



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTALARIN HEKİM SEÇME KRİTERLERİ VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE SAĞLIK
OKURYAZARLIK SEVİYELERİ İLE İLİŞKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Rüşücan ZANGUR

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTALARIN HEKİM SEÇME KRİTERLERİ VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE SAĞLIK
OKURYAZARLIK SEVİYELERİ İLE İLİŞKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Rüşücan ZANGUR

Tez Danışmanları

Doç. Dr. İsmail KASIM

Dr. Öğr. Üyesi Erhan ŞİMŞEK

Ankara, 2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

11/09/2024

Rüştücan ZANGUR



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve birikimlerini esirgemeyen, maddi ve manevi birçok konuda destek olan Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet KESKİN hocama,

Tez yazım sürecinde en başından en sonuna kadar her türlü teknik ve manevi destek sağlayan ve hiç eksikliğini hissetmediğim saygıdeğer tez danışmanı hocam ve abim Doç. Dr. İsmail KASIM’a,

Bu süreçte kıymetli bilgi, birikimini ve tecrübesini benimle paylaşan, tez yazım sürecinde kıymetli eleştirel bakış açısıyla tezime yön veren kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Erhan ŞİMŞEK’e

Tez yazım sürecinde benim derdimle dertlenen her türlü desteği sağlayan kıymetli arkadaşlarım ve meslektaşlarım Uzm. Dr. Aygün AYHAN, Dr. Tolga AKBEN ve tüm diğer asistan arkadaşlarıma,

En çok zorlandığım ve dara düştüğüm vakitte yardımına koşan, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen Doç. Dr. Tuğba YILMAZ hocama ve hemşire Nermin GÜR ÇAĞLAR hanıma,

Bu süreçte en kötü zamanlarımda desteğini eksik etmeyen, kıymetli eşim ve hayat arkadaşım Sümeyye Türkan ZANGUR’a

Teşekkürlerimi, saygılarımı ve minnettarlıklarımı sunarım...

ÖZET

Hastaların Hekim Seçme Kriterleri ve Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri ile İlişkisi

Giriş ve Amaç: Hekim tercihi, hastaların hastalıkları ile alakalı uzmanlık dalları arasında ihtisas yapmış doktorlar arasından kendi kriterlerine göre en uygun olanı seçmesidir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için kişilerin sağlık bilgisine ulaşım, bilgiyi idrak etme ve kullanma yetenekleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler” şeklinde tanımlamıştır. Çalışmamız hastaların hekim seçimi ile sosyodemografik ve sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamaktadır. Buradan yola çıkarak iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurulması ve bunun sonucunda ise daha kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri sunulması çalışmanın asıl amacıydı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma gözlemsel tipte kesitsel bir anket çalışmasıdır. Hazırlanan anket formları Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği, Genel Cerrahi, Üroloji, Dahiliye polikliniklerine 01/12/2023-20/03/2024 tarihleri arasında başvuran ve sıra bekleyen hastalar üzerine uygulanmıştır. Çalışmada sağlık okuryazarlık ölçeği olan TSOY-32 kullanılmıştır. Ayrıca hekim seçimine yönelik kendi hazırladığımız anket soruları ve sosyodemografik bilgilerin sorgulandığı bölüm de bulunmaktadır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 27.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %25.0’i ($n=100$) aile hekimliği, %25.0’i ($n=100$) dahiliye, %25.0’i ($n=100$) genel cerrahi, %25.0’i ($n=100$) üroloji polikliniğindedir. Bireylerin yaş ortalaması 35.34 ± 11.71 yıl olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %41.3’ü ($n=165$) erkektir. Gelir durumlarında ise bireylerin %25.5’nin ($n=102$) geliri giderinden az, %42.5’nin ($n=170$) geliri giderine eşit, %32.0’sinin ($n=128$) geliri giderinden fazladır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam puan ortalaması 33.07 ± 8.60 olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin TSOY-32 toplam puan ortalaması 32.01 ± 7.89 , kadınların TSOY-32 toplam puan ortalaması 33.81 ± 9.01 ’dir. Çalışmaya katılan bireylerin TSOY-32 toplam ölçek puanlarına göre;

%16.0'sı (n=264) yetersiz, %37.3'ü (n=149) sorunlu-sınırlı, %29.7'si (n=119) yeterli, %17.0'si (n=68) mükemmel olduğu belirlenmiştir. En çok “katılıyorum” yanıtı alınan iki ifade “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim” (%76.3) ile “Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir” (%76.5) oldu. En çok “katılmıyorum” yanıtı alınan iki ifade “Çok ilaç yazan hekim daha iyidir” (%95.5) ile “Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir” (%93.8) oldu.

Sonuç: Çalışmamızda hiç kuşkusuz hekim seçiminde en önemli kriterin hekimin mesleki bilgi ve tecrübesi olduğu tespit edildi. Hekimin yaşının, cinsiyetinin, kılık kıyafetinin, mezun olduğu üniversitenin, hekimin özelde çalışıp muayene ücretinin yüksek olmasının, televizyon veya sosyal medyada ünlü olmasının hekim seçiminde önemli kriterler olmadığı sonucuna varıldı. Benzer şekilde çalışmamızda sağlık okuryazarlığının ve bireylerin sosyodemografik özelliklerinin özellikle bazı kriterler açısından hekim tercihinin etkileyebileceği görüldü.

Anahtar kelimeler: Hekim seçimi, hekim tercihi, sağlık okuryazarlığı, aile hekimliği

ABSTRACT

Criteria for Physician Selection by Patients and Sociodemographic Characteristics and Its Relationship with Health Literacy Levels

Introduction and Purpose: Physician choice is the process through which patients select the most suitable doctor from among those who have specialized in relevant medical fields according to their own criteria. The World Health Organization defines health literacy as "the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways that promote and maintain good health." Our study aims to determine the relationship between patients' physician selection and their sociodemographic factors and health literacy. The main goal of the study was to establish a good patient-physician relationship, and consequently, to provide higher-quality primary healthcare services.

Materials and Methods: The study is an observational cross-sectional survey. The prepared questionnaire forms were applied to patients waiting in line at the Family Medicine, General Surgery, Urology, and Internal Medicine outpatient clinics of Ankara Bilkent City Hospital between 01/12/2023 and 20/03/2024. The study utilized the health literacy scale TSOY-32. Additionally, there is a section with questions we prepared regarding physician selection and a section querying sociodemographic information. Statistical analyses and calculations were performed using IBM SPSS Statistics 27.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) and MS-Excel 2007. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: Among the participants, 25.0% (n=100) were in the Family Medicine clinic, 25.0% (n=100) were in the Internal Medicine clinic, 25.0% (n=100) were in the General Surgery clinic, and 25.0% (n=100) were in the Urology clinic. The average age of the participants was 35.34 ± 11.71 years. Of the participants, 41.3% (n=165) were male. Regarding income, 25.5% (n=102) of individuals had an income less than their expenses, 42.5% (n=170) had an income equal to their expenses, and 32.0% (n=128) had an income greater than their expenses. The average total score on the Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32) was found to be 33.07 ± 8.60 . The average total TSOY-32 score for men was 32.01 ± 7.89 , while for women it was 33.81 ± 9.01 .

According to the TSOY-32 total scale scores of the participants, 16.0% (n=264) had inadequate health literacy, 37.3% (n=149) had problematic-limited health literacy, 29.7% (n=119) had sufficient health literacy, and 17.0% (n=68) had excellent health literacy. The two statements with the highest agreement were "I prefer a physician with better professional success rather than gender in specialties such as Urology, Obstetrics and Gynecology" (76.3%) and "A physician who seeks opinions from doctors in other specialties on issues unrelated to their own field is better" (76.5%). The two statements with the highest disagreement were "A physician who prescribes many medications is better" (95.5%) and "A physician who does not prescribe every medication you request is a bad physician" (93.8%).

Conclusion: Our study found that, without a doubt, the most important criterion in physician selection is the physician's professional knowledge and experience. Factors such as the physician's age, gender, attire, the university they graduated from, whether they work in private practice with high consultation fees, or their fame on television or social media were not found to be significant criteria in physician selection. Similarly, our study indicated that health literacy and the sociodemographic characteristics of individuals can influence physician preference, particularly concerning certain criteria.

Keywords: Physician selection, physician preference, health literacy, family medicine

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLO LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Tanımı.....	3
2.2. Sağlık Hizmetleri	4
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	4
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	6
2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
2.3. Sağlık Okuryazarlığı.....	7
2.4. Aile Hekimliği	8
2.4.1. Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi	9
2.4.2. Türkiye’de Aile Hekimliği Gelişimi.....	11
2.5. Hekim Tercihi	12
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3.1. Etik Kurul Onayı.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri, Tarihi ve Türü	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA.....	54
5.1. Hekim Tercihinin ve Hekim Tercihini Etkileyen Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi.....	54
5.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyodemografik Özelliklerin Birlikte Değerlendirilmesi	65
5.3. Hekim Seçme Kriterlerinin Aile Hekimliği Açısından Öneminin İncelenmesi.....	69

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR.....	73
8. EKLER.....	79
EK-1. Katılımcı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	79
EK-2. Anket Soruları	81
EK-3. Etik Kurul Onayı.....	84



KISALTMALAR

AGP/FMSEE	: Association of general practice/family medicine of South-East Europe
AHA	: Aile Hekimi Akademisi Derneği
AHEAD	: Aile Hekimliği Eğitim Araştırma Derneği
AHEF	: Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AMA	: Amerikan Tıp Birliği
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGPRN	: European General Practice Research Network
EQuiP	: European Society for Quality and Patient Safety in General Practice/Family Medicine
ESFAM	: Eurasian Society of Family Medicine
EURACT	: The European Academy of Teachers in General Practice
EURİPA	: European Rural and Isolated Practitioners Association
EUROP-REV	: The European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice
HKBA	: Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi anlama
HKBD	: Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi değerlendirme
HKBK	: Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma
HKBU	: Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma
IOM	: Tıp Enstitüsü

TAHEV	: Türkiye Aile Hekimliği Vakfı
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
THBA	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi anlama
THBD	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme
THBK	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma
THBU	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiye ulaşma
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği
WONCA	: World Organizations of Family Doctors



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	<i>Çalışmamızın Tanımlayıcı Bilgileri ve Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri</i>	18
Tablo 4.2.	<i>Bireylerin Hekimler ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı</i>	20
Tablo 4.3.	<i>Cinsiyete Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması</i>	22
Tablo 4.4.	<i>Medeni Duruma Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması</i>	26
Tablo 4.5.	<i>Gelir Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması</i>	29
Tablo 4.6.	<i>Poliklinik Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması</i>	32
Tablo 4.7.	<i>Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması</i>	37
Tablo 4.8.	<i>Yaş ile Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların İlişkisi</i>	45
Tablo 4.9.	<i>Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ile Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Bileşenlerinin Puan Dağılımı</i>	46
Tablo 4.10.	<i>Demografik Özelliklere ve Polikliniklere Göre TSOY-32 Puan Dağılımı</i>	48
Tablo 4.11.	<i>Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Sınıflamasına Göre Dağılımı</i>	49
Tablo 4.12.	<i>Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Düzeylerine Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması</i>	50

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hekim tercihi, hastaların hastalıkları ile alakalı uzmanlık dalları arasında ihtisas yapmış doktorlar arasından kendi kriterlerine göre en uygun olanı seçmesidir ve bu yüzden, hekim tercihi aşamasındaki kriterler, kişiden kişiye değişebilmektedir. Literatürde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ağırlıklı olarak hekim tercihini en fazla etkileyen kriterlerin, iyi iletişim kurma, mesleki yetkinlik, muayenede yeterli sürenin ayrılması, arkadaş veya diğer çevreden sunulan öneriler, hasta ile yakından ilgilenmesi ve takibi olduğu görülmektedir (Yüksel, 2023).

Günümüzde sağlık okur yazarlığının birçok tanımı mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için kişilerin sağlık bilgisine ulaşım, bilgiyi idrak etme ve kullanma yetenekleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler” şeklinde tanımlamıştır (Yakar vd., 2019). Sağlık okuryazarlığının tanımında yer alan sağlıkta iyilik halinin korunması düşüncesi Aile hekimliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel felsefesini oluşturmaktadır (WONCA, 2023).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler; doktorla ve diğer sağlık personelleriyle iyi bir iletişim kurmakta zorluk yaşamaktadır ve sağlık bilgi düzeyi yeterli olmaması nedeniyle hastalığa yakalanma ihtimali yüksektir. Yine sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerde sigara içme oranları ve sağlıklı olmayan davranışlar gösterme olasılığı daha yüksektir, bu bireyler sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden faydalanma konularında sorun yaşamaktadır ve sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır, bu durum ise gereksiz hastane başvurularına neden olarak sağlık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Öztürk, 2018). Aile Hekimleri, yetersiz sağlık okuryazarlığının neden olduğu sorunlarla günlük olarak karşılaşmaktadır. Bunlar arasında ilaçların uygunsuz kullanımı, tedavi tavsiyelerinin yanlış anlaşılması, sık doktor muayenesi, iletişim zorlukları, sağlık geçmişi hakkında eksik bilgi verme, randevulara, teşhis testlerine ve prosedürlere hazırlıksız olma ve bunlara katılmama gibi durumlar bulunmaktadır (Todorovic vd., 2019).

“Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır” (WONCA, 2023). Aile hekimliğinin tanımından da yola çıkarak sağlık sisteminde hastaların başvuracağı ilk durak olan birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aile hekimlerinin, hastaya bütüncül ve biyopsikososyal bir bakış açısıyla yaklaşabilmesi için önerilerde bulunmak çalışmamızın temel amaçlarındandı.

Bu çalışma ile birlikte hastaların hekim seçerken hangi kriterleri göz önünde bulundurduğunu saptamak amaçlandı. Genel hekim seçme kriterlerinden yola çıkarak Aile Hekimliği özelinde bu kriterler dikkate alınıp iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurulması ve bunun sonucunda ise daha kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri sunulması çalışmanın asıl amaçlarından biriydi. Ayrıca hastaların hekim seçme kriterleri belirlenirken sadece hekim kaynaklı özellikler değil hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hekim seçme kriterlerini belirlemeleri arasında bir ilişki söz konusu olup olmadığını belirlemek de çalışmanın amaçlarındandı.

Bu çalışma ile birlikte hastaların kendilerine uygun olan ve güvenebilecekleri hekimlerin mesleki zaruret, acil durumlar haricinde genel olarak hangi özelliklere sahip olması gerektiği, bu durumdan yola çıkarak ülkemizin sağlık politikalarını (özel sağlık sistemi veya kamu hastanelerine yönelim) belirlemeye yardımcı olmak amaçlandı. Bir diğer amacımız da bu kriterlerin mesleki etik kurallarına ve hekimlik mesleğinin doğasına zarar vermeyecek şekilde gerekli görüldüğü taktirde hekimlerin eğitim programına eklenmesi konusunda fikir vermektir (mesleki kurs, seminer veya tıp fakültesi eğitim programı). Ayrıca sadece hekim değil hastalara da sağlık okuryazarlık konusunda farkındalık yaratmak ve son olarak hekim-hasta ilişkilerindeki olumsuzlukları en aza indirerek kaliteli bir sağlık sistemi oluşturmak amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Tanımı

İnsan mutluluğu için sağlık önemli ve öncelikli bir etmendir. Çoğunlukla sağlıklı olma halinin varlığı değil yokluğu bireyler için hissedilirdir (Başol ve Işık, 2015). Geçmişten günümüze sağlık kavramı birçok şekilde açıklanmaya çalışılmıştır (Ünsal, 2017). Literatür incelendiğinde genel olarak sağlığın pozitif ve negatif tanımlamaları yapılmıştır.

Sağlık, pozitif bir nitelik olarak görüldüğünde, ideal bir durum olarak kabul edilir ve sosyal aktiviteleri sürdürebilmek için yeterli olma, bireylerin toplumsal yaşama katılma yetenekleri, toplumla sağlıklı ilişkiler kurabilme kabiliyetleri, ruhsal ve fiziksel uyum sağlayabilme seviyeleri gibi özellikleri içerir. Bu tür olumlu tanımlar, sağlığın pozitif yönünü ifade eder. Sağlık, hastalık veya patolojik bozuklukların olmadığı durum olarak da negatif bir biçimde tanımlanabilir (Akkavak, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı ise pozitif tanıma çok iyi bir örnek olup "Sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur" şeklindedir (WHO, 2024; Yelboğa ve Bayır Aslan, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımında vurgulanan 'sosyal yönden tam bir iyilik hali' kavramı, sağlığın sadece bireysel değil aynı zamanda toplumsal boyutunu da içerdiğini belirtir. DSÖ'nün sağlık tanımı oldukça kapsamlıdır; sadece hastalık yokluğu ile tanımlanan olumsuz bir yaklaşımın yanı sıra hastalık yokluğundan daha fazlasını içeren olumlu bir perspektife de yer verir (Akkavak, 2018). Bireyin sosyal yönden tam bir iyilik halinde olabilmesi, genel olarak kabul edilen bu tanımla birlikte ilk kez bedensel ve zihinsel insan sağlığına ek olarak sosyal refahın genel sağlıktan ayrı düşünülemeyeceği çünkü sağlığın sosyal çevre, günlük yaşam ve çalışma şartları ile yakından alakalı olduğu iddia edilmiştir. Günümüzde bireylerin sağlığını etkileyecek sosyal çevre, günlük yaşamın karmaşası ve stresli çalışma koşullarıyla birlikte kişilerin gerek fiziksel gerekse ruhsal sağlığın korunması ve var olan sağlıksızlık durumunun giderilmesi ve çok daha fazla sebeple sağlık hizmetlerini talep etmeleri günden güne artmaktadır (Aytaç ve Aslan, 2023).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti alma hakkı, en temel insani hak olarak değerlendirilmektedir. Dünya nüfusunun artması ile birlikte bu talebin daha da yükselmesi ülkeleri cevap üretecek sağlık politikaları geliştirmeye yönelik arayışlar içerisine sokmuştur (Yıldız ve Şahin, 2022).

Bireylerin, çevrenin ve dolayısı ile toplumun sağlıklarını korumak, iyilik hallerinin bozulduğunda tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyen ve engelli kalanların başkalarından bağımsız yaşamalarını sağlamak ve toplumun sağlık seviyesini arttırmak için yapılan çalışmaların hepsine “sağlık hizmetleri” denir (Alu, 2017). Sağlık hizmetleri sisteminin makro seviyede iki ana hedefi vardır. Bunlardan ilki, toplumun sağlık statüsünü arttırmak, hastalıkları kontrol altında tutmak ve hastalık sebepleri hakkında bilgi sahibi olmaktır. İkincisi ise, sağlık eşitsizliklerini en aza indirmek ve sağlık hizmeti ulaşımını kolaylaştırmaktır (İlgün ve Şahin, 2016). Sağlık hizmetleri tanımları dikkate alındığında genel olarak amaçlarına göre; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Gençoğlu, 2018).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri adından da anlaşılacağı üzere; kişilerin hastalanmasını engellemek için yapılan sağlık hizmetleri şeklinde tanımlanabilir. Dolayısıyla bu sağlık hizmetleri sağlam bireylere verilmektedir (Alu, 2017). Koruyucu sağlık hizmetleri, amaçlarına göre kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Gençoğlu, 2018).

Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bazıları şunlardır (Alu, 2017):

- Sağlık eğitimi
- Ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması
- Bağışıklama
- Yerel epidemik hastalıkların önlenmesi

- Sağlıklı beslenme
- Erken tanı ve sağlık kayıtları
- Sosyal yardım hizmetleri
- Zararlı alışkanlıklara karşı mücadele
- İşçi sağlığı ve iş güvenliği
- Okul sağlığı hizmetleri
- Toplu yaşam ortamı (kışla, hapisane) sağlık hizmetleri

Yukarıdaki hizmetlerden de anlaşılacağı üzere kişileri, hastalıklardan korumayı, hastalanmaları durumundaysa erken tanı, teşhis ve tedavi ile iyileşmesini sağlayan hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleridir.

