

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KÜLTÜREL
YETERLİLİK İLE HASTA-HEKİM GÜVENİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Dilay ÇAĞLAYAN VERGİ

EDİRNE-2023



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, beceri ve tecrübelerini benimle paylaşan, bana yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H.Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, eğitimim süresince benden desteklerini esirgemeyen eşim Dr. İsmail Batuhan VERGİ'ye ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
KÜLTÜREL YETERLİLİK.....	3
HASTA-HEKİM GÜVENİ.....	8
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	13
BULGULAR.....	16
TARTIŞMA.....	27
SONUÇLAR.....	30
ÖZET.....	32
SUMMARY.....	33
KAYNAKLAR.....	35
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BBSC-KYÖ : Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Kültürel Yeterlilik Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık kurumlarından olan aile sağlığı merkezleri, kaliteli ve nitelikli bir sağlık sunumu için birçok sağlık profesyonelinin bir araya gelip ekip çalışması yaparak kişilere sağlık hizmeti sunulmasını amaçlamaktadır. Bu ekibin üyeleri olan hekimler, mesleklerinin gereği diğer meslek gruplarına göre sağlık hizmeti almak isteyen bireyler ile daha fazla uzun süreli ve yoğun ilişkiler içerisinde bulunmaktadır (1).

Sağlık kurumlarında sağlık hizmetinin kalitesini iyi bir iletişim süreci belirlemektedir. Bu kurumlarda sağlık ekibinin amacı farklı meslek gruplarının da katılımıyla oluşan bilgi ve deneyimlerinin bir araya gelmesi ile bireylere kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetinin verilmesi ile oluşmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarının verdiği hizmetler arasında olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri ile beraber ülke ekonomisinde önemli ve büyük bir kısmını kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından bireysel yararların yanı sıra toplumların da sağlıklı olmaları ile ilgili gerekli çalışmaların yapılmasıyla bireylerin yaşam kalitelerinde iyileştirmeyi artırarak ve maliyetleri azaltarak toplumsal ve sosyal faydanın en yüksek düzeyde sağlanması amaçlanır (2). Bu amaç, aile hekimliğinin “aileye ve topluma yönelim” ilkesi kapsamında şekillenmiştir ve büyük bir önem taşımaktadır (3).

Sağlık hizmetleri, bilinirlik düzeyi her geçen gün artış gösteren ve gündemi yoğun bir biçimde dolduran bir olgudur. Sağlık hizmetleri tanımının yapılmasından önce dikkat edilmesi gereken nokta sağlık hizmetlerinin farklı özellikler taşıması nedeniyle diğer hizmet çeşitlerinden ayrı olarak değerlendirilmeye tabi tutulmasıdır (4). İnsan hayatının mevzu bahis olması sebebiyle sağlık hizmetlerinin farklı olarak ele alınması normal bir durumdur (5).

Sağlık hizmetlerinin hedeflerinin gelişmekte olan imkânlarla beraber değişime uğraması söz konusu olduğu için modern sağlık hizmetlerine dikkat çekilmesine gerek duyulmuştur. Sağlık hizmetleri sabit olmayan etkin bir dönemi ifade etmekle beraber sağlık adına alınabilecek en pozitif sonuca ulaşabilmeyi hedeflemektedir (6).

Bu durum sağlık hizmetleri hedeflerinin sosyal gerekliliklerini ön plana çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hedeflerinin kompleks bir yapıda olmasına rağmen sosyal boyutlarının daha fazla ön planda olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin hedeflerine ulaşılması sürecinde odak noktada (rolleri belirleyici olacağı için) sosyal boyutun yer alması normal görülmektedir. Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek esas hedefine sahip olan sağlık hizmetlerinin bu hedefi kadar hedefe ulaşma şekli de önemlidir. Toplum sağlığını koruyup geliştirirken eşitlik ve adaletin ön planda tutulması ve güven sağlayan bir sağlık hizmeti verilmesi gerekmektedir (7). Sözü edilen sosyal yönü besleyen en önemli unsurlardan birisi belirtildiği üzere “güven” ilişkisidir.

Türkiye gibi yoğun göç süreçlerinin yaşandığı ve buna bağlı olarak farklı kültürlerin beraberce yaşadığı toplumlarda, kültürel yeterlilik önem taşıyan bir kavram olarak daha da ön plana çıkmaktadır (8). Sağlıklı bir toplum yaratılması, hasta ile hekim arasında kurulabilecek ilişkilerin nitelikleriyle yakından ilişkilidir (9). Sağlık çalışanlarının kültürel yeterliliğini ortaya koyması, hastanın doktoru ile daha kolay iletişim kurmasını sağlayacaktır (10). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde hedefe ulaşılması için anahtar niteliğinde bulunan hasta-hekim güveninin, kültürel yeterlilikle ilişkili olarak incelenmesinin önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik düzeyinin belirlenmesi ve bunun hasta-hekim güveni ile ilişkisinin ortaya konulmasıdır.

GENEL BİLGİLER

KÜLTÜREL YETERLİLİK

Kültür Kavramı

Kültür, imal etme, yetiştirme ve ekip-biçme anlamında kullanılan, kökeni Latince olan bir kavramdır. Kültür genel bir tanımlama ile bir halkın yaşam tarzı ve hayat biçimidir (11). Kültür Latince “colere” sözcüğünden gelmektedir. Kelimenin ilk kullanımındaki anlamı hayvan ve mallara bakmak iken sonradan fikri besleme anlamında kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte kültür “uygarlık” kelimesi ile özdeşleşmiştir (12). Kültür kavramı ile aynı kökten türeyen “coulter”, saban demirinin ağzı anlamına gelmektedir. Birey etkinliklerinin tüm detaylarını içerisinde barındıran kültür kelimesi tarım ve emekten, mal ve gelişimden gelir (13). Kültür kavramının süreç içerisinde birçok tanımı yapılmıştır. Bununla birlikte kelimenin anlamı bütünüyle kesin ve somut bir hal alamamış, kelimenin kullanılış yerine ve amacına göre farklı anlamlar yüklenmiştir.

Toplumsal etkileşimlerin merkezinde bulunan kültür kavramının tanımlanma aşamasında etkinlik gösteren esas güçlerden biri, aynı zamanda birden fazla olgu, durum, yapı gibi faktörleri ifade etme çabasından çıkmaktadır. Pek çok bilim insanı ve düşünür, kültür kavramının tanımını yapmış ancak yapılan tanımlardan hiçbiri tatmin edici olarak değerlendirilmemiştir. Tüm tanımlar, kültür kavramının belli başlı unsurlarını ve niteliklerini sıralamış, kimi niteliklerini ön plana koyarken ve bu sebeple kavramın diğer niteliklerini arka plana atmıştır (14). Kültür kavramının net bir şekilde tanımlanmasındaki zorluk, kültür sosyolojisinin bir problemi olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedeniyse kültürün, toplum hayatında somutlaşmayı değil, soyutlaşmayı ifade etmesidir (15).

Kültür, tüm yorumlama modellerine ağırlık vererek bir sosyoloji türü haline gelirken, yapısı gereği ortaya çıkan uygulamalara ve özelliklere odaklanmıştır. Bu hali ile, kültür sosyolojisi bugün alanın tekrar değerlendirilmesi işi olmaktan sıyrılmış ve toplum bilimlerinin genel faaliyeti içerisinde yeni sorular ve yeni tanımları gerekli kılan bir konu halini almıştır (16).

Mutlu (17), kültür kavramını; birey topluluklarının kimliklerini oluşturan ve toplulukları birbirlerinden ayıran niteliklerinin bütünü, biçiminde açıklamaktadır. Kültür oluşumu toplumun genelinin hayat tarzını meydana getirir ve söz konusu durum ve hareket sistemlerini, kıyafetleri, dili, tavır biçimlerini ve inanç modellerini içerisinde barındırır (17).

Kültürel Değişim

Canlı varlıkların bütün etkileşim sahaları gibi kültür oluşumu sahası da farklılaşır. Buna karşın farklılaşmanın hızı zamana, mekâna veya toplumun niteliklerine bağlıdır. Kültür farklılaşması temelde diğer süreçlerden bağımsız hareket etmez. Diğer kültür bazlı süreçlerin temel bileşkesi belli bir süre aralarında gerçekleşen durum saptaması “kültür farklılaşması” şeklinde isimlendirilmektedir. Kültürlenme, kültürleme, kültürleşme oluşumlarının birbirleri ile bağlantılarının bir güç meydana getirmesi veya birbirlerini destekler bağlamda işlemesi farklılaşmanın hızı ile ivmesini yükseltebilir. Birbirleri ile çelişkiye düşmeleriyle farklılaşmanın hızını düşürebilir. Güncel kültür problemleri, sadece farklılaşmadan değil, farklılaşma aşamasının yüksek ivmesinden ve dengesizliğinden de meydana gelmektedir. Toplumun bütün parçaları aynı hız ve yönde farklılaşmamaktadır. Bununla birlikte sınıf, kuruluş ve gruplar, diğerlerinden daha hızlı veya yavaş farklılaştığı zaman, geçiş döneminde bulunan toplumlarda ortaya çıkacak yadsınamaz bir gerçek anlaşma oluşumunun ikilikler yaratacağıdır (18). Bir görüşe göre, kültür oluşumu zaman içerisinde yapılanır ancak özünde bir farklılaşma olmaz. Bu bağlamda kültürleri farklılaştırmaya değil, yapılandırmaya çabalamak gerekmektedir. Bütün farklılaşmalar yapılandırma doğrultusunda olmamasına karşın bütün yapılanmalar bir tür farklılaşmadır (19).

Kültür, oluşumunun yapısı karmaşık ve türlü olmasının yanı sıra değişken bir yapıya da sahiptir. Kültür değişimi aktif ve dinamik bir süreçtir. Kültür kazanılan bir miras değil, etkili bir oluşturma sürecidir, süreklilik barındırma, devamlı, tekrar tanımlanan ve geliştirilen bir oluşumdur. Yeni anlamlara yol çizen ve kısıtlayan bir yapıya sahiptir fakat söz konusu yapı sorumluluk bağlamında sıkı olmayan ve farklılaştırılabilir niteliklerdir (20).

Kültür farklılaşır. Doğal şartlar kültürel nitelikleri oluşturacak kadar etki veya güç sahibi değildirler ancak kültürler, süreç içerisinde, doğal çevreye uyum sağlarlar. Kültürlerin hepsi;

ödünç alma, talep etme, yayılma gibi yollar ile birbirlerinden etkilenirler. Bunun yanı sıra, kültürel yapıyı meydana getiren kişilerin psikolojik ve biyolojik talep ve gereksinimlerini giderecek şekilde uyum sağlarlar. Şartlar farklılaştıkça, geleneksel çözüm yollarının oluşturduğu tatmin seviyesi de farklılaşır ve azalır. Yeni gereksinimler meydana gelir ve bununla beraber bilinçlilik seviyesi de artar. Söz konusu gereksinimleri giderecek, problemleri ortadan kaldıracak düzenleme ve denemeler yapılır, yeni kuruluş ve kurumlardan destek istenir (18).

