kalmaktan korunmuştur. Hastalara problemlerini rahat ifade edebilmeleri için yeterli zaman verilir; akıllarına takılan tüm soruları sormaları için teşvik edilirler; şikâyetleri ve sağlık durumlarına ilişkin ayrıntılı sorular yöneltilerek hastanın hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünceleri hakkında bilgi sahibi olunur. Hekim bir yandan hastalığın ne olduğuna yanıt bulmaya çalışırken; diğer taraftan hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını ve hastanın yaşamında ne tür değişiklikler meydana getirdiğini, onun için ne anlam taşıdığını öğrenmeye çalışır. Çünkü hasta merkezli yaklaşımda, hekimin görevi hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir

2.3 HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ KAVRAMI

Szasz ve Hollender, hasta-hekim ilişkisini üç tür farklı biçimde tanımlamışlardır (1956):

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

2.3.1 Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki, ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkiye benzetilmesi mümkündür. Ataerkil, paternalistik tutum ve davranışları içeren ilişki biçimi olarak da adlandırılır. (9) Hekim, bir ‘teknokrat’ gibi hareket eder. (10) Hekimin hasta adına ve hastanın onamı olmaksızın eylemde bulunması ve söz konusu eylemin hastanın iyiliği için olduğu varsayımı vardır. (11) Bu ilişki, komada ya da genel anesteziye girilen gibi, bilinci kapalı olan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgin durumdaki hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır. (12)

2.3.2 Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki, iyileşmek adına işbirliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin

komutlarını uygulayan hasta ile hastanın karşısında bilgi ve becerisini sunan hekim arasındaki ilişkiyi tanımlar. Bu ilişkide hasta kısmen aktif konumdadır. Ancak tanı ve tedavi sorumluluğu tamamen hekime aittir. Bu ilişkide hekim, hastanın değerleri doğrultusunda “yol gösterici”, “yorumlayıcı” bir yaklaşımdadır.(11) Bu ilişki, akut seyirli veya enfeksiyon hastalıklarında olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki tarzını yansıtmaktadır.

2.3.3 Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, hekimin hastanın kendi kendisine yararlı olması adına katkı sunduğu durumlardaki hasta-hekim ilişkisini tanımlar. (12) Bu ilişkide, tanının konmasından tedavinin seçimine kadar olan tüm klinik görüşme evrelerinde hasta ve hekimin ortak kararı mevcuttur. Bu ilişki, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlemelerde olduğu gibi hekimin hastanın kendisi için doğru olan tıbbi yaklaşımı bulmasına yardımcı durumda olduğu hasta ve hekim ilişkisine uymaktadır.

2.4 Hasta-hekim ilişkisi modelleri

Szasz ve Hollender’in psikoanalitik yaklaşımla tanımladığı hasta-hekim ilişkisi modelinden sonra, hastanın tıbbi kararlardaki rolü üzerinde hasta özerkliği ile sağlığı, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasındaki çatışma, ideal hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiği sorusunu ortaya çıkardı. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel bu sorudan yola çıkarak hasta-hekim ilişkisinde dört tür ilişki şekli tanımladılar:1. Paternalistik model, 2. Bilgilendirici model, 3. Açıklayıcı model, 4. Görüşmecî model (13)

2.4.1 Paternalistik model: Hasta-hekim ilişkisi, hastaların sağlık ve iyilik halini sağlayacak girişimlerin yapılmasını güvenceye almaktadır. Bu sonuca ulaşmak için hekimler, hastanın tıbbi durumunu, hastalık sürecinin hangi evresinde olduğunu belirlemek ve hastanın sağlığını eski durumuna getirecek ya da ağrısını giderecek, tıbbi inceleme ve tedavileri saptamada tıbbi becerilerini kullanırlar. Bu amaçla hekim, hastaya, en iyisi olduğuna inandığı girişimi onaylamasını sağlayacak,

seçilmiş bilgiler verir. Bu ilişki biçiminde en uç tutuma örnek olarak, hastaya baskın bir tonda tıbbi müdahalenin ne zaman başlatılacağını bildiren hekim gösterilebilir. Bu ilişkide, en iyinin ne olduğunu gösteren ortak nesnel ölçütler olduğu varsayılır. Buna göre hekim, hastanın çıkarlarını, hastanın sınırlı katılımına karşın şekillendirebilir.

Burada, hastanın özerkliği ile iyiliği, hastanın seçimi ile sağlığı arasındaki zıtlıklarda paternalist yaklaşımı benimseyen hekimin tercihi hasta lehine olduğuna inandığı nesnel tıbbi çıktılar yönünde olacaktır. Hekim, neyin hasta için en doğru olduğunu ifade edip uygulayarak, hastanın koruyucusu gibi davranır. Bu durum hekimin hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutmak ve yeterli bilgisi olmadığında başkalarının görüşüne başvurmak gibi zorunluluklarının doğmasına neden olur. Hasta özerkliği kavramı, hastanın hekim tarafından belirlenen “en iyiyi” onaylayıp onaylamaması ile sınırlıdır

Paternalistik yaklaşımın bir anlamda hastaya yararlı olma ilkesi ile birleştiği söylenebilir. Yararlı olma ilkesinde, hastanın yararına ve en azından hastada zarar bırakmayan (zarar vermeme ilkesi) bir davranış biçimi söz konusudur. Buna karşın paternalizmde hekim, hastanın iyiliğini hastadan daha iyi bilen konumundadır ya da hasta yeterli olsa bile hastanın kendisi için neyin iyi olabileceğine karar verecek konumda olmadığı varsayımı ile hareket etmektedir. Bir başka tanımla paternalizm, onamı olmadan kişinin özerkliğine müdahale etmekle eşdeğerdir. Bu durumda, hasta menfaatleri için hastanın kişisel özerkliği sınırlanmakta ve zedelenmektedir. Bu tür davranışın kısaca iki öğeden oluştuğu söylenebilir: 1. Davranışta bulunan hekim bunu, davranışın yöneldiği hastaya karşı olan duyarlılığına dayanarak yapar. 2. Davranışın yöneldiği hastanın isteği ya göz ardı edilir ya da aşılır (14)

Tıbbi uygulamalarda paternalizmi tümüyle reddetmek mümkün görülmemekle birlikte, bu yaklaşımın çerçevesini iyi çizmek, bu çerçeveyi olabildiğince dar tutmak ve bu davranışın haklı gerekçelerini çok iyi ortaya koymak gereklidir. Bu değerlendirmeyi yaparken yardımcı olabilecek ölçütleri belirlemek önem taşımaktadır. Bunlar; tedavinin hastada ortadan kaldıracacağı, engelleyeceği ya da düzeltereği zararların çok önemli olması, tedavi ile ortaya çıkabilecek zararların, tedavinin sağlayacağı yararlarla karşılaştırıldığında çok daha az olması, hastanın

tedavi olmama isteğinin akıldışı olduğu yolunda ciddi kanıtlar bulunması ve hekimin nesnel davranmasının yanısıra, hastanın yerine kendisini koyarak zorunlu olan tedavinin yapılmasını sağlaması olarak özetlenebilir.

Hasta ile hekim arasında kurulan paternalistik ilişkinin sebepleri ele alındığında, taraflar açısından farklı nitelikte endişe ve beklentilerin olduğu görülür. Hastanın sağlığı ile ilgili bedensel ve ruhsal yakınmalarına çare bulunması beklentisi, hekimin ise bu yakınmalara çözüm getirecek bilgi ve beceriye sahip kişi olması, doğal olarak hekimi hastanın karşısında üstün bir duruma getirmektedir. Hekimin hastasının iyilik ve yararına hizmet etme amacı, onu ilişkinin tek belirleyicisi ve yönlendiricisi konumuna getirir. Hastanın hekime karşı duyduğu saygı ve güveni yansıtması da ilişkinin tek yanlılığını güçlendirmekte ve hekimin hasta üzerinde belli bir “otorite” kurmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda denebilir ki, hekimlik uğraşı kaçınılmaz biçimde içerisinde belli bir “otorite” barındırmaktadır. Paternalistik tutum içerisindeki hekim, tıbben yararlı olabilmek kaygısıyla hastasının dilek ve istemli eylemlerini yok sayabilir. Hekim, hastasını kendi uygun gördüğü yönde davranmaya zorlamakta, örneğin tıbbi gerçeği hastadan saklamakta ya da ona hiçbir bilgi vermemektedir.

Paternalistik yaklaşım ancak hastanın onam veremediği, onam verebilecek durumda olsa tedaviyi kabul edeceği varsayılan bir durum söz konusu olduğunda benimsenebilir. Ancak paternalistik yaklaşıma dönük eleştiride bulunurken içinde yaşanılan toplumun kültürel ve sosyoekonomik düzeyinin göz ardı edilmemesi de gereklidir

2.4.2 Bilgilendirici model: Bilimsel, mühendislik ya da tüketim modeli olarak da adlandırılır. Bu hasta-hekim hekim ilişkisi türünde kurulan etkileşiminin amacı, hastaya gerekli tüm bilgilerin sunulması, hastanın uygun gördüğü tıbbi müdahaleyi seçmesi ve bu doğrultuda hastanın seçiminin uygulamasıdır. Bu neticeye sağlıklı bir şekilde ulaşmak adına hekim, hastaya, hastalığının ne olduğu ve genel durumu, olası tanı ile tedavi girişimlerini, bu girişimlere ilişkin risk ve yararların niteliği ile olasılıkları ve konuyla ilgili bilgi açısından var olan bütün belirsizlikleri ifade eder.

Hastaya sağlık durumuna ilişkin tüm tıbbi bilgiler ve tedavi seçenekleri aktarılmıştır ve hangi tedavinin uygulanacağına kendi değerleri ile karar verir. Hekimin hem kendi değerlerine hem de hastanın değerleriyle ilgili düşünce ve yargısına burada yer yoktur. Hekimlerin doğru bilgi sağlamak, uzmanlık alanlarına hakim olmak ve bilgi ile becerileri yetersiz olduğuunda başkalarına danışmak gibi önemli görevleri vardır. Hasta zerkliği, tıbbi kararların hastaların denetiminde verilmesidir. (13) Hastanın seçtiği tedavinin yine hastanın kararına bırakılması, hastanın istediği şeyin ne olduğu konusunda belirsizlik içerisinde kaldığı durumlarda ideal bir hasta-hekim ilişkisini sağlayamamaktadır. Paternalistik modelde hekimin otorite olması durumu, bilgilendirici modelde hasta lehine tersine dönmektedir

Açıklayıcı modelde hasta-hekim ilişkisinin hedefi, hastanın değerlerini anlamak ve gerçekte ne istediğini açıklığa kavuşturmak, hastaya bu değerlere uygun tedaviyi seçmekte yardımcı olmak şeklinde tanımlanmıştır. Bilgilendirici modelde olduğu gibi açıklayıcı modelde de hekim, hastaya sağlık durumu ve olası girişimlerin riskleri ile faydaları hakkında bilgi verir. Bunun yanısıra, açıklayıcı modelde hekim, hastaya kendi değerlerini açığa çıkarma ve dile getirmede, hangi tıbbi alternatiflerin bu özgül değerlere uygun olduğunu belirlemede, böylece hastanın değerlerini hasta adına değerlendirmede yardımcı olur. (13)

Açıklayıcı modele göre, hastanın değerleri her zaman aynı seyretmeyebilir ve hasta bunların farkında olmayabilir. Çoğu zaman değerlerin gelişimi tamamlanamamıştır ve hasta bunları yalnızca kısmen anlayabilir. Değerler, farklı şartlar altında yaşam pratiğine aktarıldıklarında atışabilirler. Bu nedenle, hastayla ilgilenen hekim bunları czmlmeli ve anlaşılır bir duruma getirmelidir. Bunu yapabilmek için hekim hastayla birlikte, hastanın tedavi sürecine dair hedeflerini ve isteklerini, bağlılığını ve karakterini yeniden düzenleme çabasındadır. Bunun ötesinde hekim, hastanın yaşamsal ve tıbbi öyküsünü bir bütün olarak ele almalı ve buradan hastanın değerlerini ve önceliklerini tespit etmelidir. Hekim daha sonra hangi tetkiklerin ve tedavilerin bu değerlere en uygun olduğunu belirleyebilir. nemli olan, hekimin hastaya kararı dikte etmemesidir. Hangi değerlerin ve hareket tarzının uygun olacağı konusunda son kararı veren hastadır. Burada hekim, hastanın değerlerini yargılamamakta, hastanın farkındalık ve sorumluluk bilinci geliştirmesi için hastaya yardım etmektedir.

Hekim bilgiyi sunar, değerleri berraklaştırmaya yardım eder ve hangi tıbbi girişimlerin bu değerleri pratiğe dökmeğe yarayacağını söyler. Burada hekimin değerleri bilgilendirici modeldekine ek olarak hastayı ortak bir zemine davet etmektir. Hasta özerkliği, kişinin kendisini anlamasından geçer. Hekimin hastaya kendi değerlerini dayatma eğilimi, hastanın da bunu kabul edebilecek bir konumda olması hasta-hekim ilişkisinde açıklayıcı modelin uygulanması önündeki engellerdir. (15)

2.4.3 Görüşmeci model: Bu modeldeki klinik iletişimin amacı, hastanın sağlık durumuna uygun olan, sağlığa dair sahip olduğu değerlerin en iyisini saptamasına ve tercih etmesine katkı sunmaktır. Bu sonuca ulaşmak için hekim, hastanın tıbbi durumu hakkındaki verileri hastayla paylaşacak ve eldeki seçeneklerin ifade ettiği klinik anlamı açığa çıkarmakta yardımcı olacaktır. Hekimin amaçları arasında, sağlığa ilişkin bazı değerlerin neden daha önemli bir noktada olduğu ve öncelik verilmesi gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunmak vardır. Hekim ve hasta, hastanın tedavi sürecinde ne tür seçenekleri tercih edebileceği ve nihai olarak izlenecek yol konusunda karşılıklı tartişırlar.

Hekim, yalnızca sağlığa ilişkin değerleri, yani hastanın hastalığını ve tedavisini ilgilendiren ya da bunlar tarafından etkilenen değerleri tartişır. Ahlâki birçoğ konunun hastanın hastalığı ya da tedavisi ile ilgili olmadığını ve mesleki ilişki sınırlarının dışında kaldığını kabul eder. Hekim hastayı ikna etme sorumluluğu taşır; ancak dayatmalardan kaçınır. Hasta kendi yaşamı hakkında fikir sahibi olmalı ve sağlığa ilişkin önceliklerinin sıralamasını kendisi yapmalıdır. Hekim ve hasta, bu tutumla yapılan görüşmelerle sağlığa ilişkin değerlerin anlamını değerlendirirler. Görüşmeci modelde hekim, bir arkadaş gibi davranır, hangi davranış tarzının daha iyi olacağı konusunda hasta ile karşılıklı konuşur onun görüşünü alır. Hasta özerkliği kavramı ahlâki özeğilişim ile ilgilidir. Hasta yalnızca daha önce üzerinde durulmamış seçeneklerini ya da üzerine yoğunlaşmış olduğu tutumları değerlendirmekle kalmaz, klinik görüşme sayesinde sağlığın farklı boyutlarını, bunların önemini ve tedavideki konumunu değerlendirme fırsatını da bulur. Bu modelde dikkat edilmesi gereken husus, hekimin önerdiği yaklaşım ve tedavilerin hastadan çoğ hekimin bakış açısına göre şekillenmemesi, hasta perspektifini de yansıtmasıdır. (10)

Klinik görüşmede en uygun yaklaşım olarak kabul gören “görüşmeci model” in özellikle benimsenmesi gereken koşulları sıralamak olanaklıdır. Bunlar:

1. Tedavi için doğru seçeneğin çok net olmaması.
2. Problemi çözebilmek adına, hastanın yaşam tarzı ve tutum değişikliğine gitmesinin gerekli olması.
3. Hastanın yetersizlik ve engelle birlikte yaşamayı öğrenmesinin gerekli olması.

Bu durumlara bakıldığında bilinci açık ve bilişsel yeterliliği olan bir hastanın başvurusu olduğu durumlarda karşılıklı katılım temeline dayalı (görüşmeci model, danışan-danışman ilişkisi) bir ilişkinin mümkün olduğu; bunun dışındaki bir ilişki türünü benimsemenin uygun olmadığı görülmektedir (16)

Tıbbi görüşme modelleri üzerine yapılan bu sınıflandırmalar, tıbbın tarihsel gelişimi içerisinde hasta ve hekim arasında farklı klinik durumlarda nasıl bir ilişkinin kurulabileceğini tanımlamaktadır. Bu sınıflandırmalar içerisinde en güncel ve modern tıbbın evrildiği noktada en uygun olan hasta-hekim ilişkisi modeli; karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, yani görüşmeci model olarak adlandırılmaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki, klinik görüşmede hangi ilişki türünün benimseneceği hastanın durumuna (kişiliği, eğitim düzeyi, entellektüel yeterliliği gibi) ve hastalığın özelliğine (akut yahut kronik olması, hasta üzerine etki düzeyi gibi) göre değişebileceği unutulmamalıdır. (17)

Hekimlik uygulamasının yalnızca teknisyenlik düzeyinde ele alınması tedavi çıktılarını olumsuz etkileyecektir. Hekimlik uygulaması bir tür iletişim sanatı olup hasta ile kurulan ilişkinin niteliği hastanın memnuniyet düzeyini ve tedaviye uyumunu etkilemektedir.

Hasta hakları alanında yaşanan güncel gelişmeler sonucunda klinik uygulamalarda bazı sorun ve hedefler ortaya çıkmaktadır. Hasta katılımının sağlandığı bir hasta-hekim ilişkisi; bu yeni bakış açısı çerçevesinde gerekli görülmektedir. Bu amaca ulaşmak adına yalnızca hekimin sorumluluk almasını beklemek hastanın çıkarı açısından da uygun değildir. Toplumun sosyokültürel yapısında çeşitliliğin zengin olduğu, hasta profilinin değişkenlik gösterdiği, sınırlı hekim sayısı ile geniş kitlelere hizmet sunulan koşullarda karşılıklı katılım temeline dayalı ilişkinin uygulanması kolay olmayacaktır. Bu ilişkiyi tesis etmek adına

hastanın varoluşunun tüm boyutlarını ele alan bir yaklaşıma, birinci basamak ortamındaki doğrusal ve uzun soluklu hasta-hekim ilişkisi el verebilir (17)

2.5 TRANSAKSİYONEL ANALİZ VE EGO (BENLİK) DURUMLARI

Hem kişilik ve iletişim kuramı, hem de psikoterapi yöntemlerini içeren bir yaklaşımdır. Transaksiyonel Analiz kuramında yer alan benlik durumları Freud'un, "id, ego ve süper ego" kavramlarıyla benzerlik göstermektedir. Berne (1961), Freud'dan çok etkilenmesine rağmen, geliştirdiği kuram psikanalitik kuramdan farklıdır. Transaksiyonel Analiz kuramının diğer insancıl kuramlardan ayrılması, sosyal psikoloji ve bireyle ilgilenmesinden kaynaklanmaktadır. Yaklaşım, kişilik kuramında "çocuk", "ebeveyn" ve "yetişkin" ve benlik durumlarını kullanır. (18)

2.5.1 Ebeveyn Ego Durumu: Bazıları iletişim içinde oldukları insanlara karşı anne-baba tavrı takınarak öğütler verir ve onları istekleri doğrultuda yönlendirmeye çalışırlar. Koruyan anne-baba ve eleştiren anne-baba olmak üzere iki türlü davranan insanlar vardır. Koruyucu anne-baba rolünü benimseyenler, diğer insanların iyilikleri için uğraşırlar; karşılarındakileri tıpkı bir çocuk gibi görüp onları korumaya ve kollamaya çalışırlar. Zararlı davranışlarını bırakmalarını ve zararlı alışkanlıklarından vazgeçmelerini isterler. Eleştirici anne-baba tavrını takınanlar ise, toplumsal çıkarlar ve kurallar için başkalarını uyarır ve eleştirirler. Bu tür insanlar kendilerini kültürel mirasın varisi ve yeni kuşakların kurtarıcısı olarak görürler. (18).

2.5.2 Çocuk Ego Durumu: İnsanların çocukça tutumları aslında olumsuz bir durum olarak görülmemektedir, yani bireyin sorunlu bir kişiliğe sahip olmasından kaynaklanan bir yaklaşım değildir. Çocuk benlik durumu, "doğal çocuk" ve "uyarlanmış çocuk" diye iki bölümden oluşur. Doğal çocuk, kişiliğin eğitilmemiş yanı olarak kabul edilir. İçinden nasıl geliyorsa öyle davranır. Fiziksel ihtiyaçlarını her zaman önde tutar. Uyarlanmış çocuk ise, doğal çocuğun az ya da çok eğitilmesiyle ortaya çıkar. Az eğitilenler "asi çocuk" olup kanun ve kurallara karşı çıkar. Çok eğitilenler ise "uslu çocuk" olup kanun ve kurallara uyum sağlar. Bütün

insanlar doğal çocuk olma sürecinden geçerek ya asi çocuk ya da uslu çocuk olurlar. (18).