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişilerin etrafında bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etmenleri ortadan kaldırarak veya kişinin etkilenmesini engelleyerek çevreyi sağlıklı hale getirmeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini kapsar (Gençoğlu, 2018). Özellikle son yıllarda çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi daha da artmıştır ve uluslararası kuruluşlar bu konuya daha ayrıntılı yer vermektedirler. Aile hekimliğinin uluslararası örgütü olarak kabul edilen “WONCA” (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) 2024 yılında “one health” vurgusuyla çevre sağlığının önemini vurgulamıştır (WONCA, 2023).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bazıları şunlardır (Gençoğlu, 2018):

- Yeterli miktarda temiz su sağlanması.
- Katı ve sıvı atıkların zararsızlaştırılması.
- Konut sağlığı.
- Sanayi/ Endüstri sağlığı.
- Vektörlerle (haşerelerle) mücadele.
- Hava kirliliğiyle mücadele.
- Radyasyon ile mücadele.
- Gürültü kirliliğiyle mücadele

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalanan veya yaralanan, fiziksel veya ruhsal sağlığını yitirmiş bireylerin iyileştirilmesi için yapılan sağlık hizmetlerinin tümüdür (Alu, 2017). Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst basamağını oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gibi toplum sağlığını ön planda tutmaktan ziyade kişiyi merkezine alan bir sağlık hizmet türüdür (Gençoğlu, 2018). Bu hizmetler kendi aralarında üç basamağa ayrılmaktadır (Alu, 2017):

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Kişinin ilk başvurduğu doktor veya sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetleridir. Aslında bu kuruluşlarda genel olarak koruyucu sağlık hizmetleri verilse de tedavi edici sağlık hizmetleri de verilmektedir. Yataklı tedavi hizmeti yoktur. Ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri: Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların sevk edilmesi gereken kuruluşlardır. Ayaktan tedavi düzenlenebileceği gibi yataklı tedavi seçeneği de mevcuttur.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: İkinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyen hastaların sevk edilmesi gereken kuruluşlardır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarında bulunmayan ileri tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunduğu ve özel branş hekimlerinin bulunduğu kuruluşlardır.

2.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, diğer sağlık hizmetleri ile kıyaslandığında farklı bir yer ve öneme sahiptir. Kaza sonuçlarını, psikolojik bozuklukları, bireyin organ ve uzuvlarını etkili bir biçimde kullanamamasını, engelleyici kısıtlılık halinin ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır. Bu tip hizmetler, kişiyi fiziksel ve ruhsal engelleri ile birlikte yaşamaya alıştırmayı, kendinin ve çevresinin yaşadığı acıyı hafifletmeyi amaçlar. Bu hasta gruplarına verilebilecek en iyi örnekler son evre kanser hastaları, herhangi bir sebepten ötürü uzuv kaybı olan hastalar ve inme geçirmiş hasta gruplarıdır (Gençoğlu, 2018).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzde sağlık okur yazarlığının birçok tanımı mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için kişilerin sağlık bilgisine ulaşım, bilgiyi idrak etme ve kullanma yetenekleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler” şeklinde tanımlamıştır (Yakar vd., 2019). Tıp Enstitüsü’ nün (IOM) sağlık okuryazarlığı tanımı ise; “kişilerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla alakalı temel bilgileri okuyabilme, algılayabilme, işleme ve davranışa dönüştürebilme kabiliyeti” şeklindedir (Öztürk, 2018). Bu yüzden sağlık okuryazarlığı, gündelik hayatımızda kararlar alma ve karara varmak için sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada bireylerin bilgi, beceri, motivasyon ve yeterliliği için lazım olan bir kapsam ve çerçeveye sahiptir (Gezer, 2020). Diğer bir cemiyet olan Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise sağlık okuryazarlığı kavramını, “sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi” şeklinde açıklamıştır. Bu beceriler, kişilerin reçetelendirilen ilaçları, randevu kağıtlarını ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve algılama yeteneklerini de barındırmaktadır (Yakar vd., 2019).

Yapılan tüm bu tanımlamalar ve değerlendirmeler ele alındığında sağlık okuryazarlığının kişiler adına; kişinin sağlığına yönelik karar alma süreçlerine doğru şekilde katılması, sağlık durumunu negatif bir şekilde etkileyecek riskleri tahmin ederek gerekli önlemleri alabilmesi, hasta ile doktorun arasındaki ilişkiyi pozitif bir şekilde etkilemesi adına önemli olduğu görülmektedir (Öztürk, 2018). Son yıllarda kronik hastalıkların ve sağlık harcamalarının artması sağlık okuryazarlığının önemini arttırırken, sağlık okuryazarlığını etkileyen sebeplerin araştırılmasını gündeme getirmiştir. Kişilerin demografik, kültürel, psikososyal ve kişisel özelliklerinin sağlık okuryazarlığını belirleyen faktörler olduğu bildirilmiştir (Yakar vd., 2019).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler; doktorla ve diğer sağlık personelleriyle iyi bir iletişim kurmakta zorluk yaşamaktadır ve sağlık bilgi düzeyi yeterli olmaması nedeniyle hastalığa yakalanma ihtimali yüksektir. Yine sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerde sigara içme oranları ve sağlıklı olmayan davranışlar gösterme olasılığı daha yüksektir, bu bireyler sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden faydalanma konularında sorun yaşamaktadır ve sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu

sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır, bu durum ise gereksiz hastane başvurularına neden olarak sağlık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Öztürk, 2018).

Sağlık okuryazarlığı; tanımlanmasından yola çıkarak kişinin kendi sağlığı ile alakalı kararları doğru bir şekilde alabilmesi için, sağlık mesajlarını doğru anlaması için önemlidir. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesi olan kişilerin, yeterli sağlık okuryazarlık seviyesine sahip kişilere göre kıyaslandığında, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış zamanının arttığı, lüzumsuz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016). Çünkü sağlık okuryazarlığı kişilerin semptomları yorumlamasına, bakımı doğru yapabilmesine ve tedaviye karar vermede olumlu katkı sağlar (Kaya ve Sivrikaya, 2019).

Türkiye’de yapılmış ilk geniş ölçekli saha çalışması olan 2014 yılı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketi Türkçeye çevrilerek veri toplamada kullanılmıştır. Türkiye toplumunun %64,6’sının yani erişkin nüfusun 35 milyonunun “yetersiz ya da sorunlu” sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı bulunmuştur (Taş ve Akış, 2016).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda genel olarak yaşlılarda, siyahi ırkta, kadınlarda, bekarlarda, eğitim durumu düşük olanlar ile gelir düzeyi az olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar arasında yapılan bir çalışmada ise evlilerde, bilinen bir hastalığı olanlarda veya evde kronik hastalığı olan kişilerle birlikte yaşayanlarda ilaç kullanım düzeyinin daha düzenli olduğu; erkek hastalarda, lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerde ve gelir durumu yüksek olan kişilerde sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yakar vd., 2019).

2.4. Aile Hekimliği

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (WONCA, 2023). Leeuwenhorst 1974 yılında Aile Hekimliğini “Genel pratisyen; cinsiyet, yaş, hastalık ayırımına

bakmaksızın şahıslara, ailelere ve bir sağlık kurumuna bağlı nüfusa kişi merkezli ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimdir” şeklinde tanımlamıştır (Karakullukçu ve Ardiç, 2023). Görevini ise “*Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri için bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olanların devamlı tedavisini üstlenir. Hastasıyla uzun süreli bağlantı kurarak, hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Erken tanı koymayı amaçlar. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dâhil eder*” şeklinde belirtmiştir (Görgün, 2015).

Akademik bir disiplin olarak Aile Hekimliği, tüm diğer disiplinler gibi asıl olarak disipline özgü bilgi temelini oluşturmak ve geliştirmekle meşgul olur. Aile Hekimliği, birçok klinik disiplinle bilgi alışverişinde bulunur. Diğer disiplinlerle içerik paylaşımının yanı sıra aile dinamikleri ve kişilerarası ilişkiler, Aile Hekimliği perspektifinin oluşmasında temel öneme sahip konulardır (Erdem vd., 2023).

2.4.1. Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde basamaklandırılmış örgütlenmeden ilk kez Lord Dowson’ın 1920 yılında yayınlanmış raporunda bahsedilmektedir ve bu raporda sağlık hizmetleri üç seviyede ele alınmış ve bu seviyelerin fonksiyonları ile aralarındaki bağlantı ele alınmıştır ayrıca üç aşamalı sağlık sisteminin merkezini birinci basamak sağlık hizmetleri oluştururken buna uzman hekim gözü ile ikinci basamak desteklemekte, üçüncü basamakta ise az sıklıkta görülen, kompleks hastalık ve semptomların görüldüğü eğitim ve üniversite hastaneleri yer almaktadır (Karakullukçu ve Ardiç, 2023).

Dünyadaki gelişimi incelendiğinde Aile hekimliğinin (Genel pratisyenlik) 18. yy. da Avrupa’dan Amerika’ya dönen ve cerrah olmak istemeyen doktorların sayısının hızla artmasıyla doğmuş olduğu kabul edilir. Benzer dönemde İngiltere’de de benzer gelişmeler yaşandı ve “genel pratisyen” tabiri ilk kez Lancet’te 19. yy. da kullanıldı. Böylece; Aile hekimliği 18. yy. da Amerika’da doğmuş ve 19. yy. da İngiltere’de adını almış oldu (Ünlüoğlu, 2020). On dokuzuncu yüzyıl sonlarında hekimlerde uzmanlaşma eğilimi ortaya çıkmıştır. Bu eğilime, artan tıbbi bilgi birikimi, hızlanan teknolojik ilerlemeler, bilgiyle başa çıkma ve onu yönetme ihtiyacı neden olarak gösterilebilir. Yirminci yüzyılda ileri uzmanlaşma dominant hale gelmiş, doktorlar ilgi

alanlarını ve mesleki yeterliliklerini giderek daraltarak vücudun parçaları, sistemler ve organlar üzerinde odaklanmışlardır (Karakullukçu ve Ardiç, 2023). İlk başlarda uzmanlaşmanın hastalara zararı dokunabileceği endişesini taşıyanlar olmasına rağmen; bilimsel, sosyal ve ekonomik faktörlerin karşı konulamaz baskısı ile uzmanlaşma kabul edilen bir gerçek oldu. Özellikle yirminci yüzyılın ilk yarısında hızla artan uzmanlaşma eğilimi, birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin popülaritelerini kaybetmelerine neden oldu (Ünlüoğlu, 2020).

Uzmanlaşan hekimler, toplumun sağlığından ziyade özgül hastalıklara yoğunlaşmışlardır. Uzmanlaşma ile hastalıkların tedavisi hedeflenmiş, bu sayede ayrı ayrı hastalıklarda başarılı olunmuştur ancak temel sağlık hizmetlerinin verilmesinde noksan kalınmıştır (Karakullukçu ve Ardiç, 2023). İlk kez 1923 yılında, bir dahiliye uzmanı olan Francis Peabody, modern tıbbın sağlık hizmeti sunumunu çok fazla bölüme ayırdığı ve hızlı bir şekilde, kapsamlı ve kişisel hizmet verecek genel hekimlik anlayışına geri dönülmesi gerektiği yolunda bir uyarı yaptı (Ünlüoğlu, 2020).

Aile hekimliğinin uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi 1966 yılında art arda yayınlanan iki farklı raporla olmuştur. İlk rapor Amerikan Tıp Birliği'nin Tıp Eğitimi Yurttaşlar Komisyonu'nun Millis Raporu, ikinci rapor ise Willard Komitesi yani Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyi'nin Aile Hekimliği Eğitimi komitesinin raporudur (Karakullukçu ve Ardiç, 2023).

Tıp tarihinde önemli bir dönüm noktası olan; 1978'de Alma Ata'da düzenlenen konferansın önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine, modern tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toparlanan bir dizi hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine has bilgi ve şartlar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce sunulması gerektiğinin altının çizilmesiyle, tüm dünyada bu konudaki çalışmalar hızlanmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu fikir doğrultusunda yeniden tasarlamışlardır (Ünlüoğlu, 2020). Dünya Aile Hekimliği Birliği olarak da isimlendirebileceğimiz; aile hekimlerinin dünya genelindeki örgütlenmesi olan WONCA (The World Organization of Family Doctors) 1972 yılında kuruldu. 1994 senesinde Ontario'da Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA tarafından birlikte düzenlenen konferansın sonuç bildirgesinde; "Aile hekimliğinin, çağdaş tıp eğitiminin yüz yüze

olduğu problemleri çözebilecek, bunun için en başarılı eğitimi verebilecek tıp disiplini” olduğunun altı çizildi (Karakullukçu ve Ardıç, 2023).

2.4.2. Türkiye’de Aile Hekimliği Gelişimi

Türkiye’de Aile Hekimliği ilk kez 1983 senesinde tababet uzmanlık tüzüğünde yer almıştır. İlk Aile Hekimliği anabilim dalı 1984 senesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı olan Prof. Dr. Hikmet Pekcan tarafından kurulmuştur. İlk Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 senesinde İstanbul, Ankara ve İzmir’deki eğitim ve araştırma hastanelerinde başlamıştır. Yüksek Öğretim Kurulu 16 Temmuz 1993 tarih ve 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği anabilim dallarının kurulmasını kararlaştırmıştır. Bu kararın ardından ilk Aile Hekimliği anabilim dalı 17 Eylül 1993’te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur. Eylül 1993 Tıpta Uzmanlık Sınavında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Sağlık Bakanlığı adına on aile hekimliği asistan kadrosu açılmıştır (Erdem vd., 2023).

Daha sonra bir tıp disiplini temeli için lazım olan sivil toplum kuruluşu ve bilimsel hakemli bir dergi ihtiyacı ile 1990 senesinde "Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği" (AHUD), İstanbul şubesi tarafından da "Aile Hekimliği Dergisi" (Journal of Family Practice) yayın hayatına başlamıştır (Karakullukçu ve Ardıç, 2023). Aile Hekimliği Ulusal Kongreleri, (1993-2009 yılları arasında iki yılda bir, sonrasında yılda bir olarak) düzenli yapılmaktadır. Ülkemizde Aile Hekimliğinin uzmanlık derneği olan TAHUD, bugün şubelerinin de kurulmasıyla gücüne güç katmış, Türkiye’de aile hekimliği camiasındaki örgütlenmenin lideri olarak çok sayıda kurs, seminer düzenlenmesine liderlik etmiştir (Ünlüoğlu, 2020). AHUD, 1995 senesinde WONCA Avrupa Toplantısı’na iştirak etmiş, Bakanlar Kurulu kararıyla 1998 senesinde isim değişikliğine gitmiştir. AHUD adı Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak değiştirilmiştir (Karakullukçu ve Ardıç, 2023).

TAHUD ayrıca alanındaki uluslararası kuruluşlara (WONCA, EURACT, EUROP- REV, EQUIP, EURIPA, EGPRN, A GP/FM SEE) üye olup, bugün ülkemiz aile hekimliği, Avrupa ve Dünyada TAHUD üyelerince yönetim kurulu üyeliği ve başkanlık seviyesinde temsil edilmektedir. Ülkemizde TAHUD’un yanı sıra Aile Hekimliği Akademisi Derneği (AHA), Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği

(AHEAD), Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV), Avrasya Aile Hekimliği Derneği (ESFAM) ve Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) başta olmak üzere çok sayıda yapılanma vardır (Ünlüoğlu, 2020).

2.5. Hekim Tercihi

Hekim tercihi, hastaların hastalıkları ile alakalı uzmanlık dalları arasında ihtisas yapmış doktorlar arasından kendi kriterlerine göre en uygun olanı seçmesidir (Yüksel, 2023). Hastaların birçoğu söz konusu sağlık olduğunda kendilerini ve yakınlarını güvenebilecekleri hekimlere emanet etmek isterler. Acil haller dışında özellikle kronik hastalıklar ile mücadelede bireyler kaliteli sağlık hizmeti alma arayışına girmektedirler. Bunu da ya kaliteli sağlık kuruluşlarını tercih ederek ya da kendi kriterlerine uygun hekim arayışı içine girerek yaparlar. Ülkemizde hastaların hekim seçme hakları da kanunen güvence altına alınmıştır. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 9 da şu şekilde belirtilmiştir: “Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır” (T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2024).

Hekim tercihi hastaların en doğal haklarından biridir. Ayrıca bu durum kaynaklarda şu şekillerde belirtilmektedir:

“Hastanın sağlık personelinin ve sağlık kuruluşunu seçme hakkına göre, ilgili süreçteki personelin doktor, hemşire veya sağlık görevlisinin bilgileri verilmelidir. Hastanın ilgili yönetmelik gereğince sağlık personelinin ve sağlık kurumunu seçme hakkı vardır” (Soysal, 2018).

“Yeterli bilgiye sahip tüm bireyler farklı tedavi prosedürleri (yöntemleri) ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi tanı ve tedavi yönteminin kullanılacağı ve hekim, uzman ya da hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli merkezler ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabilmesini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını engelleyen tüm engeller

kaldırılmalıdır. Doktoruna güven duymayan bir kişi başka bir doktor talep edebilir (seçebilir)” (Sümer, 2022).

Yukarıdaki kaynaklar göz önünde bulundurulduğunda hem ülkemizde hem de uluslararası camiada hastaların hekim ve sağlık kuruluşlarını seçme ve belirleme hakları açıkça belirtilmiştir.

Tıbbi bakım son yıllarda devrim niteliğinde değişiklikler yaşadı ve çeşitli tedavi seçeneklerinin ve hasta bilgisi seviyesinin artması, hasta odaklı bir tıbbi beraberinde getirdi; bu da hasta tercihlerine daha fazla dikkat edilmesine yol açtı (Dormohammadi vd., 2010). Sağlık hizmetleri sürekli olarak evrildikçe, hastaların bir hekim seçimi yapması giderek daha zor ve karmaşık hale gelmiştir (Manning vd., 2017).

İyi bir hasta-doktor ilişkisi ve sağlık hizmetlerinde bakımın sürekliliği, aile hekimlerini yönlendiren başlıca ilkelerden ikisidir ve sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkisi vardır (Kuruoğlu vd., 2015).

Hastaların doktor tercihinin belirleyen birçok kriter olmasına rağmen literatürdeki çalışmalar genel olarak incelendiğinde yaş, cinsiyet, tıp fakültesi/uzmanlık eğitimi, uzmanlık alanı, erişilebilirlik, iletişim becerisi, tedavi sürekliliği sağlama yeteneği ve bekleme süresi bulunmaktadır (Kim vd., 2018). Ayrıca hekim ve hastane tercihinde sosyal medyanın etkisi de bulunmaktadır. Günümüzde artık çok daha fazla kişi sağlık ile alakalı konularda interneti kullanmaktadır. Dolayısıyla, sosyal medya sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili konularda bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2015). Sosyal medya kullanımı hem bireyler için hem de kuruluşlar açısından maliyet ve vakit tasarrufu sağlamada, pazarlama faaliyetlerinin artırılmasında, rakiplere yönelik rekabet üstünlüğünün sağlanmasında, hastaların sağlık bilgilerinin arttırılmasında, hastaların doktor veya hastane hakkında bilgi sahibi olmalarında, sağlık kuruluşlarının bilinirliklerinin ve sağlık hizmeti ulaşımının arttırılmasında fayda sağlamaktadır (Kiriş ve Okutan, 2018). Aynı şekilde hasta güvenebileceği bir hekimi tercih eder. Hekime güveni etkileyen faktörler; medyanın etkisi, sosyal çevrenin etkisi, mahremiyetin korunması, hatalı teşhis ve tedavinin yapılabileceği algısı, teşhis ve tedavi sürecinde bilgilendirmenin etkisi, bilgi karmaşıklığının etkisi, hekimin performans ödemesi almak niyetiyle

hastaya yaklaşımı, hekimin iletişim becerisi ve hekimin mesleki tecrübesi alt başlıklarında ele alınabilir (Alkan vd., 2022).

Günümüzde ilerleyen teknoloji ve gelişen iletişim araçları sayesinde hastalar sağlık kuruluşları ve hekimler hakkında kısa sürede birçok bilgiye ulaşabilmekteler ve kriterlerini bu bilgiler ışığında belirleyebilmektedirler ayrıca kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmek adına kişiler hekim tercihlerini belirlerken kendilerine genel olarak “Hekim beni ne derece dinliyor?”, “Bana yeterli süreyi ayırabiliyor mu?”, “Tedavi edici hekim olduğu kadar aynı zamanda koruyucu hekimliğe de önem veriyor mu?”, “Hastalıklarım veya tedavilerim ile alakalı bilgi verirken benim anlayabileceğim bir dil ve üslup kullanmaya dikkat ediyor mu?” “Hasta mahremiyetine dikkat ediyor mu?”, “Hekimin mesleki bilgi ve tecrübe düzeyi yeterli mi?” gibi sorular sormalıdırlar (Yüksel, 2023).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Etik Kurul Onayı

Araştırma, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 numaralı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.11.2023 tarihli E1/4308/2023 karar numaralı onayıyla başlatılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Tarihi ve Türü

Araştırma gözlemsel tipte kesitsel bir anket çalışmasıdır. Hazırlanan anket formları Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği, Genel Cerrahi, Üroloji, Dahiliye polikliniklerine 01/12/2023-20/03/2024 tarihleri arasında başvuran ve sıra bekleyen hastalar üzerine uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği, Genel Cerrahi, Üroloji, Dahiliye polikliniklerine başvuran 18-65 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Gönüllük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara belirlenen tarihlerde anket formu uygulanmıştır. Minimum örneklem sayısı, büyüklüğü bilinen evrende sıklığı bilinmeyen durum için hesaplama yöntemi kullanılarak %95 güvenirlilik %5 hata payı ile 377 olarak hesaplanmış olup çalışmadan ayrılmalari da göz önüne alarak 400 kişiye ulaşılması hedeflenmektedir. Çalışma süresi boyunca kriterleri karşılayan ve gönüllü olan 400 kişiye anket formu uygulanmış olup tümü değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği, Dahiliye, Genel Cerrahi ve Üroloji polikliniğine başvurmuş muayene sırası bekleyen 18-65 yaş arası fiziksel ve zihinsel engeli olmayan çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü olması.

Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri: Fiziksel veya zihinsel engeli olmak, okuma yazma bilmemek, bildirilmiş gönüllü onam formunu doldurmamak, 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olmak.

Araştırmadan çekilme kriterleri: Gönüllüler istekli olmaları durumunda araştırmaya dahil olup, istedikleri an çekilme hakkına sahiptir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu; yardımcı araştırmacı tarafından gönüllü katılımcılara, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra gözlem altında anket yapma yöntemiyle, yazılı olarak uygulanmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde sosyodemografik bilgiler anketi yer bulunmaktadır. Bu bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hal, gelir gider durumu, meslek bilgileri sorgulanmıştır.

İkinci bölümde araştırmacılar tarafından hazırlanmış 22 adet sorudan oluşan anket formu bulunmaktadır. Katılımcılar bu bölümde her soruya “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” şeklindeki cevaplardan birisini seçmişlerdir.

Üçüncü bölümde TSOY-32 ölçeği yer almaktadır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 2016 yılında Okyay ve arkadaşları tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı desteğiyle yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması”nda geçerlilik ve güvenirliliği kanıtlanmış sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeğidir. İlk olarak Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye çevrilmesiyle Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) oluşturulmuş, sonrasında üzerinde değişiklikler yapılarak TSOY-32 ölçeği geliştirilmiştir.

TSOY-32’de iki temel boyut vardır, 2x4 matris yapısını içerir ve 8 bileşenden oluşur. Beşli likert tipindeki ve 32 maddeden oluşan ölçekte bulunan her madde için “çok kolay/kolay/zor/çok zor/fikrim yok” şeklinde cevap seçenekleri mevcuttur. Puanlama “çok kolay:4/kolay:3/zor:2/çok zor:1/fikrim yok:0” şeklindedir. Ölçek değerlendirmesinde indeks puanı 0-50 arasında yapılmıştır. Puanlamada kullanılan formül, “indeks = (ortalama-1) x (50/3)” şeklindedir. Elde edilen puanlar dört kategoriye ayrılmıştır. Buna göre sağlık okuryazarlığı,

- (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı
(>25-33) puan: sorunlu-sınırli sağlık okuryazarlığı
(>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı
(>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak sınıflandırılır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Demografik bilgilerde bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Değerşkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama $\pm$ SS (standart sapma) ve Medyan (Minimum-Maksimum) değerleri verildi.

Cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumuna göre kategorik değerşkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare test istatistiği verildi.

Meslek, gelir durumu, poliklinik gibi ikiden fazla kategorik değerşkenlere göre bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi.

İki gruplu değerşkenlerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Yaş ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanları arasında yapılan korelasyon analizinde Spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 27.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %25,0'i (n=100) aile hekimliği, %25,0'i (n=100) dahiliye, %25,0'i (n=100) genel cerrahi, %25,0'i (n=100) üroloji polikliniğindedir. Bireylerin yaş ortalaması $35,34 \pm 11,71$ yıl olduğu belirlenmiştir. Meslek dağılımlarına baktığımızda bireylerin %18,0'i (n=72) öğrenci, %14,5'i (n=58) mühendis-mimar, %12,5'i (n=50) sağlık çalışanı, %11,7'si (n=47) memur, %11,0'i (n=44) eğitimci, %7,5'i (n=30) işçi, %7,0'si (n=28) emekli, %6,7'si (n=27) ev hanımı, %6,3'ü (n=25) esnaftır. Ayrıca bireylerin %53,3'ü (n=213) evli, %45,0'i (n=180) bekar, %1,7'sinin ise dul/boşanmış olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %41,3'ü (n=165) erkek, %58,7'si (n=235) kadındır. Gelir durumlarında ise bireylerin %25,5'nin (n=102) geliri giderinden az, %42,5'nin (n=170) geliri giderine eşit, %32,0'sinin (n=128) geliri giderinden fazladır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Çalışmamızın Tanımlayıcı Bilgileri ve Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		(n=400)
Poliklinik, n (%)		
Aile hekimliği		100 (25,0)
Dahiliye		100 (25,0)
Genel cerrahi		100 (25,0)
Üroloji		100 (25,0)
İş, n (%)		
Hukukçu		19 (4,8)
Sağlık çalışanı		50 (12,5)
Emekli		28 (7,0)
Öğrenci		72 (18,0)
Ev hanımı		27 (6,7)
Eğitimci		44 (11,0)
Mühendis-mimar		58 (14,5)
Memur		47 (11,7)
Esnaf		25 (6,3)
İşçi		30 (7,5)
Medeni Hal, n (%)		
Evli		213 (53,3)
Bekar		180 (45,0)
Dul/Boşanmış		7 (1,7)
Cinsiyet, n (%)		
Erkek		165 (41,3)
Kadın		235 (58,7)
Gelir Durumu, n (%)		
Gelirim giderimden az		102 (25,5)
Gelirim giderime eşit		170 (42,5)
Gelirim giderimden fazla		128 (32,0)
Yaş (yıl)	Ortalama±Standart sapma	35,4±11,71
	Medyan (minimum-maksimum)	32,0 (18-65)

“Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir” ifadesine bireylerin %30,5’i (n=122) katılıyorum, %26,5’i (n=106) kararsızım, %43,0’ü (n=172) katılmıyorum yanıtını vermiştir. “Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir” ifadesine bireylerin %5,3’ü (n=21), “Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir” ifadesine %46,8’i (n=187), “Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır” ifadesine %7,5’i (n=30), “Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir” ifadesine %34,3’ü (n=137), “Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir” ifadesine %33,3’ü (n=133), “Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir” ifadesine %2,5’i (n=10), “Çok ilaç yazan hekim daha iyidir” ifadesine %1,3’ü (n=5), “Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir” ifadesine %3,2’si (n=13), katılıyorum yanıtını verdiği belirlenmiştir. “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim” ifadesine bireylerin %35,5’i (n=142) katılıyorum, %14,5’i (n=58) kararsızım yanıtını verirken, “Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarısızdır” ifadesine bireylerin %7,2’si (n=29) katılıyorum, %24,0’ü (n=96) kararsızım yanıtını vermiştir. “Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır” ifadesine bireylerin %30,3’ü (n=121), “Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir” ifadesine %65,3’ü (n=261), “Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir” ifadesine %11,3’ü (n=45), “Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir” ifadesine %45,0’i (n=180), “Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir” ifadesine %76,5’i (n=306), “Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir” ifadesine %22,8’i (n=91), “Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır” ifadesine %2,8’i (n=11), “Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem” ifadesine %15,5’i (n=62), “Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır” ifadesine %29,5’i (n=118), “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederimi” ifadesine %76,3’ü (n=305), “Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir” ifadesine %6,5’i (n=26) katılıyorum yanıtını verdiği tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bireylerin Hekimler ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir.	122 (30,5)	106 (26,5)	172 (43,0)
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.	21 (5,3)	78 (19,5)	301 (75,2)
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.	187 (46,8)	103 (25,7)	110 (27,5)
Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır.	30 (7,5)	42 (10,5)	328 (82,0)
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.	137 (34,3)	91 (22,7)	172 (43,0)
Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.	133 (33,3)	125 (31,2)	142 (35,5)
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.	10 (2,5)	22 (5,5)	368 (92,0)
Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.	5 (1,3)	13 (3,2)	382 (95,5)
Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.	13 (3,2)	12 (3,0)	375 (93,8)
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.	142 (35,5)	58 (14,5)	200 (50,0)
Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarısızdır.	29 (7,2)	96 (24,0)	275 (68,8)
Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.	121 (30,3)	101 (25,2)	178 (44,5)
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.	261 (65,3)	62 (15,5)	77 (19,2)
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.	45 (11,3)	97 (24,2)	258 (64,5)
Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.	180 (45,0)	128 (32,0)	92 (23,0)
Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.	306 (76,5)	35 (8,8)	59 (14,7)
Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.	91 (22,8)	98 (24,5)	211 (52,7)
Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.	11 (2,8)	25 (6,2)	364 (91,0)
Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem	62 (15,5)	83 (20,8)	255 (63,7)
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.	118 (29,5)	153 (38,2)	129 (32,3)
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim	305 (76,3)	54 (13,5)	41 (10,2)
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.	26 (6,5)	52 (13,0)	322 (80,5)

“Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir” ifadesine erkek bireylerin %4,8’i (n=8) katılıyorum, %6,1’i (n=10) kararsızım, %89,1’i (n=147) katılmıyorum yanıtını verirken, kadın bireylerin %0,9’u (n=2) katılıyorum, %5,1’i (n=12) kararsızım, %94,0’ü (n=221) katılmıyorum yanıtını vermiştir. Cinsiyete göre “Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,615$, $p=0,037$).

“Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır” ifadesine erkek bireylerin %30,3’ü (n=50) katılıyorum, %32,1’i (n=53) kararsızım, %37,6’sı (n=62) katılmıyorum yanıtını verirken, kadın bireylerin %30,2’si (n=71) katılıyorum, %20,4’ü (n=48) kararsızım, %49,4’ü (n=116) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenmiştir. Cinsiyete göre “Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,278$, $p=0,016$).

“Kendi branşı ile alakası olmayana konularda diğerk branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir” ifadesine erkek bireylerin %70,9’u (n=117) katılıyorum, %13,9’u (n=23) kararsızım, %15,2’si (n=25) katılmıyorum yanıtını verirken, kadın bireylerin %80,4’ü (n=189) katılıyorum, %5,1’i (n=12) kararsızım, %14,5’i (n=34) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenmiştir. Cinsiyete göre “Kendi branşı ile alakası olmayana konularda diğerk branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,822$, $p=0,007$). Cinsiyete göre “roloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,233$, $p=0,027$).

Tablo 4.3. *Cinsiyete Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması*

	CİNSİYET		Test istatistiği	
	Erkek (n=165)	Kadın (n=235)	χ^2	p
	n (%)	n (%)		
Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir.				
Katılıyorum	51 (30,9)	71 (30,2)	$\chi^2=0,779$	0,677
Kararsızım	40 (24,3)	66 (28,1)		
Katılmıyorum	74 (44,8)	98 (41,7)		
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.				
Katılıyorum	8 (4,8)	13 (5,5)	$\chi^2=2,247$	0,325
Kararsızım	38 (23,0)	40 (17,0)		
Katılmıyorum	119 (72,2)	182 (77,5)		
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.				
Katılıyorum	80 (48,5)	107 (45,5)	$\chi^2=0,990$	0,609
Kararsızım	44 (26,7)	59 (25,1)		
Katılmıyorum	41 (24,8)	69 (29,4)		
Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır.				
Katılıyorum	10 (6,1)	20 (8,5)	$\chi^2=2,990$	0,224
Kararsızım	22 (13,3)	20 (8,5)		
Katılmıyorum	133 (80,6)	195 (83,0)		
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	58 (35,2)	79 (33,6)	$\chi^2=1,198$	0,549
Kararsızım	41 (24,8)	50 (21,3)		
Katılmıyorum	66 (40,0)	106 (45,1)		
Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	60 (36,4)	73 (31,1)	$\chi^2=1,271$	0,530
Kararsızım	50 (30,3)	75 (31,9)		
Katılmıyorum	55 (33,3)	87 (37,0)		
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	8 (4,8)	2 (0,9)	$\chi^2=6,615$	0,037
Kararsızım	10 (6,1)	12 (5,1)		
Katılmıyorum	147 (89,1)	221 (94,0)		
Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	3 (1,8)	2 (0,9)	$\chi^2=3,013$	0,222
Kararsızım	8 (4,8)	5 (2,1)		
Katılmıyorum	154 (93,4)	228 (97,0)		
Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.				
Katılıyorum	7 (4,2)	6 (2,5)	$\chi^2=0,883$	0,643
Kararsızım	5 (3,0)	7 (3,0)		
Katılmıyorum	153 (92,8)	222 (94,5)		

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.			
Katılıyorum	61 (37,0)	81 (34,5)	$\chi^2=0,300$ 0,861
Kararsızım	24 (14,5)	34 (14,5)	
Katılmıyorum	80 (48,5)	120 (51,0)	
Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarısızdır.			
Katılıyorum	13 (7,9)	16 (6,8)	$\chi^2=3,575$ 0,167
Kararsızım	47 (28,5)	49 (20,9)	
Katılmıyorum	105 (63,6)	170 (72,3)	
Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.			
Katılıyorum	50 (30,3)	71 (30,2)	$\chi^2=8,278$ 0,016
Kararsızım	53 (32,1)	48 (20,4)	
Katılmıyorum	62 (37,6)	116 (49,4)	
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.			
Katılıyorum	100 (60,6)	161 (68,5)	$\chi^2=3,155$ 0,206
Kararsızım	31 (18,8)	31 (13,2)	
Katılmıyorum	34 (20,6)	43 (18,3)	
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.			
Katılıyorum	16 (9,7)	29 (12,3)	$\chi^2=0,850$ 0,654
Kararsızım	39 (23,6)	58 (24,7)	
Katılmıyorum	110 (66,7)	148 (63,0)	
Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.			
Katılıyorum	69 (41,8)	111 (47,2)	$\chi^2=1,205$ 0,547
Kararsızım	55 (33,4)	73 (31,1)	
Katılmıyorum	41 (24,8)	51 (21,7)	
Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.			
Katılıyorum	117 (70,9)	189 (80,4)	$\chi^2=9,822$ 0,007
Kararsızım	23 (13,9)	12 (5,1)	
Katılmıyorum	25 (15,2)	34 (14,5)	
Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.			
Katılıyorum	31 (18,8)	60 (25,5)	$\chi^2=4,375$ 0,112
Kararsızım	48 (29,1)	50 (21,3)	
Katılmıyorum	86 (52,1)	125 (53,2)	
Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.			
Katılıyorum	3 (1,8)	8 (3,4)	$\chi^2=3,184$ 0,204
Kararsızım	14 (8,5)	11 (4,7)	
Katılmıyorum	148 (89,7)	216 (91,9)	

Tablo 4.3. *Cinsiyete Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)*

Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem.			
Katılıyorum	32 (19,4)	30 (12,8)	$\chi^2=3,718$ 0,156
Kararsızım	30 (18,2)	53 (22,6)	
Katılmıyorum	103 (62,4)	152 (64,6)	
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.			
Katılıyorum	47 (28,5)	71 (30,2)	$\chi^2=2,247$ 0,325
Kararsızım	70 (42,4)	83 (35,3)	
Katılmıyorum	48 (29,1)	81 (34,5)	
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim			
Katılıyorum	131 (79,3)	174 (74,0)	$\chi^2=7,233$ 0,027
Kararsızım	25 (15,2)	29 (12,4)	
Katılmıyorum	9 (5,5)	32 (13,6)	
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.			
Katılıyorum	10 (6,1)	16 (6,8)	$\chi^2=0,311$ 0,856
Kararsızım	20 (12,1)	32 (13,6)	
Katılmıyorum	135 (81,8)	187 (79,6)	

χ^2 : Ki kare Testi

“Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim” ifadesine kadın bireylerin katılmıyorum yanıtı verme oranı (%13,6), erkek bireylere (%5,5) göre daha yüksektir. Cinsiyete göre diğer ifadelere verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

“Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır” ifadesine evli bireylerin %9,4’ü ($n=20$) katılıyorum, %16,4’ü ($n=35$) kararsızım, %74,2’si ($n=158$) katılmıyorum yanıtını verirken, bekar bireylerin %5,3’ü ($n=10$) katılıyorum, %3,8’i ($n=7$) kararsızım, %90,9’u ($n=170$) katılmıyorum yanıtını vermiştir. Medeni duruma göre “Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=20,837$, $p<0,001$). “Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir” ifadesine evli bireylerin %28,2’si ($n=60$) katılıyorum, %22,1’i ($n=47$) kararsızım, %49,7’si ($n=106$) katılmıyorum yanıtını verirken, bekar bireylerin %41,2’si ($n=77$) katılıyorum, %23,5’i ($n=44$) kararsızım, %35,3’ü ($n=66$) katılmıyorum yanıtını vermiştir. Medeni duruma

göre “Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,862$, $p=0,007$). “Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir” ifadesine evli bireylerin %39,9’u ($n=85$) katılıyorum, %25,4’ü ($n=54$) kararsızım, %34,7’si ($n=74$) katılmıyorum yanıtını verirken, bekar bireylerin %25,6’sı ($n=48$) katılıyorum, %38,0’i ($n=71$) kararsızım, %36,4’ü ($n=68$) katılmıyorum yanıtını vermiştir. Medeni duruma göre “Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,216$, $p=0,004$). Medeni duruma göre “Kendi branşı ile alakası olmayana konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,399$, $p=0,009$). “Kendi branşı ile alakası olmayana konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir” ifadesine bekar bireylerin katılıyorum yanıtı verme oranı (%83,4), evli bireylere (%70,4) göre daha yüksektir. “Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir” ifadesine evli bireylerin %18,8’i ($n=40$) katılıyorum, %19,7’si ($n=42$) kararsızım, %61,5’i ($n=131$) katılmıyorum yanıtını verirken, bekar bireylerin %27,3’ü ($n=51$) katılıyorum, %29,9’u ($n=56$) kararsızım, %42,8’i ($n=80$) katılmıyorum yanıtını vermiştir. Medeni duruma göre “Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=14,026$, $p=0,001$). Ayrıca medeni duruma göre “Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,612$, $p=0,013$). Medeni duruma göre diğer ifadelerle verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. *Medeni Duruma Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması*

	MEDENİ DURUM			
	Evli (n=213)	Bekar (n=187)	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	χ^2	p
Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir.				
Katılıyorum	65 (30,5)	57 (30,5)	$\chi^2=0,362$	0,834
Kararsızım	54 (25,4)	52 (27,8)		
Katılmıyorum	94 (44,1)	78 (41,7)		
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.				
Katılıyorum	11 (5,2)	10 (5,3)	$\chi^2=0,139$	0,933
Kararsızım	43 (20,2)	35 (18,8)		
Katılmıyorum	159 (74,6)	142 (75,9)		
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.				
Katılıyorum	102 (47,9)	85 (45,5)	$\chi^2=1,071$	0,585
Kararsızım	57 (26,7)	46 (24,6)		
Katılmıyorum	54 (25,4)	56 (29,9)		
Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır.				
Katılıyorum	20 (9,4)	10 (5,3)	$\chi^2=20,837$	<0,001
Kararsızım	35 (16,4)	7 (3,8)		
Katılmıyorum	158 (74,2)	170 (90,9)		
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	60 (28,2)	77 (41,2)	$\chi^2=9,862$	0,007
Kararsızım	47 (22,1)	44 (23,5)		
Katılmıyorum	106 (49,7)	66 (35,3)		
Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	85 (39,9)	48 (25,6)	$\chi^2=11,216$	0,004
Kararsızım	54 (25,4)	71 (38,0)		
Katılmıyorum	74 (34,7)	68 (36,4)		
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	6 (2,8)	4 (2,1)	$\chi^2=0,208$	0,901
Kararsızım	12 (5,7)	10 (5,3)		
Katılmıyorum	195 (91,5)	173 (92,6)		
Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	4 (1,9)	1 (0,5)	$\chi^2=2,706$	0,258
Kararsızım	5 (2,3)	8 (4,3)		
Katılmıyorum	204 (95,8)	178 (95,2)		
Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.				
Katılıyorum	7 (3,3)	6 (3,2)	$\chi^2=1,971$	0,373
Kararsızım	4 (1,9)	8 (4,3)		
Katılmıyorum	202 (94,8)	173 (92,5)		