Kültür oluşumunun farklılaşması, bir toplumun politik yapısında, yönetim kuruluşlarında, bilgi sistemlerinde, eğitim sisteminde, kanunlarında, maddi araç ve aygıtlarının kullanılmasında, toplumsal ekonominin bağlı olduğu üretim araçlarının tasarruflarının sağlanmasında ortaya çıkan farklılaşma ve dönüşmede rol sahibidir (21).

Farklılaşma yadsınamaz bir süreçtir, halkın yaşamı içerisinde devamlı olarak gözlemlenen bir olgudur. Koşullar farklılaşır, gereksinimler farklılaşır, hedefler farklılaşır; söz konusu oluşumlara uyum sağlamak istemsizce toplum bireylerinin tavır ve yaşamlarını da farklılaştırır. Bu bağlamda yaşam farklılaşma ile süreklilik gösterir. Toplum herhangi bir uyumsuzluk problemi çekmeden doğal bir eğilim ile, genellikle bilinçsizce farklılaşmaktadır (22).

Kültür oluşumu manevi ve maddi unsurlardan meydana gelen uyumlu bir beraberliktir. Buna karşın kültür farklılaşırken söz konusu unsurlar aynı hızda farklılaşmaz. Maddi kültür içerisindeki farklılaşmalar daha hızlı bir farklılaşma gösterirler. Bu sebeple manevi kültür unsurlarının önündedirler. Manevi unsurlar maddi unsurlara oranla daha yavaş bir farklılaşma gösterirler (23).

Tezcan (23), kültür farklılaşmalarını üç grupta sınıflandırmaktadır. Bu üç grup aşağıdaki gibidir (23):

- **Serbest kültür farklılaşmaları:** Bir toplum yönlü sınıf veya grup, yabancı bir kültüre sahip diğer bir sınıf veya toplum ile bağlantı oluşturduğunda herhangi bir dış ve iç baskı olmaksızın kültür oluşumunun veya kimi unsurların farklılaşması ile meydana gelenlerdir.
- **Zorlanmış kültür farklılaşması:** Aynı kültürleri içerisinde barındıran iki toplum veya sınıflardan birinin, kendi kültürünü veya kimi kültür unsurlarını kabul etmesi için baskı yaratması ve zor kullanarak kabul ettirmeye çabalaması neticesinde meydana gelenlerdir.
- **Planlı veya güdümlü kültür farklılaşmaları:** Teknoloji gelişme programları söz konusu farklılaşmaları içerisinde barındırır. Hedeflenen seviyeye ulaşmak için belli

dönemlerde gerçekleşecek ve önerilecek farklılaşmalar planlanır. Verimli bir yöntem olarak değerlendirilir.

Kültürel Yeterlilik

Kültür, kişilerin belirli bir grup veya topluma üyelik yoluyla edindiği bilgi, inanç, değer, varsayım, bakış açısı, tutum, norm ve gelenekler olarak genel kapsamda tanımlanabilir (24). Bir kişinin bir gruptaki davranışı, farklı diller, iletişim yolları ve zihniyetler aracılığıyla kültürden etkilenir. Sosyal, eğitimsel ve ekonomik düzeyler, yaş, cinsiyet, ikamet yeri ve etnik köken gibi değişkenlerin tümü bir kültürün parçası olarak kabul edilebilir (25). Tüm insanlar çok sayıda kültürel gruba aittir ve çeşitli kültürel etkilere tepki göstermektedir. Kişiler belirli bir çevrede diğer insanlarla ilişki kurduğundan, etkileşim birbirleriyle sürekli değişim halindedir. Eylemler, görüşler ve değerlerin tümü, insanların içinde yaşadığı biyolojik, ilişkisel ve çevresel koşullar tarafından görüntülenen ve değiştirilen yaşam boyu deneyimin ürünleridir (26).

Kişiler her an diğer insanlarla, kuruluşlarla ve fiziksel çevreyle etkileşime girerken bu çok yönlü kültürel kimliğin belirli kısımlarını ön plana çıkarmaktadır. Bireyin kültürü, çeşitli etkilerin bir kombinasyonunu yansıtan performans yoluyla iletilmektedir. Kültür, esas olarak sözlü iletişim ve performans yoluyla bireyler arasındaki iş birliklerinde ortaya çıkmaktadır (26). Kültür, hem kişilerin hem de çevrenin ayrılmaz bir boyutu olarak düşünülebilir. Kültürel farklılıklar, mesleki yaşamda ilişkileri önemli ölçüde etkileyebilen ve ruh sağlığı üzerinde de önemli düzeyde etkili olabilen, sosyal olarak oluşturulmuş bir özellikler hiyerarşisi için zemin oluşturmaktadır (24). Kültür, sağlığın çeşitli yönlerini etkileyebilmektedir. Örneğin, gösterilen semptomlar, bu semptomlara tepkiler, hastalık açıklamaları, ilaçlara ve tedaviye yönelik tutum ve inançlar, aile ile ilişkiler ve sağlık profesyonellerine yaklaşım bunlara örnek olarak verilebilir (27).

Kültürel yeterlilik, yaşadığımız yüzyılda önemini her geçen gün daha da artıran bir kavramdır. Kültür kavramı gibi, kültürel yeterlilik kavramı da tek bir tanımla açıklanamamaktadır. Bu durum, kültür gibi toplumlar nezdinde öznelliğe sahip bir kavramın yeterlilik kapsamında da farklı bakış açılarıyla tanımlanabilmesidir. Kültürel yeterlilik kavramı farklı kültürler, farklı toplumlar ve bakış açılarından etkilenmektedir (28).

Kültürel yeterlilik kavramı ilk kez Leininger (29) tarafından geliştirilen “Kültür Bakım Çeşitliliği ve Evrenselliği” teorisi ile ortaya çıkmıştır. İlk kez ele alınması, Leininger’in (29) kültürel yeterliliği hemşirelik bakımı boyutlarıyla açıklamasıyla olmuştur. Cross (30) kültürel yeterliliği ele alarak, onun bir sistem, kurum, profesyoneller arasında bir araya gelen, söz

konusu unsurların düzenli biçimde, kültürlerarası durumlarda etkili olarak çalışmayı sürdürmesini sağlayan uyumlu davranış, politika ve tutumlar olduğunu ifade etmiştir (30).

Chen ve Wang'e (28) göre farklı kültürel özelliklere sahip bireylerden oluşan toplumlarda kişilere bakım sağlanabilmesi için kültürel yeterlilik hayati bir önem taşımaktadır. Bu durum, Türkiye gibi farklı kültürlerden bireyleri içeren kompleks kültürel yapıdaki toplumlar söz konusu olduğunda ön plana çıkmakta, önemini daha da artırmaktadır. Farklı kültürlerden toplumların bir arada bulunmasıyla kültürlerarası yeterlilik düzeyinin yüksek olması bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır. Bu durum etkili iletişimde de çeşitli yeterliliklerin gerekmesini beraberinde getirmektedir. Kültürel yeterlilikten söz edildiğinde yalnızca farklı kültürlerin öğrenilmesi ve söz konusu kültürlerin özellikleri doğrultusunda iletişim kurulması değil, kompleks yapıdaki toplumda bulunan birden fazla kültürün farklılıklarının da anlaşılması, bu farklılıklarla uyumlu biçimde iletişim kurulması söz konusu olmaktadır (31).

Kültürel yeterlilik toplumda farklı kültürlerin beraberce yaşaması sonucunda ortaya çıkan bir durum ve bu yaşantı boyunca gelişen bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Söz konusu süreçte temel amaç farklı kültürlerle bakım sağlayan sağlık personelinin performansı ve iletişim becerilerini artırmak, sağlık hizmetlerinde hedeflere ulaşmayı sağlamaktır (32).

Kültürel yeterliliğin geliştirilmesi için kişinin kendi kültürel kapasitesinin değerlendirilmesi, farklılıklara değer verilmesi, kültürel etkileşimler esnasında dinamikler kapsamında farkındalık geliştirilmesi ve kültürle ilgili bilginin içselleştirilmesi gerekmektedir (31).

Kültürel Yeterliliğin Boyutları

Gözüm ve ark.'nın (33) kültürel yeterliliğe ilişkin geliştirdikleri ölçekte, kültürel yeterlilik boyutları kültürel beceri, kültürel bilgi ve kültürel duyarlılık olmak üzere üç grupta açıklanmıştır.

Kültürel beceri

Hastanın mevcut sorunlarıyla ilişkili olabilecek kültürel verileri elde etmek, kültürel temelli fiziksel, psikolojik değerlendirmeleri doğru biçimde yapabilmektir (34).

Kültürel bilgi

Farklı kültürel ve etnik gruplarla ilgili olarak sağlık profesyonellerinin güçlü bir eğitim temeli sağlama sürecidir. Bunun yanında belli bir kültür için belirlenen genel bilgiler ve bu kültürü kapsayan bilgi birikimini de ifade etmektedir (34).

Kültürel duyarlılık

Kültürel farklılıklara karşı hassasiyet gösterebilmek ve bunların farkında olmak, kültürel duyarlılık olarak açıklanmaktadır. Sağlık hizmeti verme sürecinde kişinin kültürel farklılıklarının farkında olmak ve bireyin ihtiyaçlarını söz konusu farklılıklara duyarlı biçimde karşılamaya çalışmak, kültürel duyarlılığın gerekliliğidir (32).

HASTA-HEKİM GÜVENİ

Hekim ve Hasta Kavramı

Hekim, hukuksal olarak kendisine tıp mesleğinin gereklerini yerine getirme ve gerekli tıbbi eylemleri yapabilme yetkisi verilmiş, bunu çeşitli tıbbi unvanlarla (pratisyen, uzman) yerine getiren kişilerdir. Hekim sağlık ve hastalıklar konusunda tanı koyma, ölçme ve iyileştirme süreçlerini yerine getirerek bireylere sağlıklı bir yaşam kazandırmak için ellerinden geleni yaparlar. Hekimler işlerini yaparken, hastalarına ulaşırken çok farklı kanalları kullanabilirler. Bir kamu görevlisi olarak devlet sağlık kurumlarında çalışabilecekleri gibi, özel sektöre ait hastanelerde mesleklerini icra edebilirler. Sağlıkla ilgili özel veya kamuya ait olmayan kuruluşlarda sözleşmeli olarak çalışabilirler veya serbest meslek biçiminde kendi açacakları sağlık birimlerinde özel olarak hizmet verebilirler (35).

Tıbbi uygulamaların temelinde hasta ile hekim arasındaki ilişki vardır. Hastanın hekime başvurmasıyla başlayan süreç anamnez, tanı, tedavi ve izleme aşamalarıyla devam eder ve bütün bu aşamalar hasta ve hekim ilişkisinin tamamını oluşturur. Hasta, sağlığıyla ilgili bir sorunu olan ve bunun için tıbbi müdahale ihtiyaç duyan kişi anlamına gelmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, madde 4). Hasta kelimesi Farsçada “yorgun” anlamına gelmektedir. Hasta, “bir tıbbi uygulamada bulunan ve bir cerrahi müdahaleyi kabul eden kişi” olarak tanımlanmaktadır (36).