2.5.3 Erişkin Ego Durumu: Bu benlik, insanın akılcı ve mantıklı tarafıdır. Bu tutum sayesinde ne asi olur ne de uysal. Olay ve olgulara gerçekçi değerlendirmeler yaparak bakar. Ani çıkışlar yerine sık dokuyup ince eler. Başkasının hatırı için karar vermez. Doğrusu neyse onu yapar. (18)

2.5.4 Ego Durumları Arasındaki Etkileşim: Ruhsal anlamda sağlıklı olan bireyler, her üç benliği duruma göre kullanırlar. Kimi yerde çocuk benlik durumunu kullanırken, kimi durumda ise yetişkin benlik durumunu kullanabilir. Özellikle yetişkin benlik durumu, çocuk ve ana-baba benlik durumları arasında arabulucu görevindedir. Örneğin, muhtaç birini gördüğümüzde, çocuk yanımız boş ver, bu para ancak sana yeter, diye bizi yarım etmekten alıkoymaya çalışır; ana-baba yanımız ise, bütün paranı ona ver diyerek bizi parasız bırakmaya yönlendirir. Yetişkin yanımız devreye girerek, "paranın bir kısmını kendine sakla, bir kısmını da ona ver" diye orta yolu bulmamıza yardım eder.

Transaksiyonel analizin temel amacı bireyin özerkliğini kazandırmak ve bütünleşmiş yetişkin benlik durumunu geliştirmektir. Özerklik, anne-baba etkisinden kalmadan yaşamın daha sonraki döneminde belli bir zamanlama planı olmaksızın, geriye dönülebilir olan "yazgısız" davranma kapasitesi olarak ifade edilir. Özerk davranış, yazgı davranışının tersidir. Özerklikte kontrol geliştiği için ortaya çıkan davranış özgür bir seçimin sonucudur (Berge; Nelson-Jones). Özerklik, bireyin daha önce etkisinde kaldığı anne, baba ve diğer bireylerden kopma, sadece bazen onlarla bir araya gelme durumudur. Özerkliğini kazanmış bir birey, "ayrında olma", "spontanlık" ve "samimiyet" olmak üzere bu üç temel özelliği yaşar. Özerk insan, "anne baba, çocuk benlik" durumlarını "yetişkin" benlik durumunun denetiminde kullanabilen kimsedir. Yani, özerkliğini kazanmış ve bütünleşmiş benlik durumuna sahip olan kimse ruhsal bakımdan sağlıklıdır. Sağlıklı olan bireyler, her üç benliği duruma göre kullanırlar.

Hastalar tıbbi durumları ve uygun tedavi seçenekleri hakkında bilgi almaktan hoşnut olurlar (19; 20) ve tedaviyi yürütecek klinisyenlerini seçmek isterler (21).

Birçok hasta tedaviye aktif olarak katılmak isterken, bazıları sadece doktorlarının uygun müdahaleyi seçmesini tercih eder. Daha yaşlı, daha az eğitilmiş ve fiziksel olarak daha hızlı olan hastalar, karar verme ile ilgili kaygıyı en aza indirmek için genellikle daha az aktif rol almayı tercih etmektedir (21; 22; 23). Bu kişiler otoriter medikal sistemlerle daha kapsamlı ve kalıcı deneyimlere sahip olabilirler (21; 23). Şiddetli akıl hastalığına yakalanan bireyler üzerinde yapılan araştırmalar göstermiştir ki çoğu: tedavi kararlarına daha fazla katılmayı arzu etmektedir (24); kronik bir hastalıkla yaşama deneyimi, ortak karar verme sürecine katılım için daha büyük bir istekle ilişkilidir (25); ve fırsat verildiğinde yoğun bir şekilde karar verme müdahalelerine katılırlar. (26).

Hastalarla etkili iletişim, hasta davranışların doğasını psikolojik yönlerden anlamak için motivasyonel ipuçlarının değerlendirilmesiyle başlar. Bu amaçla benimsenen rehberlik teknikleri ve klinik girişimler belirli hasta kişilik tipleri ile etkileşim içinde olabilir. Kültürel farklılıklar ve kişilik özellikleri nedeniyle tüm hastaların aynı tepki vermediğini anlamak hekimlerin elini kolaylaştırır. Ego durumları da klinik görüşme sürecini etkileyen psikolojik fenomenlerden birisi olarak literatürdeki yerini almıştır.

2.6. Kişilik ve Karar Verme

Kişilik, literatürde karar verme üzerine yapılan tercihlerin potansiyel belirleyicisi olarak belirtilmesine karşın; kısıtlı sayıda çalışma ile deneysel olarak test edilmiştir. Yaşlı yetişkinlerle yapılan nitel araştırmalar, düşük özyeterlilik gibi bireysel özelliklerin, ilaç kullanımıyla ilgili kararlara katılımı engellediğini göstermektedir (27). Diğer çalışmalar da, özyeterlilik ile tıbbi bakım sürecine ilişkin kararlara aktif katılım arasında korelasyonlar bulmuştur (28; 29). Kanseri hastaları ile yapılan bir niteliksel çalışmada, kendisini utangaç olarak tanımlayan hastaların tıbbi görüşmeye düşük düzeyde katılım gösterdiği ortaya konmuştur (30). Üniversite öğrencilerini kapsayan bir çalışmada, bilgi ve karar verme tercihleri ile beş kişilik tipi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olsa da, başka bir çalışmada kişiliğin kapsamlı değerlendirilmesi sonucunda yaşlı yetişkinlerin, doktorlar ve sağlık sistemi ile daha fazla etkileşimi içeren bir yaklaşıma uygun olduklarını destekleyen kanıtlar mevcuttur. (31)

Literatürde kişilik ve sağlıkta karar verme tarzlarına ilişkin araştırmaların eksikliği araştırmacıları ölçme araçları üzerine yoğunlaşmaya itmiştir. Beş faktörlü (açıklık, sorumluluk, dışadönüklük, uyumluluk, duygusal denge-dengesizlik) kişilik modeli, genellikle hastalık ve yaşlanma ile kişilik özelliklerini ilişkilendiren bu çalışmalar için güçlü bir temel oluşturmuştur.

Beş faktörden biri olan sorumluluğun, sosyal çevreye ilişkin faktörler ve sağlık davranışları yoluyla (uzun vadede psikofizyolojik mekanizmalar ile) uzun yaşam süresi ile ilişkisi gösterilmiştir (32, 33, 34). Kapsamlı bir meta analizde, bir kişilik özelliği olarak sorumlu olmanın uyuşturucu kullanımı ve şiddet gibi riskli sağlık davranışları ile ilişkili olduğu ve fiziksel aktivite gibi faydalı sağlık davranışları ile pozitif olarak ilişkili olduğunu bulunmuştur. Sorumlu bireylerin sağlıklarını iyileştirmeye çalışırken daha aktif bir rol üstlenme eğiliminde olduklarından, sağlık kararları alma sürecine daha aktif katılımı tercih edeceğini varsayılmaktadır. (34)

Araştırma, nevrotik (duygusal denge-dengesizlik) kişiliğin hasta hastalık davranışını potansiyel olarak iki farklı şekilde etkilediğini göstermektedir. Nevrotik hastalar için süreçte karşılaştıkları olumsuz etkilerin, tedavi rejimlerinden vazgeçmelerine ve sağlığını geliştirebilecek kişilerarası yardımlardan kaçınmalarına neden olduğunu belirtilmiştir. (32) Bir başka nevrotik hasta, mikroplara karşı aşırı hassas olan ve semptomları için büyük dikkat çekmeye çalışmış ve doktorları daha agresif tedavi yaklaşımlarına yönlendirmeye çalışabilen “sağlık kurdu” veya “endişeli iyi” sıfatlarıyla tanımlanmıştır. Bu yaklaşımın eriştiği bir başka sonuç, daha ayrıntılı semptomlar gösteren nevrotik bireylerin, doktorların klinik yargılarının güvenilirliğine zarar verebileceğidir. Psikososyal kaygıların baskın olarak sunulması, doktorların hastanın hastalığını yanlış teşhis etmesine ve tıbbi tedaviler yerine psikolojik müdahaleleri önermesine neden olabilir (35). Daha yüksek düzeyde nevrotizmi olan bireylerin, ya doktorlarla etkileşimlerden kaçınmak amacıyla ya da tedavi kararları verme konusunda yüksek kaygı nedeniyle, sağlık hizmeti karar vermede daha az aktif bir rolü tercih edebileceğini vurgulanmıştır.

2.7 ORTAK KARAR VERME

Ortak karar verme (OKV), hastaların karar verme sürecinde bilgilendirme sonucu önceliklerinin belirlendiği, hastaya tıbbi seçeneklerin sunulduğu ve karar alma sürecinin desteklendiği klinik yaklaşımdır. (2)

Ortak karar vermeye dair çalışmalar uluslararası tıp literatüründe yer almakta olup, içerdiği bazı bileşenler tanımlanmıştır. Literatürde OKV'ye ilişkin ilk çalışmalar 1982'ye kadar uzanmakta olup, hasta merkezli yaklaşım ilkeleri çerçevesinde doğmuştur. Mevcut araştırmalar OKV'nin klinik uygulaması konusunda gerekli olan temel beceriler üzerinde yoğunlaşmıştır. Kavramsal yaklaşımlardan öteye, bu yaklaşımı klinik pratiğe kazandıracak kılavuzların eksikliği mevcuttur. OKV becerisinin geliştirilmesi hekimin belirli prensipler üzerinde etik bir tutum sahibi olmasından bağımsız olarak mümkün değildir. Hekimin bireysel özerkliği destekleyen ve hasta için ulaşılması gereken bir hedef olarak kabul eden bir yaklaşımı olması temel bir gerekliliktir. OKV iyi bir iletişim aracılığıyla, kişisel önceliklere saygı duyan bir bireysel özerkliğin inşasını hedeflemektedir. Bu sürecin etrafında şekillendiği iki temel kavram **özelirleme** (self-determinasyon) ve **bağıl özerklilik** (relational autonomy)

2.7.1 Özelirleme teorisi, kişilik gelişiminin ve davranışların örgütlenmesinin arkasında yatan içsel süreçlere odaklanan bir motivasyon ve kişilik kuramı olarak Edward Deci ve Richard Ryan tarafından geliştirilmiştir. (37) Öz belirleme teorisi davranışları şekillendiren motivasyonları ve kaynakları açıklayan kapsayıcı bir kuramdır. Bu kurama göre, bireyin sosyal etkileşim sürecinde karşılaştığı tutum ve davranışları değerlendirip benimsemesi, güdülenme mekanizmaları doğrultusunda gerçekleşmektedir. Özelirleme teorisine göre iyi oluş hali için gerekli olan üç temel gereksinim vardır. Bunlar özerklik (autonomy), yeterlik (competence) ve ilişkili olmadır (relatedness). Bu gereksinimler evrenseldir ve psikolojik sağlık ve gelişim için gereklidir. (38) Bu ihtiyaçların karşılanması iyi oluş halinin tesisi ve sürekliliği adına olumlu etki yaratır.

2.7.1.1 Özerklik: Ortak karar verme adına temel psikolojik gereksinim olan özerklik, bireyin eylemleri kontrol altında tuttuğunu ve kendi adına karar verebildiğini

hissettiğinin altını çizmektedir. (36) Temel olarak, bir birey davranışlarını istekle başlatıp sürdürüyorsa ve bu davranışın içindeki değerleri benimsiyorsa, özerk olduğu söylenmektedir.(36) Özerklik ve bağımsızlık ifadeleri aynı anlamı içeriyor algısı yaratsa da kuram çerçevesinde farklı şekilde tanımlanmıştır. Özerk karar veren bireyler kendi amaçlarını belirleyebilir ve bu hedeflere ulaşmak adına gereken sorumluluklarını gerçekleştirebilirler. Böylece, bu kişiler yaşamları üzerinde kontrol sağlamayı başarabilirler. (36) Dolayısıyla birey davranışı üzerinde inisiyatif sahibi olduğunu hissedebilir ve davranışlarının sorumluluğunu alabilir.

İlk zamanlarda kişinin özerkliğinin evrensel niteliği hakkında bazı soru işaretleri söz konusuydu ve daha ziyade batı kültürüne ait bir kavram olarak ele alınıyordu (39). İlerleyen dönemde özerk benlik gelişiminin bireycilikten çok kolektivist yapıya sahip olan toplumlarda da uyum, akademik motivasyon ve iyi olma hali ile ilişkili olduğu görülmüştür (40). Ayrıca, yapılan kültürlerarası çalışmalar, kolektivist toplumlar için özerkliğin aileden kopma, bağımsızlaşma olarak görülmediği, aksine özerklik ve ilişkili olma gereksinimlerinin bir arada sağlıklı bir şekilde giderilebileceğini göstermiştir.

2.7.1.2 Yeterlik: Bir diğer temel psikolojik gereksinim yeterliktir ve bireylerin çevrelerinde etkin bir şekilde eylemde bulunma ve çevreleriyle başa çıkmak için yeterli hissetme isteklerine karşılık gelmektedir (36). Bireyin vasıflarını davranışları aracılığıyla sergileyebilmesi sonucu kendini işlevsel hissetmesi yeterlik olarak tanımlanmaktadır (41). Yeterli bireyler, içsel bir motivasyonla, çevrelerini keşfetmek ve manipüle etmek isterler, kendilerini aşmak için çabalarlar. Başka bir deyişle, kendi performanslarındaki bir standardı geçmeye çalışırlar.

2.7.1.3 İlişkili olma: Son temel gereksinim ilişkili olmaktır. İletişime geçmek, yakın ilişkiler kurmak gibi evrensel eğilimleri temsil etmektedir (42). Bireyler yakın ve yüksek düzeyde ilişkiler kurduğunda ve kişiler arası destek ve güven verici bağlantılar geliştirdiğinde, ilişkili olma ihtiyacı giderilmiş olacaktır (43). Özbelirleme kuramına göre, ilişki ihtiyacının giderilmesi dâhil oluna sürecine içselleştirilmesine katkı sunar. Bireyler kendi değer yargıları ve yaşantıları ile uyum gösteren diğer bireylerle temas ederek, öteki ile bağ kurma eğilimi gösterirler (44). Bu bağlamda ilişkili olma ihtiyacı, sosyal yapı dâhilinde diğer insanlarla sağlıklı bağlar kurabilmenin önemini vurgular.

2.7.1.4 Motivasyon: Özbelirleme kuramı özerkliğe ilişkin yaptığı vurgu ile motivasyon konusuna kendisinden önceki kuramlardan farklı bir bakış açısı getirir. Daha önceki kuramlar motivasyonun varlığı ve yokluğu ile ilgilenirken, özbelirleme kuramı motivasyonu davranışın nedenine göre türlere ayırır. (45) Motivasyon tek bir yapıdan ibaret değildir, bu nedenle önemli olan sadece motivasyon azlığı ya da çokluğu değildir. Motivasyon türleri ve bu türlere bağlı olarak motivasyonun niceliği (yüksek-düşük) kadar niteliğinin de (içe yönelik-dışa yönelik) önemli olduğunu savunulur. (46). Ayrıca iyilik hali, etkili performans sergileme, öğrenme gibi birçok çıktıya etki eden motivasyonun toplam miktarından daha çok, türünün ve niteliğinin önemli olduğu vurgulanır. (45)

Bu yüzden, özbelirleme kuramı çerçevesinde içe yönelik ve dışa yönelik olmak üzere iki tür motivasyon tanımı yapılmıştır. Bu ayrım oldukça önemlidir çünkü farklı tür motivasyonlar bireyler için süreklilik, performans ve iyi olma hali bakımından çeşitli tecrübeler ve sonuçlara sebep olmaktadır. (47) Temel olarak, eğer bir aktivite elle tutulur bir ödül elde etmek için yapılıyorsa, bu aktivitenin arkasındaki motivasyon dışa yönelik motivasyon iken, eğer aktivite, aktivitenin doğal olarak sağladığı memnuniyeti elde etmek için yapılıyorsa, aktivitenin arkasındaki motivasyon içe yönelik motivasyondur.

İçsel motivasyon temel olarak bireyin bir etkinliği tamamen içsel doyum elde ettiği için gerçekleştirmesi olarak tanımlanır. (48) İçsel doyumun kaynağı davranışın bireyin ilgisini çekmesi ve haz vermesidir. İçsel motivasyonun güttüğü davranışlarda, davranış sonrası verilecek ödüller ya da davranışın dikte edilmesi, davranışın gerçekleşmesinin belirleyicisi değildir. Çünkü birey davranışı özgür iradesiyle meydana getirir. (49) Dolayısıyla içsel motivasyona bağlı davranışlar özbelirlemenin tipik bir örneğidir. Hastanın kendi iyi oluş halinin belirleyicisi olan içsel motivasyon, OKV yaklaşımının da önemli bir dinamiğidir.

2.7.2 İlişkisel Özerklik

Klinisyenlere, karar vermede hastanın özerkliğine saygı göstermeleri tavsiye ediliyor olsa da, klinik uygulamada nasıl ilerleneceği her zaman açık değildir. Karışıklık, kısmen, etik pratiğe rehberlik etmek için hangi özerklik anlayışından

yararlanılacağı konusundan kaynaklanmaktadır. “İçsel kontrol ” modelinde bireyci bir anlayışa duyulan güven, karar almada kendi kendine yeterliliğe öncelik verilmesini sağlar (50)

Bu yaklaşım çerçevesinde, hasta veya vekillerinin karar alma aşamalarında duygusal iknadan kaçınılması gerektiğine inanılmaktadır. Sonuç olarak, sağlık hizmeti sunucularının oynayacakları sınırlı bir rol vardır ve tıbbi uzmanlık sağlamaları beklenir, ancak bireyin karar verme sürecine müdahale etmemeleri beklenir. Aksine, ilişkisel özerklik yaklaşımı; klinisyenlere, ciddi bir hastalıkla karşı karşıya gelen ve duygusal deneyimleri ile meşgul olan hastalara, mesleki birikimlerine dayanarak karar alma sürecinde yalnızca rehberlik sağlama sorumluluğu yükler (51)

Bununla birlikte, bazı sağlık profesyonelleri, hastaların kararlara dâhil olmalarını, kapasite ve yeteneklerden yoksun olmalarını, “kötü” kararlar vermelerini istemediklerini veya zaman baskısı gibi kısıtlamaları vurgulayarak OKV'nin uygulanabilir bir klinik yaklaşım olduğundan şüphe duymaktadır. Diğerleri ise zaten ortak karar veriyor olduklarını belirtse de, hasta deneyim anketlerinden elde edilen veriler bunun genellikle böyle olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, OKV'nin yaygınlaştırılması için önemli adımlardan birisinin, hekimleri hastaların OKV'ye bakış açısı hakkında bilgilendirmek suretiyle, OKV'ye ilişkin farkındalıklarını arttırmak olduğu açıktır. (52)

OKV ile birlikte hastaların daha fazla bilgi kazandığını, kararlara daha fazla güvendiğini ve daha aktif hasta katılımı sağlandığını gösteren 86 randomize çalışma mevcuttur ve çoğu durumda bilgilendirilmiş hasta hekimin kontrolü altında kendisine özgü olan tıbbi müdahalenin tercih edilmesi konusunda talepkar olacaktır. (53)

2.8. KLİNİK PRATİKTE ORTAK KARAR VERME

OKV'nin sağlanması, hastanın önceliklerini temsil etmesine yardımcı olan, bireylerin bağımsız hareket etme ve kendi özgür seçimlerini yapmasını sağlayan yaklaşımlara bağlıdır. OKV, bilgi sağlama ve karar verme sürecini destekleme yoluyla hastalara destek vermeyi amaçlamaktadır. (54)

Elwyn ve arkadaşları klinik uygulama için OKV'nin üç temel adımını, yani: tercih hakkının bildirimi, seçeneklerin sunulması ve karar almanın desteklenmesi olarak tanımlamıştır. Hastaya tercih hakkının bildirildiği görüşme, hastaların makul seçenekler doğrultusunda, karar sürecinde söz söyleme hakkının olduğunu bildiğinden emin olma adımını ifade eder. Seçeneklerin sunulması ise, mevcut tıbbi duruma dair tüm seçeneklerin listelendiği, hastanın detaylı bilgi aktarımı sonucunda tam olarak aydınlatıldığı hasta-hekim görüşmesini ifade eder. Karar almanın desteklenmesi ise hastanın tercihleri göz önünde bulundurarak, hastanın klinikte kendisini ifade etmesini desteklemeyi ve onu karar mekanizmasının bir parçası haline getirmektir. Model, adım adım giden bir süreci özetlemektedir, ancak modelin katı kuralcı olmadığına altını çizmek önemlidir; zira klinik etkileşimlere açıktır. Karar destek araçları bu sürece çok önemli girdiler sağlar.(54)

Hastalar, yeni bilgileri incelemek ve kişisel tercihlerini, özellikle de kendileri tarafından bilinmeyen gelişmelerin, hiç tecrübe etmedikleri sonuçlarını düşünmek için zaman isteyeceklerdir. Hastalar genellikle güvenilir bir klinisyen ile durumları hakkındaki görüşlerini pekiştirmek isterler ancak; bu süreç zaman kıstasına takılabilir. Hekimin çalıştığı koşullardaki muayene süreci yetersiz kalırsa, bir gündem, hedef ve takvim belirlemek suretiyle klinik görüşmenin dışını da kapsayacak şekilde yapılabilir. Bireyler bazen seçenekleri başka hekimlerle de tartışmak isteyebilirler ve güvenilir bilgi kaynaklarını kullanırlarsa daha iyi hissederler. Rapley, bu ihtiyacı başkalarıyla, farklı zamanlarda ve yerlerde “dağıtılmış müzakere süreci” olarak tanımlamıştır. Bu ihtiyacı kabul etmek ve bu doğrultuda hastaya destek olmak, etkili OKV için bir köşe taşıdır. (55)

Model ayrıca, yapılacak tıbbi girişimin zararları ve yararları hakkında en güncel kanıtları kullanarak, hastalara ulaşabilecek formatlardaki bilgileri özetleyen karar destek müdahalelerinin kullanımını da önermektedir. Hastalar için karar desteği araçları kısa metin veya diyagramlar gibi formatlarda olabilir ve OKV'yi başlatmak için hasta-hekim görüşmesi sırasında kullanılabilir. Bu amaçla kitapçıklar, web siteleri, videolar, DVD'ler ve uygulamalar hastalar, aileleri ve arkadaşları tarafından, kliniğin hem içinde hem dışında olmak üzere farklı zamanlarda kullanılabilir. (56)

2.8.1. Tercih hakkının bildirimi

Hastaya hekimiyle gerçekleştireceği görüşme sürecinde, alınacak tıbbi karara ilişkin tercihte bulunma hakkının tebliğ edilmesidir.