Tablo 4.4. *Medeni Duruma Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)*

Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.				
Katılıyorum	68 (31,9)	74 (39,6)	$\chi^2=4,431$	0,109
Kararsızım	28 (13,2)	30 (16,0)		
Katılmıyorum	117 (54,9)	83 (44,4)		
Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarılıdır.				
Katılıyorum	19 (8,9)	10 (5,3)	$\chi^2=2,333$	0,311
Kararsızım	53 (24,9)	43 (23,0)		
Katılmıyorum	141 (66,2)	134 (71,7)		
Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.				
Katılıyorum	71 (33,3)	50 (26,7)	$\chi^2=2,176$	0,337
Kararsızım	50 (23,5)	51 (27,3)		
Katılmıyorum	92 (43,2)	86 (46,0)		
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	139 (65,2)	122 (65,2)	$\chi^2=0,471$	0,790
Kararsızım	31 (14,6)	31 (16,6)		
Katılmıyorum	43 (20,2)	34 (18,2)		
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	31 (14,6)	14 (7,5)	$\chi^2=5,152$	0,076
Kararsızım	48 (22,5)	49 (26,2)		
Katılmıyorum	134 (62,9)	124 (66,3)		
Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.				
Katılıyorum	87 (40,8)	93 (49,7)	$\chi^2=4,000$	0,135
Kararsızım	70 (32,9)	58 (31,0)		
Katılmıyorum	56 (26,3)	36 (19,3)		
Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	150 (70,4)	156 (83,4)	$\chi^2=9,399$	0,009
Kararsızım	23 (10,8)	12 (6,4)		
Katılmıyorum	40 (18,8)	19 (10,2)		
Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	40 (18,8)	51 (27,3)	$\chi^2=14,026$	0,001
Kararsızım	42 (19,7)	56 (29,9)		
Katılmıyorum	131 (61,5)	80 (42,8)		
Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.				
Katılıyorum	8 (3,8)	3 (1,6)	$\chi^2=4,236$	0,120
Kararsızım	17 (8,0)	8 (4,3)		
Katılmıyorum	188 (88,2)	176 (94,1)		

Tablo 4.4. Medeni Duruma Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem.				
Katılıyorum	36 (16,9)	26 (13,9)	$\chi^2=0,821$	0,663
Kararsızım	42 (19,7)	41 (21,9)		
Katılmıyorum	135 (63,4)	120 (64,2)		
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.				
Katılıyorum	56 (26,3)	62 (33,2)	$\chi^2=2,446$	0,294
Kararsızım	87 (40,8)	66 (35,2)		
Katılmıyorum	70 (32,9)	59 (31,6)		
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim				
Katılıyorum	168 (78,9)	137 (73,3)	$\chi^2=2,742$	0,254
Kararsızım	28 (13,1)	26 (13,9)		
Katılmıyorum	17 (8,0)	24 (12,8)		
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	21 (9,9)	5 (2,7)	$\chi^2=8,612$	0,013
Kararsızım	28 (13,1)	24 (12,8)		
Katılmıyorum	164 (77,0)	158 (84,5)		

χ^2 :Ki kare Testi

“Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır” ifadesine geliri giderinden az olan bireylerin %15,7’si (n=16) katılıyorum, %9,8’i (n=10) kararsızım, %74,5’i (n=76) katılmıyorum yanıtını vermiş, geliri giderine eşit olan bireylerin %6,5’i (n=11) katılıyorum, %12,3’ü (n=21) kararsızım, %81,2’si (n=138) katılmıyorum yanıtını verirken, geliri giderinden fazla olan bireylerin %2,3’ü (n=3) katılıyorum, %8,6’sı (n=11) kararsızım, %89,1’i (n=114) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenmiştir. Gelir durumuna göre “Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=16,428$, $p=0,002$). Gelir durumuna göre diğer ifadelere verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. *Gelir Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması*

GELİR DURUMU					
	Gelirim giderimden az (n=102)	Gelirim giderime eşit (n=170)	Gelirim giderimden fazla (n=128)	Test istatistiği	
				χ^2	P
	n (%)	n (%)	n (%)		
Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir.					
Katılıyorum	32 (31,4)	56 (32,9)	34 (26,6)	$\chi^2=2,365$	0,669
Kararsızım	24 (23,5)	47 (27,6)	35 (27,3)		
Katılmıyorum	46 (45,1)	67 (39,5)	59 (46,1)		
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.					
Katılıyorum	7 (6,9)	10 (5,9)	4 (3,1)	$\chi^2=3,546$	0,471
Kararsızım	24 (23,5)	31 (18,2)	23 (18,0)		
Katılmıyorum	71 (69,6)	129 (75,9)	101 (78,9)		
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.					
Katılıyorum	57 (55,9)	78 (45,9)	52 (40,6)	$\chi^2=5,612$	0,230
Kararsızım	23 (22,5)	43 (25,3)	37 (28,9)		
Katılmıyorum	22 (21,6)	49 (28,8)	39 (30,5)		
Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır.					
Katılıyorum	16 (15,7)	11 (6,5)	3 (2,3)	$\chi^2=16,428$	0,002
Kararsızım	10 (9,8)	21 (12,3)	11 (8,6)		
Katılmıyorum	76 (74,5)	138 (81,2)	114 (89,1)		
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	43 (42,2)	55 (32,4)	39 (30,5)	$\chi^2=4,274$	0,370
Kararsızım	19 (18,6)	42 (24,7)	30 (23,4)		
Katılmıyorum	40 (39,2)	73 (42,9)	59 (46,1)		
Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	39 (38,2)	58 (34,1)	36 (28,1)	$\chi^2=6,173$	0,187
Kararsızım	32 (31,4)	57 (33,5)	36 (28,1)		
Katılmıyorum	31 (30,4)	55 (32,4)	56 (43,8)		
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	2 (2,0)	3 (1,8)	5 (3,9)	$\chi^2=5,569$	0,234
Kararsızım	2 (2,0)	12 (7,1)	8 (6,3)		
Katılmıyorum	98 (96,0)	155 (91,1)	115 (89,8)		
Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	3 (2,9)	1 (0,6)	1 (0,8)	$\chi^2=5,174$	0,270
Kararsızım	3 (2,9)	8 (4,7)	2 (1,6)		
Katılmıyorum	96 (94,2)	161 (94,7)	125 (97,6)		

Tablo 4.5. Gelir Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.				
Katılıyorum	6 (5,9)	6 (3,5)	1 (0,8)	$\chi^2=5,994$ 0,200
Kararsızım	4 (3,9)	5 (2,9)	3 (2,3)	
Katılmıyorum	92 (90,2)	159 (93,6)	124 (96,9)	
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.				
Katılıyorum	45 (44,1)	61 (35,9)	36 (28,1)	$\chi^2=6,771$ 0,149
Kararsızım	11 (10,8)	26 (15,3)	21 (16,4)	
Katılmıyorum	46 (45,1)	83 (48,8)	71 (55,5)	
Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarılıdır.				
Katılıyorum	6 (5,9)	14 (8,2)	9 (7,0)	$\chi^2=3,018$ 0,555
Kararsızım	30 (29,4)	40 (23,5)	26 (20,3)	
Katılmıyorum	66 (64,7)	116 (68,3)	93 (72,7)	
Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.				
Katılıyorum	30 (29,4)	46 (27,1)	45 (35,2)	$\chi^2=2,681$ 0,613
Kararsızım	26 (25,5)	47 (27,6)	28 (21,8)	
Katılmıyorum	46 (45,1)	77 (45,3)	55 (43,0)	
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	64 (62,7)	112 (65,9)	85 (66,4)	$\chi^2=2,761$ 0,599
Kararsızım	14 (13,7)	25 (14,7)	23 (18,0)	
Katılmıyorum	24 (23,6)	33 (19,4)	20 (15,6)	
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	13 (12,7)	21 (12,4)	11 (8,6)	$\chi^2=4,767$ 0,312
Kararsızım	31 (30,4)	38 (22,4)	28 (21,9)	
Katılmıyorum	58 (56,9)	111 (65,2)	89 (69,5)	
Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.				
Katılıyorum	50 (49,0)	77 (45,3)	53 (41,4)	$\chi^2=3,651$ 0,455
Kararsızım	30 (29,4)	59 (34,7)	39 (30,5)	
Katılmıyorum	22 (21,6)	34 (20,0)	36 (28,1)	
Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	73 (71,5)	135 (79,4)	98 (76,6)	$\chi^2=5,996$ 0,199
Kararsızım	7 (6,9)	14 (8,2)	14 (10,9)	
Katılmıyorum	22 (21,6)	21 (12,4)	16 (12,5)	

Tablo 4.5. Gelir Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	21 (20,6)	40 (23,5)	30 (23,4)	$\chi^2=3,959$ 0,412
Kararsızım	19 (18,6)	46 (27,1)	33 (25,8)	
Katılmıyorum	62 (60,8)	84 (49,4)	65 (50,8)	
Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.				
Katılıyorum	3 (2,9)	5 (2,9)	3 (2,3)	$\chi^2=2,131$ 0,712
Kararsızım	7 (6,9)	13 (7,6)	5 (3,9)	
Katılmıyorum	92 (90,2)	152 (89,5)	120 (93,8)	
Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem.				
Katılıyorum	13 (12,7)	32 (18,8)	17 (13,3)	$\chi^2=3,745$ 0,442
Kararsızım	19 (18,6)	33 (19,4)	31 (24,2)	
Katılmıyorum	70 (68,7)	105 (61,8)	80 (62,5)	
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.				
Katılıyorum	33 (32,4)	52 (30,6)	33 (25,8)	$\chi^2=4,879$ 0,300
Kararsızım	31 (30,4)	70 (41,2)	52 (40,6)	
Katılmıyorum	38 (37,2)	48 (28,2)	43 (33,6)	
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim				
Katılıyorum	71 (69,7)	133 (78,3)	101 (78,9)	$\chi^2=8,203$ 0,084
Kararsızım	13 (12,7)	24 (14,1)	17 (13,3)	
Katılmıyorum	18 (17,6)	13 (7,6)	10 (7,8)	
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.				
Katılıyorum	5 (4,9)	13 (7,6)	8 (6,2)	$\chi^2=4,300$ 0,367
Kararsızım	11 (10,8)	28 (16,5)	13 (10,2)	
Katılmıyorum	86 (84,3)	129 (75,9)	107 (83,6)	

χ^2 :Ki kare Testi

“Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem” ifadesine aile hekimliğine başvuran bireylerin %16,0’sı (n=16) katılıyorum, %19,0’u (n=19) kararsızım, %65,0’i (n=65) katılmıyorum, dahiliye giden bireylerin %8,0’i (n=8) katılıyorum, %21,0’i (n=21) kararsızım, %71,0’i (n=171) katılmıyorum, genel cerrahi polikliniğine giden bireylerin %13,0’ü (n=13) katılıyorum, %19,0’u (n=19) kararsızım, %68,0’i (n=68) katılmıyorum, üroloji

polikliniğine giden bireylerin %25,0'i (n=25) katılıyorum, %24,0'ü (n=24) kararsızım, %51,0'i (n=51) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenmiştir. Gidilen poliklinik durumuna göre ““Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=14,361$, $p=0,026$). Gidilen poliklinik durumuna göre diğer ifadelerle verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. *Poliklinik Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması*

		POLİKLİNİK				Test istatistiği	
		Aile hekimliği (n=100)	Dahiliye (n=100)	Genel cerrahi (n=100)	Üroloji (n=100)	χ^2	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Para alınan hizmeti kalitelidir.							
Katılıyorum		28 (28,0)	30 (30,0)	32 (32,0)	32 (32,0)	$\chi^2=3,610$	0,729
Kararsızım		32 (32,0)	22 (22,0)	28 (28,0)	24 (24,0)		
Katılmıyorum		40 (40,0)	48 (48,0)	40 (40,0)	44 (44,0)		
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.							
Katılıyorum		9 (9,0)	1 (1,0)	7 (7,0)	4 (4,0)	$\chi^2=9,823$	0,158
Kararsızım		21 (21,0)	16 (16,0)	9 (9,0)	22 (22,0)		
Katılmıyorum		70 (70,0)	83 (83,0)	74 (74,0)	74 (74,0)		
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.							
Katılıyorum		48 (48,0)	42 (42,0)	52 (52,0)	45 (45,0)	$\chi^2=4,593$	0,597
Kararsızım		21 (21,0)	27 (27,0)	26 (26,0)	29 (29,0)		
Katılmıyorum		31 (31,0)	31 (31,0)	22 (22,0)	26 (26,0)		
Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır.							
Katılıyorum		6 (6,0)	10 (10,0)	5 (5,0)	9 (9,0)	$\chi^2=2,962$	0,814
Kararsızım		10 (10,0)	9 (9,0)	11 (11,0)	12 (12,0)		
Katılmıyorum		84 (84,0)	81 (81,0)	84 (84,0)	79 (79,0)		
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.							
Katılıyorum		36 (36,0)	25 (25,0)	36 (36,0)	40 (40,0)	$\chi^2=10,907$	0,091
Kararsızım		29 (29,0)	21 (21,0)	23 (23,0)	18 (18,0)		
Katılmıyorum		35 (35,0)	54 (54,0)	41 (41,0)	42 (42,0)		

Tablo 4.6. *Poliklinik Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)*

Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	35 (35,0)	35 (35,0)	29 (29,0)	34 (34,0)	$\chi^2=3,167$ 0,788
Kararsızım	26 (26,0)	31 (31,0)	37 (37,0)	31 (31,0)	
Katılmıyorum	39 (39,0)	34 (34,0)	34 (34,0)	35 (35,0)	
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	3 (3,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	5 (5,0)	$\chi^2=9,669$ 0,139
Kararsızım	5 (5,0)	8 (8,0)	6 (6,0)	3 (3,0)	
Katılmıyorum	92 (92,0)	90 (90,0)	94 (94,0)	92 (92,0)	
Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	2 (2,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	$\chi^2=4,308$ 0,636
Kararsızım	4 (4,0)	2 (2,0)	3 (3,0)	4 (4,0)	
Katılmıyorum	94 (94,0)	97 (97,0)	97 (97,0)	94 (94,0)	
Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.					
Katılıyorum	4 (4,0)	3 (3,0)	2 (2,0)	4 (4,0)	$\chi^2=2,875$ 0,824
Kararsızım	1 (1,0)	4 (4,0)	4 (4,0)	3 (3,0)	
Katılmıyorum	95 (95,0)	93 (93,0)	94 (94,0)	93 (93,0)	
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.					
Katılıyorum	38 (38,0)	38 (38,0)	29 (29,0)	37 (37,0)	$\chi^2=6,275$ 0,393
Kararsızım	13 (13,0)	9 (9,0)	19 (19,0)	17 (17,0)	
Katılmıyorum	49 (49,0)	53 (53,0)	52 (52,0)	46 (46,0)	
Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarılıdır.					
Katılıyorum	9 (9,0)	2 (2,0)	8 (8,0)	10 (10,0)	$\chi^2=8,198$ 0,224
Kararsızım	29 (29,0)	22 (22,0)	23 (23,0)	22 (22,0)	
Katılmıyorum	62 (62,0)	76 (76,0)	69 (69,0)	68 (68,0)	

Tablo 4.6. *Poliklinik Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)*

Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.						
Katılıyorum	26 (26,0)	36 (36,0)	27 (27,0)	32 (32,0)	$\chi^2=9,145$	0,166
Kararsızım	30 (30,0)	19 (19,0)	21 (21,0)	31 (31,0)		
Katılmıyorum	44 (44,0)	45 (45,0)	52 (52,0)	37 (37,0)		
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	71 (71,0)	64 (64,0)	63 (63,0)	63 (63,0)	$\chi^2=4,335$	0,629
Kararsızım	11 (11,0)	14 (14,0)	20 (20,0)	17 (17,0)		
Katılmıyorum	18 (18,0)	22 (22,0)	17 (17,0)	20 (20,0)		
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	10 (10,0)	14 (14,0)	11 (11,0)	10 (10,0)	$\chi^2=1,724$	0,943
Kararsızım	24 (24,0)	21 (21,0)	26 (26,0)	26 (26,0)		
Katılmıyorum	66 (66,0)	65 (65,0)	63 (63,0)	64 (64,0)		
Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.						
Katılıyorum	47 (47,0)	45 (45,0)	44 (44,0)	44 (44,0)	$\chi^2=2,277$	0,893
Kararsızım	29 (29,0)	30 (30,0)	37 (37,0)	32 (32,0)		
Katılmıyorum	24 (24,0)	25 (25,0)	9 (19,0)	24 (24,0)		
Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	81 (81,0)	76 (76,0)	77 (77,0)	72 (72,0)	$\chi^2=7,336$	0,291
Kararsızım	6 (6,0)	10 (10,0)	5 (5,0)	14 (14,0)		
Katılmıyorum	13 (13,0)	14 (14,0)	18 (18,0)	14 (14,0)		
Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	18 (18,0)	33 (33,0)	24 (24,0)	16 (16,0)	$\chi^2=12,285$	0,056
Kararsızım	29 (29,0)	16 (16,0)	25 (25,0)	28 (28,0)		
Katılmıyorum	53 (53,0)	51 (51,0)	51 (51,0)	56 (56,0)		

Tablo 4.6. *Poliklinik Durumuna Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)*

Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.						
Katılıyorum	4 (4,0)	2 (2,0)	3 (3,0)	2 (2,0)	$\chi^2=7,947$	0,242
Kararsızım	5 (5,0)	2 (2,0)	8 (8,0)	10 (10,0)		
Katılmıyorum	91 (91,0)	96 (96,0)	89 (89,0)	88 (88,0)		
Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem.						
Katılıyorum	16 (16,0)	8 (8,0)	13 (13,0)	25 (25,0)	$\chi^2=14,36_1$	0,026
Kararsızım	19 (19,0)	21 (21,0)	19 (19,0)	24 (24,0)		
Katılmıyorum	65 (65,0)	71 (71,0)	68 (68,0)	51 (51,0)		
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.						
Katılıyorum	28 (28,0)	32 (32,0)	30 (30,0)	28 (28,0)	$\chi^2=2,758$	0,839
Kararsızım	37 (37,0)	33 (33,0)	40 (40,0)	43 (43,0)		
Katılmıyorum	35 (35,0)	35 (35,0)	30 (30,0)	29 (29,0)		
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim						
Katılıyorum	74 (74,0)	78 (78,0)	79 (79,0)	74 (74,0)	$\chi^2=4,951$	0,550
Kararsızım	16 (16,0)	13 (13,0)	8 (8,0)	17 (17,0)		
Katılmıyorum	10 (10,0)	9 (9,0)	13 (13,0)	9 (9,0)		
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	5 (5,0)	5 (5,0)	9 (9,0)	7 (7,0)	$\chi^2=3,179$	0,786
Kararsızım	14 (14,0)	10 (10,0)	13 (13,0)	15 (15,0)		
Katılmıyorum	81 (81,0)	85 (85,0)	78 (78,0)	78 (78,0)		

χ^2 :Ki kare Testi

“Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır” ifadesine hukukçu bireylerin %5,3’ü (n=1), sağlık çalışanı bireylerin %4,0’ü (n=2), emekli bireylerin %7,1’i (n=2), öğrencilerin %9,7’si (n=7), ev hanımı bireylerin %22,2’si (n=6), eğitimci bireylerin %11,4’ü (n=5), memur bireylerin %8,5’i (n=4), esnaf bireylerin %8,0’i (n=2), işçi bireylerin %3,3’ü (n=1) katılıyorum yanıtını vermiştir. Mesleklere

göre “Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=32,294$, $p=0,020$). “Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir” ifadesine hukukçu bireylerin %26,3’ü (n=5), sağlık çalışanı bireylerin %40,0’ı (n=20), emekli bireylerin %28,6’sı (n=8), öğrencilerin %45,8’i (n=33), ev hanımı bireylerin %29,6’sı (n=8), eğitimci bireylerin %22,7’si (n=10), mühendis-mimar bireylerin %34,5’i (n=20), memur bireylerin %31,9’u (n=15), esnaf bireylerin %28,0’i (n=7), işçi bireylerin %36,7’si (n=11) katılıyorum yanıtını vermiştir. Mesleklere göre “Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=29,931$, $p=0,038$). Mesleklere göre “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=50,903$, $p<0,001$). Öğrencilerin %56,9’u (n=41) “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim” ifadesine katılıyorum yanıtını vererek meslek grupları arasında en yüksek oranda iken, sağlık çalışanı bireylerin %16,0’sı (n=8) katılıyorum yanıtını en düşük orandır. Ayrıca mesleklere göre “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=42,904$, $p=0,001$). “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim” ifadesine öğrencilerin %58,3’ü (n=42) katılıyorum yanıtını vererek meslek gruplarında en düşük oran iken, esnaf bireylerin %92,0’si (n=23) katılıyorum yanıtını vererek en yüksek orandadır. Mesleklere göre “Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=37,536$, $p=0,004$). Mesleklere göre diğer ifadelere verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