Güven Kavramı

İnsan, yaşamını gruplar içerisinde yer alarak sürdürmektedir. Hayatlarını sorunsuz biçimde devam ettirmeleri için de birlikte hareket etmeleri gerekmektedir. Tarihin ilk dönemlerinden itibaren başarılı toplumların birlikte hareket ettikleri ve birbirlerine son derece bağlı oldukları görülmektedir. Bu birlikteliğin altında yatan duygu ise güven duygusudur. Toplulukların hedeflerine ulaşmalarını kolaylaştıran unsurlar arasında en önemlisi güvendir. Güven kavramı günümüze kadar araştırmacılar tarafından pek çok kez tanımlanmıştır, bu

tanımlardaki ortak nokta ise güven duygusunun insan ilişkilerinin her noktasında anahtar niteliğinde olduğudur (37).

Hayatın hemen her anında bulunan güven duygusu toplum tarafından en yaygın biçimde doğruluk ve dürüstlük olarak tanımlanmaktadır. Güven, çevre tarafından beslenir ve insanlığın doğasında bulunmaktadır (38). Türk Dil Kurumu güven kavramını “kuşku, çekinme ve korku duymadan bağlanma ve inanma duygusu” şeklinde tanımlamıştır (39). Literatürde de güven kavramıyla ilgili tanım ve açıklamalarda inanma ve bağlanma duygusuna sıkça değinilmiştir. Güven kavramı bağlılıkla ilgili olarak mercek altına alındığında ise çalışanların kurumlarına olan duygusal bağlılıkları, kendilerini bir kuruma ait hissetmeleri, yaptıkları işten mutlu olmaları ve kurumdan ayrılma niyeti olmayan çalışanların bulunması olarak açıklandığı görülmektedir (40).

Mayer ve ark. (41) güven kavramını “inanç” olarak değerlendirmektedir. Güven kavramı aynı zamanda kişinin herhangi bir baskı olmadan karşısındaki kişinin davranışlarının kendi beklentilerini gidereceğine inanmasıdır (42). Güven kavramının araştırmasını ilk olarak kişilik teorisyenleri yapmıştır. Anlam bakımından son derece karmaşık bir yapıya sahip olan güven olgusu; psikoloji, ekonomi, sosyoloji, antropoloji, yönetim, tarih ve hemen her alanın araştırma konusu olmuştur (43). Literatürdeki güven kavramı incelendiğinde birçok tanıma rastlamak mümkündür. Erdem, güveni, bireyi başka kişilere yaklaştıran, onlarla iş birliği kurulmasını sağlayan bir kavram olarak değerlendirmiştir (44). Güven duygusu, bireyin olumsuz durumlarda dahi karşı tarafın olumlu davranışlarına olan umudunu ve inancını içeren bir kavram olarak da değerlendirilmektedir (45).

Güven aynı zamanda olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğurabilen, diğer bireylerin davranış ve hareketlerine göre şekillenen insanın algısına göre oluşan bir kavramdır (43). Aynı zamanda kültürel bir unsur olan güven kavramı çalışanlar ya da hasta-hekimler arasındaki ilişkileri sağlamlaştırmaktadır. Güven duygusunun olmadığı bir ortamda ya da kurumda doğru bilgiyi elde etmek zorlaşırken karar verme performansında da düşüşler görülmektedir (46). Belirsizliğin olduğu bir kurum veya toplulukta beklentilerin yerine getirilmesi son derece güçtür. Belirsizliğin olduğu yerde emin olma duygusundan bahsetmek mümkün değildir. Bir iş ya da süreç, hayal kırıklığına uğrama ihtimali olmasına rağmen devam ettiriliyorsa, burada güvenden bahsedilebilir (47).

Güven kavramı tanımlanırken sıkça bahsedilen ifadeler genellikle risk, belirsizlik ve savunmasızlıktır. Bu üç kavramı aşağıdaki gibi açıklamak mümkündür:

Risk

Beklenen durumdan farklı sonuçlarla karşılaşılması durumu risk olarak adlandırılır. Risk ve güven birbirleriyle sıkı ilişkilidir. Güvenin sağlanması için kişinin risklerin olduğuna inanması gerekir. Birey karşısındakine güven duyduğu takdirde, kendi menfaatlerini ilgilendiren durumlarda da karşısındaki bireye bağımlı olmaktadır. Bağımlılık ise riskin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Güven ilişkisi içinde yer alan bireylerin farklı seçimler yapabilme özgürlükleri vardır. Kişi karşısındakine güvenerek karşılaşabileceği olası riskleri de göze almış olur. Olası riskler, güven duygusu sayesinde kabul edilmektedir (48).

Belirsizlik

Sistemin yapısını veya işleyişini anlayamamak, konuyla ilgili bir fikir yürütememek, sorulara cevap bulamamak ve verilen cevaplardan tatmin olmamak gibi durumlar, belirsizlik olarak adlandırılır. Güvenin ortaya çıkmasındaki en büyük etkenlerden birisi olan belirsizlik, yetersizlik duygusu ile de alakalıdır (48).

Savunmasızlık

Kişi karşısındakine güvenerek onun davranışlarına bağımlı olmayı, karşılaşılacak olası riskleri ve aldığı kararların sonuçlarını göze almayı kabul eder. Literatürde savunmasızlık kavramı iki şekilde açıklanmaktadır. Çalışmaların bir kısmı güven ilişkisinde yer alan tarafların savunmasız olmaya gönüllü olduklarını öne sürerken diğer kısmı ise güven durumunda karşı taraftan gelebilecek bir zarar sonucunda oluşan durum olarak kabul etmektedir. Savunmasızlık ifadesi için iki farklı görüş olsa da güven olgusu açıklanırken bu iki görüşte de savunmasızlığın güvene olan etkileri konusunda ortak paydada buluşulur. Bu ifadelerden sonra güven kavramını, bireyin karşı tarafın hareketlerinde, sözlerinde, aldığı kararlarda ve sergilediği davranışlarda adil olacağına ve tüm konulara titizlikle yaklaşılacağına dair duyulan inanç olarak tanımlamak mümkündür (49).

Hasta-Hekim Güveni

Hasta-hekim ilişkisinde güven kavramı, deneysel olarak incelenmesi nispeten yeni bir unsurdur. Güven kavramı, birçok faktörden etkilenen çok yönlü bir değerlendirmeyi ifade etmektedir ve iki geniş kategoriye ayrılabilir: kişiler arası güven ve sosyal güven. Kişiler arası güven, bir bireyin bir başkasının sözlerine, eylemlerine ve kararlarına duyduğu güven olarak ifade edilmektedir (50). Kişiler arası güven, bir kişinin güvenilir davranışına ilişkin varsayımlarının test edilebildiği tekrarlanan etkileşimler yoluyla zamanla inşa edilmektedir

(51). Hasta-hekim ilişkisinde kurulan güçlü kişiler arası güven, hastaları kritik bilgileri açıklamaya, riskli davranışlarda öngörülen değişiklikleri kabul etmeye, zihinsel bozuklukların teşhis edilebilmesi için düşünce ve duyguları paylaşmaya ve tedaviyi kabul etmeye teşvik etmektedir (52).

Sosyal güven, bireyin kolektif kurumlara duyduğu güven olarak tanımlanmaktadır. Bu tür bir güven, medyadan ve kurumlara yönelik genel sosyal tutumlardan büyük ölçüde etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinde sosyal güven, bir hastanın sağlık hizmeti sağlayıcılarının kurumlarına duyduğu güven düzeyi biçiminde tanımlanabilir. Sosyal güven kavramı, bir hastanın hekimine olan kişiler arası güvenini çerçevelemek için bir temel sağlamada büyük önem taşımaktadır (52). Sosyal ve kişiler arası güvenin uygun şekilde geliştirilmesinin, hasta ve hekim arasında daha iyi iletişim süreçleri ve şeffaflığı teşvik ettiği araştırmalarda vurgulanmıştır (51).

Kişiler arası ve sosyal güven tanımlarının dışında, hekimlere güven, “hekimin bilişsel yeteneklerine ve teknik yeterliliğine güven” ile “empati ve merhamet özellikleri gibi duyguya dayalı güven” olmak üzere iki boyutta ele alınabilir (50). Hastalar, hekimlerin teknik performansını gerçekten değerlendirecek tıbbi uzmanlığa sahip olmadıklarından ötürü, hasta-hekim ilişkisinde duygusal yön daha fazla ön plana çıkmaktadır. Hasta, hekimin hasta çıkarlarını korumak için yetkin ve motive olduğuna güvenmelidir. Hasta-hekim güveni ancak bu şekilde sağlanabilmektedir. Teknik ve bilişsel yeteneklere güven, hekimlerin eğitimleri kapsamında zaten sağlanabilmektedir. Hastalar tarafından genellikle hekimin teknik ve bilişsel yetenekleri doğrudan kabul edilmekte ve analiz edilmemektedir. Dolayısıyla empati, merhamet gibi duyguya dayalı güven ön planda olmaktadır. Bir bütün olarak hekimlerin teknik yeteneklerine duyulan bu tür bir güven, bir tür sosyal güven olarak düşünülebilir (53).

Bir hastanın hekime olan güveni birden fazla işleve hizmet edebilir. Hastanın doktoruna olan güveni, hekim-hasta ilişkisi fikrini bir ekip çalışması ya da ortaklık biçiminde güçlendirmeye yardımcı olmaktadır. Güven, herhangi bir etkileşim için evrensel olarak kabul edilen temel olduğundan, bir hastanın hekime olan güveni, başarılı tıbbi bakım için gerekli bir ön koşuldur (54). Hasta-hekim arasındaki ilişkiler, doğrudan yaşam, ölüm ve fiziksel refah ile ilgilidir. Bunun yanında, tıbbi uygulamanın özellikleri genellikle belirsizlik ve geri döndürülemez niteliktedir (55). Araştırmalar, güvenilir bir hekim-hasta ilişkisinin hasta memnuniyetinin artırdığını, tedaviye uyum düzeyini güçlendirdiğini ve hastanın sağlık durumunda bir iyileşme sağlandığını göstermektedir (51). Hasta-hekim arasında sağlanan güven ilişkisi, hastanın hekim önerilerini bırakma veya tedaviden çekilme olasılığını azaltmaya da yardımcı olmaktadır (51).

Hastalar hekimlerin hizmet kalitelerini değerlendirirken doktorun mesleki bilgi ve becerisinden ziyade davranışlarını göz önünde tutarlar. Bu noktada davranıştan kasıt hekimin duyarlı, nazik, güler yüzlü olması ve hastayı dinlemesi gibi davranışlardır. Hekimin tutumu hastanın yapması gerekenleri yapmasında da etkilidir. Dinlendiğini, anlandığını hisseden hasta, hekimin söylediklerini daha dikkatli dinleyecek, hekim tarafından verilen tedavi programına uymaya çaba gösterecektir. Diğer taraftan hastayla hekim arasında bilgi bakışimsızlığı bulunmaktadır. Hasta ölçüp değerlendirme imkânı bulamadığı bir konuda hekim karşında kendisini çaresiz hissedecektir. Bu sebepten ötürü de hasta ve hekim arasında açık ve uygun bir bağ kurulmalıdır. Hasta kendini güvende hissetmeli, hastalığıyla ilgili bilgilere ulaşabilmeli ve gerekli durumlarda tedavi süreci boyunca motivasyonu en üst düzeyde tutulabilmelidir (52).