2.8.2 Seçeneklerin sunulması

Hekimin yüksek kalitede bilgi sağlayarak hastalara yardım etmesi esastır. Ayrıca hastaların hâlihazırda bildiklerinin doğru olup olmadığını öğrenmek gereklidir. İnsanlar sağlık alanında farklı seçenekleri ve bu seçeneklerin doğuracağı sonuçları duymaya önem verirler ve bu kapsamda hekimlerinden bilgi almak suretiyle farklı tercihlere sahip olurlar. Hastalar bilgilendirilmezlerse, “kendileri için önemli olanı” değerlendiremez ve böylece bilinçli tercihleri yapamazlar. Hastaların içine düştüğü bu durum önlenebilir cehalet olarak tanımlanır. OKV'nin temel amacı, bireylerin önlenebilir cehalet doğrultusunda karar vermemelerini sağlamaktır. (56)

Seçeneklerinin artıları ve eksileri hakkındaki bilgileri dikkate almayı, bunların etkilerini değerlendirmeyi ve duygusal yanı sıra, olası bir dizi olası geleceği göz önünde bulundurmaya kapsayan süreci tanımlamak için "müzakere" terimi kullanılır. Hasta ve hekimi çevreleyen müzakere alanı, hastaların kullanacağı daha geniş bilgi ağlarının yanı sıra klinisyen başta olmak üzere sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde çalışma ihtiyacını da içermektedir. Müzakereler, masadaki tıbbi seçenekler hakkında farkındalık geliştikçe başlar. Müzakere süreci tekrarlar içeren, yoğun bir süreçtir ve seçenekler tanımlandıktan ve anlaşıldıktan sonra, hasta bir bileşen olarak tıbbi görüşmede aktif hala geldikçe yoğunluk artar. (54)

2.8.3 Karar almanın desteklenmesi

Hasta-hekim ararsındaki müzakere sürecini nihayete erdirecek olan eylem, hastaların sunulan seçeneklere karşı tepkilerini değerlendirmek suretiyle, tıbbi durumlarına ilişkin karar vermelerini desteklemektir. Bu karar mekanizmasında bir rol teklif edildiğinde, bazı hastalar şaşkınlığa düşerler, kendileri için en iyisinin ne olabileceğine dair zihinlerinde belirsizlikler ortaya çıkar. Karar verme sorumluluğunun tamamı hastalara devredilirse “terkedilmiş” hissedebilirler. Bazı hastalar başlangıçta karar verme sorumluluğu rolünü reddeder ve katılım konusunda

ihtiyatlıdırlar. Dolayısıyla hasta-hekim arasındaki bu sürecin sağlıklı bir nihayete ermesinin önünde bariyerler oluşur. Hastanın karar vermeye katılımının önündeki bu engeller, onları dinleyen ve bakış açılarını anlamak için sorular soran bir hekimin varlığı ile aşılabılır. (54)

2.9 OKV’de Hasta Perspektifi

Hastalar ve klinisyenler tarafından paylaşılan OKV yaklaşımı, klinisyenlerin ve hastaların mevcut en iyi kanıtları paylaştıkları, tetkik ve tedavileri seçmek için birlikte çalıştıkları ve hastaların bilinçli tercihlere varmak adına sunulan seçenekleri göz önünde bulundururken hekim tarafından desteklediği bir klinik modeldir. (2) OKV, hasta merkezli yüksek kaliteli bakımın bir bileşeni olarak giderek daha fazla kabul görmüştür. Farklı sağlık ortamlarındaki çalışmalar, hastaların OKV yaklaşımını tercih ettiklerini ve tedavi kararlarına dâhil olmayı istediklerini göstermektedir. OKV ayrıca bir hastanın tedavi seçeneklerini anlamasını iyileştirir, verilen kararlara güveni artırabilir ve sağlanan bakımdan daha fazla memnuniyet duyulmasını sağlar. OKV ayrıca tedaviye uyumun iyileştirilmesi ve daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilidir ve tanısal testlerin aşırı kullanımı dâhil olmak üzere gereksiz tıbbi uygulamaların önüne geçer. İyatrojenik sorunları engellediği gibi, maliyet etkin sağlık hizmeti sunumunu da sağlar. (54)

Geleneksel olarak OKV, birbirinden farklı fakat eşit derecede etkili tedavi seçeneklerinin mevcut olduğu durumları işaret eden “tercih duyarlı kararlar”ın alınması aşamasında önem kazanan bir modeldir. Bu gibi durumlarda, “doğru” tedavinin ne olduğu, hastanın tercihine, özellikle de hastanın tedavinin olası risklerine ve faydalarına göre gösterdiği eğilimin yönüne göre şekillenir, çünkü tedavinin başarıya ulaşması için hasta tarafından benimsenip uygulanması gerekir.(57)

Klinik pratikte OKV'nin uygulanması esnasında, hastaların katılımını zorlaştırabilen veya olumlu klinik çıktıları engelleyen faktörler mevcuttur. Karar alma sürecine hasta katılımını sağlamak adına hekimin hazırlıklarının yetersiz olması başlıca etkindir. Hasta, OKV'yi eşitler arasında bir ortaklık olarak görüp; eksiksiz, açık ve kişiselleştirilmiş bilginin beklentisi içine girer ve kendi sağlığı hakkındaki

görüşlerine- yanlış içerik de olsa- saygı gösterilmesini bekleyecektir. Bu beklentinin hasta-hekim ilişkisi kırılmadan yönetilebilmesi için hekimin OKV modeli ve onu etkileyen faktörler hakkında kanıta dayanan bilgiye ve iletişim becerisine sahip olması gerekir. (58)

Bazı klinisyenler hastalarının tavsiye edilen tedavilere uymalarını sağlamak adına OKV modelini benimsemenin, inisiyatif hastaya bırakmak dolayısıyla bu hedeften sapmaya neden olabileceğini düşünmektedirler. Güncel tedaviler genellikle rehberlere dayalı olmasına rağmen, tıbbi hedeflere ulaşma adına, karar verme sürecine hasta katılımı literatürde giderek daha fazla savunulmaktadır. Bunun yanı sıra yapılacak tıbbi müdahalenin yararları ve yan etkileri çerçevesindeki değerlendirme yalnızca klinisyenler tarafından yapıldığında; klinisyenlerin hastanın, hastalık ve iyileşme adına sahip olduğu değer ve beklentileri tahmin etmek konusunda başarısız olabildikleri ortaya konmuştur. (59)

Klinisyenler, ortada ciddi bir hastalık ve farklı tedavi seçenekleri mevcut olduğunda, tıbbi girişimin kazanımlarını ve muhtemel yan etkilerini dikkatle tartmalıdır. Tanısal durumun netleşmediği yahut tedavinin sonuçlarını kesin olarak kestirmenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaların tıbbi karar verme sürecine dâhil olma ihtiyacı belirginleşir ve OKV'nin devreye sokulması, hasta-hekim ilişkisinde hekimin moral konumunu, sorumluluğu paylaşmak suretiyle yükselten bir yaklaşım olur. Hastaları OKV sürecine dâhil etmek, giderek artan oranda kabul gören kavramlar olan, hastaların özerkliği ve kendi kaderlerini belirleme hakkı ile uyumludur. Zira tıbbi müdahalenin doğuracağı sonuçların hasta üzerindeki etkilerini ve hastanın bu bağlamdaki algısını yargılamak hekimin yetki ve becerisi dâhilinde değildir. (60)

Hekimler hastaları daha aktif olarak kararlara ortak etmeye yönelmektedirler. Bu hasta katılımının, hem hasta hem de sağlayıcının karar vermeye katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Hasta katılımının sağlanamaması, hissedilen zaman eksikliğinden veya hekimin hastaları karar verme sürecine dâhil etme becerisine sahip olmaması nedeniyle olabilir. Hastaların karar verme sürecine katılma konusundaki eğilimleri, hastaların tercih ettiği karar rolleri ile birlikte değişkenlik gösterir. Ciddi bir tanı almış ve savunmasız hissetmiş olan hastalar karar verme

sürecine dâhil olma sorumluluğunu üstlenmek istemeyebilirler. Örneğin, bazı kanser araştırmalarında kanser teşhisi alan hastaların, kanser hakkında karar verme sürecine katılım için gerekli olabilecek bilgi istemediklerini tespit etmiştir. (61)

Her ne kadar klinisyenlerin, hastalara sağlık bakım müdahaleleri konusunda karar vermelerini desteklemeleri yönünde bir yönelim olsa da, bu iletişim stratejisinin nasıl gerçekleştirileceği ve ölçülmesi gerektiği açık değildir. Literatür taraması, bu amaçla doğrulanmış araçların bulunmadığını ortaya çıkarmıştır. Genellikle “ortak karar verme” olarak bilinen iletişim stratejisinin genel amacı, hastanın dikkate alınması gereken önemli kararlar olduğunun farkında olması ve bu kararların yalnızca klinisyen tarafından alınmamasıdır. Hastaların ilgili bilgileri anlama ve değerlerini ve görüşlerini klinisyenler ile paylaşma görevini üstlenmeleri için teşvik edilmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir. (62)

Hastalar OKV sürecine bilgi alışverişinde bulunmak, eldeki seçenekleri tartışmak ve tedaviyle ilgili nihai kararları vermek gibi çeşitli yollarla katılmak isteyebilirler. Bakımı sürecinde aktif katılımcı olan hastalar daha iyi tıbbi sonuçlara sahip olabilirler. Bu amaçla, sağlık hizmeti sağlayıcıları olan doktorlar ile işbirliği içinde karar vermeye teşvik edilirler. Tüm hastalar aynı derecede katılmak istememektedir. Bazıları tedavi seçeneklerinin tartışılmasında aktif olmak isteyebilir, ancak kendi adlarına karar vermek için doktorlarına güvenmek isteyebilir. İdeal olarak, hekimler hastalara karar verme sürecinde sorumluluk paylaşarak ve aktif olarak hastaları meşgul ederek katılma fırsatı sunmalıdır.

Hekimler, bu hedefe ulaşmak ve hastanın istekleri ile ilgili yanlış veya önyargılı varsayımlardan kaçınmak için hastaların tercihleri hakkında doğru bilgiye sahip olmalıdırlar. (63) Daha fazlası, bir toplumdaki hasta eğilimlerinin kapsamını ve dağılımını anlamak; hasta eğitimini ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarını uygun şekilde uyarlamak isteyen sağlık kuruluşları için önemlidir. (64)

Çeşitli bilimsel alanlarda katılımın farklı tanımları vardır. Sosyolojide katılım, bir şeyde pay sahibi olmak, bu paydan yararlanmak veya bir gruba katılmak ve dolayısıyla bu gruba işbirliği yapmak anlamına gelir. Siyasal bilimlerde katılımı ifade etmek gerekirse; insanlar karşı karşıya oldukları farklı konular arasında farklılıklar hissetmezlerse, kendileri ile ilgilenmezler ve eylemlerini etkisiz olarak görürler ve eğer insanlar, sınırlı bilgi ve farkındalık nedeniyle, katılımlarını

değerlendirirlerse çekinik durmayı, daha az katılımı tercih ederler. Hasta katılımı kavramı konusunda çok sayıda görüş mevcuttur. Bir görüşe göre katılımın sağlanmasından, kişinin kendi sağlık sorunları hakkında yaptığı tedavi kararlarına katılımı anlaşılır. Başka bir görüşe göre, hasta katılımı, hastanın bilgi paylaşımı, duyguları yanı sıra doktorların ve hemşirelerin talimatlarını kabul etmesini de kapsamaktadır. (59)

Karar verme sürecine katılımın öneminin vurgulanması, hizmet sağlayıcısını ve sağlık ekibini, hastaların tedaviye karar verme sürecine katılımını teşvik etmeye teşvik etmektedir. Bu çabalar, hastalara karar vermede yardımcı olan çok yönlü bilgi sağlama sistemlerine ve araçlarına hasta erişiminin artırılmasını içerir. Hasta katılımı bireyin ihtiyaçlarına göre ayarlanmalıdır çünkü farklı hastalar farklı beklentilere, tercihlere ve kaygılara sahiptir. Karar vermede hasta katılımını kolaylaştırmanın en önemli adımı, bireylerin ve hedef nüfusun özelliklerinin belirlenmesi ve hastaların tercihlerini ve karar verme stillerini etkileyen özellikleri özetlemektir. (65)

Verilen kararın kalitesinin iyileştirilmesi, hekimlerin karar verme sürecine katılmaya ne dereceye kadar ihtiyaç duyduklarını anlamalarını gerektirir. Kişinin kendi sağlık bakımı kararını vermesi ya da bir kişinin hekimi ile bu kararı “paylaşması” fikri, sağlık sistemine güvenmeyen ya da hekimlerin tek başlarına karar verme vermek için orada olduğunu düşünen hastalar için zor bir kavram olabilir ve bu hastalar farklı ırksal / etnik veya kültürel kökenden gelenler olabilir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde kolorektal ve meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların farklı iletişim tarzı tercihlerine sahip olabileceği fikrini desteklemektedir; ırksal / etnik azınlık hastalarının en sık doktorlarının tedavi kararına geldiğinde “ne yapmaları gerektiğini” söylemelerini istediklerini tespit edilmiştir. (62)

Hasta kararları, hastanın kişisel değerlerinden etkilenmektedir Bununla birlikte, klinik bağlamda hasta değerleri kavramı üzerinde netlik sağlanamamıştır. Bu, kanıta dayalı tıpta (KDT) ve OKV’de hasta değerlerinin açık bir şekilde vurgulanmasına rağmen, KDT mevcut en iyi kanıtları, klinisyenin deneyimini ve hastanın değerlerini göz önünde bulundurarak hastaların ve klinisyenlerin bir seçim yapmasını savunmaktadır. Hastaya ilişkin değerlerinin güncel tanımları genellikle

belirsizdir (örn.“Hastaları önemli kılan özelliklerdir”, “Hastayı bir klinik karşılaşmaya götüren ve bir klinik karşılaşmaya getirilen benzersiz tercihler, kaygılar ve beklentilerdir.”) Hasta kararları için uluslararası standartlar; değer açıklama yöntemlerinin kapsamını, fiziksel, psikolojik ve sosyal etkiler hakkındaki hasta görüşlerine ve hastalara en çok önem veren olumlu ve olumsuz özellikleri kapsamına daraltır. (66)

Bugüne kadar, OKV’de hasta rolü üzerindeki çoğu çalışma, daha doğru risk değerlendirmesi veya konsültasyonlar sırasında artan hasta katılımı gibi ölçülebilir hasta sonuçlarına odaklanmıştır. Hastaların gerçekte seçenekler arasında nasıl seçtikleri ve hasta sesinin konuşmadan nasıl eksik olduğu üzerine daha sınırlı araştırmalar yapılmıştır.

Kişisel sağlığa ilişkin, sosyal ve ekonomik faktörlerde iyileşme sağladıktan sonra, artan vicdani yaklaşımların ve yeni deneyimlere açıklığın ve azalan nevrozluğun, en aktif karar verme tarzını tercih etmeye karşılık geldiğini bulduk. Kişiliğin özelliklerinin hasta karar verme stilleriyle nasıl ilişkili olduğunun daha iyi anlaşılması, klinisyenlerin tedavi görüşmelerini bireysel hastaların ihtiyaçları ve tercihlerine göre şekillendirmelerine yardımcı olabilir.

Tıbbi literatür, klinisyenlerin hasta bakımına karar vermede hasta katılımına nasıl uygun bir şekilde teşvik edeceği konusunda rehberlik etmek adına geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır Uzman tavsiyeleri, karar vermede hasta katılımını destekleme eğilimindedir (67, 68, 69, 70) Ancak; en iyi özerklik derecesi konusunda bir fikir birliği yoktur. Çeşitli hastalarla yapılan araştırmalar çoğu hastanın doktorlarıyla bilgi alışverişinde bulunmak istediğini ve tedavi seçeneklerinden bahsedilmesini önermektedir, ancak hastaların tedavi seçenekleri hakkında görüş alışverişinde bulunma veya nihai kararı verme konusundaki tercihleri çeşitlilik göstermektedir.

Bazı araştırmacılar, hastanın karar verme sürecine katılmama isteğinin, bilgi eksikliğini veya katılımın faydalarının yeterince anlaşılamadığını gösterebileceğini ileri sürmüştür (71). Eğitim yoluyla hasta katılımını artırmaya yönelik girişimlerin bazı küçük çalışmalarda fiziksel işlevsellik ve tedavi uyumunu geliştirdiği gösterilmiştir (72, 73). Bu tür girişimlerin artan anksiyete ve diğer olumsuz psikolojik hasta tepkilerin azalmasına yol açabileceği ifade edilmiştir (74,75,76,)

Hastaları sağlığa iŖliŖkin karar mekanizmalarına doğrudan dâhil etme çabasının başarıya ulaşması, hastaların ne kadar katılmak istediğiyle iŖliŖkilidir. Klinik pratikte hasta merkezli olmak, hasta tercihlerine saygı göstermek ve hasta değeri lerinin tüm klinik kararlara yansıması için çaba göstermek, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için başlıca ilkelerdir. Tıp eğitiminin iyileştirilmesiyle ilgili yayınlanan bir raporda, hasta-hekim iŖliŖkisinde iletiŖim becerilerini geliştirmek için öncelikle, hastanın kişisel, sosyal ve ekonomik özelliklerini göz ederek ortak karar verme sürecine katma gereksiniminin farkında olmak vurgulanmıştır. Bu hedefler takdire şayan olmakla birlikte; hasta tercihlerinin kişisel, sosyal ve ekonomik kaynakları ne ölçüde yansıttığı da dahil olmak üzere, hasta tercihlerini anlamamızda hala önemli boşluklar mevcuttur. Literatürdeki çalışmalarda tıbbi karara katılımı etkileyen başlıca faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve hastalık geçmişı olarak gösterilmekle birlikte, bu tür sosyodemografik ve sağlığa iŖliŖkin değişkenler tüm hikâyeyi anlatmamakta hasta eğilimleri psikolojik perspektiften bakılarak da ele alınmalıdır. (54)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 21.07.2017 tarih ve 3732-GOA protokol numaralı 2017/07-21 karar numarası ile alınmıştır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma kesitsel analitik çalışma modelinde planlanmış olup, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada OKV beklentisine ilişkin bir veri formu geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu aşamada, DEÜ Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki 6 aile hekimliği biriminden hizmet alan 28 hasta maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi ile seçilmiştir ve çalışmaya katılmayı kabul eden 20 kişiyle, 12 ve 6 kişilik gruplar halinde olmak üzere 2 odak grup görüşmesi ve 2 derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

Örneklem büyüklüğünün, ilişkilerin güvenilir bir şekilde kestirilebilmesini sağlayacak büyüklükte olması gerekmektedir (77). Bu sayı hakkında ilişki güvenilirliği ve belirgin faktör sayısına göre farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Yaygın olarak benimsenen bir kural olarak ise, örneklem büyüklüğünün gözlenen değişken sayısının en az beş, hatta on katı olması gerektiği de ifade edilmektedir (77,78) 32 adet ölçüm aracı maddesi oluşturulduktan sonra geçerlik güvenirlik çalışması için ölçüm aracı mevcut 6 Aile Hekimliği Birimi'nden hizmet alan 320 kişiye uygulanmıştır

Araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla ikinci aşamada yürütülecek olan kesitsel araştırmada, örneklem sayısı ise %50 prevalans, %95 güven düzeyi ve 0,05 hata payı ile 402 hasta olarak belirlenmiştir.

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d:Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasını ifade etmektedir.

Örnekleme dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve hariç bırakma kriterlerini taşımayan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve 1 Ekim 2017 ile 1 Kasım 2017 tarihleri arasında DEÜ Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki 6 aile hekimliği birimine başvuran hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

Dâhil edilme kriterleri

- 18 yaşından büyük
- Gönüllü olmak
- Türkçe biliyor olmak
- Aile sağlığı merkezlerine başvuran

Dışlama kriterleri

- İletişim problemi olanlar
- Psikiyatrik problemi (psikoz) olanlar
- Demansı olanlar

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Veri toplama araçları olarak, sosyodemografik veri formu, görüşmede ortak karar verme hasta beklentilerine ilişkin veri formu ve Ego Durumları Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1.Sosyodemografik Veri Formu

Veri toplama formu hastaların demografik bilgileri, cinsiyetleri, kronik hastalık öyküleri, eğitim durumu, iş durumu, medeni hali, aile tipi, aynı evde birlikte yaşanan kişi sayısı ve mevcut adresinde ikamet sürelerinin sorulacağı form olup 15 sorudan oluşmuştur.