	MESLEK										Test istatistiği	
	Hukukçu (n=19)	Sağlık çalışanı (n=50)	Emekli (n=28)	Öğrenci (n=72)	Ev hanımı (n=27)	Eğitimci (n=44)	Mühendis -mimar (n=58)	Memur (n=47)	Esnaf (n=25)	İşçi (n=30)		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	p
Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir.												
Katılıyorum	5 (26,3)	22 (44,0)	8 (28,6)	23 (31,9)	9 (33,3)	15 (34,1)	9 (15,5)	18 (38,3)	6 (24,0)	7 (23,3)	$\chi^2=21,499$	0,255
Kararsızım	8 (42,1)	11 (11,0)	5 (17,8)	20 (27,8)	6 (22,3)	12 (27,3)	22 (37,9)	8 (17,0)	5 (20,0)	9 (30,0)		
Katılmıyorum	6 (31,6)	17 (34,0)	15 (53,6)	29 (40,3)	12 (44,4)	17 (38,6)	27 (46,6)	21 (44,7)	14 (56,0)	14 (46,7)		
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.												
Katılıyorum	1 (5,3)	3 (6,0)	2 (7,1)	5 (6,9)	3 (11,1)	1 (2,3)	1 (1,7)	2 (4,3)	2 (8,0)	1 (3,3)	$\chi^2=9,146$	0,956
Kararsızım	3 (15,8)	12 (24,0)	4 (14,3)	11 (15,3)	6 (22,2)	10 (22,7)	14 (24,1)	8 (17,0)	5 (20,0)	5 (16,7)		
Katılmıyorum	15 (78,9)	35 (70,0)	22 (78,6)	56 (77,8)	18 (66,7)	33 (75,0)	43 (74,2)	37 (78,7)	18 (72,0)	24 (80,0)		
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.												
Katılıyorum	10 (52,6)	19 (38,0)	12 (42,9)	37 (51,4)	12 (44,4)	20 (45,5)	27 (46,6)	17 (36,2)	3 (52,0)	20 (66,7)	$\chi^2=18,122$	0,448
Kararsızım	5 (26,3)	14 (28,0)	6 (21,4)	18 (25,0)	3 (11,1)	13 (29,5)	18 (31,0)	14 (29,8)	7 (28,0)	5 (16,7)		
Katılmıyorum	4 (21,1)	17 (34,0)	10 (35,7)	17 (23,6)	12 (44,4)	11 (25,0)	13 (22,4)	16 (34,0)	5 (20,0)	5 (16,7)		

Tablo 4.7. Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Erkek kadın göre başarılıdır.		hekimler hekimlere daha										
Katılıyorum	1 (5,3)	2 (4,0)	2 (7,1)	7 (9,7)	6 (22,2)	5 (11,4)	0 (0,0)	4 (8,5)	2 (8,0)	1 (3,3)	$\chi^2=32,294$	0,020
Kararsızım	1 (5,3)	8 (16,0)	2 (7,1)	2 (2,8)	6 (22,2)	4 (9,1)	6 (10,3)	5 (10,6)	3 (12,0)	5 (16,7)		
Katılmıyorum	17 (89,4)	40 (80,0)	24 (85,8)	63 (87,5)	15 (55,6)	35 (79,5)	52 (89,7)	38 (80,9)	20 (80,0)	24 (80,0)		
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.												
Katılıyorum	5 (26,3)	20 (40,0)	8 (28,6)	33 (45,8)	8 (29,6)	10 (22,7)	20 (34,5)	15 (31,9)	7 (28,0)	11 (36,7)	$\chi^2=29,931$	0,038
Kararsızım	1 (5,3)	16 (32,0)	6 (21,4)	19 (26,4)	4 (14,8)	9 (20,5)	14 (24,1)	10 (21,3)	9 (36,0)	3 (10,0)		
Katılmıyorum	13 (68,4)	14 (28,0)	14 (50,0)	20 (27,8)	15 (55,6)	25 (56,8)	24 (41,4)	22 (46,8)	9 (36,0)	16 (53,3)		
Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.												
Katılıyorum	7 (36,8)	14 (28,0)	14 (50,0)	20 (27,8)	11 (40,8)	14 (31,8)	14 (24,1)	20 (42,6)	10 (40,0)	9 (30,0)	$\chi^2=23,400$	0,176
Kararsızım	2 (10,5)	15 (30,0)	3 (10,7)	32 (44,4)	8 (29,6)	15 (34,1)	20 (34,5)	13 (27,6)	8 (32,0)	9 (30,0)		
Katılmıyorum	10 (52,7)	21 (42,0)	11 (39,3)	20 (27,8)	8 (29,6)	15 (34,1)	24 (41,4)	14 (29,8)	7 (28,0)	12 (40,0)		
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.												
Katılıyorum	1 (5,3)	2 (4,0)	2 (7,1)	1 (1,4)	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (2,1)	1 (4,0)	0 (0,0)	$\chi^2=13,611$	0,754
Kararsızım	0 (0,0)	4 (8,0)	0 (0,0)	4 (5,6)	2 (7,4)	2 (4,5)	3 (5,2)	3 (6,4)	2 (8,0)	2 (6,7)		
Katılmıyorum	18 (94,7)	44 (88,0)	26 (92,9)	67 (93,0)	24 (88,9)	42 (95,5)	54 (93,1)	43 (91,5)	22 (88,0)	28 (93,3)		

Tablo 4.7. Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.											
Katılıyorum	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,1)	0 (0,0)	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	$\chi^2=28,373$ 0,057
Kararsızım	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (2,8)	0 (0,0)	2 (4,5)	4 (6,9)	0 (0,0)	1 (4,0)	3 (10,0)	
Katılmıyorum	19 (100,0)	49 (98,0)	26 (92,9)	70 (97,2)	25 (92,6)	42 (95,5)	54 (93,1)	46 (97,9)	24 (96,0)	27 (90,0)	
Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.											
Katılıyorum	1 (5,3)	3 (6,0)	2 (7,1)	2 (2,8)	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (1,7)	3 (6,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	$\chi^2=28,645$ 0,053
Kararsızım	2 (10,5)	2 (4,0)	0 (0,0)	4 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	3 (10,0)	
Katılmıyorum	16 (84,2)	45 (90,0)	26 (92,9)	66 (91,8)	26 (96,3)	44 (100,0)	57 (98,3)	43 (91,5)	25 (100,0)	27 (90,0)	
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.											
Katılıyorum	5 (26,3)	8 (16,0)	11 (39,3)	41 (56,9)	13 (48,1)	10 (22,7)	13 (22,4)	15 (31,9)	11 (44,0)	15 (50,0)	$\chi^2=50,903$ <0,001
Kararsızım	1 (5,3)	15 (30,0)	1 (3,6)	10 (13,9)	3 (11,1)	9 (20,5)	9 (15,5)	7 (14,9)	1 (4,0)	2 (6,7)	
Katılmıyorum	13 (68,4)	27 (54,0)	16 (57,1)	21 (29,2)	11 (40,8)	25 (56,8)	36 (62,1)	25 (53,2)	13 (52,0)	13 (43,3)	
Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarısızdır.											
Katılıyorum	0 (0,0)	5 (10,0)	2 (7,1)	5 (6,9)	3 (11,1)	2 (4,5)	4 (6,9)	2 (4,3)	5 (20,0)	1 (3,3)	$\chi^2=19,458$ 0,364
Kararsızım	4 (21,1)	9 (18,0)	9 (32,1)	19 (26,4)	9 (33,3)	9 (20,5)	16 (27,6)	14 (29,7)	3 (12,0)	4 (13,3)	
Katılmıyorum	15 (78,9)	36 (72,0)	17 (60,8)	48 (66,7)	15 (55,6)	33 (75,0)	38 (65,5)	31 (66,0)	17 (68,0)	25 (83,4)	

Tablo 4.7. Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.											
Katılıyorum	9 (47,4)	6 (12,0)	6 (21,4)	18 (25,0)	10 (37,0)	11 (25,0)	24 (41,4)	19 (40,4)	9 (36,0)	9 (30,0)	
Kararsızım	3 (15,8)	10 (20,0)	6 (21,4)	26 (36,1)	4 (14,8)	11 (25,0)	18 (31,0)	14 (29,8)	4 (16,0)	5 (16,7)	$\chi^2=37,536$ 0,004
Katılmıyorum	7 (36,8)	34 (68,0)	16 (57,2)	28 (38,9)	13 (48,2)	22 (50,0)	16 (27,6)	14 (29,8)	12 (48,0)	16 (53,3)	
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.											
Katılıyorum	13 (68,4)	30 (60,0)	19 (67,9)	50 (69,4)	18 (66,7)	30 (68,1)	33 (56,9)	30 (63,8)	20 (80,0)	18 (60,0)	
Kararsızım	2 (10,5)	10 (20,0)	3 (10,7)	11 (15,3)	3 (11,1)	5 (11,4)	13 (22,4)	10 (21,3)	2 (8,0)	3 (10,0)	$\chi^2=12,454$ 0,823
Katılmıyorum	4 (21,1)	10 (20,0)	6 (21,4)	11 (15,3)	6 (22,2)	9 (20,5)	12 (20,7)	7 (14,9)	3 (12,0)	9 (30,0)	
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.											
Katılıyorum	3 (15,8)	4 (8,0)	5 (17,9)	5 (6,9)	5 (18,5)	4 (9,1)	5 (8,6)	6 (12,8)	3 (12,0)	5 (16,7)	
Kararsızım	5 (26,3)	10 (20,0)	5 (17,9)	18 (25,0)	10 (37,0)	11 (25,0)	15 (25,9)	12 (25,5)	4 (16,0)	7 (23,3)	$\chi^2=11,967$ 0,849
Katılmıyorum	11 (57,9)	36 (72,0)	18 (64,2)	49 (68,1)	14 (44,5)	29 (65,9)	38 (65,5)	29 (61,7)	18 (72,0)	18 (60,0)	

Tablo 4.7. Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.											
Katılıyorum	7 (36,8)	23 (46,0)	11 (39,3)	40 (55,6)	10 (37,0)	15 (34,1)	32 (55,2)	21 (44,7)	12 (48,0)	9 (30,0)	
Kararsızım	8 (42,1)	16 (32,0)	8 (28,6)	22 (30,6)	11 (40,7)	17 (38,6)	11 (19,0)	16 (34,0)	9 (36,0)	10 (33,3)	$\chi^2=19,257$ 0,376
Katılmıyorum	4 (21,1)	11 (22,0)	9 (32,1)	10 (13,8)	6 (22,2)	12 (27,3)	15 (25,8)	10 (21,3)	4 (16,0)	11 (36,7)	
Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.											
Katılıyorum	15 (79,0)	39 (78,0)	17 (60,8)	64 (88,9)	20 (74,1)	32 (72,7)	51 (87,9)	30 (63,8)	20 (80,0)	18 (60,0)	
Kararsızım	2 (10,5)	5 (10,0)	2 (7,1)	2 (2,8)	3 (11,1)	4 (9,1)	4 (6,9)	6 (12,8)	2 (8,0)	5 (16,7)	$\chi^2=28,576$ 0,054
Katılmıyorum	2 (10,5)	6 (12,0)	9 (32,1)	6 (8,3)	4 (14,8)	8 (18,2)	3 (5,2)	11 (23,4)	3 (12,0)	7 (23,3)	
Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.											
Katılıyorum	5 (26,3)	11 (22,0)	3 (10,7)	25 (34,7)	3 (11,1)	9 (20,5)	11 (19,0)	9 (19,1)	6 (24,0)	9 (30,0)	
Kararsızım	5 (26,3)	12 (24,0)	4 (14,3)	20 (27,8)	7 (25,9)	9 (20,5)	14 (24,1)	12 (25,5)	7 (28,0)	8 (26,7)	$\chi^2=19,201$ 0,380
Katılmıyorum	9 (47,4)	27 (54,0)	21 (75,0)	27 (37,5)	17 (63,0)	26 (59,0)	33 (56,9)	26 (55,4)	12 (48,0)	13 (43,3)	

Tablo 4.7. Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.											
Katılıyorum	0 (0,0)	2 (4,0)	3 (10,7)	0 (0,0)	3 (11,1)	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (2,1)	1 (4,0)	0 (0,0)	
Kararsızım	0 (0,0)	4 (8,0)	1 (3,6)	5 (6,9)	4 (14,8)	2 (4,5)	3 (5,2)	2 (4,3)	2 (8,0)	2 (6,7)	$\chi^2=24,895$ 0,128
Katılmıyorum	19 (100,0)	44 (88,0)	24 (85,7)	67 (93,1)	20 (74,1)	42 (95,5)	54 (93,1)	44 (93,6)	22 (88,0)	28 (93,3)	
Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem.											
Katılıyorum	2 (10,5)	4 (8,0)	4 (14,3)	13 (18,1)	5 (18,5)	6 (13,6)	12 (20,7)	6 (12,8)	4 (16,0)	6 (20,0)	
Kararsızım	4 (21,1)	9 (18,0)	4 (14,3)	20 (27,8)	6 (22,2)	9 (20,5)	13 (22,4)	6 (12,8)	8 (32,0)	4 (13,3)	$\chi^2=14,826$ 0,674
Katılmıyorum	13 (68,4)	37 (74,0)	20 (71,4)	39 (54,1)	16 (59,3)	29 (65,9)	33 (56,9)	35 (74,4)	13 (52,0)	20 (66,7)	
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.											
Katılıyorum	9 (47,4)	15 (30,0)	1 (3,6)	25 (34,7)	9 (33,3)	12 (27,3)	17 (29,3)	12 (25,5)	7 (28,0)	11 (36,7)	
Kararsızım	5 (26,3)	15 (30,0)	12 (42,8)	30 (41,7)	8 (29,7)	15 (34,1)	28 (48,3)	22 (46,8)	10 (40,0)	8 (26,6)	$\chi^2=26,030$ 0,099
Katılmıyorum	5 (26,3)	20 (40,0)	15 (53,6)	17 (23,6)	10 (37,0)	17 (38,6)	13 (22,4)	13 (27,7)	8 (32,0)	11 (36,7)	

Tablo 4.7. Mesleklere Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim												
Katılıyorum	12 (63,1)	43 (86,0)	25 (89,3)	42 (58,3)	18 (66,7)	38 (86,4)	47 (81,0)	38 (80,9)	23 (92,0)	19 (63,4)		
Kararsızım	4 (21,1)	3 (6,0)	0 (0,0)	18 (25,0)	5 (18,5)	2 (4,5)	6 (10,4)	8 (17,0)	1 (4,0)	7 (23,3)	$\chi^2=42,904$	0,001
Katılmıyorum	3 (15,8)	4 (8,0)	3 (10,7)	12 (16,7)	4 (14,8)	4 (9,1)	5 (8,6)	1 (2,1)	1 (4,0)	4 (13,3)		
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.												
Katılıyorum	0 (0,0)	4 (8,0)	1 (3,6)	1 (1,4)	5 (18,5)	5 (11,4)	2 (3,4)	5 (10,6)	0 (0,0)	3 (10,0)		
Kararsızım	2 (10,5)	8 (16,0)	3 (10,7)	8 (11,1)	4 (14,8)	7 (15,9)	8 (13,8)	6 (12,8)	2 (8,0)	4 (13,3)	$\chi^2=22,505$	0,210
Katılmıyorum	17 (89,5)	38 (76,0)	24 (85,7)	63 (87,5)	18 (66,7)	32 (72,7)	48 (82,8)	36 (76,6)	23 (92,0)	23 (76,7)		

 χ^2 :Ki kare Testi

Yaş ile “Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır”, “Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır”, “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim” ifadelerine verilen yanıtlar arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,142;p=0,004$, $r=-0,106;p=0,034$, $r=-0,104;p=0,037$). Yaş arttıkça “Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır”, “Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır”, “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim” ifadelerinde verilen yanıtlar katılmıyorumdan - katılıyorumda gitmektedir. Yaş ile “Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir”, “Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir”, ifadelerine verilen yanıtlar arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,211;p<0,001$, $r=0,230;p<0,001$). Yaş arttıkça “Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir”, “Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir” ifadelerinde verilen yanıtlar katılıyorumdan- katılmıyorumda gitmektedir. Yaş ile “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim”, “Kendi branşı ile alakası olmayana konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir”, “Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır” ifadelerine verilen yanıtlar arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,124;p=0,013$, $r=0,132;p=0,008$, $r=0,143;p=0,004$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Yaş ile Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların İlişkisi

İfadeler	YAŞ	
	r	p
Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir.	0,095	0,057
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.	0,005	0,914
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.	0,095	0,057
Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır.	-0,142	0,004
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.	0,211	<0,001
Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.	-0,075	0,136
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.	-0,056	0,263
Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.	-0,022	0,665
Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.	0,020	0,692
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.	0,124	0,013
Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarısızdır.	-0,046	0,359
Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.	-0,053	0,286
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.	-0,013	0,790
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.	-0,016	0,744
Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.	0,070	0,161
Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.	0,132	0,008
Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.	0,230	<0,001
Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.	-0,106	0,034
Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem	-0,011	0,829
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.	0,143	0,004
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim	-0,104	0,037
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.	-0,094	0,060

r: Spearman İlişki Katsayısı

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Tedavi ve Hizmet Alt Boyutunun Bileşenlerinden sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalaması 34,79±10,07, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalaması 36,13±9,85, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalaması 29,19±10,63 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama puan ortalaması 36,42±9,41 olarak belirlenmiştir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi Alt Boyutunun Bileşenlerinden sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalaması $34,87 \pm 10,76$, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalaması $34,82 \pm 9,93$, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalaması $29,19 \pm 11,69$ sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama puan ortalaması $29,30 \pm 11,37$ olarak belirlenmiştir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam puan ortalaması $33,07 \pm 8,60$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ile Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Bileşenlerinin Puan Dağılımı

	Ort $\pm$ SS	Medyan (Min-Max)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiye ulaşma (THBU)	34,79 $\pm$ 10,07	33,3 (0-50)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi anlama (THBA)	36,13 $\pm$ 9,85	37,5 (0-50)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme (THBD)	29,19 $\pm$ 10,63	29,2 (0-50)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (THBK)	36,42 $\pm$ 9,41	37,5 (0-50)
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma (HKBU)	34,87 $\pm$ 10,76	33,3 (0-50)
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi anlama (HKBA)	34,82 $\pm$ 9,93	33,3 (0-50)
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi değerlendirme (HKBD)	29,19 $\pm$ 11,69	29,2 (0-50)
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (HKBK)	29,30 $\pm$ 11,37	29,2 (0-50)
TSOY-32	33,07 $\pm$ 8,60	32,3 (0-50)

Erkek bireylerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $32,01 \pm 7,89$, kadın bireylerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $33,81 \pm 9,01$ 'dir. Cinsiyete göre bireylerin TSOY-32 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,203$, $p=0,028$) (Tablo 4.10).

Evli bireylerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $32,38 \pm 8,20$, bekar bireylerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $33,84 \pm 8,99$ 'dur. Medeni duruma göre bireylerin TSOY-32 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,404$, $p=0,016$) (Tablo 4.10).

Geliri giderinden az olan bireylerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $31,86 \pm 9,35$, geliri giderine eşit olan bireylerin $32,24 \pm 8,63$, geliri giderinden fazla olan bireylerin $35,12 \pm 7,58$ 'dir. Gelir durumuna göre bireylerin TSOY-32 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,865$, $p=0,003$). TSOY-32 toplam puanları bakımından gelir durumu ikili karşılaştırmasında Gelirim giderime eşit-Gelirim giderimden fazla, Gelirim giderimden az-Gelirim giderimden fazla arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Poliklinik durumuna göre bireylerin TSOY-32 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Hukukçu bireylerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $32,81 \pm 8,14$, sağlık çalışanı bireylerin $37,55 \pm 8,53$, emekli bireylerin $29,33 \pm 5,92$, öğrenci bireylerin $33,55 \pm 8,63$, ev hanımı bireylerin $32,81 \pm 9,21$, eğitimci bireylerin $30,15 \pm 8,82$, mühendis-mimar bireylerin $35,03 \pm 8,23$, memur bireylerin $31,19 \pm 7,63$, esnaf bireylerin $32,77 \pm 8,28$, işçi bireylerin $31,96 \pm 9,39$ olduğu belirlenmiştir. Mesleklere göre bireylerin TSOY-32 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=29,793$, $p<0,001$). TSOY-32 toplam puanları bakımından meslek ikili karşılaştırmasında Emekli-Sağlık çalışanı, Eğitimci-Sağlık çalışanı, Memur-Sağlık çalışanı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Yaş ile TSOY-32 arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,190$ *Spearman Korelasyon Katsayısı*; $p<0,001$).