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmamızda Edirne il merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ile hasta-hekim güveni arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçladık. Bu amaç kapsamında etik kurul onayı ve İl Halk Sağlık Müdürlüğü onayı sonrasında, Edirne il merkezinde çalışan aile hekimleri ve hastaların katılımları sağlanmıştır. Araştırma verileri 01.08.2022-01.11.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Yapılan güç analizinde orta dereceli etki büyüklüğü (0,5) göz önüne alınarak %80 güç ve %5 anlamlılık düzeyinde, çalışma için 128 kişilik bir örneklemin yeterli olduğu hesaplanmış, bununla birlikte %20’lik bir veri kaybı göz önüne alınarak çalışmaya toplam 154 gözlemin katılımına karar verilmiştir. Aile hekimi olarak mesleğini sürdüren 58 hekim ve Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 232 hastadan veri elde edilmiştir.

Araştırmaya 18 yaş ve üzeri olan; Türkçe konuşabilen; araştırmaya katılmaya gönüllülük gösteren; kişi, yer ve zamana oryante olan bireyler dahil edilmiştir. İletişimi engelleyecek bir problemi olan bireyler dahil edilmemiştir.

Araştırmanın verileri anket yöntemiyle toplanmıştır. Hekimler ve hastalara sunulmak üzere iki anket formu oluşturulmuştur.

Hekimlere verilen anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sosyodemografik bilgilerin toplanması amacıyla yaş, cinsiyet, uzmanlık durumu, yabancı dil durumu sorulmuştur. Ardından Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Kültürel Yeterlilik Ölçeği’ne (BBSÇ-KYÖ) yer verilmiştir. Ölçek Gözüm ve ark. (33) tarafından geliştirilmiş, beşli likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin ilk 8 maddesi “kültürel beceri”, 9-16 maddeleri “kültürel bilgi”, 17-20 maddeleri “kültürel duyarlılık” boyutlarını ölçmektedir.

Hastalara verilen anket formu da benzer biçimde iki bölümden oluşmaktadır. Burada yine sosyodemografik bilgilerin elde edilmesi amacıyla yaş, cinsiyet, medeni durum, herhangi

bir psikiyatrik hastalığın bulunma durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşanan yer, meslek sorulmuştur. Ardından hasta-hekim güvenine ilişkin 19 soru “evet” ve “hayır” olmak üzere iki seçenekle cevaplanmak üzere sunulmuştur.

Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Kültürel Yeterlilik Ölçeği (BBSÇ-KYÖ)

Perng ve Watson (56) tarafından geliştirilen Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği uyarlanarak Gözüm ve ark. (33) tarafından geliştirilmiştir. Yürütülen madde analizinde maddelerin toplam puanla olan korelasyonlarının 60 ile 82 arasında değiştiği görülmüştür. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %73.5'ini açıklayan üç faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. BBSÇ-KYÖ 'nün 1-8 maddeleri “Kültürel Beceri”, 9-16 maddeleri “Kültürel Bilgi” ve 17- 20 maddeleri “Kültürel Duyarlılık” olarak isimlendirilen faktörler altında yer almıştır. Her maddede “Kesinlikle katılmıyorum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kararsızım (3)”, “Katılıyorum (4)”, “Kesinlikle katılıyorum (5)” olmak üzere değişen 5’li likert tipi puanlama üzerinden değerlendirmektedir. Cronbach Alpha katsayıları toplam puan için 84, faktörler için ise sırasıyla 78, 76 ve 87 olarak tespit edilmiştir. Ayırt edici geçerlik için katılımcıların deneyimleri gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Farklı bir dil konuşabilen, farklı kültürden arkadaş ve komşuyla daha sık iletişime geçen ve farklı kültürlerle yönelik hizmet vermeye ilgili eğitim alan birinci basamak sağlık profesyonellerinin kültürel yeterliliğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunların yanı sıra, göçmenler ve mültecilerle çalışmaktan memnun olduğunu belirten tüm birinci basamak sağlık profesyonellerinin BBSÇ-KYÖ puanlarının belirgin derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar, BBSÇ-KYÖ 'nün birinci basamak sağlık çalışanlarının kültürel yeterliliğini değerlendirmede kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölçek, bireye, aileye ve topluma sağlık hizmet sunumu gerçekleştiren tüm profesyoneller için de klinik alanda kullanıma uygundur (33).

Toplanan verilere yönelik olarak yapılan tüm istatistiksel analizler SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) programı ile yapılmıştır. Çalışmada öncelikle hasta ve hekimlerden elde edilen sosyodemografik bulgular tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ile gösterilmiştir. Daha sonrasında hasta-hekim güveni ve kültürel yeterlilik ölçeğine yönelik betimsel bulgular gösterilmiştir. Hasta-hekim güveni ortalama puanı hesaplanırken hekimin hastalarının hasta-hekim güveni puanının ortalaması ayrı ayrı her bir hekim için hesaplanmıştır. Sonrasında bu değişkenler arasındaki ilişkilere Pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Hastaların demografik özellikleri ile hasta-hekim güveni puanları arasındaki ilişkilere bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Benzer şekilde hekimlerin demografik özellikleri ile kültürel

yeterlilik puanları arasındaki ilişkilere bağımsız örneklem t-testi ve Pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Analizlerde anlamlılık sınırı 0,05 olarak belirlenmiştir.



BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERE YÖNELİK BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan hastaların ve hekimlerin sosyodemografik bilgilerine yönelik bulgular betimsel analiz yöntemleriyle incelenmiştir.

Hastaların sosyodemografik bilgilerine yönelik tanımlayıcı bulgular Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik bulguları

	f (Frekans)	% (Yüzde)	Ort. (Ortalama)	SS
Yaş			37,00	10,73
Cinsiyet				
Kadın	153	65,9		
Erkek	79	34,1		
Medeni durum				
Evli	149	64,2		
Bekâr	68	29,3		
Dul/boşanmış	15	6,5		
Psikiyatrik rahatsızlık				
Evet	16	6,9		
Hayır	216	93,1		

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik bulguları (devamı)

Eğitim durumu	f (Frekans)	% (Yüzde)
İlkokul mezunu	10	4,3
Ortaokul mezunu	20	8,6
Lise mezunu	60	25,9
Üniversite mezunu	142	61,2
Gelir düzeyi		
6000 TL ve altı	59	25,7
6000-19000 TL	154	67,0
19000 TL ve üstü	17	7,3
Yaşanılan yer		
İl	214	92,6
İlçe	11	4,8
Kasaba	3	1,3
Köy	3	1,3
Meslek		
Öğrenci	30	13,0
Çalışmıyor	44	19,0
Memur	108	46,8
İşçi	6	2,6
Esnaf	13	5,6
Akademisyen	5	2,2
Özel sektör	25	10,8
Toplam	232	100,0

SS:Standart Sapma

Tablo 1'deki bulgulara göre çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşının $37,0 \pm 10,73$ olduğu görülmektedir. Hastaların %65,9'u kadın, %34,1'i ise erkektir. Hastaların %64,2'si evli, %29,3'ü bekâr, %6,5'i ise dul veya boşanmıştır. Hastaların %6,9'unun bir psikiyatrik rahatsızlığı vardır. Hastaların %61,2'si üniversite mezunu, %25,9'u lise mezunu, %8,6'sı ortaokul mezunu, %4,3'ü ise ilkokul mezunudur. Hastaların %25,7'sinin aylık geliri 6000 TL'nin altındayken, %67'sinin geliri 6000-19000 TL arasında ve %7,3'ünün geliri 19000 TL

üzerindedir. Hastaların %92,6'sı ilde ikamet ederken, %4,8'i ilçede, %1,3'ü kasabada, %1,3'ü ise köyde ikamet etmektedir. Hastaların %46,8'i memur olarak, %10,8'i özel sektörde çalışmaktadır. Hastaların %13'ü öğrenciyken %19'u çalışmamaktadır.

Hekimlerin sosyodemografik bilgilerine yönelik tanımlayıcı bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Hekimlerin sosyodemografik bulguları

	f (Frekans)	% (Yüzde)	Ort. (Ortalama)	SS
Yaş			46,33	8,18
Cinsiyet				
Kadın	30	51,7		
Erkek	28	48,3		
Uzmanlık				
Pratisyen hekim	47	81,0		
Uzman hekim	11	19,0		
Yabancı dil				
Var	41	70,7		
Yok	17	29,3		
Toplam	58	100,0		

SS:Standart Sapma

Tablo 2'deki bulgular incelendiğinde hekimlerin ortalama $46,33 \pm 8,18$ yaşında olduğu görülürken, %51,7'si kadın, %48,3'ü erkektir. Hekimlerin %81'i pratisyendir. Son olarak hekimlerin %70,7'sinin bir yabancı dili vardır.

ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırma değişkenleri olan hasta-hekim güveni ve kültürel yeterlilik alt boyutlarına (kültürel beceri, kültürel bilgi, kültürel duyarlılık) yönelik tanımlayıcı bulgular gösterilecektir.