3.4.2. Ego Durumları Ölçeği

Özpolat ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilen 3 alt boyuttan (ebeveyn, erişkin, çocuk) ve 17 maddeden oluşan “Ego Durumları Ölçeği” de örnekleme oluşturan hastalara uygulanacak bir araç olarak belirlenmiştir.(79)

Ego Durumları Ölçeği, bireylerin ego durumlarını ölçme amacıyla geliştirilen, 17 maddelik likert tipi bir ölçektir. Bireylerden, ölçekte yer alan her bir maddenin kendilerine ne kadar uyduğunu, 1-5 arası derecelyerek göstermeleri istenmektedir. Maddelere verilen cevaplar; "5=Kesinlikle Benim Gibi", "4=Benim Gibi", "3=Kararsızım", "2=Benim Gibi Değil" ve "1=Kesinlikle Benim Gibi Değil" şeklinde derecelendirilmektedir.

Ölçek, 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ebeveyn Ego Durumu boyutunda 7 madde, yetişkin ego durumu boyutunda 4 madde, çocuk ego durumunda ise 6 madde bulunmaktadır. Hem grup, hem de bireysel olarak uygulanabilen ölçeğin standart cevaplama süresi 5 dakika olarak belirlenmiştir. Ego Durumları Ölçeği'nde, her bir alt ölçekten alınan puanın yüksekliğine göre bireyin "ego durumu" belirlenmektedir

Ölçek maddeleri, ölçek alt boyutlarına eşit dağılmadığı için şu formül ($[100 \div \text{en yüksek puan}] \times \text{Ego Durumları Puanı}$) kullanılarak Bireylerin Ego Durumları puanı 100 üzerinden eşit bir biçimde hesaplanır.

Buna göre, (Ebeveyn Ego Durumu Alt Ölçeği 7 madde alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan $5 \times 7 = 35$ 'dir).

Ebeveyn Ego Durumu Alt ölçeğinde $100 \div 35 = 2.85$ katsayısı,

(Yetişkin Ego Durumu Alt Ölçeği 4 madde alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan $5 \times 4 = 20$ 'dir).

Yetişkin Ego Durumu alt ölçeğinde $100 \div 20 = 5$ katsayısı, (Çocuk Ego Durumu Alt Ölçeği 6 madde alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan $5 \times 6 = 30$ 'dur.)

Çocuk Ego Durumu alt ölçeğinde $100 \div 30 = 3,33$ katsayısı, elde edilmiştir.

Örneğin, Ebeveyn Ego Durumu alt ölçeğinden 18 puan alan bir Bireyin Ebeveyn Ego Durumu puanı $18 \times 2,85 = 51$ puandır” şeklinde hesaplanır.

3.4.3. Görüşmede Ortak Karar Verme Hasta Beklentileri Veri Formu

Ortak karar verme sürecindeki hasta beklentilerine ilişkin ölçme aracı odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşme sonucunda beşli likert tipinde geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ortak Karar Verme ölçme aracı sorularına kaynaklık edecek hasta görüşlerini elde etmek amacıyla gerçekleştirilen görüşmeler kapsamında, bir hasta ile derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

Hastalara açık uçlu sorulardan oluşan, yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır.

a) Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Ortak karar vermek konusunda ne düşünüyorsunuz?

2. Hekiminizle görüşme ve muayene sürecini nasıl değerlendiriyorsunuz?

a. Sağlık durumunuza ilişkin bilgi alırken doktorunuzun nasıl davranmasını beklersiniz?

b. Hastalığınız hakkındaki korku ve endişeleri hekiminizle paylaşmak hakkında ne düşünüyorsunuz?

c. Doktorunuzun tedavi seçeneklerini paylaşması sizin için ne ifade ediyor?

d. Tedavi seçeneklerine dair kar zarar hesabı yapmak hakkında ne düşünüyorsunuz?

e. Tedaviden beklentilerinizi hekiminizle paylaşmak konusunda görüşleriniz nelerdir?

f. Hekiminizin soru sorulmasına açık olup olmasını nasıl değerlendirirsiniz?

g. Hekiminizi sizin de düşünmeniz ve seçenekleri değerlendirmeniz adına kararı bir sonraki randevuya ertelemesini nasıl karşılırsınız?

h. Muayene sonucunda alınan kararları hekiminizle birlikte gözden geçirmek konusunda ne düşünüyorsunuz?

3. Hekiminizle görüşme ve muayene sürecinin nasıl olmasını beklersiniz?

Yapılan görüşmelerin ses kaydı alınmış ve kayıtların deşifreleri sonucunda hastaların ortak karar verme literatürü çerçevesinde ifade ettikleri görüşler listelenmiş ve böylelikle ölçme aracının 50 maddesi ortaya konmuştur.

Hastalarla yapılan görüşmelerden elde edilen bazı görüşler aşağıda yer almaktadır;

“Doktor reçeteyi yazacak tabi ama bizim de yapmamız gereken şeyler var.”

“Doktorum bana durumumu daha basit izah ederse, ilaçları daha düzgün kullanırım.”

“Muayeneye gittiğimde en önemli şey doktorun vakit ayırıp bilgi vermesidir bana göre”

“Bir ilaç yazıldığına bu ne işe yarar, nasıl etkisi olur diye anlatılmazsa içime sinmiyor doğrusu”

“Doktorun tavrı eğer iyiye, biz de ona göre kendi fikrimizi söylüyoruz bazen”

“Doktora sormak isteyip de sormadığımız çok sorular oluyor”

“Doktorum en doğrusunu bilir ama hastayken yaşadığımı da ben bilirim”

“Günümüzde artık internette her şey var, rahatsızlandığımda merak edip bakıyorum”

“Keşke doktorum her çeşit tedaviyi bana anlatsaydı yine kendi bilgisine göre karar verseydi dediğim olmuştur”

“Sağ olsun doktorlarımız bir tedaviye başladıklarında soruyorlar, siz buna uyabilir misiniz diye, bizim için daha kolay oluyor”

“Bazen endişe duyduğum, bazen de doktoru iyi anlayamadığım için bir yakınımınla muayeneye giderim”

“Daha önceden başka doktora kayıtlıydım, ama buradaki doktorlar insanı dinliyor, daha memnunum”

“Tamam, iyileştim diyebilmem için, önce kendimi iyi hissetmem lazım”

3.5. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

3.5.1 Güvenirlik Analizleri

3.5.1.1 İç Tutarlık

İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amaca hizmet eden bir bütünü oluşturmak üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların birbirine eşit ağırlıkta sahip olduğu varsayımıdır. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı

özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. Bu nedenle varsa alt ölçeklerin de güvenilirliğinin hesaplanması önerilmektedir.(80)

Günümüzde en sık kullanılan yöntemlerden biri cronbach alfa katsayısıdır. Maddelerin varyansları toplamının genel varyansa ortalanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değer alan alfa katsayısıyla ölçekte yer alan soruların homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır. (81)

Cronbach alfa katsayısının 1'e yakın olması tercih edilir. Bu değer <0,40 ise güvenilir değil; 0,40-0,59 arasında ise düşük güvenilirlikte; 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir; 0,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (82). İlk kez geliştirilmiş bir ölçek için güvenilirlik katsayısı olarak 0,70 yeterli iken, olgunlaştırılmış bir ölçek için katsayının 0,80'i aşması istenir (82). Bu çalışmada ölçeğin tümü için Cronbach alfa değeri 0.98 olarak bulunmuştur. (Tablo-1)

3.5.2 Geçerlik Analizleri

3.5.2.1 Yapı Geçerliği (Faktör Analizi)

Yapı geçerliği ölçeğin kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini ve ne derece doğru ölçtüğünü gösterir. Kuramsal yapı ya da kavramlar bir çerçeve içinde tanımlanır. Çeşitli yapı geçerliği sına teknikleri olmakla birlikte en fazla kullanılan yaklaşım faktör analizidir. Faktör analizi ölçekteki maddelerin farklı alt boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Aralarında yüksek ilişki gösteren maddelerin öbekleşmesi ile toplam test puanını etkileyen temel boyutlar ortaya çıkar. Faktör analizi sonucunda altında değişkenler seti olan ve faktör olarak adlandırılan genel değişkenler oluşturulur (84).

Bu çalışmada ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde açıklayıcı faktör analizi yöntemlerinden Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) kullanılmıştır.

Örneklem büyüklüğünün yeterliliği faktör analizinin uygulanabilmesi için önemli bir kriterdir. Kaiser Meyer Olkin (KMO) faktör analizinde örneklem yeterliliği ölçütü olarak kullanılan bir indekstir. Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek için açıklayıcı faktör analizi yapıldı. Elli madde ile yapılan faktör analizinde

örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçmek için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testi yapılmıştır. KMO değeri; 0.90-1.00 ise mükemmel, 0.80-0.90 arasında çok iyi, 0.70-0.79 iyi, 0.60-0.69 arasında orta, 0.50-0.59 arasında zayıf, 0.50'nin altında kabul edilemez olarak değerlendirilir. (85)

Bu çalışmada KMO değeri 0,986 olarak bulunmuştur. Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısının 0,986 olması bu çalışmadaki 320 katılımcıdan oluşan örneklemin faktör analizi için yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Örneklem sayısının yeterli olmaması durumunda çalışma sonuçlarının topluma genellenemeyeceği ve elde edilen sonuçların güvenilirliklerinin farklı yöntemlerle desteklenmesi, daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek, örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,986 (çok iyi) olarak saptanmıştır. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini değerlendirmek amacıyla yapılan Barlett testi sonucu ($\chi^2=3022.014$, $p=0,000$) olarak saptanmış olup bu sonuç ileri düzeyde anlamlı olarak değerlendirilmiştir. (Tablo-1)

Tablo-1. Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Veri Formu Geçerlik-Güvenirlik Katsayıları

Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Veri Formu	Cronbach α	Kaiser-Meyer-Olkin (örneklem yeterliliği)	Bartlett Küresellik Testi
Tüm veri formu	0.98	0.986	$\chi^2=3022.014$; $p<.00$)

Yapılan açıklayıcı faktör analizinde tek faktör altında 32 madde listelenmiştir.

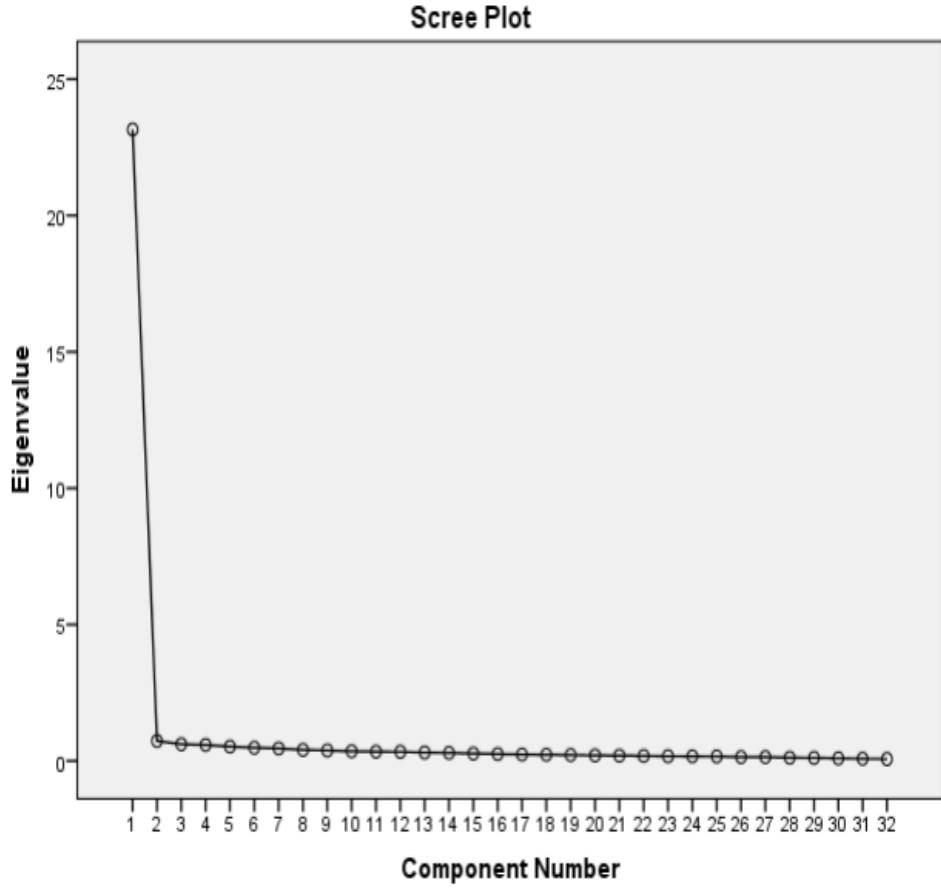
Tablo-2. Faktör analizi bileşen matrisi

Component Matrix^a

	Component
	1
21.Doktorumun sağlık durumum hakkında konuşurken anlayacağım bir dil kullanmasını önemserim.	,936
41.Doktorumun cesaretlendirici bir üslubu olması sağlığıma ilişkin kararlara katılım göstermemi sağlar	,927
15.Kontrol görüşmelerinde hastalığıma ilişkin genel değerlendirme yapılmasını isterim	,925
45.Hekimin olumlu tavırları, kendi önceliklerimi ifade etmemde bana yardımcı olur.	,924
47.Doktorumun kendimi ifade etmem için yeterli zaman tanınmasını beklerim	,923
7.Tedavi sürecinde doktorum kadar benim de üzerime düşen sorumluluklar olduğunu düşünürüm	,921
20.Hekimimin sadece hastalığımin adını söylemekle yetinmemesini, açıklayıcı olmasını beklerim	,918
12.Doktorumla, sağlığım için kendi üzerime düşen sorumluluklar hakkında konuşmayı gerekli görürüm	,902
11.Doktoruma görüşme sırasında sormadığım soruları bir sonraki kontrolde mutlaka sorarım	,899
50.Doktorumum tıbbi görüşme içeriği ve zamanını önceden planlamış olmasının birlikte karar almamızı kolaylaştırdığını düşünüyorum.	,895
49.Muayene sonucunda verilecek karar öncesinde kişisel ihtiyaç ve önceliklerimi doktora ifade etmem gerektiğini düşünürüm.	,887
24.Hekimin görüşme sürecinde, tüm tıbbi ihtimal ve seçenekleri detaylı olarak anlatmasını beklerim.	,878
19.Hastalığıma yönelik uygulanacak tedavi, hastalığın üzerimdeki rahatsız edici etkilerini giderirse başarıya ulaşabilir	,876

34.Hastalığımla ilgili tedavi seçeneklerinin yaşam kalitemi nasıl etkileyecekleri de önemlidir.	,873
1.Hekimimin hasta olarak sahip olduğum haklarım konusunda da bilgi vermesini isterim	,865
18.Sağlık durumuma ilişkin kendi payıma düşen sorumluluklarımın bende yarattığı his ve düşünceler doktorum tarafından önemsenmelidir.	,863
25.Verilecek tedavinin doğuracağı olumsuz sonuçların tarafıma iletilmesinden rahatsızlık duymam	,862
33.En kötü olasılıkların dahi doktorum tarafından paylaşılmasını beklerim	,850
46.Hasta-hekim arasındaki iletişimin, uygulanacak tedavinin sonuçlarını etkilediğini düşünüyorum	,846
38.Doktorumla sağlıklı iletişim kuramadığım durumlarda başka bir hekimle görüşmeyi isterim	,842
48.Doktorum verilecek kararın benim bakış açımı da yansıtmaması konusunda hassas olmalıdır.	,834
32.Doktorumun tedavi sürecimle ilgili seçenekleri sıralarken hepsini gerekçelendirmesini beklerim	,832
35.Hastalığımla ilgili tedavi seçeneklerinin tümü sonuç almaya yönelik olmalıdır.	,822
27.Uzayan tıbbi görüşme süreçlerinde hastalığım ve yapılacaklara ilişkin özet ve hatırlatmalara ihtiyaç duyarım	,812
13.Kendi tıbbi geçmişime dair deneyimlerimi dinlemenin doktoruma yol göstereceğini düşünürüm	,798
40.Doktorumun seçenekleri sunduktan sonra bazı kararları bana bırakması ona olan güven duygumu zedelemesin	,789
44.Hasta-hekim görüşmesi sürecinde kaygı, zaman darlığı vb. sebeplerle söylemek istediklerim eksik kaldığında pişmanlık hissedirim	,787
16.Tıbbi görüşme kapsamında doktorun sunduğu seçenekleri onunla tartışabilmeyi isterim	,776

37.Sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisi kurabilmek için görüşmenin geçtiği mekânın fiziki koşullarının önemli olduğunu düşünürüm	,765
23.Hastalığımla ilgili bilgilendirici broşür, yazı vb materyalleri paylaşmasını isterim	,736
3.Hastalığımla ilgili süreçte kendi önceliklerimin göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünürüm.	,692
9.Sağlıkla ilgili kararlar yalnızca tıbbi gerçekler doğrultusunda alınmalıdır.	,675



Şekil-1. Scree plot

32 maddeden oluşan ölçme aracı, 17 soruluk Ego Durumları Ölçeği ile birlikte 402 hastaya uygulanmıştır. Ölçme aracı Ek-1’de yer almaktadır.

3.6. Veri Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 22 programı ile analiz edilmiştir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için t testi, kategorik değişkenler için khi kare analizi kullanılmıştır. Ego durumlarına etkileyen bağımsız değişkenle oluşturulan model ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır.



4.BULGULAR

4.1.Tanımlayıcı Bulgular

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne Şubat 2018 – Mayıs 2018 tarihleri arasında başvurmuş olan 402 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan katılımcıların yaş ortalamaları $32,63 \pm 14,39$ yıl olup, sosyodemografik özellikleri Tablo 3'de görüldüğü gibidir

Tablo-3. Katılımcıların demografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde %
Yaş Grupları		
18-24	173	43,0
25-34	83	20,6
35-44	63	15,7
45-54	44	10,9
55 ve üzeri	39	9,7
Cinsiyet		
Kadın	243	60,4
Erkek	159	39,6
Medeni Durum		
Evli	180	44,8
Bekâr	202	50,2
Dul	12	3,0
Boşanmış	8	2,0
Eğitim Durumu		
İlkokul	49	12,2
Ortaokul	30	7,5
Lise	69	17,2
Üniversite/Yüksekokul	254	63,2
TOPLAM	402	100

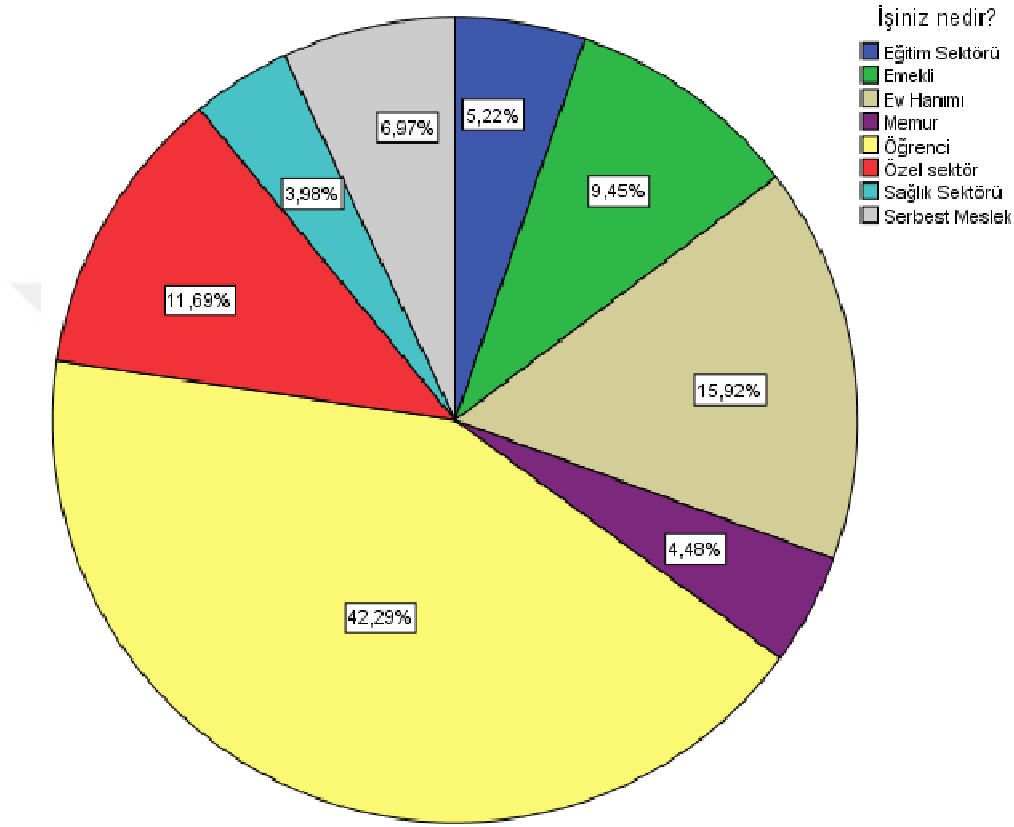
Araştırmaya dahil edilen 402 katılımcının 243'ü (%60,4) kadın, 159'u (%39,6) erkek olup yaş gruplarına göre dağılımları, 18-24 yaş arası 173 (%43), 25-34 yaş arası 83 (%20,6), 35-44 yaş arası 63 (%15,7), 45-54 yaş arası 44 (%10,9), 55 yaş ve üzeri 39 (%9,7) kişi olarak bulunmuştur. Katılımcıların %44,8'i evli, %50,2'si bekâr ve %5'i dul/boşanmış idi. (Tablo 3)