Tablo 4.10. Demografik Özelliklere ve Polikliniklere Göre TSOY-32 Puan Dağılımı

Özellik		Ortalama± Standart sapma	Medyan (Minimum- Maximum)	Test değeri	p
Cinsiyet	Erkek	32,01±7,89	31,2 (8,3-50)	z=2,203	0,028
	Kadın	33,81±9,01	33,3 (0-50)		
Medeni hal	Evli	32,38±8,20	31,2 (11,9-50)	z=2,404	0,016
	Bekar	33,84±8,99	33,8 (0-50)		
Gelir-gider durumu	Gelirim giderimden az ^a	31,86±9,35	31,2 (0-50)	x ² =11,865	0,003
	Gelirim giderime eşit ^a	32,24±8,63	31,5 (2,1-50)		
	Gelirim giderimden fazla ^b	35,12±7,58	34,1 (11,9-50)		
Poliklinikler	Aile hekimliği	32,49±8,47	31,8 (9,4-50)	x ² =4,239	0,237
	Dahiliye	34,05±8,03	33,3 (15,6-50)		
	Genel cerrahi	33,83±8,66	33,1 (2,1-50)		
	Üroloji	31,89±9,14	30,7 (0-50)		
Yapılan İş	Hukukçu ^{a,b}	32,81±8,14	29,2 (16,7-47,9)	x ² =29,793	<0,001
	Sağlık çalışanı ^a	37,55±8,53	37,5 (17,2-50)		
	Emekli ^b	29,33±5,92	29,7 (16,7-42,7)		
	Öğrenci ^{a,b}	33,55±8,63	33,3 (8,3-50)		
	Ev hanımı ^{a,b}	32,81±9,21	30,2 (15,6-49,5)		
	Eğitimci ^b	30,15±8,82	29,4 (0-50)		
	Mühendis- mimar ^{a,b}	35,03±8,23	33,6 (21,9-50)		
	Memur ^b	31,19±7,63	31,2 (9,4-46,9)		
	Esnaf ^{a,b}	32,77±8,28	29,2 (20,8-48,9)		
	İşçi ^{a,b}	31,96±9,39	31,2 (2,1-50)		

z: Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi, Farklı harfler p<0,05 düzeyinde farklılığı gösterir

Çalışmaya katılan bireylerin TSOY-32 toplam ölçek puanlarına göre; %16,0'sı (n=264) yetersiz, %37,3'ü (n=149) sorunlu-sınırlı, %29,7'si (n=119) yeterli, %17,0'si (n=68) mükemmel olduğu belirlenmiştir. Tedavi ve hizmet bilgiye ulaşma puanlarına göre bireylerin %20,5'i (n=82) yetersiz, %12,3'ü (n=49) sorunlu-sınırlı, %43,7'si (n=175) yeterli, %23,5'i (n=94) mükemmeldir. Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi bilgiye ulaşma puanlarına göre bireylerin %20,2'si (n=81) yetersiz, %15,5'i (n=62) sorunlu-sınırlı, %40,0'sı (n=160) yeterli, %24,3'ü (n=97) mükemmel

düzeydedir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) düzeylerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 16’da özetlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Bireylerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Sınıflamasına Göre Dağılımı

	TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI (TSOY-32) DÜZEYLERİ			
	Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiye ulaşma	82 (20,5)	49 (12,3)	175 (43,7)	94 (23,5)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi anlama	56 (14,0)	38 (9,5)	209 (52,2)	97 (24,3)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme	170 (42,5)	67 (16,7)	116 (29,0)	47 (11,8)
Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	60 (15,0)	63 (15,8)	173 (43,2)	104 (26,0)
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma	81 (20,2)	62 (15,5)	160 (40,0)	97 (24,3)
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi anlama	75 (18,8)	70 (17,5)	166 (41,5)	89 (22,2)
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi değerlendirme	175 (43,7)	63 (15,8)	104 (26,0)	58 (14,5)
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	172 (43,0)	61 (15,3)	112 (28,0)	55 (13,7)
TSOY-32	64 (16,0)	149 (37,3)	119 (29,7)	68 (17,0)

“Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir” ifadesine TSOY-32 sınıflamasına göre yetersiz olan bireylerin %10,9’u (n=7) katılıyorum, %25,0’i (n=16) kararsızım, %64,1’i (n=41) katılmıyorum, sorunlu-sınırlı olan bireylerin %6,0’si (n=9) katılıyorum, %9,4’ü (n=14) kararsızım, %84,6’sı (n=126) katılmıyorum, yeterli olan bireylerin %5,9’u (n=7) katılıyorum, %14,3’ü (n=17) kararsızım, %79,8’i (n=95) katılmıyorum, mükemmel olan bireylerin %4,4’ü (n=3) katılıyorum, %7,4’ü (n=5) kararsızım, %88,2’si (n=60) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenmiştir. TSOY-32 sınıflamasına göre “Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi

veren hekim daha iyidir” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=15,876$, $p=0,014$).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) düzeylerine göre “Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir”, “Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir”, “Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır”, “Sadece şikayetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir”, “Hastalığınızda yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir”, “Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim”, ifadelerine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). TSOY-32 sınıflamasına göre diğer ifadelere verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Düzeylerine Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI (TSOY-32) DÜZEYLERİ					Test istatistiği	
	Yetersiz (n=64)	Sorunlu- Sınırlı (n=149)	Yeterli (n=119)	Mükemmel (n=68)	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Para alınan hizmeti kalitelidir.						
Katılıyorum	24 (37,5)	37 (24,8)	37 (31,1)	24 (35,3)	$\chi^2=9,564$	0,144
Kararsızım	19 (29,7)	41 (27,5)	25 (21,0)	21 (30,9)		
Katılmıyorum	21 (32,8)	71 (47,7)	57 (47,9)	23 (33,8)		
Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.						
Katılıyorum	3 (4,7)	8 (5,4)	6 (5,0)	4 (5,9)	$\chi^2=9,334$	0,156
Kararsızım	20 (31,2)	23 (15,4)	26 (21,8)	9 (13,2)		
Katılmıyorum	4 (6,4)	118 (79,2)	87 (73,2)	55 (80,9)		
Akademik unvanı yüksek olan hekim daha iyi hekimdir.						
Katılıyorum	28 (43,8)	79 (53,0)	50 (42,0)	30 (44,1)	$\chi^2=10,611$	0,101
Kararsızım	21 (32,8)	39 (26,2)	30 (25,2)	13 (19,1)		
Katılmıyorum	15 (23,4)	31 (20,8)	39 (32,8)	25 (36,8)		

Tablo 4.12. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Düzeylerine Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Erkek kadın hekimler hekimlere göre daha başarılıdır.					
Katılıyorum	3 (4,7)	11 (7,4)	10 (8,4)	6 (8,8)	$\chi^2=9,365$ 0,154
Kararsızım	12 (18,8)	18 (12,1)	9 (7,6)	3 (4,4)	
Katılmıyorum	49 (76,5)	120 (80,5)	100 (84,0)	59 (86,8)	
Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	20 (31,3)	60 (40,3)	31 (26,1)	26 (38,2)	$\chi^2=11,160$ 0,084
Kararsızım	18 (28,1)	23 (15,4)	34 (28,6)	16 (23,5)	
Katılmıyorum	26 (40,6)	66 (44,3)	54 (45,3)	26 (38,3)	
Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	22 (34,4)	55 (36,9)	35 (29,4)	21 (30,9)	$\chi^2=11,135$ 0,084
Kararsızım	28 (43,8)	36 (24,2)	40 (33,6)	21 (30,9)	
Katılmıyorum	14 (21,8)	58 (38,9)	44 (37,0)	26 (38,2)	
Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	2 (3,1)	2 (1,3)	2 (1,7)	4 (5,9)	$\chi^2=16,595$ 0,011
Kararsızım	8 (12,5)	11 (7,4)	2 (1,7)	1 (1,5)	
Katılmıyorum	54 (84,4)	136 (91,3)	115 (96,6)	63 (92,6)	
Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.					
Katılıyorum	2 (3,1)	2 (1,3)	1 (0,8)	0 (0,0)	$\chi^2=12,502$ 0,052
Kararsızım	6 (9,4)	5 (3,4)	1 (0,8)	1 (1,5)	
Katılmıyorum	56 (87,5)	142 (95,3)	117 (98,4)	67 (98,5)	
Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.					
Katılıyorum	4 (6,3)	5 (3,4)	2 (1,7)	2 (2,9)	$\chi^2=13,516$ 0,036
Kararsızım	6 (9,4)	3 (2,0)	3 (2,5)	0 (0,0)	
Katılmıyorum	54 (84,3)	141 (94,6)	114 (95,8)	66 (97,1)	
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.					
Katılıyorum	24 (37,5)	56 (37,6)	45 (37,8)	17 (25,0)	$\chi^2=6,129$ 0,409
Kararsızım	12 (18,8)	18 (12,1)	18 (15,1)	10 (14,7)	
Katılmıyorum	28 (43,8)	75 (50,4)	56 (47,1)	41 (60,3)	

Tablo 4.12. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Düzeylerine Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)

Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarısızdır.						
Katılıyorum	6 (9,4)	14 (9,4)	4 (3,4)	5 (7,4)	$\chi^2=6,529$	0,367
Kararsızım	18 (28,1)	38 (25,5)	27 (22,7)	13 (19,1)		
Katılmıyorum	40 (62,5)	97 (65,1)	88 (73,9)	50 (73,5)		
Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.						
Katılıyorum	19 (29,7)	56 (37,6)	31 (26,1)	15 (22,1)	$\chi^2=18,251$	0,006
Kararsızım	21 (32,8)	41 (27,5)	28 (23,5)	11 (16,2)		
Katılmıyorum	24 (37,5)	52 (34,9)	60 (50,4)	42 (61,7)		
Şikâyetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	41 (64,1)	94 (63,1)	81 (68,0)	45 (66,2)	$\chi^2=1,756$	0,941
Kararsızım	11 (17,2)	23 (15,4)	19 (16,0)	9 (13,2)		
Katılmıyorum	12 (18,7)	32 (21,5)	19 (16,0)	14 (20,6)		
Sadece şikâyetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	7 (10,9)	22 (14,8)	7 (5,9)	9 (13,2)	$\chi^2=12,756$	0,047
Kararsızım	20 (31,3)	40 (26,8)	21 (17,6)	16 (23,5)		
Katılmıyorum	37 (57,8)	87 (58,4)	91 (76,5)	43 (63,3)		
Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.						
Katılıyorum	26 (40,7)	73 (49,0)	44 (37,0)	37 (54,4)	$\chi^2=15,724$	0,015
Kararsızım	23 (35,9)	52 (34,9)	42 (35,3)	11 (16,2)		
Katılmıyorum	15 (23,4)	24 (16,1)	33 (27,7)	20 (29,4)		
Kendi branşı ile alakası olmayana konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	43 (67,2)	113 (75,8)	92 (77,3)	58 (85,2)	$\chi^2=7,514$	0,276
Kararsızım	6 (9,4)	14 (9,4)	10 (8,4)	5 (7,4)		
Katılmıyorum	15 (23,4)	22 (14,8)	17 (14,3)	5 (7,4)		

Tablo 4.12. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Düzeylerine Göre Hekimler ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması (devam)*

Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	12 (18,8)	30 (20,1)	28 (23,5)	21 (30,9)	$\chi^2=4,584$	0,598
Kararsızım	15 (23,4)	39 (26,2)	31 (26,1)	13 (19,1)		
Katılmıyorum	37 (57,8)	80 (53,7)	60 (50,4)	34 (50,0)		
Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmiş hekimler daha başarılıdır.						
Katılıyorum	3 (4,7)	6 (4,0)	1 (0,8)	1 (1,5)	$\chi^2=6,927$	0,328
Kararsızım	5 (7,8)	12 (8,1)	5 (4,2)	3 (4,4)		
Katılmıyorum	56 (87,5)	131 (87,9)	113 (95,0)	64 (94,1)		
Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem.						
Katılıyorum	8 (12,5)	30 (20,1)	16 (13,4)	8 (11,8)	$\chi^2=7,910$	0,245
Kararsızım	18 (28,1)	32 (21,5)	20 (16,8)	13 (19,1)		
Katılmıyorum	38 (59,4)	87 (58,4)	83 (69,8)	47 (69,1)		
Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.						
Katılıyorum	24 (37,5)	37 (24,8)	42 (35,3)	15 (22,1)	$\chi^2=10,711$	0,098
Kararsızım	19 (29,7)	68 (45,7)	40 (33,6)	26 (38,2)		
Katılmıyorum	21 (32,8)	44 (29,5)	37 (31,1)	27 (39,7)		
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim						
Katılıyorum	43 (67,2)	116 (77,8)	91 (76,5)	55 (80,9)	$\chi^2=13,055$	0,042
Kararsızım	16 (25,0)	21 (14,1)	13 (10,9)	4 (5,9)		
Katılmıyorum	5 (7,8)	12 (8,1)	15 (12,6)	9 (13,2)		
Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.						
Katılıyorum	7 (10,9)	9 (6,0)	7 (5,9)	3 (4,4)	$\chi^2=15,876$	0,014
Kararsızım	16 (25,0)	14 (9,4)	17 (14,3)	5 (7,4)		
Katılmıyorum	41 (64,1)	126 (84,6)	95 (79,8)	60 (88,2)		

χ^2 :Ki kare Testi

5. TARTIŞMA

5.1. Hekim Tercihinin ve Hekim Tercihini Etkileyen Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerden fikir alan hekimleri daha tercih edilir buldular ve yine hastalar cinsel muayene gerektiren branşlarda hekimin cinsiyetinden ziyade mesleki başarı ve tecrübesi daha iyi olan hekimi tercih ettiklerini belirttiler. Ayrıca genel olarak akademik unvanı yüksek olan hekimin daha başarılı olduğu görüşüne sahiptiler. Buradan yola çıkarak çalışmamızda hekim seçimindeki en önemli kriterin hekimin mesleki bilgi ve tecrübesi olduğu saptanmıştır. İran’da yapılan bir çalışmada hastaneye ayaktan başvuran hastaların hekim seçiminde dikkat ettiği en önemli iki kriter hekimin uzmanlığı ve gerektiğinde başka hekimlerle fikir alışverişinde bulunması olduğu saptanmıştır (Dormohammadi vd., 2010). Kuruoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların seçimlerinde hekimlerin mesleki yeterliliğinin en önemli kriter olduğu belirtilmektedir ve bu kapsamda, hekimin hastanın tıbbi geçmişine ulaşma yeteneği, bilgi ve uzmanlık düzeyi, tıbbi raporlar hazırlama yeteneği ve hatalardan kaçınma bilinci gibi faktörler yer almaktadır (Kuruoğlu vd., 2015). Bir başka çalışmada hekim tercihinin en fazla etkileyen kriterin hekimin uzmanlık alanı ile ilgili sahip olduğu mesleki tecrübesi olduğu ortaya çıkmıştır (Yüksel, 2023). Yurtdışındaki diğer bir çalışmada ortopedik spor hekimi seçim kriterleri araştırılmış ve yine en önemli kriterlerin uzmanlık sertifikası ve spesifik bir uzmanlık alanında iyi tanınmış olmak olduğu saptanmıştır (Manning vd., 2017). Kayseri’de yapılan bir tıpta uzmanlık tez çalışmasında ise en önemli kriterlerin doktorun hizmet verdiği yerin temiz ve düzenli olması, hastalara yeterince zaman ayırması, güler yüzlü olması, tanı ve tedavisinin iyi olması, hastaları bekletmemesi, hastalara hastalıkları hakkında yeterli bilgi vermesi, ilaçlar hakkında yeterli ve açıklayıcı bilgi vermesi, soru sorulmasına izin vermesi ve söylenenleri dinleyip dikkate alması gibi özelliklerin ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada doktorun meslek tecrübesinin olması, uzman olması gibi özelliklerin ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır (Özdemir, 2009). Bu farklılığın sebebi farklı soruların farklı başlıklar altında incelenmesi olabilir. Örneğin hekimin tanı ve tedavisinin iyi olması bize göre mesleki başarı için bir kriterdir ve bu açıdan bakılırsa aslında benzer sonuçlar

elde edildiği söylenebilir. Bu çalışmalarda farklı yöntemler kullanılmış olsa da bizim çalışmamızdaki anket soruları diğer çalışmadaki ‘hekimin mesleki yeterliliği’ alt başlığı altında değerlendirilirse genel olarak literatüre benzer sonuçlar elde edildiği söylenebilir. Ayrıca Kayseri’de yapılan çalışmada özellikle hekimin iyi iletişim becerilerinin hekim tercihinde ne derece önemli olduğu vurgulanmıştır ve bizim çalışmamızda iletişim kabiliyetinin yeteri kadar sorgulanmadığı göz önünde bulundurulursa iletişim becerisinin de oldukça önemli olduğunun göz ardı edilmemesi gerekir.

Çalışmamızda genel görüş bu olmakla beraber katılımcıların sosyodemografik özellikleri baz alındığında erkeklerin, evlilerin ve ileri yaştakilerin diğerlerine kıyasla kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer hekimlerden fikir alan hekimlerin daha iyi olduğu görüşüne daha az katıldıkları gözlemlendi. Bunun sebebi erkeklerin kendi sağlık durumlarını daha az önemseyip bir an önce diğer işlerine dönmek istemeleri ve konsültasyonla vakit kaybetmek istememeleri olabilir. Yine aynı şekilde ileri yaştakilerin eskiden hekim sayısı azken sağlıkla alakalı tüm problemlerini tek bir hekimle halletmeye alışık olmaları olabilir. Yine aynı şekilde kadınlar, düşük sağlık okuryazarlığı olanlar, genç yaştakiler, hukukçu, öğrenci, ev hanımı ve işçiler diğerlerine kıyasla cinsel muayene gerektiren branşlarda hekimin cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimin tercih edilmesi görüşüne daha az katıldıklarını belirttiler ve bunlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kadınların bu görüşe daha az katılmalarının sebebi toplumdaki kültürel normlar olabilir. Genç yaştakilerin bu görüşe daha az katılmalarının sebebi yine karşı cinse olan utanma duygusunun o yaş grubunda daha sık görülmesi olabilir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin bu görüşe daha az katılmalarının sebebi sağlık ile alakalı problemlerinin ciddiyetini anlayamamak ve mahremiyet duygularının sağlık problemlerinden daha öncelikli olabileceğini düşünmeleri olabilir. Meslek grupları arasında fark oluşmasının sebebi meslekten ziyade katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri ile bağdaştırılabilir (işçi-düşük sağlık okuryazarlığı, öğrenci-genç yaş gibi). Yassini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkekler ve kadınlar arasında hekim seçiminde hekimin cinsiyetinin önemine yönelik istatistiksel anlamda herhangi bir fark bulunamamıştır (Yassini vd., 2010). Bir diğer çalışmada hekim tercihinin yönelik katılımcıların cinsiyetine göre farklı konularda farklılıklar bulunsa da hekimin mesleki başarı ve tecrübesi üzerine bir fark bulunmamıştır (Yüksel, 2023). Yine Kayseri’de yapılan bir tez çalışmasında erkek

katılımcıların kadınlara kıyasla hekimin mesleki tecrübesini daha çok önemsedikleri saptanmıştır (Özdemir, 2009). Literatürdeki bu farklılıkların sebebi çalışmaların yapıldığı toplumlardaki bireylerin yetiştirilme tarzı (ataerkil toplum anlayışı) ve sosyokültürel farklılıklar ve normlar olabilir.

Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu çok ilaç yazan hekimin daha iyi bir hekim olmadığı ve hastaların talep ettiği her ilacı yazmayan hekimin kötü hekim olmadığı görüşü tespit edildi. Yassini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğru tanı konulması ve uygun reçete yazılması hekim tercihinde en önemli üçüncü sırada yer almıştır (Yassini vd., 2010). Yine yapılan bir çalışmada doktorun hastanın istediği ilaçları yazması çalışmadaki katılımcılar tarafından oldukça önemli bulunmuştur (Özdemir, 2009). Ayrıca hastaların ilaç yazım miktarına hekimin karar vermesi gerektiğini düşünmeleri yine hastaların hekimin bilgi ve tecrübesine dikkat ettiği yönünde yorumlanabilir. Hastalar sosyodemografik özelliklerine göre kıyaslandığında bu fikre yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sadece sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylere kıyasla kişilerin talep ettiği her ilacı yazmayan hekimin kötü hekim olduğu fikrine daha yüksek oranda katıldıkları görülmüştür. Bunun sebebi de sağlık okuryazarlık seviyesi düştükçe kişilerin hekimlerden beklentilerinin olumsuz anlamda artabileceği ihtimali olabilir.