Hasta-hekim güvenine ilişkin betimsel bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Hasta-hekim güvenine yönelik betimsel analiz sonuçları

	Hayır		Evet	
	f (Frekans)	% (Yüzde)	f (Frekans)	% (Yüzde)
Doktorunuzla aranızda uyum hissediyor musunuz?	139	59,9	93	40,1
Doktorunuzla iletişiminiz iyi mi?	57	24,6	175	75,4
Doktorunuz sizden yeterli öykü/bilgi alıyor mu?	85	36,6	147	63,4
Doktorunuz sizce kişisel becerilere sahip mi?	49	21,1	183	78,9
Doktorunuzla bilgi alışverişi yapıyor musunuz?	126	54,3	106	45,7
Doktorunuz sizi karar verme sürecine dahil ediyor mu?	149	64,5	82	35,5
Doktorunuza kolay bilgi verebiliyor musunuz?	103	44,4	129	55,6
Doktorunuz sizinle empati yapıyor mu?	157	67,7	75	32,3
Doktorunuz sizi yeteri kadar dinleyip destek veriyor mu?	106	45,7	126	54,3
Doktorunuz çözüm odaklı mı?	32	13,9	199	86,1
Doktorunuz yaşam kalitenizi artırmayı önemsiyor mu?	84	36,2	148	63,8
Doktorunuz hasta memnuniyetine önem veriyor mu?	94	40,5	138	59,5
Düzenli takibe geliyor musunuz?	98	42,2	134	57,8
Doktorunuzun size verdiği ilaçları düzenli kullanıyor musunuz?	25	10,8	207	89,2
Doktorunuzla kişisel bilgilerinizi paylaşıyor musunuz?	149	64,2	83	35,8
Talep ettiğiniz hizmetin sunulduğunu düşünüyor musunuz?	112	48,3	120	51,7
Size verilen klinik hizmetten memnun musunuz?	119	51,3	113	48,7
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesine sık gidiyor musunuz?	152	65,5	80	34,5
Doktorunuzun tavsiyelerine uyuyor musunuz?	6	2,6	225	97,4
	Min.	Maks.	Ort.	SS
Hasta-Hekim Güveni	1	19	11,05	4,50

Maks.: Maksimum, **Min.:** Minimum, **Ort.:** Ortalama, **SS.:** Standart Sapma

Tablo 3’te hasta-hekim güvenine yönelik betimsel analiz sonuçları yer almaktadır. Hasta-hekim güveninden alınan ortalama puan $11,05 \pm 4,50$ olarak bulunmuştur. Hastaların en çok katıldıkları sorunun %97,4 ile “Doktorunuzun tavsiyelerine uyuyor musunuz?” sorusu olduğu görülürken bunu %89,2 ile “Doktorunuzun size verdiği ilaçları düzenli kullanıyor musunuz?” sorusu ve %86,1 ile “Doktorunuz çözüm odaklı mı?” sorusu takip etmektedir. Hastaların en az katıldıkları sorunun %32,3 ile “Doktorunuz sizinle empati yapıyor mu?” sorusu olduğu görülürken bunu %34,5 ile “Devlet hastanesi ve üniversite hastanesine sık gidiyor musunuz?” sorusu %35,5 ile “Doktorunuz sizi karar verme sürecine dahil ediyor mu?” sorusu ve %35,8 ile “Doktorunuzla kişisel bilgilerinizi paylaşıyor musunuz?” sorusu takip etmektedir.

Kültürel yeterlilik ölçeği alt boyutlarına ilişkin betimsel bulgular Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Kültürel Yeterlilik Ölçeğine yönelik betimsel analiz sonuçları

	N (Kişi sayısı)	Min.	Maks.	Ort.	SS
Kültürel beceri	58	2,25	5,00	3,35	,59
Kültürel bilgi	58	2,00	4,88	3,35	,51
Kültürel duyarlılık	58	2,25	4,75	3,34	,48

Maks.: Maksimum, **Min.:** Minimum, **Ort.:** Ortalama, **SS:** Standart Sapma

Tablo 4’te hekimlerin kültürel yeterlilik düzeylerine yönelik betimsel analiz sonuçları yer almaktadır. Bulunan sonuçlara göre kültürel beceri alt boyutundan alınan ortalama puan $3,35 \pm 0,59$ olarak bulunurken, kültürel bilgi alt boyutundan alınan ortalama puan $3,35 \pm 0,51$ olarak ve kültürel duyarlılık alt boyutundan alınan ortalama puan ise $3,34 \pm 0,48$ olarak bulunmuştur. Hasta-hekim güveni ile hekimlerin kültürel yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon analizi Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5. Hasta-hekim güveni ile kültürel yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları

	Hasta-hekim güven R skoru
Kültürel beceri	,213
Kültürel bilgi	,156
Kültürel duyarlılık	,310*

* $p < ,05$

Tablo 5’te yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre hasta-hekim güveni ile kültürel yeterlilik ölçeğinin kültürel beceri ve kültürel bilgi alt boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır, $p > ,05$. Öte yandan kültürel duyarlılık ile hasta-hekim güveni arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuştur, $r = ,310$, $p < ,05$. Buna göre hekimin kültürel duyarlılık düzeyi arttığında hasta-hekim güveninin de arttığı söylenebilir.

HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİ VE HASTA-HEKİM GÜVENİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Araştırmanın bu bölümünde hasta-hekim güveninin hastaların sosyodemografik bilgilerine göre karşılaştırması yapılmıştır.

Hasta-hekim güveni ile yaş arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon analizi Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Hasta-hekim güveni ve hasta yaşı arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları

	Yaş R skoru
Hasta-hekim güveni	-,129

Tablo 6’da yapılan Pearson korelasyon analizinin sonuçlarına bakıldığında hastaların yaşları ile hasta-hekim güveni arasında anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur, $r = -,129$, $p < ,05$. Bu sonuca göre hastaların yaşı arttıkça hasta-hekim güveninde azalma görülmektedir.

Hasta-hekim güveni ile cinsiyet arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Hasta-hekim güveni ve hasta cinsiyeti arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Cinsiyet	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	t	p
Hasta-hekim güveni	Kadın	153	11,38	4,50	1,567	,119
	Erkek	79	10,41	4,47		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 7’de yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine göre hasta-hekim güveninin hastaların cinsiyetine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $p > ,05$.

Hasta-hekim güveni ile medeni durum arasındaki ilişkilere yönelik tek yönlü varyans analizi Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Hasta-hekim güveni ve hasta medeni durumu arasındaki ilişkilere yönelik tek yönlü varyans analizi sonuçları

	Medeni durum	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	f (Frekans)	p
Hasta-hekim güveni	Evli	149	10,98	4,38	,469	,626
	Bekâr	68	11,38	4,84		
	Dul/boşanmış	15	10,20	4,26		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 8’de yapılan tek yönlü varyans analizine göre hasta-hekim güveninin hastaların medeni durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $p > ,05$. Hasta-hekim güveni ile psikiyatrik rahatsızlık durumu arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Hasta-hekim güveni ve hastanın psikiyatrik rahatsızlığı arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Psikiyatrik rahatsızlık	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	t	p
Hasta-hekim güveni	Evet	16	9,69	5,11	-1,254	,211
	Hayır	216	11,15	4,45		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 9’da yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine göre hasta-hekim güveninin hastaların bir psikiyatrik rahatsızlığı olması durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $p > ,05$.

Hasta-hekim güveni ile eğitim durumu arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Hasta-hekim güveni ve hastanın eğitim durumu arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Eğitim	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	t	p
Hasta-hekim güveni	Lise ve öncesi	90	10,16	4,04	-2,428	,016
	Üniversite	142	11,61	4,69		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 10’da yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine göre hasta-hekim güveninin hastaların eğitim durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir, $t = -2,428$, $p < ,05$. Buna göre üniversite mezunu hastaların hasta-hekim güveni düzeyi lise ve öncesi mezunu hastalardan anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hasta-hekim güveni ile gelir durumu arasındaki ilişkilere yönelik tek yönlü varyans analizi Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Hasta-hekim güveni ve hastanın gelir durumu arasındaki ilişkilere yönelik tek yönlü varyans analizi sonuçları

	Gelir durumu	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	f (Frekans)	p
Hasta-hekim güveni	6000 TL ve altı	59	10,42	4,29	,900	,408
	6000-19000 TL	154	11,19	4,56		
	19000 TL ve üstü	17	11,82	4,45		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 11’de yapılan tek yönlü varyans analizine göre hasta-hekim güveninin hastaların gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $t = ,900$, $p > ,05$.

HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİ, KÜLTÜREL YETERLİLİK DÜZEYLERİ VE HASTA-HEKİM GÜVENİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Araştırmanın bu bölümünde hekimlerin kültürel yeterlilik düzeyleri ve hasta-hekim güveni puanları sosyodemografik bilgilerine göre karşılaştırılmıştır.

Kültürel yeterlilik ve hasta-hekim güveni ile yaş arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon analizi Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Kültürel yeterlilik, hasta-hekim güveni ve hekim yaşı arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları

	Yaş R skoru
Kültürel beceri	-,170
Kültürel bilgi	-,016
Kültürel duyarlılık	-,176
Hasta-hekim güveni	-,387*

* $p < ,01$

Tablo 12’de yapılan Pearson korelasyon analizine göre kültürel yeterlilik düzeyleri ve hekim yaşı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır, $p > ,05$. Öte yandan hasta-hekim güveni ile hekim yaşı arasında anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur, $r = -,387$, $p < ,05$. Buna göre hekimin yaşı arttığında hasta-hekim güveni azalmaktadır.

Kültürel yeterlilik ve hasta-hekim güveni ile cinsiyet arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13. Kültürel yeterlilik, hasta-hekim güveni ve hekim cinsiyeti arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Cinsiyet	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	t	p
Kültürel beceri	Kadın	30	3,43	,47	1,127	,264
	Erkek	28	3,26	,70		
Kültürel bilgi	Kadın	30	3,33	,50	-,209	,835
	Erkek	28	3,36	,53		
Kültürel duyarlılık	Kadın	30	3,42	,51	1,259	,213
	Erkek	28	3,26	,43		
Hasta-hekim güveni	Kadın	30	12,30	3,99	2,942	,005
	Erkek	28	9,71	2,50		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 13’te yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine göre kültürel yeterlilik düzeyleri hekimlerin cinsiyetine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $p > ,05$. Öte yandan hasta-hekim güveni düzeylerinin hekimlerine cinsiyetine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir, $t = 2,942$, $p < ,05$. Buna göre erkek hekimlerin hasta-hekim güveni düzeyleri kadın hekimlerden anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Kültürel yeterlilik ve hasta-hekim güveni ile uzmanlık durumu arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. Kültürel yeterlilik, hasta-hekim güveni ve hekim uzmanlığı arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Uzmanlık	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	t	p
Kültürel beceri	Pratisyen hekim	47	3,26	,59	-2,452	,017
	Uzman hekim	11	3,73	,44		

Tablo 14. Kültürel yeterlilik, hasta-hekim güveni ve hekim uzmanlığı arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi sonuçları (devamı)

	Uzmanlık	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	t	p
Kültürel bilgi	Pratisyen hekim	47	3,28	,53	-2,152	,036
	Uzman hekim	11	3,64	,31		
Kültürel duyarlılık	Pratisyen hekim	47	3,24	,43	-3,669	,001
	Uzman hekim	11	3,77	,45		
Hasta-hekim güveni	Pratisyen hekim	47	9,77	2,59	-8,419	,001
	Uzman hekim	11	16,52	1,19		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 14'te yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine kültürel beceri, kültürel bilgi, kültürel duyarlılık düzeylerinin hekimlerin uzmanlığına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir, sırasıyla $t = -2,452$, $-2,152$, $-3,669$, $p < ,05$. Buna göre uzman hekimlerin kültürel yeterliliklerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca hasta-hekim güveni düzeylerinin hekimlerin uzmanlığına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir, $t = -8,419$, $p < ,05$. Buna göre uzman hekimlerin hasta-hekim güveni düzeyi pratisyen hekimlerden anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Kültürel yeterlilik ve hasta-hekim güveni ile yabancı dil arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Kültürel yeterlilik, hasta-hekim güveni ve hekim yabancı dili arasındaki ilişkilere yönelik bağımsız örneklem t-testi sonuçları

	Yabancı dil	N (Kişi sayısı)	Ort.	SS	t	p
Kültürel beceri	Evet	41	3,46	,51	2,376	,021
	Hayır	17	3,07	,69		
Kültürel bilgi	Evet	41	3,41	,47	1,438	,156
	Hayır	17	3,20	,59		
Kültürel duyarlılık	Evet	41	3,40	,47	1,389	,170
	Hayır	17	3,21	,48		
Hasta-hekim güveni	Evet	41	11,98	3,73	3,332	,002
	Hayır	17	8,81	1,81		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 15’te yapılan bağımsız örneklem t-testi analizine kültürel beceri düzeylerinin hekimlerin yabancı dili olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir, $t = 2,376$, $p < ,05$. Buna göre yabancı dili olan hekimlerin kültürel beceri düzeylerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca hasta-hekim güveni düzeylerinin hekimlerin yabancı dili olma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir, $t = 3,332$, $p < ,05$. Buna göre yabancı dili olan hekimlerin hasta-hekim güveni düzeyi yabancı dili olmayan hekimlerden anlamlı bir şekilde daha yüksektir.