Tablo-4. Katılımcılara ait sosyoekonomik veriler

	Sayı (n)	Yüzde %
Ekonomik durum		
İyi	106	26,4
Orta	260	64,7
Kötü	36	9,0
Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?		
Evet	127	31,6
Hayır	275	68,4
İş		
Ev hanımı	64	15,9
Emekli	21	9,5
Eğitimci	38	5,2
Memur	18	4,5
Öğrenci	170	42,3
Özel Sektör	47	11,7
Sağlıkçı	16	4,0
Serbest çalışan	28	7,0
TOPLAM	402	100

Katılımcıların 127'si (%31,6) hâlihazırda bir işte çalışmakta olup, 275'si (%68,4) ise çalışmamaktadır. Katılımcılar meslek gruplarına göre %15,9'u ev hanımı, %9,5'u emekli, % 5,2 eğitimci, % 4,5'i memur, %42'si öğrenci, %11,7'si

özel sektör çalışanı, %4'ü sağlıkçı ve %7'si serbest çalışan olarak dağılım göstermiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların 106'sı (%26,4) ekonomik durumunu iyi, 260'ı (%64,7) orta ve 36'sı kötü olarak beyan etmiştir. (Tablo 4)



Şekil-2. Katılımcıların iş durumlarının dağılımı

Doğum yeri sorulan katılımcıların 107'si (%26,6) İzmir, 295'i (%73,4) ise İzmir dışında doğduklarını ifade etmişlerdir. Kaç yıldır bu şehirde ikamet ettikleri sorusu yöneltilen hastaların 43'ü (%10,7) 1 yıldan az, 130'u (%32,3) 1-5 yıl, 42'si (%10,5) 5-10 yıl ve 187'si (%46,5) ise 10 yıldan fazla şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların 325'i (%81,3) aile yapısını çekirdek aile olarak tanımlarken, 77'si (%18,7) ise geniş aile tipini işaretlemiştir. 94 (%23,4) kişi aynı evde 2 ve daha az kişinin yaşadığını ifade ederken, 276 kişi (%68,6) 3-5 kişi, 32 kişi (%8) ise 6 ve daha fazla kişinin yaşadığını belirtmiştir. (Tablo 5)

Tablo-5. Katılımcılara ait yerleşim bilgileri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum yeriniz?		
İzmir	107	26,6
İzmir dışı	295	73,4
Kaç yıldır bu şehirde yaşamaktasınız?		
1 yıldan az	43	10,7
1-5 yıl	130	32,3
5-10 yıl	42	10,5
10 yıldan fazla	187	46,5
Aile tipinizi nasıl tanımlarsınız?		
Çekirdek aile	327	81,3
Geniş aile	75	18,7
Aynı evde kaç kişi yaşıyorsunuz?		
2 ve altı	94	23,4
3-5	276	68,6
6 ve üzeri	32	8,0
TOPLAM	402	100

Araştırmaya katılan hastaların 310'u (%77,6) bir hekim tarafından tanısı konmuş kronik bir rahatsızlığı olmadığını 92'si ise (%22,4) hekim tanımlı bir kronik rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %8'inin bir psikiyatrik hastalık tanısı mevcutken, %92'sinin ise herhangi bir psikiyatrik hastalığı yoktur. Aynı şekilde 370 hasta (%92) herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmadığını; 32(%8) hasta ise psikiyatrik ilaç kullanmakta olduğunu ifade etmiştir. 9 (%2) hasta SSRI, 4(%1) hasta SNRI, 2 (%0,5) hasta SSRI ve benzodiazepin, 2 (%0,5) hasta antiepileptik, 1 hasta (%0,2) antipsikotik, 2 (%0,5) hasta antipsikotik ve SSRI, 8 (%2) hasta kullandığı ilacın adını bilmemektedir. (Tablo 6)

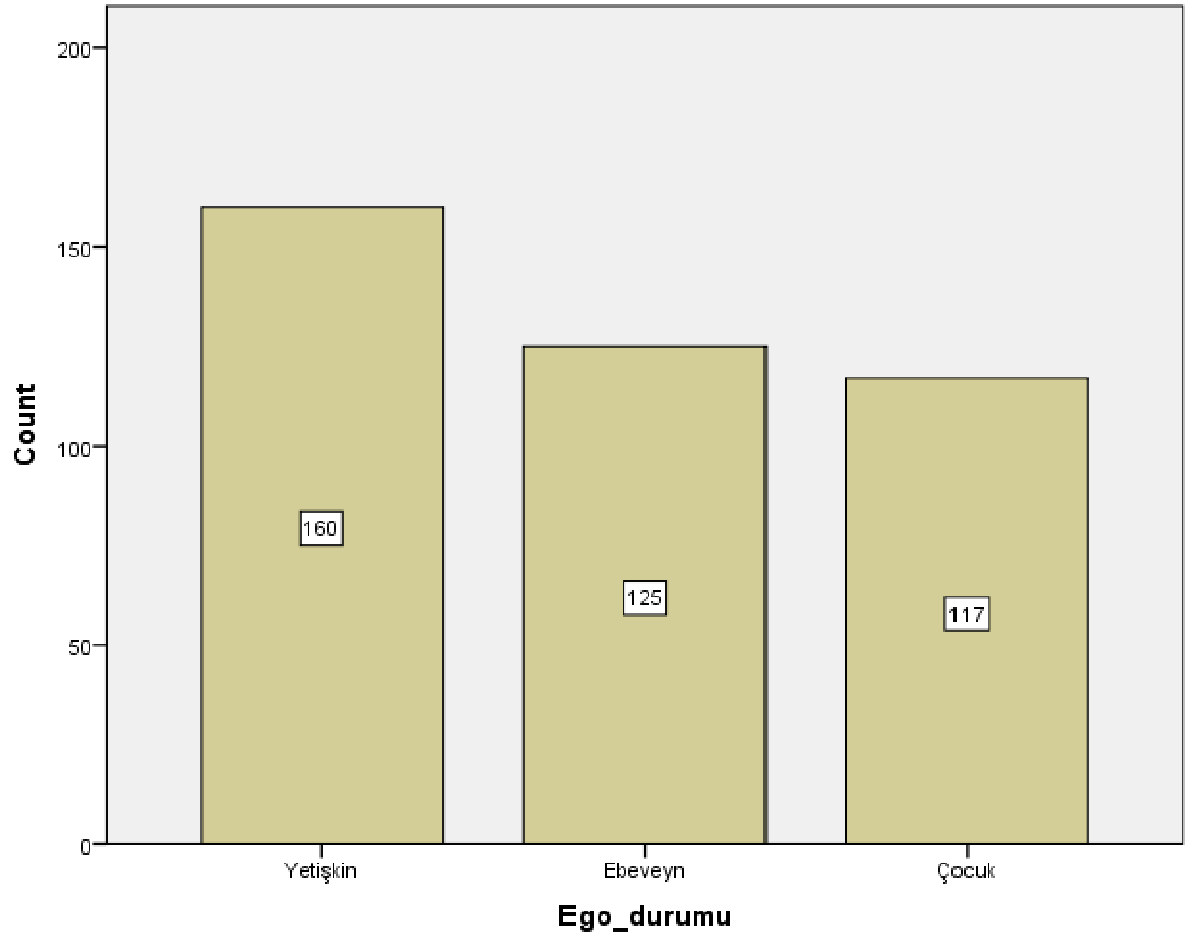
Tablo-6. Katılımcıların Tıbbi Öyküsü

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanımlı kronik hastalık varlığı		
Var	92	22,4
Yok	310	77,6
Psikiyatrik hastalık		
Var	32	8,0
Yok	370	92,0
Psikiyatrik ilaç kullanma		
Evet	32	8,0
Hayır	370	92,0
Kullanılan psikiyatrik ilaç		
SNRI	4	1,0
SSRI	9	2,2
SSRI ve Benzodiazepin	2	0,5
Antiepileptik	2	0,5
Antipsikotik	1	0,2
Antipsikotik ve SSRI	2	0,5
İlaç bilinmiyor	8	2,0
İlaç türü bilinmiyor	4	1,0
İlaç kullanmıyor	370	92,0
TOPLAM	402	100

Çalışmamız kapsamında elde edilen bulgulardan bir diğerk grup ise katılımcıların ego durumlarıdır. Uygulanan Ego Durumları Ölçeğİ sonucuna göre araştırmada yer alan katılımcıların 160'ı (%39,8) yetişkin ego durumunda, 125'i (%31,1) ebeveyn ego durumunda, 117'si (%29,1) ise çocuk ego durumunda olarak tespit edilmiştir. (Tablo 7)

Tablo-7. Katılımcıların Ego Durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ego Durumları		
Yetişkin	160	39,8
Ebeveyn	125	31,1
Çocuk	117	29,1
TOPLAM	402	100



Şekil-3. Katılımcıların ego durumlarının dağılımı

4.2. ANALİTİK BULGULAR

4.2.1 Çeşitli değişkenler ile ego durumlarının değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ego durumları değerlendirildiğinde, erkek ve kadın cinsiyetleri içerisindeki dağılım değişkenlik göstermekle birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,054$) (Tablo 8).

Tablo-8. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ego durumlarının dağılımı

Cinsiyet	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Kadın	42 (102)	33,3 (81)	24,7(60)	100(243)	0,054
Erkek	36,5 (58)	27,7 (44)	35,8 (57)	100 (159)	
Toplam	39,8(160)	31,1(125)	29,1(117)	100 (402)	

Katılımcıların medeni durumlarına göre ego durumları değerlendirildiğinde; medeni durumunu bekâr (%42,6) ve boşanmış olarak ifade edenlerin yoğun olarak yetişkin ego durumunda oldukları görülmüş; ancak medeni durum ve ego durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p=0,065$) (Tablo 9)

Tablo-9. Katılımcıların medeni durumunlarına göre ego durumlarını dağılımı

Medeni Durum	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Evli	36,7 (66)	36,1 (65)	27,2 (49)	100 (180)	0,065
Bekâr	42,6 (86)	24,8 (50)	32,7 (66)	100 (202)	
Dul	33,3 (4)	58,3 (7)	8,3 (1)	100 (12)	
Boşanmış	50,0 (4)	37,5 (3)	12,5 (1)	100 (8)	
Toplam	39,8(160)	31,1(125)	29,1(117)	100 (402)	

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre ego durumları değerlendirildiğinde; ekonomik durumunu iyi (%41,5) ve orta (%40,8) olarak ifade edenlerin, çoğunlukla yetişkin ego durumunda oldukları; ekonomik durumlarını kötü olarak beyan edenlerin ise çoğunlukla ebeveyn ego durumunda (%44,6) yer aldıkları görülmüştür; ancak ekonomik durum ve ego durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,435$) (Tablo 10)

Tablo-10. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre ego durumlarının dağılımı

Ekonomik Durum	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
İyi	41,5 (44)	30,2 (32)	28,3(30)	100 (160)	0,435
Orta	40,8(106)	29,6 (77)	29,6 (77)	100 (206)	
Kötü	27,8 (10)	44,4 (16)	27,8 (10)	100 (36)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1 (117)	100 (402)	

Katılımcıların istihdam durumlarına göre ego durumları değerlendirildiğinde; herhangi bir işte çalışmayanlar arasında yetişkin ego durumuna sahip olanlar (%43) en yüksek oran tespit edilmiştir; ancak istihdam ve ego durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya koymak mümkün olmamıştır. ($p=0,144$) (Tablo 11)

Tablo-11. Katılımcıların istihdama göre ego durumlarının dağılımı

Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Evet	34,6 (44)	29,9 (38)	35,4 (45)	100 (127)	0,144
Hayır	43,3 (116)	31,5 (87)	25,2 (72)	100 (275)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1 (117)	100 (402)	

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre ego durumları değerlendirildiğinde; lise mezunları arasında ebeveyn ego durumu (%44,9) ilk sırada yer almıştır. Yüksekokul ve üniversite mezunlarında ise yetişkin ego durumuna sahip olanlar (%43,7) en kalabalık grup olmuştur. İlkokul mezunlarında da yetişkin ego durumunda yer alanlar (%42,9) en sık karşılaşılan gruptur. Tüm eğitim durumu gruplarına bakıldığında çocuk ego durumundaki katılımcıların (%33,3) oransal olarak en sık görüldüğü grup ortaokul mezunları olarak saptanmıştır ve öğrenim durumu ve ego durumu ilişkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,056$) (Tablo 12)

Tablo-12. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre ego durumlarının dağılımı

Öğrenim Durumu	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
İlkokul	42,9 (21)	36,7 (18)	20,4 (10)	100 (49)	0,039
Ortaokul	36,7 (11)	30,0 (9)	33,3 (10)	100 (30)	
Lise	24,6 (17)	44,9 (31)	30,4 (21)	100 (69)	
Yüksekokul- Üniversite	43,7 (111)	26,4 (67)	29,9 (76)	100 (254)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1(117)	100(402)	

Katılımcıların iş durumlarına göre ego durumları değerlendirildiğinde; eğitimciler (%42,9) ve memurlar (%50) çocuk ego durumunun en sık görüldüğü iki meslek grubu olarak dikkati çekmektedir. Özel sektör çalışanları (% 44,7), emekliler (%47,4) ve ev hanımları (%37,5) ebeveyn ego durumundaki katılımcıların en yoğun oranda tespit edildiği meslek gruplarıdır. Yetişkin ego durumunun baskın ego durumu olarak ilk sırada yer aldığı meslek grupları ise sağlıkçılar (%56,3) ve öğrenciler (%45,9) olarak görülmüştür ve katılımcıların meslekleri ve ego durumu arasında anlamlı bir ilişki ortaya konmuştur. ($p=0,022$) (Tablo 13)

Katılımcıların ikamet sürelerine göre ego durumları değerlendirildiğinde; 1 yıldan az zamandır bu şehirde yaşamakta olanlar, oransal olarak çocuk ego durumunda değerlendirilen katılımcıların (% 30,2) en yoğun oldukları grup olmuştur.

1-5 yıl arasında bu şehirde yaşamakta olan katılımcılarda hakim ego durumu, yetişkin ego durumu (%48,5) olarak görülmüştür; 5-10 yıl arasında çalışmanın yapıldığı şehirde yaşayan katılımcılar arasında en kalabalık grup ebeveyn ego durumuna sahip olanlardır (%47,6).10 yılı aşkın süredir bu şehirde yaşayan katılımcılar arasında ilk sırada yetişkin ego durumuna sahip olanlar gelmektedir (%36,9); ancak halihazırda yaşanan şehirde yaşanan süre ve ego durumu ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,056$) (Tablo 14)

Tablo-13. Katılımcıların mesleklerine göre ego durumlarının dağılımı

Meslek	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Eğitimci	23,8 (5)	33,3 (7)	42,9 (9)	100 (21)	0,022
Emekli	34,2 (13)	47,4 (18)	18,4 (7)	100 (38)	
Ev hanımı	37,5 (24)	37,5 (24)	25,0(16)	100 (64)	
Memur	27,8 (5)	22,2 (4)	50,0 (9)	100 (18)	
Öğrenci	45,9 (78)	21,8 (37)	32,4 (55)	100 (170)	
Özel sektör	31,9 (15)	44,7 (21)	23,4 (11)	100 (47)	
Sağlıkçı	56,3 (9)	31,3 (5)	12,5 (2)	100 (16)	
Serbest meslek	39,3 (11)	32,1 (9)	28,6 (8)	100 (28)	
Toplam	39,8(160)	31,1 (125)	29,1(117)	100 (402)	

Tablo-14. Katılımcıların ikamet sürelerine göre ego durumlarının dağılımı

Kaç yıldır bu şehirde yaşamaktasınız?	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
1 yıldan az	39,5 (17)	30,2 (13)	30,2 (13)	100 (43)	0,056
1-5 yıl	48,5 (63)	22,3 (29)	29,2 (38)	100 (130)	
5-10 yıl	26,2 (11)	47,6 (20)	26,2 (11)	100 (41)	
10 yıldan fazla	36,9 (69)	33,7 (63)	29,4 (55)	100 (188)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1(117)	100 (402)	

Katılımcıların kronik hastalıkları olmasına göre ego durumları değerlendirildiğinde; kronik hastalık tanısı almış olanlar arasında yetişkin ego durumuna sahip olanlar (%43,3) olarak görülmüş bu grubu sırasıyla ebeveyn ego durumu (%37,8) ve çocuk ego durumu (%18,9) izlemiştir.

Kronik hastalık tanısı olmayanlarda yetişkin ego durumu %38,8 oranında görülmüş, ardından çocuk ego durumu %32,1 ve ebeveyn ego durumu %29,2 olarak gelmektedir. Bu dağılım kronik hastalık öyküsü ve ego durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. (p=0,045) (Tablo 15)

Tablo-15. Katılımcıların kronik hastalık öyküsüne göre ego durumlarının dağılımı

Kronik hastalık tanısı	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Var	43,3 (44)	37,8 (32)	18,9 (30)	100 (160)	0,045
Yok	38,8 (106)	29,2 (77)	32,1 (77)	100 (206)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1(117)	100 (402)	

Katılımcıların psikiyatrik hastalık öykülerine göre ego durumları değerlendirildiğinde; psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut olan katılımcılar arasında en sık tespit edilen ego durumu %46,9 oranı ile yetişkin ego durumudur. Ebeveyn ego durumu (%31,3), çocuk ego durumu (%21,9) yetişkin ego durumunu sırasıyla takip etmektedir.

Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan katılımcılar arasında görülen ego durumları aynı sırayla; ancak farklı oranlarda olmak üzere, yetişkin ego durumu %39,2, ebeveyn ego durumu %31,2 ve çocuk ego durumu %29,7 olarak saptanmıştır ve bu çerçevede değerlendirilen farklar psikiyatrik hastalık öyküsü ve ego durumu ilişkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,650$) (Tablo 16)

Tablo-16. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öykülerine göre ego durumlarının dağılımı

Psikiyatrik hastalık öyküsü	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Evet	46,9 (15)	31,3 (10)	21,9 (7)	100 (32)	0,650
Hayır	39,2 (145)	31,1 (115)	29,7(110)	100 (370)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1 (117)	100 (402)	

Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre ego durumları değerlendirildiğinde; yetişkin ego durumu psikiyatrik ilaç kullanma öyküsü olan katılımcılarda %43,8 oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Çocuk ego durumunda değerlendirilen katılımcılar %34,4 ile ikinci en kalabalık grup olurken, onları %21,9 ile ebeveyn ego durumundaki katılımcılar izlemektedir. Psikiyatrik ilaç kullanmamış olan katılımcılarda ise sırasıyla yetişkin ego durumunda olanlar %39,5, ebeveyn ego durumundakiler %31,9 ve çocuk ego durumundakiler %28,6 olarak görülmüş; psikiyatrik ilaç kullanımı ve ego durumu ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p=0,492$) (Tablo 17)

Tablo-17. Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre ego durumlarının dağılımı

Psikiyatrik ilaç kullanımı	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Evet	43,8 (14)	21,9 (7)	34,4 (11)	100 (32)	0,492
Hayır	39,5 (146)	31,9 (118)	28,6 (106)	100 (370)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1 (117)	100 (402)	

Katılımcıların aile tipine göre ego durumları incelendiğinde; çekirdek aile tipine mensup katılımcılar arasında yetişkin ego durumunda değerlendirilenler (% 40,4) en geniş gruptur. Bu grubu sırasıyla ebeveyn ego durumunda olanlar (% 32,7) takip etmektedir. Geniş aile tipine mensup katılımcıların %37,3'ü yetişkin ego durumunda, %24'ü ebeveyn ego durumunda sınıflandırılmış ve çocuk ego durumunda olanların %38,7 ile en kalabalık alt grubu oluşturuyor olması dikkat çekmiş; ancak aile tipi ve ego durumu ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,104$). (Tablo 18)

Tablo-18. Katılımcıların aile tiplerine göre ego durumlarının dağılımı

Aile tipi	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
Çekirdek	40,4 (132)	32,7 (107)	26,9 (88)	100 (327)	0,104
Geniş	37,3 (28)	24,0 (18)	38,7 (29)	100 (75)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1 (117)	100 (402)	

Katılımcıların aynı evde yaşayan kişi sayısında göre ego durumları değerlendirildiğinde; aynı evde iki ve altı kişi olarak yaşayan katılımcıların %42,6'sı yetişkin ego durumundadır. Ebeveyn ego durumu %30,9 ve çocuk ego durumu 26,5 oranında görülmüştür. Aynı evde 3 ila 5 kişi olarak yaşayan katılımcıların belirlenen ego durumları sırasıyla yetişkin (%39,1), ebeveyn (%30,4) ve çocuk (%30,4) ego durumu olarak gösterilmiştir. Aynı evde 6 ve üzeri kişi olarak yaşayan katılımcılar

arasında yetişkin ve ebeveyn ego durumunda olanlar %37,5 ile çoğunluğu oluşturmaktayken, onları %25 ile çocuk ego durumunda olanlar izlemiştir. Aynı evde yaşayan kişi sayısı ve ego durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya konamamıştır. ($p=0,866$) (Tablo 19)

Katılımcıların doğum yerlerine göre ego durumları incelendiğinde; İzmir doğumlu katılımcılar arasında en sık görülen ego durumu ebeveyn ego durumu (%35,5) olarak görülmüş, peşi sıra yetişkin ego durumundakiler (%34,6) ve çocuk ego durumundakiler (%29,9) gelmiştir. İzmir dışında doğmuş olan katılımcılarda ise bundan farklı olarak en sık yetişkin ego durumu (%41,7) saptanmıştır. Ebeveyn ego durumu %29,5 ve çocuk ego durumu %28,8 oranındadır. Aradaki bu farka karşın doğum yeri ve ego durumu ilişkisi istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı değildir. ($p=0,144$) (Tablo 20)

Tablo-19. Katılımcıların aynı evde yaşayan kişi sayısına göre ego durumlarının dağılımı

Aynı evde yaşayan kişi sayısı	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
2 ve altı	42,6 (40)	30,9 (29)	26,5 (25)	100 (94)	0,866
3-5 kişi	39,1(108)	30,4 (84)	30,4 (84)	100 (276)	
6 ve üzeri	37,5 (12)	37,5 (12)	25,0 (8)	100 (32)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1(117)	100 (402)	

Tablo-20. Katılımcıların doğum yerlerine göre ego durumlarının dağılımı

Doğum yeriniz	Ego Durumu			Toplam	p
	Yetişkin % (n)	Ebeveyn % (n)	Çocuk % (n)		
İzmir	34,6 (37)	35,5 (38)	29,9 (32)	100 (107)	0,144
İzmir dışı	41,7 (123)	29,5 (87)	28,8 (85)	100 (295)	
Toplam	39,8 (160)	31,1 (125)	29,1 (117)	100 (402)	

4.2.2 Çeşitli değişkenler ile OKV beklentisinin değerlendirilmesi

Katılımcıların yaş gruplarına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; 18-24 yaş aralığındaki katılımcıların %27,7'sinin OKV beklentisi düşük, %72,3'ünün ise yüksektir. 25-34 yaş aralığındaki katılımcılar içinde OKV beklentisi yüksek olanların oranı %80,7; düşük olanların oranı ise %19,3 olarak saptanmıştır.