Çalışmamızda genel olarak hastaların erkek hekimleri kadın hekimlerden daha başarılı bulmadığı saptandı dolayısı ile hastalar tarafından hekimin cinsiyetinin mesleki başarı üzerinde etkili olmadığı düşünülmektedir. Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda da hastaların büyük çoğunluğunun kendi ile aynı cinsiyette hekimi seçmek gibi bir davranışa girmediği, bu branşlarda hekimin cinsiyetinden ziyade mesleki başarısını ön planda tuttıkları saptandı. Bir başka çalışmada hekim cinsiyetinin hekim seçiminde etkisi olmadığı belirtilmiştir (Yüksel, 2023). Kim ve arkadaşlarının Kore de yaptıkları çalışmada yine hekim cinsiyetinin bir kriter olmadığı belirtilmiştir (Kim vd., 2018). Yassini ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastaların yaş grupları arasında farklı yaklaşım olmakla beraber genel olarak hekim cinsiyetinin bir seçim kriteri olmadığı sonucuna varılmıştır (Yassini vd., 2010). Yapılan bir tez çalışmasında hekim cinsiyetinin hekim seçiminde önemsiz bir kriter olduğu tespit edilmiştir (Özdemir,

2009). Denizli’de yapılan bir tıpta uzmanlık tezinde ise hastaların özellikle kendi cinsiyetine özgü hastalıklarda kendileri ile aynı cinsiyette hekimleri tercih ettikleri saptanmıştır (Akaydın, 2019). Bu farklılığın sebebi diğer çalışmanın niteliksel bir çalışma olması yani metodolojik farklılık olabilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı şehirlerin farklı olması ve Denizli ile Ankara illerinde yaşayan kişilerin sosyokültürel seviyelerinin farklı olabilecek olması bir diğer sebep olabilir. Katılımcılar sosyodemografik özelliklerine göre kıyaslandığında erkek hekimlerin kadın hekimlerden daha başarılı olduğu görüşüne evlilerin bekarlardan daha çok kararsız kaldıkları görüldü. Aynı şekilde geliri giderinden az olanların, ev hanımlarının ve ileri yaştakilerin bu görüşe diğerlerine kıyasla daha yüksek oranda katıldıkları görüldü. Bunun sebebi bu grupların gerek yaş gerek toplumdaki konumları düşünüldüğünde daha ataerkil yapıda bir düşünce içeriğine sahip olmaları olabilir. Ayrıca ileri yaştaki kişilerin bu görüşe daha çok katılmalarının bir diğer sebebi eskiden ve cumhuriyetin ilk yıllarında neredeyse kadın hekimin hiç olmaması ve bunun insanlar üzerinde ister istemez bir alışkanlığa neden olmuş olması olabilir. Bizim çalışmamızda erkek hekimlerin kadın hekimlerden daha başarılı olduğu görüşüne katılımcıların cinsiyeti kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların gelir durumuna göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmışken diğer yapılan bir çalışmada hekimin cinsiyetinin önemi üzerine sorulan bir soruda katılımcıların cinsiyeti kıyaslandığında anlamlı bir fark saptanmış ve erkeklerin daha çok önemsendiği tespit edilirken gelir gider durumu kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Özdemir, 2009).

Çalışmamızda katılımcıların genel olarak genç hekimlerin ileri yaş hekimlerden daha başarısız olmadıklarını düşündükleri saptandı. Daha önceden de bahsedildiği üzere katılımcılarımızın hekimin mesleki tecrübesine önem verdikleri göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların hekimin yaşı ile tecrübesinin birebir örtüştüğünü düşünmedikleri sonucuna varılabilir. Aslında birbirine tezat gibi duran bu iki sonucun çıkmasının sebebi, anket sorularındaki yaş sınırlamasının net olarak ifade edilmemiş olması olabilir. Örneğin genç ve ileri yaştan kasıt yeni mezun olmuş mesleğinin ilk yılında olan bir hekim ile alanında uzman 40 yaşında bir hekimin kıyaslanması mı yoksa alanında uzman, yeniliklere açık, araştırmayı seven 40 yaşında bir hekim ile 70 yaşında akademik olarak son noktaya varmış, belki de uzun yıllardır sahada birebir hasta bakmayan sadece akademide ilerlemiş bir hekim mi?

Katılımcılarımızın bu soruya yanıt verirken ikinci seçeneği göz önünde bulundurduğunu düşünüyoruz. Yapılan bir başka çalışmada hekimin yaşının hekim seçiminde önemsiz bir kriter olduğu saptanmıştır (Özdemir, 2009). Yurtdışındaki diğer bir çalışmada ortopedik spor hekimi seçim kriterleri araştırılmış olup katılımcıların %63'ü hekimin 65 yaş ve daha altında olmasını tercih edeceklerini belirtmişler ve katılımcıların %25'i hekimin 50 yaş ve altında olmasını tercih etmişlerdir (Manning vd., 2017). Bunun sebebi cerrahi branşlarda zorlu ameliyat koşulları göz önünde bulundurulduğunda hastaların daha genç ve dayanıklı hekim tercih etmek istemesi olabilir. Bizim çalışmamızda ise başvuru alan polikliniklere göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan bir diğer çalışmada hekim yaşı önemsiz bulunmuştur (Yüksel, 2023). Kore'de yapılan bir çalışmada ise katılımcıların hekim tercihinde daha genç hekimleri tercih ettikleri saptanmış. Aynı çalışmada bunun sebebinin birinci basamakta ağırlıklı olarak genç hekimlerin hizmet vermesi olabileceği iddia edilmiştir (Kim vd., 2018).

Bizim çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun televizyon ve sosyal medyada ünlü olan hekimlerin daha başarılı olduğu görüşüne katılmadığı saptandı. Toplumumuzdaki sosyal medyanın gücü ve sosyal medyadaki bilgi kirliliği dikkate alındığında aslında bu sonuç çarpıcı bir sonuçtur. Ayrıca bu sonuç katılımcıların sosyal medya veya televizyonda ünlü olan hekimlerin hekimlik yönlerinden ziyade başka sebeplerle ünlü olabileceğini düşündüklerini gösterebilir. Yapılan bir başka çalışmada doktorun televizyon, gazete ve ilanlarda tanıtımının ve reklamının yapıyor olması hekim seçiminde; doktorun cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, varlıklı olması, dindarlığı, siyasi görüşü, memleketi ve etnik kökeninden daha önemli bulunarak orta derecede önemli bulunmuştur (Özdemir, 2009). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların sorulara verdikleri yanıtların yüzdesi incelendiğinde hekimin yaşı ve cinsiyetine kıyasla daha önemsiz bir kriter olduğu söylenebilir. Bu farklılığın sebebi çalışmaların yapıldıkları tarihler göz önüne alındığında teknoloji ilerledikçe insanların teknolojiye ve sanal ortamlara duyduğu güvenin azalması olabilir. Yapılan bir başka çalışmada hekim ile ilgili internet, sosyal medya, televizyon vb. platformlarda reklam yapılması hekim tercihinde en önemsiz kriterlerden biri olduğu saptanmıştır (Yüksel, 2023). Yurtdışındaki diğer bir çalışmada ortopedik spor hekimi seçim kriterleri araştırılmış olup katılımcılar sağlık hizmetleri reklamlarına yapılan harcamaların çeşitlenip artmasına rağmen, spor hekimini seçerken televizyon, radyo ve internet reklamlarını

en düşük puanla değerlendirdikleri tespit edilmiştir (Manning vd., 2017). Bizim çalışmamızda daha ileri yaş grubuna ait katılımcıların televizyon ve sosyal medyada ünlü olan hekimlerin daha başarılı olduğu görüşüne daha çok katıldıkları görülmüştür. Bunun sebebi yine ileri yaştaki kimselerin daha önceki yıllarda televizyon ve sosyal medya platformlarını daha güvenilir buluyor olmaları olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar tarafından en çok kararsız kalınan görüş ise başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimin daha başarılı olduğu görüşüydü. Açıkçası biz bu görüşe büyük oranda katılım beklemekteydik ancak aksine katılımcıların çoğunluğu bu görüşe ya kararsız kaldıklarını ya da katılmadıklarını belirttiler. Bu durumun sebebi herkesin bir hekimden farklı farklı beklentilerinin olduğu ve dolayısı ile herkesin gözündeki ideal hekim özelliklerinin birbirinden çok farklı olabileceği ihtimali olabilir. Ayrıca çoğunluk tarafından beğenilen ve önerilen hekimi az da olsa beğenmeyenlerin de oluşu katılımcıların bu denli kararsız kalmalarının sebebi olabilir. Yapılan başka bir çalışmada arkadaş, aile ve yakın çevreden alınan öneri ve tavsiyelerin hekim tercihinde önemli bir kriter olduğu saptanmış ve yine aynı çalışmada daha az önemli bulunmakla beraber hekim ile ilgili internet üzerinden yapılan görüş, geribildirim ve yorumların hekim tercihinde önemli bir kriter olduğu tespit edilmiştir (Yüksel, 2023). Yapılan bir tıpta uzmanlık tez çalışmasında başka hastaların doktor hakkındaki düşünceleri, komşu ve arkadaşların doktor hakkındaki düşünceleri, aile büyükleri ve akrabaların doktor hakkındaki düşünceleri hekim tercihinde çok önemli kriterler arasında yani ikinci sıradaki grupta (ilk sırada olmazsa olmaz olarak nitelendirilen kriterler var) yer almıştır (Özdemir, 2009). Yine yurtdışında yapılan bir çalışmada aile bireylerinin ve arkadaş tavsiyesinin hekim seçiminde orta derecede öneme sahip olduğu saptanmıştır (Manning vd., 2017). Yassini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başka kişiler tarafından önerilmiş olmak hekim seçimi için önemli bir kriter olduğu saptansa da çalışmanın geneline bakıldığında önem sırası olarak gerilerde yer almıştır (Yassini vd., 2010). Bu çalışmalar ile bizim çalışmamız bu konuda farklı görüşlere sahiptir. Aslında bizim çalışmamızda da başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimin daha başarılı olduğu görüşüne katılanlarla katılmayanların sayısı hemen hemen eşittir, aradaki fark kararsız kalan katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Kararsızların kendilerini hangi görüşe daha yakın hissettikleri bilinemeyeceğinden dolayı bu kriterin bizim çalışmamızda önemli veya önemsiz olarak nitelendirilmesi doğru olmayacaktır. Genel görüş bu şekilde olmakla beraber

katılımcıların sosyodemografik özellikleri kıyaslandığında katılımcıların yaşı arttıkça başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimin daha başarılı olduğu görüşüne daha çok katılmadıkları görüldü. Bunun sebebi yaşı ilerlemesi ile beraber kişilerin tecrübelerinin artması ve bu konu özelinde başkalarının fikirlerine daha az önem vermesi olabilir. Yine bir başka çalışmada arkadaş, aile ve yakın çevreden alınan öneri ve tavsiyeler hekim tercihinde genç yaştaki katılımcılar tarafından daha önemli olduğu bulunmuştur (Yüksel, 2023).

Bu çalışmada katılımcıların çoğu sadece şikayetlerine yönelik muayene yapan hekimin değil genel muayene yapan hekimin daha iyi olduğu görüşüne sahiptirler. Bu durumun sebebi hastaların hekimlerin doğru tanı koyabilmeleri için sistematik bir muayene yapılması gerektiğine inanmaları olabilir. Ayrıca kişileri daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hasta bakan hekimin daha iyi bir hekim olmadığı görüşüne sahiptirler. Bu durum hastaların hekim tarafından yeterli süre dinlenme, muayene olma ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti almak istemeleri ile alakalı olabilir. Yapılan bir çalışmada doktorun hastaların söylediklerini dinlemesi, dikkate alması doktorun hastalara yeterince zaman ayırması, soru sorması için izin vermesi gibi kriterler hekim seçiminde oldukça önemli bulunmuştur (Özdemir, 2009). Bir başka çalışmada hekimin hastayı dinlemesine dinleyip anlaması yeterli süreyi vermesi ‘hasta-hekim ilişkisi’ başlığı altında toplanmış olup çalışmadaki ikinci derece önemli bulunan başlık olarak saptanmıştır (Kuruoğlu vd., 2015). Yine bir başka çalışmada hastaya yeterli süre ayrılması hekim tercihinde önemli bir kriter olarak saptanmıştır (Yassini vd., 2010). Çalışmamızdaki, kişileri daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hasta bakan hekimin daha iyi bir hekim olmadığı görüşü aslında çift yönlü bir ifadedir. Birinci yönü hızlı hasta bakan hekim algısı, ikinci yönü ise poliklinikteki sıra bekleyen hastaları bekletmemek yani onları daha çabuk muayene etmeye çalışan hekim algısıdır. Çalışmamızdaki katılımcıların bu görüşü belirtirken daha çok olayın birinci yönünü baz aldıklarını düşünüyoruz ancak yine de ikisi kıyaslandığında beklemek yerine uygun sürede muayene olmayı tercih etmeleri ülkemizdeki sağlık sistemi düşünüldüğünde bizim açımızdan umut vericidir. Çalışmamızdaki katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre kıyaslandığında kişileri daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hasta bakan hekimin daha iyi bir hekim olduğu görüşüne erkeklerin ve düşük sağlık okuryazarlığı olanların daha çok katıldığı görüldü. Bunun sebebi erkeklerin sağlıkla alakalı problemlerini diğer işlerinden daha önemsiz

bulması sonucu daha az bekleyerek daha çabuk muayene olmak istemesi ve muayene süresini az dahi bulsa bundan fayda görebileceğini düşünmeleri olabilir. Yine aynı şekilde düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin böyle düşünmesinin sebebi muayene süresinden ziyade bekleme süresini daha çok önemsemeleri olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun para karşılığı alınan sağlık hizmetinin daha kaliteli olduğu fikrine katılmadıkları ve yine muayene ücreti yüksek olan hekimlerin daha başarılı olduğu görüşüne katılmadıkları saptandı. Bunun sebebi ülkemizde sağlık sektörünün büyük çoğunluğunun devlet yönetiminde olması ve kamuda çalışan sağlık personellerinin özverili çalışmaları olabilir. Ayrıca katılımcıların muayene ücreti yüksek olan hekimleri daha başarılı bulmamaları sağlık alanında özel sektöre yeteri kadar güvenmediklerini gösterebilir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ‘muayene ve tedavi ücretleri hekim tercihimizi etkiler’ ve ‘hekimin özel muayenehanede hizmet sunmasını tercih ederim’ ifadelerine katılımcıların verdikleri yanıtlar incelendiğinde bu ifadelere genel olarak katılmadıkları görülmüştür (Yüksel, 2023). Yapılan bir başka çalışmada katılımcılar hekim tercihinde başvurdukları hekimin veya sağlık kuruluşunun sigorta kapsamı dahilinde olmasını hekimin mesleki başarısı ve tanınmışlığından sonra üçüncü sırada değerlendirmişlerdir (Manning vd., 2017). İran’da yapılan bir çalışmada ise düşük muayene ücretleri katılımcıların hekim tercihinde; hekimin bilgili ve tecrübeli olması, iyi iletişim kurabilmesi, tanınmış ve ünlü olmasının hemen ardında yer almıştır (Yassini vd., 2010). Bu farklılığın sebebi ülkemizin aksine birçok ülkede özel sağlık sigortalarının ön planda olması ve sağlık sisteminin özelleşmiş olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekimin daha iyi olduğu görüşüne katılmadıklarını belirttiler. Buradan yola çıkarak katılımcıların karşılarında tedavisinden emin ve bunu uygulayan hekimler görmek istedikleri yorumu yapılabilir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri kıyaslandığında evlilerin ve ileri yaştakilerin bu görüşe daha çok katılmadıkları saptamış. Bunun sebebi eskiden hekimlerin toplum üzerindeki etkisinin daha sorgulanamaz olması olabilir. Dolayısı ile ileri yaştaki kişilerin tedaviyi hekimin düzenlemesi ve tedaviye hekimin karar vermesi gerektiğini düşünmeleri olağandır. Evlilerin ise medeni hallerinden ziyade yine görece bekarlara göre yaşları daha büyük olduğu düşünülürse aynı yorum

evliler için de yapılabilir. Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla birebir aynı şeyi sorgulamasa da doktorun hastaların istediği ilaçları yazması önemli bir kriter olarak saptanmıştır (Özdemir, 2009). Diğer bir çalışmada yine bizim çalışmamızla birebir aynı şeyi sorgulamamakla beraber hekimin uyguladığı tedavi yöntemlerinin hastalar için önemli olduğu saptanmıştır (Yüksel, 2023). Ayrıca bizim çalışmamızda katılımcılar hastalıklarına yönelik sadece ilaç tedavisi yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişiklikleri öneren hekimin daha iyi bir hekim olduğu görüşünü savunmaktadırlar. Buradan yola çıkarak birçok kronik hastalığın birinci basamak tedavisinin yaşam tarzı değişiklikleri olduğu ve hastalarımızın da bu bilince sahip olduğu yorumu yapılabilir. Olay bu açıdan incelendiğinde Aile Hekimliğinin önemi ve rolü ön plana çıkmaktadır. Katılımcıların sağlık okuryazarlıkları kıyaslandığında sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça bu görüşe daha çok katıldıkları görüldü. Bunun sebebi de sağlık okuryazarlığı arttıkça kişilerin olaylara hekimlerle aynı pencereden bakabilmeye başlaması olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar resmi bir üslupla konuşan hekimin daha iyi olduğu veya halkın dili ile konuşan hekimin daha iyi olduğu gibi birbirine zıt görünen iki görüşe de sayısal olarak daha çok 'katılmıyorum' yanıtı verdiler. Ancak iki görüş kıyaslandığında resmi bir üslupla konuşan hekimin daha iyi olduğu görüşüne katılmama oranı daha yüksek bulundu. Buradan yola çıkarak katılımcıların iki uç görüşü değil ikisinin ortasında daha ılımlı bir üslup tercih ettikleri söylenebilir. Yapılan bir çalışmada aslında üsluptan ziyade genel olarak iletişim becerilerinin hekim tercihindeki rolü araştırılmış ve katılımcılar mesleki başarıdan sonra en önemli kriterin iletişim becerisi olduğunu belirtmişlerdir (Yassini vd., 2010). Yine yurtdışında yapılan ortopedik spor hekimlerinin seçimine yönelik bir çalışmada katılımcılar hekimlerin dostane tavırlar içinde olması ve iyi iletişim becerilerini; mesleki başarı, tanınmış olmak ve o hekimin veya kuruluşun sigorta kapsamına dahil olmasından sonra dördüncü sırada değerlendirmişlerdir (Manning vd., 2017). Yine aile hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada katılımcılar hekimin mesleki bilgi ve tecrübesinden sonra en önemli kriterin hekimin hasta-hekim ilişkisinde başarılı olması olduğunu belirtmişler. Bu başlık altında hekimin hastayı değerli hissettirmesi, yeterince dinlemesi, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgi vermesi, hatta hekimi aileden biriymiş gibi görmek istemeleri gibi ifadeler belirtilmiştir. Hasta-hekim ilişkisinin ardından ise hekimin kişisel özelliklerini üçüncü sırada değerlendirmişlerdir. Hekimin

kibar olması, güler yüzlü olması, saygılı olmasını bu başlık altında incelemişlerdir (Kuruoğlu vd., 2015). Yapılan bir diğer çalışmada katılımcılar doktorun bilgili olmasından sonraki en önemli kriterlerin doktorun güler yüzlü olması, anlayışlı olması ve hastaya yeterince vakit ayırması olduğunu belirtmişlerdir (Özdemir, 2009). Bizim çalışmamızda aslında sorguladığımız şey hekimin iletişim becerilerinden ziyade konuşurken takındığı tavır ve edindiği üslup üzerineydi. Yukarıda sıralanan literatürlerde ise hekimin karakteri ve iletişim becerileri üzerine odaklanılmıştır. Birebir aynı şeyler olmadıkları için aslında kıyas yapmak da oldukça güçtür. Örneğin resmi bir üslupla konuşan hekim kibar olmayabileceği gibi halkın dili ile konuşan hekim kibar bir hekim olabilir. Yine aynı şekilde halkın dili ile konuşan hekim güler yüzlü olmayabileceği gibi resmi bir üslupla konuşan hekim güler yüzlü olabilir. Çalışmamızdaki katılımcılar sosyodemografik özelliklerine göre kıyaslandığında genel görüşün aksine bekarların, sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin resmi bir üslupla konuşan hekimin daha iyi bir hekim olduğu görüşüne katılma oranları katılmama oranlarından yüksek çıktı. İleri yaştakilerin ise gençlere kıyasla bu görüşe daha çok katılmadıkları saptandı. Bunun sebebi gençlerin benlik duyguları ve birey sayılmak arzuları dolayısı ile resmi bir üslupla kendilerine hitap edilmesini istemeleri olabilir. Bu çerçeveden bakıldığında öğrencilerin ve bekarların böyle düşünme sebepleri de görece genç yaşta olmaları olabilir. Sağlık çalışanlarının böyle düşünmelerinin sebebi ise karşılarındaki hastaların kendilerine resmi bir üslupla hitap etmemelerinden duydukları rahatsızlık olabilir. Sonuçta insanlar kendilerine nasıl hitap edilmesini isterlerse karşılarındakilere de öyle hitap etme davranışına girmeleri doğaldır. Ayrıca halkın dili ile konuşan hekimin daha iyi olduğu görüşüne de bekarların katılmama oranı katılma oranlarından, evlilerin ise katılma oranları katılmama oranlarından yüksek tespit edildi.