TARTIŞMA

Araştırmamızda, Edirne il merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilikle hasta-hekim güveni arasındaki ilişki incelenmiştir. Edirne’de Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 232 hasta ve 58 hekimden veri toplanmıştır.

Hastaların ortalama yaşı 37, geneli kadın, büyük kısmı evlidir. Yine büyük kısmı üniversite mezunudur ve gelir düzeyi aylık 6000-19.000 TL arasındadır. Tamamına yakını ilde ikamet etmekte, yarısına yakını memurdur. Hekimlerin ortalama yaşı 46,3’tür. Yarısından fazlası kadın, büyük kısmı pratisyendir. Büyük kısmı yabancı dil bilmektedir.

Hasta-hekim güveni düzeyi yükseğe yakındır. Kiriş’in (57) çalışmasında da hasta-hekim güven düzeyi yüksek bulunmuştur. Ayrıca Karsavuran ve ark. (58), Güngör ve Karagöl (59), Deniz ve Çimen’in (60) araştırmalarında da hasta-hekim güveni yüksek saptanmıştır. Hekim seçme hakkına sahip olan hastaların hekimlerine güveninin yüksek olması hastaların aynı hekime başvurmasını sağlamaktadır. Bu da aradaki bağlılığın güvenle doğru orantılı olmasıyla açıklanabilir.

Hasta yaşı ve hasta-hekim güveni arasında negatif yönlü ilişki vardır. Birçok araştırmada hasta yaşının hasta-hekim ilişkisini önemli ölçüde etkilediği ortaya konulmaktadır (61, 62). Bazı çalışmalarda bu korelasyon pozitif bulunmuştur. Bir çalışmada, yaşı 20’den az olan hastaların “hekimin meslek birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven” kapsamında yaşı 61 ve üzeri olan hastalardan daha az puan aldıkları belirlenmiştir (63). Yine bu çalışmaya benzer şekilde Devoe ve ark.’nın (64) çalışmasında 65 yaş ve üzeri hasta grubunun hasta-hekim güveninde genç yaş grubuna göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Kiriş (57), çalışmasında orta yaş grubundaki hastaların genç ve yaşlı hastalara göre güven düzeylerinin daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Bu sonuçların yaşlı hastaların

sağlık hizmeti hakkında daha fazla deneyime sahip olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda yaş arttıkça güvenin azaldığı bulundu. Bu durum, yaşlı hastaların sağlık sorunlarını daha fazla yaşamalarından ötürü, yaşam kalitelerinin düşmesi ve hekim güveninin azalması ile ilişkili olarak yorumlanabilir.

Hasta cinsiyeti, medeni durumu, psikiyatrik hastalık durumu, gelir durumu ile hasta-hekim güveni arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Bazı araştırmalarda, cinsiyetin hasta-hekim güveni ya da iletişimde anlamlı bir farklılık sağlamadığı ortaya konulmuştur. Bu çalışma bulguları bizim araştırmamız ile uyumludur (65,66). Buna karşın, cinsiyetin hasta-hekim iletişimde anlamlı farklılık yaratan bir faktör olduğunu vurgulayan araştırmalara da rastlanmaktadır (67). Wazzan'ın (68) çalışmasında, hasta bağlılığı ve memnuniyeti değerlendirilmiş ve bizim araştırma bulgularımıza benzer şekilde medeni durum ve gelirin anlamlı bir farklılık ortaya koymadığı saptanmıştır. Literatürde bu faktörler kapsamında bulguların farklılık göstermesi, çalışmaların genellikle tek merkezli yapılması ile ilişkilendirilebilir.

Hasta eğitim durumu arttıkça hasta-hekim güveni düzeyi de artmaktadır. Hibbard ve Weeks'in (69) çalışmasında, eğitim durumunun hastada hekime bağlılıkta anlamlı farklılık yarattığı belirtilmiştir. Willems ve ark. (70) ise çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek hastaların hekimle daha fazla iletişim kurduklarını vurgulamaktadır. Bu durum, düşük eğitim düzeyine sahip hastaların, hekimleriyle daha zayıf iletişim kurmalarından ve hekimlerin; hastaların istek ve ihtiyaçlarını tam olarak anlayamamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Caruana ve Fenech (71), eğitim durumunun hekimle iletişimde ve bağlılıkta anlamlı farklılık oluşturmadığını belirtmektedir.

Hekimlerde kültürel yeterlilik düzeyi yüksek denebilir. Hekimlerin kültürel yeterlilikleri ile hasta-hekim güveni arasındaki ilişkide, yalnızca kültürel duyarlılık alt boyutunda anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekimin kültürel yeterlilik düzeyi arttığında, hasta-hekim güveni de artmaktadır. Hekimlerde kültürel yeterlilik ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlı olup, genellikle bu değişken hemşireler kapsamında incelenmiştir. Kültürel duyarlılık boyutuna yönelik çalışmanın da oldukça kısıtlı olduğu Kahraman ve Sancar'ın (72) çalışmasında vurgulanmaktadır. Bu nedenle özellikle kültürel yeterliliğe ilişkin bulguların tartışılması zor olmakla beraber, bu durum çalışmanın bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

Hekim yaşı ve cinsiyeti ile kültürel yeterlilik arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda, sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ve yaş arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (73,74). Ancak bizim araştırmamızın bulgularına benzer şekilde

Savaş'ın (75) çalışmasında yaş ve kültürel yeterlilik arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Aktaş (76), hemşirelerde kültürel yeterlilik ile ilgili yaptığı çalışmasında yaş ve kültürel yeterlilik arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgusunu elde etmiştir. Aktaş'ın (76) çalışmasında, cinsiyet de kültürel yeterliliği farklılaştırmayan bir faktör olarak belirlenmiştir. Yine bizim araştırmamıza benzer şekilde Savaş da çalışmasında sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki olmadığını vurgulamıştır (75). Hemşireler üzerine yapılan farklı bir çalışmada da kültürel yeterlilik ve cinsiyet arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (77). Bazı çalışmalarda, sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (73,74). Bu durum, bu çalışmaların yapıldığı bölgelerin kültürel çeşitliliğinin daha fazla olması ve dolayısıyla kültürel bilgi birikim yükünün de fazla olması nedeniyle karşılanamayan bir kültürel duyarlılığa neden olmuş olabilir.

Uzman hekimlerin kültürel yeterlilik düzeyi pratisyenlere göre daha yüksektir. Uzmanlar ve pratisyenler arasında kültürel yeterlilik düzeyinin karşılaştırıldığı çalışma oldukça sınırlıdır. Bu kapsamda yapılabilecek değerlendirmeler için benzer çalışmalara başvurulmuştur. Hemşireler üzerine yapılan iki çalışmada eğitim durumunun artmasıyla beraber kültürel yeterlilik düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (77,78). Buna benzer bir yorum, mesleki deneyimle kültürel yeterlilik ilişkisi çerçevesinde yapılabilir. Bir çalışmada, mesleki deneyimin kültürel yeterliliği pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (79).

Yabancı dil bilen hekimlerin kültürel yeterlilik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yabancı dil bilen hekimlerin hasta-hekim güveni düzeyi yabancı dil bilmeyen hekimlerden daha yüksektir. Bu durum, yabancı dil bilen hekimlerin iş tatminlerinin daha yüksek olması, ayrıca literatürdeki kaynaklara kolay ulaşabilmesi ve bilgi birikimini artırması ile ilişkilendirilebilir. Literatürde, kültürel yeterlilik ve yabancı dil bilme durumu arasındaki ilişkiye yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. Farklı bir alanda yapılan bir çalışmada, yabancı dil bilen bireylerin daha öznel davrandıkları, iletişim ve empati boyutlarında daha başarılı oldukları belirtilmiştir (80).

Hekim yaşı ve hasta-hekim güveni arasında negatif yönlü ilişki vardır. Literatürde yapılan araştırmalarda hasta-hekim güveni genellikle hastaların bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Bu nedenle hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve hasta-hekim güveni ilişkisine yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmanın bir sınırlılığını ifade etse de, literatüre zenginlik katılması bakımından önemlidir. Yapılan sınırlı çalışmaya göre yaş, hekimlerde iş doyumunu ve tükenme düzeyini etkilemekte, böylelikle hasta-

hekim ilişkisi de yönlenmektedir (81). Daha eski çalışmalarda da benzer bulgulara rastlamak mümkündür (82,83).

Erkek hekimler kadınlara göre daha düşük hasta-hekim güveni düzeyine sahiptir. Cinsiyetin hekimde tükenmişlik gibi faktörleri etkilediği ve bu şekilde dolaylı olarak hasta-hekim ilişkisinde farklılaşmaya yol açtığı belirtilmektedir (81-83). Armutlukuyu'nun çalışmasında da erkek hekimlerde duygusal tükenmişlik kadınlara göre daha yüksek tespit edilmiştir (84). Kadın hekimlerin, toplumsal cinsiyet algısı nedeniyle anaçlık gibi faktörlere bağlı olarak daha güvenilir bulundukları düşünülebilir.

Uzman hekimlerin hasta-hekim güveni düzeyi pratisyenlerden daha yüksektir. Literatürde mesleki deneyimsizliğin hekimlerde tükenmişlik düzeyini artırdığı belirtilmektedir (83). Çalışma sürelerinin uzunluğu, iş yükü fazlalığı, kendine zaman ayıramama gibi faktörler de hekimlerde yaşam kalitesini ciddi ölçüde düşürmektedir (85). Bu durum araştırmamız bulgusu ile ilişkilendirilebilir. Uzman hekimlikte artan artan eğitim düzeyi ve tecrübe ile beraber kültürel yeterlilik ve hasta-hekim güveni artmış olabilir.

SONUÇLAR

Bu araştırmada, Edirne il merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ile hasta-hekim güveni arasındaki ilişki ele alınmıştır. Bu kapsamda 01.08.2022-01.11.2022 tarihleri arasında 58 hekim ve Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 232 hastadan toplanan veriler analiz edilmiştir.