35-44 yaş aralığındaki katılımcıların %90,5'i yüksek; %9,5'i ise düşük OKV beklentisine sahip bulunmuştur. 45-54 yaş aralığında %88,6 olan OKV beklentisi yüksek katılımcı oranı, 55 yaş ve üzerinde en yüksek değer olan %92,3'e ulaşmıştır. Bu fark yapılan istatistiksel analizler neticesinde anlamlı olarak değerlendirilmiştir. ($p=0,020$) (Tablo 21)

Tablo-21. Katılımcıların yaş gruplarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Yaş	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
18-24	27,7 (48)	72,3 (125)	100 (173)	0,002
25-34	19,3 (16)	80,7 (67)	100 (83)	
35-44	9,5 (6)	90,5 (57)	100 (63)	
45-54	11,4 (5)	88,6 (39)	100 (44)	
55 ve üzeri	7,7 (3)	92,3 (36)	100 (39)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; erkek katılımcılar arasında OKV beklentisi yüksek olanların oranı %77,4 olarak saptanırken, kadın katılımcılar arasında ise bu oran %82,7 olmuştur. Aradaki bu fark istatistiksel olarak bir anlam ifade etmemektedir ($p=0,184$). (Tablo 22)

Tablo-22. Katılımcıların cinsiyetlerine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Cinsiyet	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Kadın	17,3 (42)	82,7 (201)	100 (243)	0,184
Erkek	22,6 (36)	77,4 (123)	100 (159)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; OKV beklentisi en yüksek grup ilkokul mezunları (%89,8) olmuştur. Ortaokul mezunları içerisinde yüksek OKV beklentisi olanlar %80, lise mezunları içerisinde %82,6, yüksekokul-üniversite mezunları grubunda %78,3 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda öğrenim durumu ve ortak karar verme beklentisi arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. ($p=0,301$) (Tablo 23)

Tablo-23. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Öğrenim Durumu	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
İlkokul	10,2 (5)	89,8 (44)	100 (49)	0,301
Ortaokul	20,0 (6)	80,0 (24)	100 (30)	
Lise	17,4 (12)	82,6 (57)	100 (69)	
Yüksekokul-Üniversite	21,7 (55)	78,3 (199)	100 (254)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların medeni durumlarına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; evli katılımcılar arasında OKV beklentisi yüksek olanların oranı %89,4, dul ve boşanmış katılımcılar arasında %90 olarak belirlenmişken; bekar katılımcılar arasında OKV beklentisi yüksek olanların oranı %71,8'dir. Evlilik deneyimi yaşamış olan katılımcılar arasından OKV beklentisi yüksek olanlar daha

yüksek oranda görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı olarak bulunmuştur. ($p=0,001$) (Tablo 24)

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; ekonomik durumu iyi olan katılımcılar içerisinde yüksek OKV beklentisi olanların oranı %80,2, orta dereceli ekonomik duruma sahip olan katılımcılar arasında %82,3 ve ekonomik durumu kötü olan katılımcılarda %69,4 olarak değerlendirilmiştir. Bu farka karşın ekonomik durum ve OKV beklentisi arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki yoktur. ($p=0,186$) (Tablo 25)

Tablo-24. Katılımcıların medeni durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Medeni Durum	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Evli	10,6 (19)	89,4 (161)	100 (180)	0,001
Bekar	28,2 (57)	71,8 (145)	100 (202)	
Dul-boşanmış	10,0 (2)	90,0 (18)	100 (20)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Tablo-25. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Ekonomik Durum	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
İyi	19,8 (21)	80,2 (85)	100 (106)	0,186
Orta	17,7 (46)	82,3 (214)	100 (260)	
Kötü	30,6 (11)	69,4 (25)	100 (36)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların mesleklerine göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; OKV beklentisi yüksek katılımcı oranının en fazla olduğu meslek grubu emekliler (%94,7) olmuştur. mBu grubu sırasıyla serbest meslek sahipleri (%92,9), özel sektör çalışanları (%91,5), eğitimciler (%90,5), ev hanımları (%82,8), memurlar (%77,8), (%71,8) ve sağlıkçılar (%68,7) takip etmektedir. Meslek grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,002) (Tablo 26)

Katılımcıların istihdam durumlarına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; herhangi bir işte çalışan katılımcılar içerisinde OKV beklentisi yüksek olanların oranı %81,9 olarak belirlenmişken; herhangi bir işte çalışmayanlar arasında bu oran %80'dir. İstihdam ve OKV beklentisi arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki yoktur. (p=0,656) (Tablo 27)

Tablo-26. Katılımcıların mesleklerine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Meslek	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Eğitimci	9,5 (2)	90,5 (19)	100 (21)	0,002
Emekli	5,3 (2)	94,7 (36)	100 (38)	
Ev hanımı	17,2 (11)	82,8 (53)	100 (64)	
Memur	22,2 (4)	77,8 (14)	100 (18)	
Öğrenci	28,2 (48)	71,8 (122)	100 (170)	
Özel sektör	8,5 (4)	91,5 (43)	100 (47)	
Sağlıkçı	31,3 (5)	68,7 (11)	100 (16)	
Serbest meslek	7,1 (2)	92,9 (26)	100 (28)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Tablo-27. Katılımcıların istihdama göre OKV beklentilerinin dağılımı

Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Evet	18,1 (23)	81,9 (104)	100 (127)	0,656
Hayır	20,0 (55)	80,0 (220)	100 (275)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların yaşadıkları şehirde ikamet süresine göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; 10 yıldan daha fazla süreden bu yana çalışmanın yapıldığı şehirde yaşayan katılımcılardan %86,6'sı yüksek OKV beklentisine sahiptir. 5-10 yıl arasında ikamet süresi olanların %83,3'ü, 1-5 yıl arasında ikamet edenlerin %72,3'ü ve 1 yıldan az ikamet süresi olanların %76,7'si yüksek OKV beklentisine sahiptir. İkamet süresinin OKV beklentisi ile ilişkisi anlamlı olarak gösterilmiştir. ($p=0,014$) (Tablo 28)

Tablo-28. Katılımcıların ikamet süresine göre OKV beklentilerinin incelenmesi

Kaç yıldır bu şehirde yaşamaktasınız?	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
1 yıldan az	23,3 (10)	76,7 (33)	100 (43)	0,014
1-5 yıl	27,7 (36)	72,3 (94)	100 (130)	
5-10 yıl	16,7 (7)	83,3 (35)	100 (42)	
10 yıldan fazla	13,4 (25)	86,6 (162)	100 (187)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların aile tipine göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; çekirdek aile tipine mensup katılımcılar arasında yüksek OKV beklentisine sahip olanların oranı %80,4 olarak görülmüşken; geniş aile tipi için bu oran %81,4 olarak

saptanmıştır. Aile tipi ve OKV beklentisi arasında anlamlı istatistiksel ilişki ortaya konamamıştır. ($p=0,858$) (Tablo 29)

Katılımcıların aynı evde yaşayan kişi sayısında göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; katılımcılar arasında yüksek OKV beklentisi oranı en yüksek olan grup 3 ila 5 kişi aynı evde yaşayanlar (%84,8) olmuştur. Bu grubu sırasıyla 6 ve üzeri sayıda kişi aynı evde yaşayanlar (%75) ile 2 ve altı sayıda kişi aynı evde yaşayanlar (%70,2) izlemektedir. Aynı evde yaşayan kişi sayısı ve OKV beklentisi arasında anlamlı istatistiksel ilişki ortaya konmuştur. ($p=0,006$) (Tablo 30)

Tablo-29. Katılımcıların aile tiplerine göre OKV beklentilerinin incelenmesi

Aile tipi	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Çekirdek	19,6 (64)	80,4 (263)	100 (327)	0,858
Geniş	18,7 (14)	81,3 (61)	100 (75)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Tablo-30. Katılımcıların aynı evde yaşayan kişi sayısına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Aynı evde yaşayan kişi sayısı	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
2 ve altı	29,8 (28)	70,2 (66)	100 (94)	0,006
3-5 kişi	15,2 (42)	84,8 (234)	100 (276)	
6 ve üzeri	25,0 (8)	75,0 (24)	100 (32)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların doğum yerlerine göre ortak karar verme beklentisi ele alındığında; İzmir’de doğan katılımcıların %87,9’u yüksek OKV beklentisine sahipken; bu oran İzmir dışı doğum yerine sahip katılımcılarda bu oran %78’de

kalmıştır. Doğum yeri ve OKV beklentisi arasında anlamlı ilişki vardır. ($p=0,027$) (Tablo 31)

Katılımcıların kronik hastalık tanısı olup olmamasına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; kronik hastalık tanısı olanların %90'ı yüksek OKV beklentisine sahiptir. Kronik hastalık tanısı olmayanların ise %77,9'u yüksek OKV beklentisine sahiptir. Aradaki farkın istatistiksel açıdan kronik hastalık tanısı ve OKV beklentisi arasında anlamlı bir ilişkiyi ifade ettiği gösterilmiştir. ($p=0,010$) (Tablo 32)

Tablo-31. Katılımcıların doğum yerlerine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Doğum yeriniz	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
İzmir	12,1 (13)	87,9 (94)	100 (107)	0,027
İzmir dışı	22,0 (65)	78,0 (230)	100 (295)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Tablo-32. Katılımcıların kronik hastalık öyküsüne göre OKV beklentilerinin dağılımı

Kronik hastalık tanısı	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Var	10,0 (9)	90,0 (81)	100 (90)	0,010
Yok	22,1 (69)	77,9 (243)	100 (206)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmamasına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcılardan yüksek OKV beklentisine sahip olanların oranı %71,9; psikiyatrik hastalık öyküsü olmaya katılımcılar arasında OKV beklentisi yüksek olanların oranı ise %81,4

bulunmuştur. Psikiyatrik hastalık öyküsü ve OKV beklentisi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,006$) (Tablo 33)

Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların %68,8'i yüksek OKV beklentisine sahipken; bu oran psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcılarda %81,6 'ya yükselmiştir; ancak psikiyatrik ilaç kullanımı ve OKV beklentisi arasında anlamlı bir ilişki yoktur. ($p=0,077$) (Tablo 34)

Tablo-33. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öykülerine göre OKV beklentilerinin dağılımı

Psikiyatrik hastalık öyküsü	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Evet	28,1 (9)	71,9 (23)	100 (32)	0,006
Hayır	18,6 (69)	81,4 (301)	100 (370)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

Tablo-34. Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Psikiyatrik ilaç kullanımı	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Evet	31,2 (10)	68,8 (22)	100 (32)	0,077
Hayır	18,4 (68)	81,6 (302)	100 (370)	
Toplam	39,8 (78)	31,1 (324)	100 (402)	

Çalışmamızın araştırma sorusuna yanıt vermek amacıyla katılımcıların ego durumlarına göre ortak karar verme beklentisi incelendiğinde; ebeveyn ego durumuna sahip katılımcıların %83,2'sinin, yetişkin ego durumuna sahip katılımcıların %80,6'sının ve çocuk ego durumundaki katılımcıların %77,8'inin yüksek OKV beklentisine sahip oldukları görülmüştür.

Ebeveyn ego durumunda olan katılımcıların en yüksek oranda OKV beklentisine sahip olduğu görülse de, yapılan analizler neticesinde Ego durumu ve

OKV beklentisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ifade edilememiştir. (p=0,567) (Tablo 35)

Tablo-35. Katılımcıların ego durumlarına göre OKV beklentilerinin dağılımı

Ego Durumu	OKV Beklentisi		Toplam	p
	Düşük % (n)	Yüksek % (n)		
Yetişkin	19,4 (31)	80,6 (129)	100 (160)	0,567
Ebeveyn	16,8 (21)	83,2 (104)	100 (125)	
Çocuk	22,2 (26)	77,8 (91)	100 (117)	
Toplam	19,4 (78)	80,6 (324)	100 (402)	

4.2.3 Bağımsız değişkenlerin OKV beklentisi üzerine etkisini lojistik regresyon modeliyle analizi

Verilerin analizi kapsamında bağımsız değişkenler ve OKV beklentisi arasındaki ilişki, kategorik değişkenlerin varlığı nedeniyle lojistik regresyon modeli ile ele alınmıştır. Bu kapsamda elde edilen bulgulara göre, kişinin kronik hastalığının olması, olmayanlara göre OKV beklentisini 3,931 kat arttırmaktadır. Bunun yanında, kişinin psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olması ise OKV beklentisini 3,573 kat arttırmaktadır. Aynı evde 3 ve üzeri kişi ile yaşayanlarda OKV beklentisi 2 ve 2’den az kişi ile yaşayanlara göre 2,224 kat artmıştır.

Tablo-36. Bağımsız değişkenlerin OKV beklentisi üzerine etkisini gösteren lojistik regresyon analizi

Değişkenler	b	s.e	Wald	df	P	Exp(B)	%95 güven aralığı
Kronik hastalık öyküsü	1,369	,424	10,422	1	,001	3,931	1,712 - 9,026
Psikiyatrik hastalık öyküsü	1,274	,408	9,739	1	,002	3,573	1,606 - 7,951
Aynı evde yaşayan kişi sayısı	,799	,286	7,807	1	,005	2,224	1,269 - 3,895

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş ortalaması $32,63 \pm 14,39$ yıl idi. Literatürde Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkında görüşlerini inceleyen çalışmada yaş ortalamasını $37,4 \pm 15,6$ olarak saptanmıştır. (86) Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği poliklinikleri ile eğitim aile sağlığı merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırıldığı çalışmada, hastaların yaş ortalaması hastane grubunda $42 \pm 19,79$; EASM grubunda $34 \pm 15,56$ olarak tespit edilmiştir. (87). TÜİK 2017 verilerine göre Türkiye'nin ortanca yaş 31,7 olmuştur (88).

Katılımcıların %63,2'si yüksekokul ve fakülte mezunudur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre İzmir ilinde yüksekokul-fakülte mezunlarının oranı %18,4 olarak belirlenmiştir. Narlıdere ilçesinde yüksekokul-fakülte mezunlarının oranı %32,06 olarak gösterilmiştir. (89) DEÜTF AHAD'na bağlı ASM'lerden 2017 yılında hizmet alan hastaların %27,3'ü yüksekokul, lisans ve lisansüstü öğrenim durumuna sahiptir. Çalışmanın gerçekleştirildiği bölgenin demografik istatistiklerinin yanı sıra, birinci basamak ortamında sağlık hizmeti alan hastaların tutumlarını ele alan benzer çalışmalarda, eğitim düzeyi yüksek bireylerin daha fazla katılım gösterdikleri kaydedilmiştir. Yalova il merkezinde aile sağlığı merkezlerinden sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeyini ele alan ve katılımcıların rasgele örneklem yöntemiyle seçilip, veri toplama tekniği olarak anket uygulamasının gerçekleştirildiği bir çalışmada, yüksekokul ve üniversite mezunu olan katılımcıların oranı %58 olarak saptanmıştır.(90)

Çalışmamızda yer alan katılımcıların %60,4 'ü kadındır. Kadınlar lehine olan bu cinsiyet dağılımına, literatürde aile hekimliği poliklinikleri ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmış olan diğer bazı çalışmalarda da rastlanılmaktadır. Küçükerdem ve ark. İzmir'de bir üçüncü basamak sağlık kuruluşu aile hekimliği polikliniğinde yaptığı çalışmada, kadın katılımcıların oranı, %68,2 olarak bulunmuştur. Hastane ve eğitim aile sağlığı merkezi aile hekimliği polikliniklerinin hasta profillerini inceleyip aralarındaki farkları belirlemeyi amaçlayan bir çalışmalarında, hastaneye başvuranların %51,20'si kadın, %48,80'i erkek; eğitim aile

sağlığı merkezine başvuranların %63,30'u kadın, %36,60'ı erkekti. Eğitim aile sağlığı merkezlerine kadınların anlamlı oranda fazla başvurduğu izlenmiştir. (91)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında, Türkiye’de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %51,30 olup, bu oran erkeklerde %71,60; kadınlarda ise %31,50’dir. Toplumumuzda kadınların iş hayatındaki yerinin halen az olması; buna karşılık evdeki bebek, çocuk bakımı, üreme sağlığı gibi birçok sorumluluğu kadınların üstlenmesi de bu hizmetleri veren EASM’ ye erkeklerden daha yüksek oranda başvurularında etkin olmuş olabilir. Ayrıca erkeklerin çalışıyor olması mesai saatlerinde poliklinikleri kullanmalarını zorlaştırmış ve genel başvuru oranlarının kadınlara göre daha düşük olmasına neden olmuş olabilir

Çalışmamızda yaşla birlikte OKV beklentisi artış göstermektedir. 35 yaş ve üzerinde OKV beklentisi daha yüksekti. OKV beklentisi en yüksek Ego Durumu Ebeveyn tip olarak görüldü. Al-Haqwi ve ark. (2015) ise yaş arttıkça hastaların paternalistik yaklaşım lehine eğilim gösterdiklerini tespit etmiştir. (92) Bu durumun ortak karar verme ve toplumların kültürel özellikleri çerçevesinde ele alınması açıklayıcı olacaktır. Deyimlerde de ifade edildiği üzere sözün büyüğün olduğu geleneksel Türk toplum yapısında artan yaş ile birlikte başka bir otoriteye karşı söz söyleme hakkı meşruiyeti doğmaktadır. Yaşamdaki deneyiminden ve hatta sadece yaşından dolayı saygıyı hak ettiğine inanan birey, hasta kimliğiyle bulunduğu iletişim modelinde önceliklerini ve tercihlerini belirtme konusunda daha cesur ve istekli olabilir.

Berkelmans (2010) Genel Pratisyenliğin temel özellikleri çerçevesinde yaşlı hastaların birinci basamaktaki hasta-hekim ilişkisinde değer atfettiği kavramları incelemiştir. Bu çalışmada bakımda süreklilik ile birlikte güven en yüksek oranda değer verilen kavram olarak ön plana çıkmıştır. Yaşlı hastaların klinik pratikte hekime karşı edilgen bir konumda olacağı önyargısına karşın, bilgi edinme ve onam konusunda görüşlerinin alınması için yüksek beklentilerinin olduğu bilinmektedir. Hasta-hekim ilişkisinde güvenin tesis edilmesi durumunda yaşlı hastaların ortak karar verme eğilimleri de belirginleşebilir. (93)

Çalışmamızda OKV Beklentisi yüksek katılımcıların oranı %80,6 olarak belirlendi. Sekimoto ve ark. (2004) ‘‘katılımcı karar veren’’ hastaların oranını %75

olarak bulmuştur. (94) Arora ve McHorney (2000) ortak karar verme lehine beklentisi olanların oranını %69 olarak ifade etmiştir. (95) Cofield ve ark. (2017), hasta merkezli yaklaşım ile ortak karar verme prensibini tercih eden katılımcıların oranını %90,7 olarak raporlamıştır. (96) Chewing ve arkadaşlarının 2012’de gerçekleştirdikleri sistematik derlemede ele alınan çalışmaların %63’ünde hastaların klinik görüşme için ortak karar verme yaklaşımını tercih ettikleri saptanmıştır. (97) Çalışmamızda elde edilen bulguların evrensel literatürdeki çıktılarla uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmamız ortak karar vermeye özgü bir ölçme aracının kullanılması açısından, hasta-hekim ilişkisini sembolize eden görseller, vignetteler ve hasta merkezli yaklaşım ölçekleri kullanılan benzer çalışmalardan farklı ve özgün bir nitelik arz etmektedir.

Çalışmamızın bulguları ele alındığında, cinsiyet ve OKV beklentisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya konmamıştır. Arora & McHorney (2000) kadınların karar verme sürecine daha aktif katıldıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada depresyon hastalarının katılımı daha aktif olduğu gözlemlenirken, çalışmamızda ise psikiyatrik tanısı olan hastaların OKV beklentilerinin daha düşük olduğu görülmüştür. (95) Drewelow (2018) birinci basamakta takip edilen Tip 2 Diyabetes Mellitus hastaları ile yapılan çalışmada cinsiyet ile ortak karar vermeye katılım arasında ilişki tespit edememiştir. (98)

Çalışmamızda cinsiyetin anlamlı bir fark yaratmamış oluşunun arka planı ele alındığında; birçok toplum erkek egemen düzende konumlanıyor ve erkek ‘‘erkin sahibi’’ olarak üstün konumda yer alıyor olsa da, bilhassa ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarına daha yoğun olarak başvuran kadınların aile sağlığı merkezlerinden alınan sağlık hizmeti konusunda ailenin temsilcisi ve aile adına hekimle temas kuran kişi rolünü üstleniyor olması, toplumsal erkek cinsiyetinin baskınlığına karşı kadın lehine bir denge unsuru teşkil etmektedir. Birinci basamak sağlık ortamının doğal bir figürü olarak konumlanan kadın, klinik karar mekanizmasına katılım konusunda erkekle eşdeğer bir yaklaşım gösterebilecektir.