1. Çalışmamızda kültürel duyarlılık ve hasta-hekim güveni arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunması, bize hekimin kültürel duyarlılık düzeyi arttığında, hasta-hekim güveninin de arttığını göstermektedir. Dolayısıyla hekimlerin kültürel beceri ve bilgileri eğitimleri kapsamında zaten sağlandığı için, kültürel duyarlılığı artırmaya yönelik broşürler verilmesi, eğitimler yapılması gibi çalışmalar yapılabilir.
2. Yaşlanma süreciyle beraber sağlık sorunlarının artması hekime güven konusunda hasta hassasiyetini etkilemiş olabilir. Dolayısıyla hasta yaşı arttıkça hasta-hekim güveninin azaldığı görülmektedir. Bireylerin aktif yaşlanmalarını sağlamak için periyodik sağlık muayenelerine daha fazla özen gösterilmelidir.
3. Hekim yaşı arttıkça hasta-hekim güveni azalmaktadır. Hekimin yaşının artması hastalarda tecrübe bakımından güveni artırsa da yaşa bağlı olumsuz faktörler nedeniyle güven azalıyor olabilir. Hekimlerin yaşa bağlı tükenmişlik, maddi kaygılar, güvenlik endişeleri gibi olumsuz faktörlerden etkilenme düzeyini azaltmaya yönelik çalışmalarda bulunulabilir.
4. Üniversite mezunu hastalar hekimlerine daha fazla güvenmektedir. Bunun nedeni de eğitim düzeyi yüksek olan hastaların hekimleriyle daha fazla iş birliği içinde

olmalarıdır. Bu sebeple hekimler ve eğitim düzeyi düşük hastalar arasındaki iş birliğini artırmaya yönelik çalışmalar yapılabilir.

5. Kadın hekimlerin empati ve merhamet duygusunun daha fazla olması gibi faktörlere bağlı olarak daha güvenilir bulundukları düşünülebilir. Araştırmamızın sonucunda hasta-hekim güven düzeylerinin kadınlarda daha yüksek görülmesiyle karşımıza çıkan güvenilir bulunma durumunun erkekler için de geçerli olabilmesi için hekimlere daha fazla empati eğitimlerinin verilmesi gerekir.
6. Uzman hekimlikte artan eğitim düzeyi ve tecrübe ile beraber kültürel yeterlilik ve hekime karşı güven artmaktadır. Hastalarda güven duygusunu yüksek tutmak için hekimlerin bilgilerini güncel tutması ve sürekli eğitim programlarına katılması gerekmektedir.
7. Yabancı dili olan hekimlerin kültürel becerilerinin daha yüksek olması farklı kültürel özelliklere sahip hastalarla daha iyi iletişim kurabildiklerinden dolayıdır ve buna bağlı olarak daha yüksek hasta-hekim güven düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Bu sebeple her hekimin farklı kültürel özelliklere sahip hastalarla iletişim kurabilmesi ve onları anlaması için yabancı dil bilmesi gerekmektedir.

ÖZET

Bu araştırmada Edirne il merkezi birinci basamak sağlık alışanlarında kültürel yeterlilik ve hasta-hekim güveni ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın amacı kapsamında 58 hekim ve 232 hastadan veri elde edilmiştir. Araştırmaya 18 yaş zeri, Türkçe konuşabilen, araştırmaya katılmaya gönüllülük gösteren, kişi, yer ve zamana oryante olan bireyler dahil edilmiştir. İki formdan oluşan anketler veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Hekimlere verilen anket formunda sosyodemografik bilgilere yönelik bir bölüm ile Birinci Basamak Sağlık alışanları İçin Kültürel Yeterlilik leği bulunmaktadır. Hastalara ise yine sosyodemografik bilgi formu ile hasta-hekim güvenine ilişkin soruların bulunduğu bölüm sunulmuştur. SPSS 19 istatistik programı kullanılarak veriler analiz edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hekimlerin kültürel duyarlılık düzeyi arttığında, hasta-hekim güveni de artmaktadır. Ayrıca hasta yaşı arttığa hasta-hekim güveni azalmaktadır. Hastanın eğitim düzeyi arttığa hasta-hekim güveni de artmaktadır. Hekim yaşının artması ile beraber hasta-hekim güveni azalmaktadır. Erkek hekimlerin hasta-hekim güveni kadın hekimlere kıyasla daha düşüktür. Uzman hekimlerin kültürel yeterlilikleri ve hasta-hekim güvenleri daha yüksektir. Yabancı dil bilen hekimlerin de kültürel yeterlilikleri ve hasta-hekim gvenleri daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık alışanları, Hasta hekim güveni, Hasta hekim ilişkisi, Kültürel yeterlilik

THE RELATIONSHIP BETWEEN CULTURAL COMPETENCE AND PATIENT-DOCTOR TRUST IN EDIRNE PROVINCAL CENTER IN PRIMARY HEALTHCARE WORKERS

SUMMARY

In this study, it was aimed to evaluate the relationship between cultural competence and patient-doctor trust in primary health care workers in Edirne city center. Within the scope of the study, data were obtained from 58 doctors and 232 patients. Individuals over the age of 18, who can speak Turkish, who voluntarily wanted to participate in the research, and who are oriented to the person, place and time were included in the study. Questionnaires consisting of two forms were used as data collection tool. The questionnaire given to the doctors, consisted of sociodemographic information and the Cultural Competence Scale for Primary Health Care Professionals. The patients were presented with a sociodemographic information and a section with questions and questionnaire of about patient-doctor trust. Data were analyzed using the SPSS 19 statistical program. According to the results of the research, when the cultural competency of doctors increases, patient-physician trust also increases. In addition, as patient age increases, patient-doctor trust decreases. As the education level of the patient increases, patient-doctor trust also increases. As the doctor age increases, patient-doctor trust decreases. Male doctors have lower patient-doctor trust than female doctors. Cultural competencies and patient-doctor trust of specialists are higher. Doctors who speak a foreign language were also found to have higher cultural competence and patient-doctor trust.

Keywords: Primary health care workers, Patient-physician trust, Patient-doctor relationship, Cultural competence



KAYNAKLAR

1. Kırılmaz, H., Yıldırım, Y. ve Karakaya, F. Aile hekimliğinde hasta-hekim ilişkisinin hastaların bakış açısıyla değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 2019:349-59.
2. Baltacı D, Kara İ, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeker A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: pilot çalışma. Konuralp Tıp Derg 2011;3(2):9-15.
3. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002:10.
4. Öz M, Uyar E. Sağlık hizmetleri pazarlamasında algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerinde ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. Karamanoğlu Mehmetbey Univ Sos Ekon Arşt Derg 2014;16(26):123-32.
5. Uğurluoğlu E, Özgen H. Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2008;11(2):133-60.
6. Tutar F, Kılınç N. Türkiye'nin sağlık sektöründeki ekonomik gelişmişlik potansiyeli ve farklı ülke örnekleriyle mukayesesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2007;9(1):31-54.
7. Demirbilek S, Çolak M. Sağlık hizmetlerinde kalite: Manisa il örneği. Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi 2008;1(2):91-111.
8. Başlı M, Bekar M, Civelek İ. Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve "kültürel yeterlilik süreci modeli"ni anlamak. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2018;1(1):18-24.
9. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg 2007;33(2):91-6.

10. Köse H, Kazan F. Sağlıklı toplumdan sağlığın gaspına sağlığın kuramsal betimlenişi ve medyada "sağlıklı toplum" imgesi. *Ulakbilge* 2017;5(18)2205-30.
11. Baykara T. Türk kültür tarihine bakışlar. Ankara: Atatürk Kültür Merkezi; 2001:9.
12. Alemdar K, Erdoğan İ. Popüler kültür ve iletişim. Ankara: Erk Yayınları; 2005:11.
13. Eagleton T. Kültür yorumları. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2005:9-15.
14. Yüksel AH. Atatürkçü Düşünce Sisteminde Kültürel İletişimin Modele Dayalı Boyutları (tez). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 1987.
15. Oskay Ü. Gelişim Açısından Kültür Devrimi. (tez). Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi; 1970.
16. Williams R (Çeviri: Suavi Aydın) Kültür. Ankara: İmge Kitabevi; 1993:210.
17. Mutlu E. İletişim sözlüğü. Ankara: Ark Yayınları; 1994:244-51.
18. Güvenç B. İnsan ve kültür. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1994:95.
19. Güvenç B. Kültür konusu ve sorunlarımız. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1985:73 .
20. Parekh B (Çeviri: B. Tanrıseven) Çokkültürlülüğü yeniden düşünmek. Ankara: Phoenix Yayınevi; 2002:382-95.
21. Doğan İ. Sosyoloji kavramlar ve sorunlar. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2008:407-8.
22. Özakpınar Y. Kültür ve medeniyet anlayışları ve bir medeniyet teorisi. İstanbul: Kubbealtı Neşriyatı; 1997:102-8.
23. Tezcan M, Kültürel Antropoloji. Ankara: Maya Akademi; 2016:186-90.
24. Hammell KRW. Occupation, well-being, and culture: theory and cultural humility/Occupation, bien-être et culture: la théorie et l'humilité culturelle. *Can J Occup Ther* 2013;80(4):224-34.
25. Black RM, Wells SA. Culture and occupation: a model of empowerment in occupational therapy. Bethesda: AOTA Press; 2007:86-92.
26. Bonder B, Martin L. Culture in clinical care: strategies for competence. Thorofare: Slack Books; 2013:58-69.
27. Annamalai A, Geltman PL. Overview of domestic screening. In: Annamalai A (Ed.). *Refugee Health Care: An Essential Medical Guide*. New York: Springer Science Business Media; 2014:19-27.
28. Chen J, Wang Y. Cultural Competence Experiences Which Chinese Nurses Have In Finland. (Dissertation). Otaniemi: Laurea University; 2015.

29. Leininger MM. The transcultural nurse specialist: Imperative in today's world. *Nurs Health Care* 1989;10(5):250-6.
30. Cross TL. Towards a culturally competent system of care: Center for Child Health and Mental Health Policy. Georgetown University Child Development Center; 1989 Mar. ERIC No: ED330171.
31. Eğinli AT. Kültürlerarası yeterliliğin kazanılmasında kültürel farklılık eğitimlerinin önemi. *Öneri Dergisi* 2011;9(35):215-27.
32. Tanrıverdi G. Hemşirelerin kültürel yeterli bakım için uygulama standartlarına yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015;31(3):37-52.
33. Gözüm S, Tuzcu A, Seher Y. Developing a cultural competency scale for primary health care professionals. *Psikoloji Çalışmaları* 2020;40(2):429-50.
34. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs* 2002;13(3):181-4.
35. Taşkın A. Organ ve doku nakillerinde hekimin cezai sorumluluğu. Ankara: Adil Yayınevi; 1997:35-43.
36. Hatemi H. Özel hasta gruplarının hakları. *Sağlık Hakkı Dergisi* 2006;1:42-4.
37. İşcan ÖF. Dönüştürücü ve Etkileşimci Liderlik Anlayışları İle Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkide Örgütsel Güvenin Rolü (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi;2013.
38. Şenturan Ş. Örnek olaylarla örgütsel davranış. İstanbul: Beta Yayınevi; 2014:30-7.
39. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük, 2022, <http://www.tdk.gov.tr>.
40. Demircan N, Ceylan A. Örgütsel güven kavramı: nedenleri ve sonuçları. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi* 2003;10(2):139-50.
41. Mayer RC, Davis JH, Schoorman FD. An integrative model of organizational trust. *Acad Manage Rev* 1995;20(3):709-34.
42. Özler DE. Örgütsel davranışta güncel konular. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım; 2010:442-8.
43. Gök G. Örgütsel Güven ve Örgütsel Bağlılığın Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Saptanmasına Yönelik Ampirik Bir Çalışma (tez). Ankara: Ufuk Üniversitesi; 2011.
44. Erdem F. Niklas Luhmann'ın tanıdıklık, emin olma ve güven ayrımı. Ankara: Vadi Yayınları; 2003:53-60.
45. Güneş D. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Örgütsel Güven ve Kolektif Yeterlik Algıları İle Örgütsel Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (tez). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2014.