Literatürde karar mekanizmasında kadınların daha katılımcı rol oynadığı görülen çalışmaların toplumsal cinsiyetler arası dengenin göreceli olarak tesis edildiği toplumlarda yapılması, biyolojik kadın cinsiyetin karar vermeye katılım lehine bir faktör olarak ortaya çıkmasında rol oynamış olabilir. Kültürel kodların

belirleyici olduğu bir süreç olan ortak karar vermede ataerkil toplumun içinde yer alan bireyin, paternalistik modelde gerçekleşecek bir hasta-hekim iletişimini olağan olarak değerlendirmesi ve bu durumun kadın cinsiyetin, ortak karar vermeye eğilim lehine bir faktör olma özelliğini baskılaması olasıdır (37)

Çalışmamızda kronik hastalık sahibi olanların %90'ının OKV beklentisi yüksekti. Kronik hastalık sahibi olmanın OKV beklentisini arttırması lojistik regresyon modeliyle de ortaya konmuştur. Tom ve ark. (2017) kronik hastalığı olanların %83'ünün klinik karar vermede katılımcı yaklaşım gösterdiğini saptamıştır (99). Bilgi ve iletişim teknolojisindeki atılımlar; hastaların sağlık okuryazarlığı konusundaki arayışlarına –kimi zaman kontrolsüz ve hatalı veriler sunsa da- yanıt vermektedir. Entelektüel kapasitesi doğrultusunda, ilgili konuda, başka branşlarla ilgilenen hekimlerle boy ölçüşecek bilgi birikimine ulaşmış hastalar karşımıza daha çok çıkmaktadır. Bu durum da “siz bilirsiniz” cümlesinin telaffuz sıklığını azaltmaktadır. Kendisinin de çok şey bildiğini düşünen hasta, tüm seçenek ve olasılıkları duymak konusunda iştahlı davranacaktır.(100). Peek (2014) ABD’de birinci basamaktaki hipertansiyon tanısı almış erişkin hastalarla yaptığı kesitsel analitik çalışmada, kronik hastalık yükü arttıkça ve kronik hastalığın hasta bireyin rahatsızlığına dönük özbakım gereksinimi doğurması durumunda, hekimle ortak karar verme davranışının artış gösterdiğini ifade etmiştir. (101)

Chewning (2012) ortak karar vermeye ilişkin yaptıkları sistematik derlemede yıllar içerisinde ortak karar verme tercihinde en yüksek artış olan katılımcı grubunu kronik hastalık sahibi olanlar olarak ortaya koymuştur. (97) Bunun yanı sıra, kronik hastalıkla mücadele ettiği zaman diliminde, süregelen bir rahatsızlık deneyimi edinen hastalar, karar alma sürecinde hekim tarafından gelen önerileri, bu deneyimin süzgecinden geçirerek yorumlama eğilimini taşırlar. Yeni gelişen semptomların getirdiği kaygı ve şaşkınlığı taşıyan hasta, uzun yıllar süren tıp eğitimi neticesinde karşısında durmaya hak kazanan hekimin himayesine sığınmak isteyebilir. Ancak kronik hastalar için durum farklıdır. Yaşamının önemli bir diliminde hastalıkla yaşamış olan birey atılacak tıbbi adımlara yön vermek için doğal bir motivasyona sahiptir (102)

İzmir’de doğan katılımcıların OKV Beklentisinin daha yüksek olduğu görüldü. Hawley (2017) ABD doğumlu katılımcıların ortak karar verme sürecine

daha yüksek katılım gösterdiğini ortaya koymuştur. (8) Beyaz önlüğü ve isminin başına eklenen doktor ünvanıyla hasta-hekim ilişkisinin baskın tarafı olan hekimin karşısında, “yerli” olmanın güvenini taşıyan hastanın, muhatap olduğu güçlü imajı ortak bir zemine davet edecek cüreti kendinde bulması olasıdır. Levinson ve ark. (2005) Hispanik ve Afro-Amerikan katılımcıların ortak karar verme eğilimlerinin daha düşük olduğunu ifade etmiştir. Klinik karar vermede hastanın tercih hakkından bahsederken, toplumsal alandaki güç dengesinin izdüşümüne rastlamak mümkündür. Çoğunluk ve onu temsil eden figürlerle olan ilişkilerinde karar sürecine etkin katılamayan dezavantajlı gruplar, hekim karşısında da karar mekanizmasına katılım noktasında talepkar olmayacaklardır. (103)

Çalışmamızda İzmir’de daha uzun süredir yaşayan katılımcıların daha yüksek OKV Beklentisi olduğu saptanmıştır. İkamet edilen bölgenin kültürel kodları bireylerarası ilişkileri şekillendirdiğine ilişkin çalışmalar literatürde mevcuttur. Drewelow (2018) birinci basamakta takip edilen Tip 2 Diyabetes Mellitus hastaları ile yaptığı çalışmada, Mecklenburg- Batı Pomeranya’da ikamet eden hastalar, Kuzey Ren Westfalya’da ikamet eden hastalara göre daha yüksek oranda ortak karar verme eğiliminde bulunmuştur. Birinci basamak ortamı gerek fiziki yerleşimi, gerekse hasta popülasyonunun genel nüfusun karakteristiğini büyük oranda yansıtan bir kesit olması nedeniyle içinde bulunduğu bölgenin toplumsal koşulları ve bireylerarası ilişkilerinin yansıdığı bir klinik sahadır.(98) Suurmond ve ark. (2005) göçmen olmayı ortak karar vermenin gerçekleştirilmesi önündeki engellerden biri olarak tanımlamıştır. Kültürel değişim, dil ve lehçe farklılıkları, sosyal alışkanlıkların değişkenlik göstermesi gibi faktörler göç edenlerin tıbbi karar sürecine katılımları önündeki bariyerlerden bazılarıdır. Otoriteyi temsil eden hekimin karşısında, yeni uyum sağlamaya çalıştığı bir yerde, bir yabancı olarak tanımlanan ve hisseden hastaların edilgen bir tavır içerisinde olmaları anlaşılır bir durumdur. Zamanla doğrusal biri ilişki içerisinde yaşadığı yerle entegrasyonunu sağlayan birey, hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde söz hakkı talep edebilecek özgüveni tesis edebilecektir. (104)

Bulgularımızın analizi sonucu psikiyatrik hastalık tanısı olan hastaların OKV beklentisi daha düşük olarak değerlendirilmiştir. De las Cuevas (2013) afektif bozukluk tanısı ile takip edilen psikiyatri polikliniği hastalarının ortak karar vermeye

katılım konusunda önceliklerinin ele alındığı çalışmada, hastaların klinik durumları ve tedavi seçenekleri konusunda bilgi almak için talepkar olsalar da, temel olarak edilgen bir rol oynamayı tercih ettikleri ve psikiyatri hekiminin otoritesi çerçevesinde hareket etmeyi uygun bulduklarını ortaya koymuştur. (105)

Çalışmamızın bulguları ele alındığında evlilik deneyimi yaşamış olan katılımcıların OKV Beklentisinin daha yüksek olduğu (%90) görüldü. Padula (1996) yaşlı çiftlerin klinik görüşmede birbirleri ve hekimleri ile ortak karar verme davranışı gösterdiklerini belirtmiştir. (106) Osamor ve Grady (2018) otonomi ve sağlık hizmeti alan çiftlerin ortak karar vermelerini inceledikleri çalışmalarında ortak karar vermeye katılım sürecinde partnerler arasında dinamik bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler göz önünde bulundurularak ele alınması gerektiğini; örneğin erkek egemen toplumda evlilikte baskın taraf olan erkeğin pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanındaki kararlarda da son sözü söylüyor olmasının, kadın hastanın ortak karar vermeye katılımını olumsuz etkileyebileceğini ifade etmiştir. (37) Öte yandan kadının otonomisinin göreceli olarak korunduğu ilişkiler, sağlıkta ortak karar vermeyi destekleyen bir faktör olarak tanımlanabilecektir

Armstrong ve ark (2016) nöroloji pratiğinde bir ortak karar verme yaklaşımı ortaya koydukları çalışmalarında temel bileşenlerden biri olarak partnerin rolünü tanımlamışlardır. (107) Smith ve ark (2009) yaptıkları çalışmada, özellikle düşük sosyoekonomik düzeye mensup bireylerin ortak karar vermeye katılımı için partner desteğinin gerekli olduğunu ortaya koymuştur. Kognitif sorunlar başta olmak üzere engellerle mücadele eden hastaların bakım veren partnerleri onlar için bir ses olmaktadır. Düzenli olarak kendisinden farklı bir bireyle yaşamsal ilişki içerisinde bulunan hastaların, birinci basamak ortamının ve hasta ile aile hekimi arasındaki ilişkinin bütüncül ve süreklilik arz eden karakteristiği düşünüldüğünde, klinik kararlara katılımcı bir pozisyon alması ve önceliklerini ifade etmesi olağan karşılanabilir. (108)

Çalışmamızda Ego Durumu ve OKV beklentisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde Transaksiyonel Analizin bir unsuru olarak Ego durumunu ile karar verme süreçlerini ele alan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Freudyen yaklaşıma göre ego, yani benlik, kişiliğin bir bileşenidir. Araştırmamızın bulgularını

tartışırken yaptığımız literatür taraması bu çerçevede genişletilmiştir. Braman (2004) hasta kişilik özelliklerinin hasta-hekim ilişkilerine olan etkilerini konu eden çalışmasında, kişilik ile tıbbi karara aktif katılım arasında bir ilişki gösterememiştir.(109) Yanagihara ve ark. (2015) Çocuk Ego Durumu ile kalp yetmezliği hastalarında düşük tedavi uyumuna bağlı tekrarlayan hastaneye yatış prevalansı arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu durumu, kronik hastalıkların tedavisinde yaşam tarzı değişikliği gibi bireyin tedaviye kişisel katılımını gerektiren bileşenlerin, hastaya ait psikolojik özelliklerden etkileniyor oluşuyla açıklamışlardır. Bu çalışmanın çıktıları okunurken, hasta ego durumu ile hasta tutum ve davranışlarının değil, tedavi ve takip sürecindeki klinik sonuçlar arasındaki ilişkinin incelendiği göz önünde bulundurulmalıdır. (110)

Öte yandan araştırmanın retrospektif niteliği, çocuk ego durumu ve hastaneye yatış prevalansı arasındaki sebep-sonuç ilişkisinin yönü hakkında belirsizlik doğurmaktadır. Arora (2005) hastaların tutumu ve inançlarının, tıbbi karar vermeye katılım derecelerine etkisini ele aldığı çalışmasında, bir psikolojik fenomen olarak özyeterlik ile tıbbi kararlara katılım arasında ilişki olduğunu ifade etmiştir. (28) Flynn ve arkadaşlarının (2006) hasta kişilik tiplerinin sağlığa ilişkin kararlara katılım öncelikleriyle ilişkisini irdeleyen araştırmalarında, katılımcıları kişilik özelliklerine göre dört ayrı şekilde (bağımsız-katılımcı tip, bağımlı-katılımcı tip, bağımsız-katılımcı olmayan tip ve bağımlı-katılımcı olmayan tip) sınıflandırmışlardır. (111) Bu dört grupta yer alan katılımcıların da hekimleriyle karşılıklı bilgi aktarımı konusunda yüksek beklentiye sahip olduğu ortaya konmuştur. Yine Flynn (2007) sağlıkta kişilik ve karar verme tarzı üzerine gerçekleştirdiği çalışmada bileşenlerinden duygusal denge-dengesizlik (nevrotizm) tipini düşük oranda temsil eden katılımcıların, karar verme mekanizmasına daha yüksek oranda katıldıklarını ortaya koymuştur. Buna sebep olarak da nevrotik tipin hekimin paternalistik rolüne muhalefet etme konusunda çekimser kalmasını öne sürmüşlerdir (111) Auerbach ve ark. (2002) beş faktörlü kişilik envanterinin veri formu olarak kullanıldığı çalışmalarında, kişilik ve karar verme arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. (112)

Ego (benlik), insanın somut biyopsikososyal varlığının özüdür. Ego Durumları Terapisi'nin öncülerinden Watkins, benlik durumlarında ‘‘içe atılan önemli öteki’’ den bahseder. Berne; erişkin, çocuk ve ebeveyn olmak üzere üç ego

durumunun her bireyde bulunduğunu ifade eder. Davranış ve deneyimlerden oluşan organize bir sistem olan ego durumu kararlı bir yapı olarak tanımlansa da; ego durumları arasındaki sınır geçişkendir. Literatürde kişiliğin statik olmaktan ziyade, devam eden canlılıkla şekil alan bir yapı olduğunu vurgulanarak, ''Dinamik Ego Durumları'' yaklaşımı ortaya konmuştur. Zamana ve mekana göre uygun kişilik segmentleri arasında bağlantı oluşması suretiyle baskın ego durumu oluşur. Birinci basamak klinik ortamında hasta ve hekim arasındaki ilişkinin süreklilik gösteren niteliği; yeni deneyimler, gömülü duyguların dışavurumu ve hasta-hekim arasındaki etkileşim dolayısıyla hastanın benlik durumu dalgalanma ve geçişkenlik gösterebilir. Bu açıdan birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların OKV beklentileri ile belirli bir ego durumu arasında doğrusal bir ilişki formülize etmek mümkün olmayabilir. (114)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

- Çalışmamızdaki katılımcıların % 60,4'ü kadın; %39,4'ü erkekti.
- Ego Durumları Ölçeği'nin uygulanması sonucu çalışmaya dâhil edilen bireylerin; %39,8'i yetişkin, %31,1'i ebeveyn ve % 29,1'i çocuk ego durumuna mensup olarak saptanmıştır.
- Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Ölçme Aracı'nın uygulanması neticesinde katılımcıların %80,6'sının OKV Beklentisinin yüksek; %19,4'ünün ise OKV Beklentisinin düşük olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamındaki analizler sonucunda Ego Durumu ve OKV Beklentisi arasında anlamlı bir ilişki ortaya konamamıştır.
- 45-54 yaş aralığında %88,6 olan OKV beklentisi yüksek katılımcı oranı, 55 yaş ve üzerinde en yüksek değer olan %92,3'e ulaşmıştır.
- Çalışmamızda kronik hastalık sahibi olanların %90'ının OKV beklentisi yüksekti. Kronik hastalık sahibi olmanın OKV beklentisini arttırması lojistik regresyon modeliyle de ortaya konmuştur.
- Verilerin toplandığı şehir olan İzmir'de 5-10 yıldır ikamet edenlerin %83,3'ü, 10 yıl üzerinde ikamet süresi olanların ise %86,6'sı yüksek OKV Beklentisine sahip olduğu ortaya konmuştur.
- Doğum yeri İzmir olan katılımcıların %87,9'u; İzmir dışında doğanların ise %78'inin OKV Beklentisi yüksekti
- Yapılan lojistik regresyon modeli çıktılarına göre, aynı evde 3 ve üzeri kişi ile yaşarlarda OKV beklentisi 2 ve 2'den az kişi ile yaşayanlara göre 2,224 kat artmıştır.

6.2. ÖNERİLER

- Birinci basamakta kronik hastalık yönetimi için hazırlanan klinik rehberlere, OKV başlığı altında bölümler eklenerek, hastaların bu yöndeki beklentileri noktasında hekimlerin dikkati çekilebilir.
- Yaşlı hastaların verilecek tıbbi karara katılım noktasında istekli olabilecekleri göz önünde bulundurularak, kognitif olarak işlevsel olan tüm ileri yaştaki hastalar, hasta-hekim ilişkisinde tercih hakları olduğu konusunda aydınlatılabilir

- Çalışmamızda evlilik deneyimi yaşamış katılımcıların yüksek OKV Beklentisine sahip olduklarından hareketle, klinik kararlar öncesinde karar mekanizmasına katılımı güçlendirmek için, hastaların birlikte yaşadıkları partnerleri de sürece dâhil edilebilir
- Ego durumu ile OKV beklentisi arasında anlamlı bir ilişki olmaması göz önünde bulundurulduğunda, hastaların kişilik özellikleri ve içinde bulundukları psikolojik fenomenlerin dinamik ve değişken nitelikte olabileceği, bu durumların hastanın tıbbi karara katılımı için hekim nezdinde önyargı oluşturmaması gerektiği vurgulanabilir
- Çalışmamızın bulguları incelendiğinde OKV Beklentisinin düşük olduğu saptanan psikiyatrik hastalığı olanlar, göçmenler, gençler ve öğrenciler karar verme mekanizmasına katılım noktasında dezavantajlı görünmektedir. Birinci basamak hekimleri hastalara ait sosyal ve demografik özelliklerin ortak karar verme davranışı üzerine olan etkisinden hareketle pozitif ayrımcı bir tutum geliştirebilir.
- Ego durumu başta olmak üzere, kişiliği yansıtan psikolojik fenomenlerle, ortak karar verme arasındaki ilişkiyi anlamak için ileri çalışmalar planlanabilir.

KAYNAKÇA

- 1) WONCA EUROPE DEFINITIONS, 2002
- 2) Legare F, ‘ Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care’ : a study protocol. BMC Health Services Research. 2008; 8(2)
- 3) Berne, 1961; akt: F. Akkoyun, 1995, s. 31
- 4) Montgomery (Appellant) v Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland), [2015] UKSC 11, on appeal from [2013] CSIH 3; [2010] CSIH 104 (2015)
- 5)Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P, Grol R, .’ Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments’, Patient Educ Couns 2001 Apr;43(1):5-22
- 6) Légaré F, ‘Can shared decision making increase the uptake of evidence in clinical practice?’ Published online 2011 Apr 21. doi: 10.1136/fg.2010.002493 Frontline Gastroenterol. 2011 Jul; 2(3): 176–181.
- 7) Frosch D, Kobrin S, Elwyn G: ‘Perfectly accomplished shared decision making: a call to consider the consequences. In Shared Medical Decision-Making’ Conference. Poster. St Louis, USA; 2015
- 8) ST Hawley et al.’ Cultural Challenges to Engaging Patients in Shared Decision Making’, Patient Educ Couns 100 (1), 18-24. 2016 Jul 04
- 9) British Medical Association. Medical ethics today, 3rd edition,Plymouth: Latimer Trend&Company; 1996
- 10) Erdemir AD. Hekim-hasta ilişkileri ve etik sorunlar. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. 130-48
- 11) Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. Tıbbi Etik 1995; 3(2-3): 59-65.
- 12) Habiba MA. Examining consent within the patient-doctor relationship. J Med Ethics 2000; 26(3): 183-7.
- 13) Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physicianpatient relationship. JAMA 1992; 267(16): 2221-6.
- 14) Savulescu J. Rational Non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgements of what is best for their patients. J Med Ethics 1995; 21(6): 327-33.

- 15) Elçioğlu Ö, Erdemir AD. Klinik uygulamalarda her durumda ortaya çıkan etik yükümlülükler. In: Erdemir AD. Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. 104
- 16) Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. Tıp Dünyası 1975; 48(6): 224-30.
- 17) Atıcı E. Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 33 (1) 45-50, 2007
- 18) Akkoyun, F.: Transaksiyonel Analiz. Nobel Yayın Dağıtım, 2. bs, İstanbul, 2001.
- 19) Beisacker AE. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors_Med Care_1990 Jan;28(1):19-28.
- 20) Degner LF. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. JAMA. 1997 May 14;277(18):1485-92.
- 21) Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. Health Policy. 2001;55:121-8.
- 22) Benbassat J. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. Behav Med. 1998 Summer;24(2):81-8.
- 23) Degner LF Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? J Clin Epidemiol. 1992 Sep;45(9):941-50.
- 24) Adams JR Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. Psychiatr Serv. 2007 Sep;58(9):1219-21.
- 25) O'Neal EL Preferences of older and younger adults with serious mental illness for involvement in decision-making in medical and psychiatric settings. Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Oct;16(10):826-33. doi: 10.1097/JGP.0b013e318181f992.
- 26) Deegan PE. Best practices: a program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. Psychiatr Serv. 2008 Jun;59(6):603-5. doi:10.1176/appi.ps.59.6.603.
- 27) Belcher VN. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. J Gen Intern Med. 2006 Apr;21(4):298-303.
- 28) Arora NK. Examining the relationship of patients' attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. Med Care. 2005 Sep;43(9):865-72.

- 29) Janz NK. Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*. 2004 Aug 1;22(15):3091-8.
 - 30) Sainio C. Patient participation in decision making about care. *Cancer Nurs*. 2001 Jun;24(3):172-9.
 - 31) Auerbach SM. Appraisal of Desire for Control over Healthcare: Structure, Stability, and Relation to Health Locus of Control and to the 'Big Five' Personality Traits. *J Health Psychol*. 2002 Jul;7(4):393-408. doi: 10.1177/1359105302007004328.
 - 32) Friedman HS. The Multiple Linkages of Personality and Disease. Published online 2007 Oct 18. doi: 10.1016/j.bbi.2007.09.004
 - 33) Adler N. Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annu Rev Psychol*. 1994;45:229-59.
 - 34) Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*. 2004; 130(6):887–919.
 - 35) Ellington L. Neuroticism, symptom presentation, and medical decision making. *Health Psychol*. 1999 Nov;18(6):634-43.
 - 36) Deci, E. L. and Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
 - 37) Osamor and Grady *BMC Medical Ethics* (2018) 19:3 DOI 10.1186/s12910-017-0241-6
- Autonomy and couples' joint decisionmaking in healthcare
- 38) Chirkov VI, Ryan RM, Kim Y, Kaplan U. Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internationalization of cultural orientations and well-being. *J. Pers. Soc. Psychol*. 2003; 84(1):97–110
 - 39) Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values?. *Journal of social issues*, 50(4), 19-45.

- 40) Vansteenkiste, M., Zhou, M., Lens, W., & Soenens, B. (2005). Experiences of autonomy and control among Chinese learners: Vitalizing or immobilizing?. *Journal of educational psychology*, 97(3), 468.
- 41) Ryan, R. M., and Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In O. P. John, R. W. Robbins, and L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 654–678). New York: The Guilford Press.
- 42) Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- 43) Broeck, A., Vansteenkiste, M., Witte, H., Soenens, B., & Lens, W. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-related Basic Need Satisfaction scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 981-1002.
- 44) Niemiec, C. P., & Ryan, R. M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *School Field*, 7(2), 133-144.
- 45) Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49, 182–185.
- 46) Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020.
- 47) Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- 48) Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63(3), 397-427
- 49) Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., and Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142.
- 50) Varelius J. The value of autonomy in medical ethics. *Med Health Care Philos.* 2006 Dec; 9(3): 377–388.
- 51) Kozlowski D. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ.* 2017; 17: 255.

- 52) Moye J. Evaluation of the Capacity to Appoint a Healthcare Proxy. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 April;21(4): 326–336. doi:101016/j.jagp.2012.09.001.
- 53) Van Den Brink-Muinen. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect*. 2006 Dec; 9(4): 333–342.
- 54) Elwyn G. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012 Oct; 27(10): 1361–1367.
- 55) Rapley T. Distributed decision making: the anatomy of decisions-in-action. *Sociol Health Illness*. 2008;30(3):429–44. doi: 101111/j.1467-9566.2007.01064
- 56) Mulley AG1, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter *BMJ*. 2012 Nov 8;345:e6572. doi: 101136/bmj.e6572.
- 57) Elwyn G. Dual equipoise shared decision making: definitions for decision and behaviour support interventions 2009 Nov 18. doi: 10.1186/1748-5908-4-75
- 58) Hughes Ronda G. Nurses at the “Sharp End” of Patient Care. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*.
- 59) Vahdat S. Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Jan; 16(1): e12454.
- 60) Coulter A (2010). ‘Do patients want a choice and does it work?’ *British Medical Journal*, vol 341, p c4989.
- 61) *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis* ISBN 978-0-309-28660-2
- 62) Bae. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies *Epidemiol Health*. 2017; 39: e2017048. 2017 Oct 30. doi: 10.4178/epih.e2017048
- 63) Wendy Levinson Not All Patients Want to Participate in Decision Making *J Gen Intern Med*. 2005 Jun; 20(6): 531–535. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x
- 64) Patricia Flatley Brennan, Improving Health Care by Understanding Patient Preferences The Role of Computer Technology. *J Am Med Inform Assoc*. 1998 May-Jun; 5(3): 257–262.
- 65) Karen R Sepucha, Establishing the effectiveness of patient decision aids: key constructs and measurement instruments *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013; 13(Suppl 2): S12

- 66) Hasnain-Wynia Romana. Is Evidence-Based Medicine Patient-Centered and Is Patient-Centered Care Evidence-Based? *Health Serv Res.* 2006 Feb; 41(1): 1–8.doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00504
- 67) Emanuel EJ. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6.
- 68) Frosch DL. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med.* 1999 Nov;17(4):285-94.
- 69) McNutt RA. Shared medical decision making: problems, process, progress *AMA.* 2004 Nov 24;292(20):2516-8.
- 70) Whitney SN. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2004 Jan 6;140(1):54-9.
- 71) Robinson A. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care.* 2001 Sep;10 Suppl 1:i34-8.
- 72) Greenfield S. Patients' participation in medical care. *Journal of General Internal Medicine* September 1988, Volume 3, Issue 5, pp 448–457
- 73) Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423-33.
- 74) Roter DL: Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr* 1977, 5(4):281–315.
- 75) Moumjid N. From information to shared decision-making in medicine. *Health Expect.* 2003 Sep; 6(3): 187–188.
- 76) Mahler HI, Kulik JA. Preferences for health care involvement, perceived control and surgical recovery: A prospective study. *Social Science & Medicine* 1990;31:743–751.
- 77) Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis.* Continuum, London.
- 78) Büyüköztürk, Ş. (2002). *Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek*
- 79) Ozpolat AR, 'A Study on the Development of Ego States Scale', *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 2015;9 (4):150-157 doi: 10.5455/tjfm.186239

- 80) Bakır O. Bilimsel Araştırmalarda Geçerlik ve Güven. 80.251.40.59/education.ankara.edu.tr/aksoy/eay/obakir.doc
- 81) Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-16.
- 82) Kayış, A., 2009. Güvenirlik Analizi. Ş. Kalaycı (Ed), SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. (403-419). Ankara: Asil Yayıncılık.
- 83) Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1995: 31-48.
- 84) Tezbaşaran A (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. 2. baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara
- 85) Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
- 86) Baltacı D ve ark: Düzce İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimleri ve Muayenesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(2):9-15
- 87) Maç ve ark. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile Hekimliği Poliklinikleri ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Kayıtlarının Karşılaştırılması Ankara Med J, 2018;(1):14-21 DOI: 10.17098/amj.408959
- 88) Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2017
- 89) Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 Yıl Sonu Demografik Verileri
- 90) Cevdet K. Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova ili Örneği. BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER DERGİSİ
- 91) Küçükerdem HS, Arslan M, Koç EM, Can H. Retrospective Evaluation of Family Medicine Outpatient Clinic Profile at a Tertiary Hospital in İzmir. JAREM 2017; 7: 112-6.

- 92) AlHaqwi AI, AlDrees TM, AlRumayyan A, AlFarhan AI, Alotaibi SS, AlKhashan HI, Badri M Shared clinical decision making. A Saudi Arabian perspective. *Saudi Med J*. 2015 Dec;36(12):1472-6. doi: 10.15537/smj.2015.12.13682
- 93) Berkelmans PG. Characteristics of general practice care: what do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatr*. 2010 Nov 2;10:80. doi: 10.1186/1471-2318-10-80.
- 94) Sekimoto M. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Family Practice*20045:1
- 95) Arora NK. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care*. 2000 Mar;38(3):335-41.
- 96) Stacey S, Cofield, PhD,corresponding author Nina Thomas, MPH, Tuula Tyry, PhD, Robert J. Fox, MD, and Amber Salter, PhD Shared Decision Making and Autonomy Among US Participants with Multiple Sclerosis in the NARCOMS Registry t *J MS Care*. 2017 Nov-Dec; 19(6): 303–312. doi: [10.7224/1537-2073.2016-091]
- 97) Chewning B. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012 Jan;86(1):9-18. doi: 10.1016/j.pec.2011.02.004. Epub 2011 Apr 6.
- 98) Drewelow E. Does place of residence have an influence on shared decision making for patients with type 2 diabetes in general practice? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2018 Nov;137-138:36-41. doi: 10.1016/j.zefq.2018.07.008. Epub 2018 Sep 1.
- 99) Tom. Parent Preferences for Shared Decision-making in Acute Versus Chronic Illness. *Hosp Pediatr*. 2017 Oct;7(10):602-609. doi: 10.1542/hpeds.2017-0049.
- 100) Protheroe J. Health literacy: a necessity for increasing participation in health care *Br J Gen Pract*. 2009 Oct 1; 59(567): 721–723.doi: 10.3399/bjgp09X472584
- 101) Peek M. The Association of Patient Chronic Disease Burden and Self-Management Requirements With Shared Decision Making in Primary Care Visits *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2014 Jan-Dec; 1: 2333392814538775
- 102) Cloninger CR. Person-centered Health Promotion in Chronic Disease. *nt J Pers Cent Med*. 2013 Jul;3(1):5-12.

- 103) Levinson W. Not All Patients Want to Participate in Decision Making A National Study of Public Preferences J Gen Intern Med. 2005 Jun; 20(6): 531–535.doi: [10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x]
- 104) Suurmond J1, Seeleman C. Shared decision-making in an intercultural context. Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. Patient Educ Couns. 2006 Feb;60(2):253-9.
- 105) De las Cuevas C. Preferences for participation in shared decision making of psychiatric outpatients with affective disorders. Open Journal of Psychiatry, 2014, 4, 16-23 OJPsych <http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2014.41004>
- 106) Padula C. Older couples' decision making on health issues. West J Nurs Res. 1996;18(6):675–687. doi: 10.1177/019394599601800605
- 107) Armstrong MJ. Patient engagement and shared decision-making What do they look like in neurology practice? Armstrong MJ Neurology: Clinical Practice (Print) 6(2):190-197 · April 2016 DOI: 10.1212/CPJ.0000000000000240
- 108) Smith SK, Dixon A, Trevena L, Nutbeam D, McCaffery KJ. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. Soc Sci Med. 2009 Dec; 69(12):1805-12
- 109) Braman AC, Gomez RG. Patient personality predicts preference for relationships with doctors. Personality and Individual Differences 2004;37:815–826
- 110) Yanagihara K. Child ego state is associated with high prevalence of repeated hospitalizations in patients with heart failure ESC Heart Fail. 2016 Mar; 3(1): 18–25.
- 111) Flynn KE, Personality and health care decision-making style. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2007 Sep;62(5):P261-7.
- 112) Auerbach SM, Pegg PO. Appraisal of desire for control over healthcare: Structure, stability and relation to health locus of control and to the “big five” personality traits. Journal of Health Psychology 2002;7:393–408.
- 113) Watkins HH, Ego-state therapy: an overview. Am J Clin Hypn. 1993 Apr;35(4):232-40
- 114) Abramowitz EG The Roots and Evolution of Ego-State Theory and Therapy. Int J Clin Exp Hypn. 2018 Oct-Dec;66(4):353-370. doi: 10.1080/00207144.2018.1494435.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Ortak karar verme; hasta ve hekimin karşılıklı bilgi aktarımı, değerler ve öncelikler çerçevesinde konsensüs oluşturmak amacıyla adım atarak, verilecek kararda uzlaştığı klinik sürecin adıdır. Hastaya mevcut seçeneklerin sunulması, bu seçenekler hakkında detaylı bilginin verilmesi ve karar verme sürecine hastanın aktif katılımını kapsar. Bu çalışma belirtilen sürece ilişkin hasta perspektifini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Bu amaçla size, bu çalışmada yer alan araştırmacı tarafından hazırlanmış anketler uygulanacaktır. Verdiğiniz yanıtlar kimlik bilgilerinizi belli etmeyecek biçimde, yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır.

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

Hastanın

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Bilgilendirme Yapan Araştırmacının

Adı: GENCO

Soyadı: GÖRGÜ

Tel: +90 (232) 412 22 22

Tarih:

İmza:

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi 35340Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Ortak karar vermek konusunda ne düşünüyorsunuz?
2. Hekiminizle görüşme ve muayene sürecini nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a. Sağlık durumunuza ilişkin bilgi alırken doktorunuzun nasıl davranmasını beklersiniz?
 - b. Hastalığınız hakkındaki korku ve endişeleri hekiminizle paylaşmak hakkında ne düşünüyorsunuz?
 - c. Doktorunuzun tedavi seçeneklerini paylaşması sizin için ne ifade ediyor?
 - d. Tedavi seçeneklerine dair kar zarar hesabı yapmak hakkında ne düşünüyorsunuz?
 - e. Tedaviden beklentilerinizi hekiminizle paylaşmak konusunda görüşleriniz nelerdir?
 - f. Hekiminizin soru sorulmasına açık olup olmasını nasıl değerlendirirsiniz?
 - g. Hekiminizi sizin de düşünmeniz ve seçenekleri değerlendirmeniz adına kararı bir sonraki randevuya ertelemesini nasıl karşılırsınız?
 - h. Muayene sonucunda alınan kararları hekiminizle birlikte gözden geçirmek konusunda ne düşünüyorsunuz?
3. Hekiminizle görüşme ve muayene sürecinin nasıl olmasını beklersiniz?

EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ

1. Gençlerin, yaşlıların deneyimlerini anlamaya ve kullanmaya daha çok çaba göstermesi onlar için daha iyidir.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

2. Bugünlerde televizyonda çok fazla şiddet ve seks var.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

3. Bana göre, hız sınırları ciddi şekilde uygulanmalıdır.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

4. Diğerlerinin iyi düşünceleri önemlidir.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

5. Yasaların daha sert uygulanması ile toplumun daha iyi hale geleceğine inanırım.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

6. İnsanlar ibadethanelere daha sık gitmelidir.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

7. İşleri yürütmeyi, liderlik etmeyi ve sorumluluk almayı severim.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

8. Çocukken diğer insanların beni utandırdığı anları hatırlayabiliyorum.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

9. Bazen yiyip içtiğimden daha azını tüketmem gerektiğini düşünürüm.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

10. Gergin durumlar, beni o kadar rahatsız eder ki, hemen bir şeyler yapma telaşına kapılırım.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

11. Bazen o kadar cesaretim kırılır ki, kaçıp gitmek isterim.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

12. Diğerlerinin onayı hakkında endişelenirim.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

13. Daha fazla ertelenemeyecek duruma gelene kadar bazı şeyleri ertelerim.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

14. Deneyim, çoğu durumda önemlidir ama, yeni gerçekler ve bilgiler ışığında değiştirilmelidir.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

15. Sürekli çalışma ve hiç başka aktivite olmaması sıkıcı bir hayattır ve böyle yaşamak istemiyorum.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

16. Kurumlar ve bireyler arasındaki anlaşmazlıklar doğaldır ve aralarındaki her sorun çözülebilir.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

17. Çoğu kararın, bazı sonuçları vardır ve ben karar vermeden önce bu sonuçları değerlendirmek isterim.

1. () 2. () 3. () 4. () 5. ()

5=Kesinlikle Benim Gibi, 4=Benim Gibi, 3=Kararsızım", 2=Benim Gibi Değil ve 1=Kesinlikle Benim Gibi Değil

Birinci Basamakta Hasta Ortak Karar Verme Beklentisi Veri Formu

1) Doktorumun sağlık durumu hakkında konuşurken anlayacağım bir dil kullanmasını önemserim.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

2) Doktorumun cesaretlendirici bir üslubu olması sağlığıma ilişkin kararlara katılım göstermemi sağlar

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

3) Kontrol görüşmelerinde hastalığıma ilişkin genel değerlendirme yapılmasını isterim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

4) Hekimin olumlu tavırları, kendi önceliklerimi ifade etmemde bana yardımcı olur.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

5) Doktorumun kendimi ifade etmem için yeterli zaman tanınmasını beklerim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

6) Tedavi sürecinde doktorum kadar benim de üzerime düşen sorumluluklar olduğunu düşünürüm

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

7) Hekimimin sadece hastalığımın adını söylemekle yetinmemesini, açıklayıcı olmasını beklerim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

8) Doktorumla, sağlığım için kendi üzerime düşen sorumluluklar hakkında konuşmayı gerekli görürüm

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

9) Doktoruma görüşme sırasında sormadığım soruları bir sonraki kontrolde mutlaka sorarım

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

10) Doktorumun tıbbi görüşme içeriği ve zamanını önceden planlamış olmasının birlikte karar almamızı kolaylaştırdığını düşünüyorum.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

11) Muayene sonucunda verilecek karar öncesinde kişisel ihtiyaç ve önceliklerimi doktora ifade etmem gerektiğini düşünürüm.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

12) Hekimin görüşme sürecinde, tüm tıbbi ihtimal ve seçenekleri detaylı olarak anlatmasını beklerim.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

13) Hastalığıma yönelik uygulanacak tedavi, hastalığın üzerimdeki rahatsız edici etkilerini giderirse başarıya ulaşabilir

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

14) Hastalığımla ilgili tedavi seçeneklerinin yaşam kalitemi nasıl etkileyecekleri de önemlidir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

15) Hekimin hasta olarak sahip olduğum haklarım konusunda da bilgi vermesini isterim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

16) Sağlık durumuma ilişkin kendi payıma düşen sorumluluklarımın bende yarattığı his ve düşünceler doktorum tarafından önemsenmelidir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum
☐ Kesinlikle Katılmıyorum

17) Verilecek tedavinin doğuracağı olumsuz sonuçların tarafıma iletilmesinden rahatsızlık duymam

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

18) En kötü olasılıkların dahi doktorum tarafından paylaşılmasını beklerim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

19) Hasta-hekim arasındaki iletişimin, uygulanacak tedavinin sonuçlarını etkilediğini düşünüyorum

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

20) Doktorumla sağlıklı iletişim kuramadığım durumlarda başka bir hekimle görüşmeyi isterim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

21) Doktorum verilecek kararın benim bakış açımı da yansıtması konusunda hassas olmalıdır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

22) Doktorumun tedavi sürecimle ilgili seçenekleri sıralarken hepsini gerekçelendirmesini beklerim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

23) Hastalığımla ilgili tedavi seçeneklerinin tümü sonuç almaya yönelik olmalıdır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

24) Uzayan tıbbi görüşme süreçlerinde hastalığım ve yapılacaklara ilişkin özet ve hatırlatmalara ihtiyaç duyarım

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

25) Kendi tıbbi geçmişime dair deneyimlerimi dinlemenin doktoruma yol göstereceğini düşünürüm

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

Doktorumun seçenekleri sunduktan sonra bazı kararları bana bırakması ona olan güven duygumu zedelemes

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

26) Hasta-hekim görüşmesi sürecinde kaygı, zaman darlığı vb. sebeplerle söylemek istediklerim eksik kaldığında pişmanlık hissederim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

27) Tıbbi görüşme kapsamında doktorun sunduğu seçenekleri onunla tartışabilmeyi isterim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

28) Sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisi kurabilmek için görüşmenin geçtiği mekanın fiziki koşullarının önemli olduğunu düşünürüm

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

29) Hastalığımla ilgili bilgilendirici broşür, yazı vb materyalleri paylaşmasını isterim

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

30) Hastalığımla ilgili süreçte kendi önceliklerimin göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünürüm.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum

32) Sağlıkla ilgili kararlar yalnızca tıbbi gerçekler doğrultusunda alınmalıdır .

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılmıyorum ☐
Kesinlikle Katılmıyorum



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Eğitim Aile Sağlığı Merkezi



BİRİM / BÖLÜM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

29 / 09 / 2017

SAYI : 77752576 / 22

İZMİR

KONU :

Sayın Dr. Genco GÖRGÜ

Prof. Dr. Vildan MEVSİM'in danışmanı olduğu ve tarafınızca yürütülecek olan **"Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Ego Durumlarına Göre Ortak Karar Verme Sürecindeki Beklentiler"** isimli tez için Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerimize başvuran hastalara çalışma yapılması uygundur.

Prof. Dr. Vildan MEVSİM
Merkez Müdürü



genco görgü <ggorgu@gmail.com>

Ego Durumları Ölçeği

2 ileti

genco görgü <ggorgu@gmail.com>
Alıcı: ahmetozpolat@hotmail.com

13 Temmuz 2017 12:21

Sayın Ahmet Ragıp Özpolat,

Birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların ego durumlarına göre ortak karar verme sürecindeki beklentilerinin incelenmesi konusunda bir araştırma yürütmekteyiz. Bu araştırmada geçerlik güvenirlik çalışmasını sizin yürüttüğünüz "Ego Durumları Ölçeği"ni kullanmak istiyoruz. Bu ölçeğin kullanılabilmesi konusunda izninizi ve ölçeğin son halini talep ediyoruz.

Saygılarımla

Prof.Dr. Vildan MEVSİM, MD, PhD*Dokuz Eylul University Faculty of Medicine**Department of Family Medicine***Address:** DEUTF Aile Hekimliği AD

35340 Balcova İzmir TURKEY

Phone: (+90) 232-4124951**Fax:** (+90) 232-4124959**Email:** vildan.mevsim@deu.edu.tr

ahmet ozpolat <ahmetozpolat@hotmail.com>
Alıcı: genco görgü <ggorgu@gmail.com>

18 Temmuz 2017 14:25

Sayın görgü

ekte ölçeğin kendisini ve psikometrik özelliklerinin yayınlandığı makaleyi gönderiyorum. çalışma sonuçlarından beni de haberdar ederseniz sevinirim.

iyi çalışmalar

From: genco görgü <ggorgu@gmail.com>
Sent: Thursday, July 13, 2017 9:21 AM
To: ahmetozpolat@hotmail.com
Subject: Ego Durumları Ölçeği

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ACIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3455-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Ego Durumlarına Göre Ortak Karar Verme Sürecindeki Beklentilerinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI ADI SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Vildan MEVSİM Aile Hekimliği A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı dilekçesi	17.01.2020		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/03-37	Tarih:03.02.2020
	Prof.Dr.Vildan MEVSİM'in sorumlusu olduğu "Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Ego Durumlarına Göre Ortak Karar Verme Sürecindeki Beklentilerinin İncelenmesi " isimli klinik araştırmaya ait 17.01.2020 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Çalışma merkezinin Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri olarak değiştirilmesi, -Kurum izni, -Çalışma bitiş tarihinin 01.09.2019 tarihinden 01.03.2020 tarihine kadar uzatılması İle ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyî Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	