46. İşçi E. Psikolojik Sözleşme İhlalinin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisinde Güvenin Rolü (tez) İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2010.
47. Sadykova G. Örgütsel Güven Oluşturmada Manipülasyon Tekniklerinin Etkisi: Türkiye-Tataristan Karşılaştırması (tez) Sakarya Üniversitesi; 2014.
48. Eroğlu F, Davranış bilimleri. İstanbul: Beta Yayınevi; 2006:524-8.
49. Topaloğlu IG. İşgörenlerin Adalet ve Etik Algıları Açısından Örgütsel Güven İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi (tez). Ankara: Atılım Üniversitesi; 2010.
50. Zhang R, Lu X, Wu W, Shang X, Liu M. Mature or emerging? The impact of treatment-related internet health information seeking on patients' trust in physicians. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(9):1855.
51. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med* 2000;15(7):509-13.
52. Goold SD. Money and trust: relationships between patients, physicians, and health plans. *J Health Polit Policy Law* 1998;23(4):687-95.
53. Sweeney JF. The eroding trust between patients and physicians: why the relationship is strained and what doctors can do to strengthen the connection. *J Med Econ* 2018;95(7):38-41.
54. Leisen B, Hyman MR. Antecedents and consequences of trust in a service provider: the case of primary care physicians. *J Bus Res* 2004;57(9):990-9.
55. Kim AM, Bae J, Kang S, Kim Y-Y, Lee J-S. Patient factors that affect trust in physicians: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):1-8.
56. Perng S-J, Watson R. Psychometric testing of an instrument measuring core competencies of nursing students: an application of Mokken scaling. *Adv Nurs Sci* 2013;36(2):146-57.
57. Kiriş P. Hasta-Hekim Güven İletişiminin ve Öz-yeterliliğin Tedaviye Uyuma Etkisi (tez). Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2021.
58. Karsavuran S, Kaya S, Akturan S. Hasta hekim iletişimde güven bir genel cerrahi polikliniği örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2011;14.
59. Güngör A, Karagöl C. Üçüncü basamak çocuk hastanesine başvuran ebeveynlerin memnuniyet, bağlılık ve güven düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2020;12(1):40-4.
60. Deniz S, Çimen M. Hekimlere güven düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2021;8(1):10-6.

61. Osuna E, Pérez-Cárceles MD, Esteban MA, Luna A. The right to information for the terminally ill patient. *J Med Ethics* 1998;24(2):106-9.
62. Akabayashi A, Fetters MD, Elwyn TS. Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: a Japanese case and discussion. *J Med Ethics* 1999;25(4):296-301.
63. Koç E. Aile Hekimliğinde Hasta-Hekim İletişiminde Güven Unsurunun Hastanın Hekime Bağlılığı Üzerine Etkisi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2014.
64. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer Jr GE. Patient age influences perceptions about health care communication. *Fam Med* 2009;41(2):126.
65. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Mayo F. Doctor-patient communication and outcomes among diabetic patients. *J Community Health* 1975;1(1):15.
66. Uludağ A. Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2011.
67. Street Jr RL. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med* 1991;32(5):541-8.
68. Wazzan DB. Patient Loyalty Versus Satisfaction: Implications For Quality and Marketing Strategies (dissertation): Minnesota: Walden University; 2007.
69. Hibbard JH, Weeks EC. Consumerism in health care: prevalence and predictors. *Med Care* 1987;1019-32.
70. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005;56(2):139-46.
71. Caruana A, Fenech N. The effect of perceived value and overall satisfaction on loyalty: a study among dental patients. *J Med Market* 2005;5(3):245-55.
72. Kahraman N, Sancar O. Sağlık çalışanlarının kültürel duyarlılığı. *Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi* 2017;107.
73. Riley D, Smyer T, York N. Cultural competence of practicing nurses entering an RN-BSN program. *Nurs Educ Perspect* 2012;33(6):381-5.
74. Almutairi AF, McCarthy A, Gardner GE. Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: registered nurses' experience in Saudi Arabia. *J Transcult Nurs* 2015;26(1):16-23.
75. Savaş M. Adıyaman İl Merkezinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2019.

76. Aktaş YY, Uğur HG, Orak OS. Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2016;8:120.
77. Çalışkan H, Yılmaz SH. Hemşirelerde kültürel yetkinlik algısının iş performansına etkisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 13(1):127-49.
78. Yılmaz M. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kültürel Yeterlilik Düzeyleri: Bir Gaziantep Devlet Hastanesi Örneği (tez). İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2020.
79. Lin C-N, Mastel-Smith B, Alfred D, Lin Y-H. Cultural competence and related factors among Taiwanese nurses. J Nurs Res 2015;23(4):252-61.
80. Filiz M. Yabancı dil olarak türkçe öğretimine ilişkin öğretmen görüşlerinin değerlendirilmesi. Dede Korkut Türk Dili ve Edebiyatı Araştırmaları Dergisi 2012;1(1):102-25.
81. Bircan M. Acil Tıp Hizmeti Veren Hekimlerde Tükenme Sendromu (tez). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2005.
82. Aslan S, Aslan R, Alparslan Z, Gürkan S, Ünal M. Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. Çukurova Üniv Tıp Fak Derg 1997;22(2):132-6.
83. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Derg 2000;11(1):46-57.
84. Armutlukuyu M. Tıp Fakültelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri ve Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.
85. Avcı K, Pala K. Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg 2004;30(2):81-5.

EKLER



EK 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI						
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye						
ARASTIRMA BAŞVURUSU/ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-GOBAEK 2022/88				
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Kültürel Yeterlilik ile Hasta-Hekim Güveni Arasındaki İlişki				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez	Çok Merkez			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:06/06	Tarih:21.03.2022				
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılacak planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araç. Gör. Dr. Dilay ÇAĞLAYAN VERGİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GOBAEK Yönergesi						
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülşim ONAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Semaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Fırat TÖTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Değ. Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİÇEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretim Üyesi Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilgili
**Toplantıda Bulunma

EK 2

Evrak Tarih Sayısı: 22.06.2022-275201

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2022/13

Karar: 2022/13

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 14/06/2022 tarih saat 15:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülден YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

- 1- 1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ayşe ÇAYLAN'nın danışmanlığını üstlendiği, Araştırma Görevlisi Dr.Dilay ÇAĞLAYAN VERGİ'nin uzmanlık tez çalışması olan''Edirne İl Merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Kültürel Yeterlilik İle Hasta-Hekim Güveni Arasındaki İlişki '' konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN

Dr. Şebnem ERGİN TOSUN

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan V.

Dr. Şebnem ERGİN TOSUN

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN

Merkez İlçe Tıbbi Hizmetleri Birim Sorumlusu

Validehan ÇETİNTAŞ

Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu V.

Validehan ÇETİNTAŞ

Bulasıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

EK 3

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
KÜLTÜREL YETERLİLİK İLE HASTA-HEKİM GÜVENİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
ARŞ. GÖR. DİLAY ÇAĞLAYAN VERGİ
DANIŞMAN PROF.DR. AYŞE ÇAYLAN

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin kültürel yeterliliğinin araştırılması amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunda olmayıp, katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

3-Uzmanlık durumunuz: Pratisyen hekim ☐ Uzman hekim ☐

4-Yabancı Dil: Evet ☐ Hayır ☐

1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle Katılıyorum
---------------------------------	-------------------	-----------------	------------------	--------------------------------

1.Meslektaşlarıma, çeşitli kültürlerin farklılık ve benzerliklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	1	2	3	4	5
2. Meslektaşlarıma, farklı kültürlerden gelen birey-aile-topluma yönelik sağlık hizmetlerini nasıl planlayacaklarını öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	1	2	3	4	5
3. Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini göstermek için örneklerden yararlanabilirim.	1	2	3	4	5
4. Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini meslektaşlarıma öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	1	2	3	4	5
5. Kültürel faktörlerin, sağlık hastalık konusundaki inanç/davranışlar üzerindeki etkilerini farklı etnik geçmişi olan birey-aile-topluma açıklayabilirim.	1	2	3	4	5
6.Her birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları ile ilgili bilgileri toplamak benim için kolaydır	1	2	3	4	5
7. Meslektaşlarıma, sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgileri öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	1	2	3	4	5
8.Meslektaşlarıma, farklı kültür gruplarından olan birey-aile-topluma sağlık hizmeti verirken nasıl uygun davranış sergileyeceklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	1	2	3	4	5
9. Sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgi ya da kuramları biliyorum.	1	2	3	4	5
10.Kültürün, birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları üzerindeki etkisini açıklayabilirim.	1	2	3	4	5

11. Sağlık, hastalık ve kültürle ilgili bilgi toplama yöntemlerini biliyorum.	1	2	3	4	5
12. Farklı kültürel geçmişi olan bireyler-aileler-toplumlar arasındaki sağlık ve hastalık inançlarını karşılaştırabilirim.	1	2	3	4	5
13. Farklı kültürel geçmişi olan bireyin-ailenin-toplumun sağlık hizmeti gereksinimlerini kolaylıkla belirleyebilirim.	1	2	3	4	5
14. Sağlık hizmeti verirken, farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumun gereksinimlerini karşılayabilirim.	1	2	3	4	5
15. Birey-aile-toplumun sağlık/hastalık inancı ile kültürü arasındaki ilişkiyi açıklayabilirim.	1	2	3	4	5
16. Sağlık hizmetlerinin hedeflerini, birey-aile-toplumun kültürel geçmişine göre belirleyebilirim.	1	2	3	4	5
17. Farklı kültürlerden olan grupların inançlarını anlamak için genellikle çok çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
18. Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-topluma bakım verirken, genellikle onların kültürel normlarına uygun davranırım.	1	3	3	4	5
19.Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumla iletişim kurabilirim.	1	2	3	4	5
20. Birey-aile-toplumun sağlık inanç/davranışları ile sağlık hizmetlerindeki bakım uygulamaları arasındaki farklılıkları onlarla konuşurum.	1	2	3	4	5

[illegible]