Çalışmamızda tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimlerin daha başarılı olduğu görüşüne katılımcıların yarısına yakını katılmadıklarını belirttiler. Katılımcıların demografik özellikleri kıyaslandığında kadınların ve sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olanların bu görüşe daha çok katılmadıkları belirlenmiştir. Bunun sebebi sağlık okuryazarlığı arttıkça fakülteden ziyade hekimin kendini geliştirme ve çeşitli vakalar görerek tecrübelenme olayının mesleki başarıda daha önemli olduğunun düşünülmesi olabilir. Aynı şekilde çalışmamızda kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek bir sağlık okuryazarlığına sahip olması da bu sonucun

çıkmasının sebebi olabilir. Yine çalışmamızda en yüksek oranda bu görüşe katılmayan meslek grubu sağlık çalışanları olmuştur. O iş grubunun içinde olan kişilerin görüşlerinin daha gerçekçi olacağı kanaatindeyiz. Ayrıca hukukçu, mühendis-mimar ve memurların genel görüşün aksine sayısal anlamda bu görüşe katılma oranlarının katılmama oranlarından yüksek olduğu görüldü. Bunun sebebi kişilerin hekimleri değerlendirirken kendi meslek grubundaki önemli görülen değerler ışığında fikir yürütmeleri olabilir. Hukuk (özellikle avukatlık) ve mühendis-mimarlıkta özellikle özel sektör de dikkate alındığında kişinin mezun olduğu üniversite önem kazanmaktadır. Kore’de yapılan bir başka çalışmada hekim seçiminde en önemli kriterin hekimin yaşı ve iyi bir üniversiteden mezun olmak olduğu saptanmıştır. Genel literatüre oldukça ters olan bu sonucu aslında çalışmacılar da tamamen Kore’deki bölgesel ve yerel kültürel farklılıklara bağlamışlardır. (Kim vd., 2018). Yurtdışında yapılan bir başka çalışmada mezun olunan üniversite katılımcılar tarafından orta derece önemli bulunmuştur (Manning vd., 2017). İran’da yapılan bir çalışmada tanınmış bir üniversiteden mezun olmak önemsiz kriterler arasında yer almıştır (Yassini vd., 2010). Yapılan bir diğer çalışmada hekimin mezun olduğu üniversite hekim tercihinde önem bakımından ortalamanın altında kaldığı saptanmıştır (Yüksel, 2023).

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimin mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih edilmemesi görüşüne katılmadığı saptandı. Bunun sebebi kişilerin başkalarını değerlendirirken dış görünüşüne önem vermemesi veya bir hekimden beklentisinin kıyafetten ziyade kendi sağlık problemini ne ölçüde çözebildiği düşüncesi olabilir. Katılımcıların başvurduğu dört poliklinik kıyaslandığında bu görüşe en çok katılma oranı olan branşın üroloji, en az katılma oranı olan branşın ise dahiliye olduğu saptandı. Aile hekimliği ise katılma oranına göre kıyaslandığında ikinci sırada yer aldı. Buradan yola çıkarak dahili branşlar ve cerrahi branşlar arasında kıyas yapmak tam olarak doğru olmayacaktır çünkü genel cerrahi aile hekimliğinin gerisinde kalmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı çıksa da bizim çalışmadaki amacımız düşünüldüğünde bizim çalışmamız açısından anlamlı bir sonuç değildir. Yapılan bir çalışmada katılımcılar hekimin profil resminin ve dış görünüşünün tercihlerini etkilemediğini belirtmişlerdir (Yüksel, 2023). Yurtdışında yapılan bir çalışmada hekimlerin dış görünüşünün önemli bir tercih kriteri olmadığı saptanmıştır (Yassini vd., 2010). Hekimin dış görünüşü ve kılık kıyafeti

üzerine kısıtlı sayıda çalışma olsa da sonuçlarımızın literatür ile bu konuda uyduğu söylenebilir.

5.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyodemografik Özelliklerin Birlikte Değerlendirilmesi

Çalışmamızda genel TSOY-32 ortalama puanı 33.07 bulunmuştur. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genel indeks puan ortalaması 30,4 bulunmuş (Tanrıöver vd., 2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında ise genel indeks puan ortalaması 29,5 bulunmuş (Okyay ve Abacıgil, 2016). Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise genel indeks puan ortalaması 32,3 bulunmuştur (Ulusoy vd., 2020). Bu farklılığın sebebi çalışmanın yapıldı evren ve yapıldığı senelerin farklı olması olabilir. Bir diğer sebebi de çalışmamızda sağlık çalışanlarına da yer verilmesi olabilir.

Çalışmamamızda katılımcıların TSOY-32 ile ölçülen sağlık okuryazarlığı düzeyleri kıyaslandığında en büyük oranın sorunlu-sınırlı grubuna ait olduğu görüldü. Bunu sırasıyla yeterli, mükemmel ve yetersiz grupları takip etti. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da en büyük oranı sorunlu-sınırlı grubunun oluşturduğu saptanmış. Bunu sırasıyla yeterli, yetersiz ve mükemmel grupları takip etmiştir (Tanrıöver vd., 2014). Bir üniversite hastanesinde aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastalar üzerine yapılan bir çalışmada en büyük oranı yetersiz grubunun oluşturduğu belirtilmiştir. Bunu sırasıyla sorunlu-sınırlı, yeterli ve mükemmel gruplarının izlediği saptanmıştır (Yakar vd., 2019). Çelikyürek ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise en büyük grubu sorunlu-sınırlı grubunun oluşturduğu belirtilmiştir. Bunu sırası ile yeterli, yetersiz ve mükemmel grupları izlemiştir (Çelikyürek vd., 2020). Diyabet hastaları üzerine yapılan bir çalışmada ise en büyük grubu yetersiz grubunun oluşturduğu belirtilmiştir. Bunu sırasıyla yeterli, sorunlu-sınırlı ve mükemmel grubu izlemiştir (Akyol Güner vd., 2020). Bizim çalışmamızda mükemmel grubunun diğerlerine oranla yüksek çıkmasının sebebi çalışmanın yapıldığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesine Ankara'nın çok farklı bölgelerinden sosyokültürel düzeyi yüksek hastaların başvurması ve çalışmaya

katılması olabilir. Bir diğer sebebi de çalışmaya hatırı sayılır düzeyde sağlık çalışanlarının da katılması olabilir.

Çalışmamızda TSOY-32 ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde en düşük puan ortalamasına sahip boyutların “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme” (THBD) ve “hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi değerlendirme” (HKBD) olduğu saptandı. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızdan yüksek olmakla beraber en düşük puan alan ölçek alt boyutunun “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme” olduğu saptanmıştır (Okur vd., 2021). Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde yapılan bir çalışmada da en düşük ortalamaya sahip alt boyutun “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme” olduğu belirtilmiştir (Malatyalı ve Biçer, 2018). Çalışmamızdaki en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun ise “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” (THBK) olduğu tespit edildi. Başka bir çalışmada ise en yüksek puan alan alt boyut “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiye ulaşma” olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz Güven vd., 2018). Hemşirelik öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olduğu belirtilmiştir (Uysal ve Yıldız, 2020). Okur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yine en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olduğu belirtilmiştir (Okur vd., 2021). Bir diğer çalışmada yine en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olduğu belirtilmiştir (Malatyalı ve Biçer, 2018). Literatür genel olarak incelendiğinde en yüksek puan alan alt grubun bizim çalışmamızda da olduğu gibi ise “tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olduğu görülmektedir.

TSOY-32 genel indeks puanı ile katılımcıların cinsiyetleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farkı saptanmıştır. Kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi erkeklerden yüksektir. Çelikyürek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Çelikyürek vd., 2020). Berberoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Berberoğlu vd., 2018). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada yine cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır (Okur vd., 2021). Diyabet hastaları üzerine yapılan bir çalışmada ise kadınların erkeklerden daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları görülmüştür (Akyol Güner vd., 2020). Literatürdeki bu farklılıkların çok çeşitli sebepleri olabilir. Sağlık okuryazarlık düzeyi çok çeşitli parametrelerden etkilenebilir. Örneğin kronik hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre sağlık okuryazarlığı yüksek olması beklenebilir. Eğer bizim çalışmamıza katılan kadın bireylerin kronik hastalığa sahip olma özelliklerinin erkek bireylerden yüksekse farklılığın sebebi bu olabilir. Yine aynı şekilde genç yaştaki bireylerin internete ulaşımı veya genel sağlıkla alakalı bilgiye daha kolay ulaşabilmeleri ileri yaştaki bireylere göre daha kolay olabileceği düşünüldüğünde sağlık okur yazarlık düzeyinin gençlerde yüksek olması beklenebilir ve kadın katılımcılar erkek katılımcılardan daha gençse aradaki farkın sebebi bu olabilir. Ayrıca yine çalışmamıza katılan kadın bireylerin erkek bireylere oranla sağlıkla alakalı haberleri, televizyon programlarını daha yakından takip etmesi olabilir.

TSOY-32 genel indeks puanı ile katılımcıların medeni halleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bekarların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi bekar olan katılımcılarımızın yaş olarak görece daha küçük olması ve sosyokültürel düzeylerinin daha yüksek olma ihtimali olabilir. Yakar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bekarların sağlık okuryazarlığı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Yakar vd., 2019). Yapılan bir başka çalışmada ise medeni durumun sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (Bakan ve Yıldız, 2019). Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyleri kıyaslandığında yine bekarların daha yüksek olduğu saptanmıştır ancak bunun sebebi üniversite öğrencilerinin sayısal anlamda çoğunluğunun bekar olması olabilir (Malatyalı ve Biçer, 2018).

TSOY-32 genel indeks puanı ile katılımcıların gelir-gider durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, geliri giderine eşit veya geliri giderinden az olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi kişilerin gelir düzeyleri arttıkça sosyokültürel seviyeleri ve buna bağlı olarak da sağlık okuryazarlık düzeylerinin artması olabilir. Yapılan bir başka çalışmada gelir seviyesi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Bakan ve Yıldız, 2019).

Gümüştekin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yine gelir seviyesi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Gümüştekin vd., 2024). Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir durumu yükseldikçe sağlık okuryazarlığı anlamlı bir şekilde artmaktadır (Ulusoy vd., 2020). Yakar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelir durumu algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (Yakar vd., 2019). Literatürde farklı sonuçların çıkmasının sebebi aslında kişilerin gelir algısındaki farklılıklar olabilir. Örneğin gelir düzeyi yüksek olan birisinin eğer giderleri de yüksekse kişi bu durumu gelir-gider eşit olarak algılayabilir. Bir başka kişinin geliri daha düşük olsa daha gideri de düşükse geliri giderinden yüksek olarak algılayabilir. Bu nedenle farklı sonuçlar çıkması muhtemeldir.

Çalışmamızda hastaların başvurduğu poliklinikler değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlık seviyeleri ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Buradaki en önemli ayrıntı ise çalışmamızdaki aile hekimliği polikliniklerinin üçüncü basamak bir hastanede bulunmasıdır. Üçüncü basamak hastane polikliniklerinin kıyaslanmasında arada anlamlı bir fark çıkmaması olağandır ancak aile hekimliği birinci basamakta değerlendirilseydi sonuçlar farklı çıkabilirdi.

TSOY-32 genel indeks puanı ile katılımcıların meslek grupları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Beklenildiği üzere en yüksek puan ortalaması sağlık çalışanlarında en düşük puan ortalaması ise emekli grubuna aittir. En düşük üç meslek grubunun sırası ile memur, eğitimci ve emekli olduğu görüldü. Özellikle ev hanımlarının sağlık okuryazarlığının eğitimcilerden yüksek çıkması dikkat çekiciydi. Bunun iki sebebi olabilir. Birincisi ev hanımları evde gün boyunca boş vakitlerinde televizyon programları ve internet aracılığı ile sağlıkla alakalı haberleri daha yakından takip etme fırsatı yakalamaları olabilir. Eğitimcilerin ise zamanları kısıtlı olduğu için daha çok kendi meslekleri ile ilgileniyor olabilirler. İkinci sebebi ise çalışmamızda eğitimci meslek grubu oluşturulurken okul öncesi öğretmenliği, akademisyenlik, pilates eğitmeni, yaşam koçu vs. gibi çok farklı meslek grubunun aynı çatı altında toplanmış olması olabilir. Literatür genel olarak incelendiğinde katılımcıların öğrenim düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı üzerine odaklanıldığı görülmektedir. Biz ise öğrenim durumu yerine meslek gruplarını değerlendirmeyi tercih ettik. Bu nedenle tartışmanın bu kısmında diğer çalışmalar

kıyaslanırken katılımcıların eğitim durumları üzerinden kıyaslama yapacağız. Yakar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrenim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığının da arttığı saptanmış (Yakar vd., 2019). Bir başka çalışmada ise yine öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlık seviyesinin arttığı saptanmıştır (İkişik vd., 2020). Çelikyürek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer durum söz konusudur (Çelikyürek vd., 2020). Diyabet hastaları üzerine yapılan bir çalışmada yine öğrenim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı saptanmıştır (Akyol Güner vd., 2020). Gümüştekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meslek grupları; ev hanımı, işçi, emekli, öğrenci, memur, esnaf, serbest çalışan ve diğerleri olarak belirlenmiştir ancak sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada ise öğrenim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı tespit edilmiştir (Gümüştekin vd., 2024).

5.3. Hekim Seçme Kriterlerinin Aile Hekimliği Açısından Öneminin İncelenmesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenip yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması sağlanmalıdır. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı, 2024).

“Hekim tercihi” veya “hekim seçimi” tanımlamaları aslında ülkemizde ilk kez aile hekimliği uygulamasının devreye girmesiyle ortaya çıkan tanımlamalardır. Hastalara ilk kez aile hekimlerini belirlerlerken seçme hakkı tanınmıştır ve bu durum daha sonra diğer branşlar arasında da yayılmıştır. Bu nedenle hekim seçme kriterleri Aile Hekimliğinin doğası gereği oldukça önemli kavramlardır. Çalışmamızda her ne kadar genel hekim seçme kriterleri incelense de aile hekimliği özelinde bakacak olursak hekimin mesleki bilgi ve tecrübesinin, muayene ve tedavi metotlarının, üslubunun, hastaya kendisini değerli hissettirmesinin hastalar için önemli kriterler olduğunu görüyoruz. Eğer ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerini ve Aile Hekimliğini geliştirmek istiyorsak ve toplum gözünde önemli bir noktaya ulaştırmak istiyorsak bu kriterler dikkate alınmalıdır. “Bilgili ve iyi iletişim kurabilen hekim eşittir

güvenilir hekim o da eşittir güçlü Aile Hekimliği” sloganı ile yola çıkılırsa hem toplum hem de sağlık yöneticileri nezdinde hak ettiğimiz ve olması gereken değeri göreceğimizi düşünmekteyiz.

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlardan belki de en önemlisi hekim tercihi sorgulanırken hazırladığımız anket sorularında hasta-hekim ilişkisi veya hekimin iletişim becerileri yeteri düzeyde sorgulanmamıştır. Bir diğer kısıtlılık ise özellikle katılımcıların başvurduğu poliklinikler planlanırken aile hekimliğine başvuranların diğerlerinden ayrı bir şekilde üçüncü basamaktan ziyade birinci basamaktan seçilmesi çalışmanın amacına daha iyi hizmet edebilirdi. Bir diğer durum ise katılımcıların sosyodemografik özellikleri sorgulanırken eğitim durumundan ziyade meslek gruplarını sorguladık. Biz bunu bir kısıtlılık olarak görmemekle beraber farklı bir bakış açısı getirme çabası olarak görüyoruz. Diğer bir kısıtlılık ise çalışmanın sadece kamu sağlık sistemi üzerine olması ve özel sağlık kuruluşuna başvuran hastaları kapsamıyor olmasıdır. Ayrıca özellikle sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği bir çalışmada bu oranda sağlık çalışanının çalışmaya dahil edilmesi de çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır ve öğrencilerin kaçının sağlık bölümü öğrencisi olduğu bilinmemektedir. Diğer bir konu ise böylesi sosyolojik konularda özellikle sosyodemografik özellikler irdelenirken ve bir sonuca varılırken sonuçların daha gerçekçi olabilmesi adına katılımcı sayısının olabildiğince fazla olması önemlidir. Bu açıdan bakıldığında çalışmamızın tek merkezde yapılması ve örnekleminin geniş olmaması kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızın güçlü yönlerinden birisi çalışmanın Ankara’nın kapasite olarak en çok hizmet veren ve tüm sosyokültürel seviyedeki hastalara bakım veren hastanelerinden biri olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde yapılmış olmasıdır. Ayrıca çalışmanın tek bir branşta değil dört farklı ana branşta yapılması güçlü yönlerinden birisidir. Bir diğer güçlü yanı ise son on yıl incelendiğinde yerli kaynaklarda hekim seçimine yönelik kısıtlı sayıda çalışmanın bulunması ve hatta hekim tercihi ile sağlık okuryazarlığının ilişkisini inceleyen bir çalışma olmamasıdır. Bu bağlamda bundan sonraki yapılacak çalışmalara öncülük edebileceği görüşündeyiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda hiç kuşkusuz hekim seçiminde en önemli kriterin hekimin mesleki bilgi ve tecrübesi olduğu tespit edildi. Hekimin yaşının, cinsiyetinin, kılık kıyafetinin, mezun olduğu üniversitenin, hekimin özelde çalışıp muayene ücretinin yüksek olmasının, televizyon veya sosyal medyada ünlü olmasının hekim seçiminde önemli kriterler olmadığı sonucuna varıldı. Hekimin üslubunun, muayene süresinin, muayene ve tedavi metotlarının ise hekim tercihinde orta düzeyde önemli olduğu söylenebilir. Sağlık okuryazarlığının ve sosyodemografik özelliklerin hekim tercihinde bazı kriterleri etkileyebileceği sonucuna varıldı. Çalışmamızdaki hekim tercihine yönelik bazı ifadelerin beklenenden veya literatürdeki önceki çalışmalardan farklı çıkması belki de toplumdaki kanıksanmış görüşlerin artık yavaş yavaş değiştiği yönünde yorumlanabilir.

Tüm bu çalışma sonuçları incelediğimizde dört başlık altında önerilerimizi sunduk. Bunlar:

Hastalara yönelik önerilerimiz:

- İyi bir hasta-hekim ilişkisi kurulabilmesi ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaların kendi sağlık okuryazarlık seviyelerini yükseltmeleri gerekmektedir.
- Muayene oldukları hekimlere güvenmeleri ve onların önerilerini göz ardı etmemeleri gerekmektedir.

Hekimlere yönelik önerilerimiz:

- İyi bir hasta-hekim ilişkisi kurulabilmesi için hekimlerimizin mümkün olduğunca hastalara yeterli muayene süresi sunmaları, iletişimin tek yönlü değil çift yönlü bir aktivite olduğunu unutmamaları gerekmektedir.
- Mesleki bilgi düzeyinin ve akademik ünvanın yüksek olması durumunda hastaların onlara daha çok güveneceklerini ve saygı duyacaklarını dolayısı ile kaliteli bir sağlık hizmetinin ortaya çıkacağını unutmamaları gerekir. Ayrıca bu durum hekimin mesleki tatminini arttıracak da göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık yöneticilerine yönelik önerilerimiz:

- Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılmasına yönelik faaliyetlerde bulunulması ve hekimler ile toplumu karşı karşıya getirecek söylem ve davranışlardan uzak durulması gerekmektedir.
- Sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri ile koordineli bir şekilde çalışılmalı hem hekimlere yönelik hem de halka yönelik eğitici kurslar ve seminerler verilmelidir.

Tıp fakültesi eğitim sorumlularına yönelik önerilerimiz:

- Tıp fakültesi eğitim programları hazırlanırken iletişim becerileri, hasta hakları ve hekimlerin hukuki yükümlülükleri gibi konulara daha fazla değinilmesi gerekmektedir.
- Tüm branşlarda asistan eğitimi verilirken sadece tıbbi eğitim değil deontoloji ve sosyolojiye yönelik de eğitimler verilmeli. Bu eğitim tüm branşlarda önemlidir özellikle halkın sağlık sistemine başvurusunda ilk durak olması gereken birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan, hastaya bütüncül ve biyopsikososyal bir bakış açısıyla yaklaşan Aile Hekimliği asistanlarına mutlaka verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Akaydın, Ç. (2019). *Kişilerin Hekim Seçiminde Hekimin Cinsiyetine Yönelik Tercihlerinin İncelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)* [Yüksek Lisans]. T.C Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.
- Akyol Güner, T., Kuzu, A., & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 4(3), 214-223. <https://doi.org/10.25048/tudod.775075>
- Alkan, A., Özyıldız, K. H., Güder, M., & Balcı, B. (2022). A Field Study on the Relationship Between the Use of Media Tools and Trust to Physicians: The Case of Isparta Province. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 7(1), 233-241. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2021-81511>
- Alu, A. (2017). Sağlıkın Temel Kavramları. *Dergipark Akademik*.
- Aytaç, E., & Aslan, H. (2023). Sağlık Hizmetleri ve Hastaneler. İçinde P. Yılık & U. Beylik (Ed.), *Hastane ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konular -I* (1. bs, ss. 4-18). İksad Yayın Evi.
- Bakan, A. B., & Yıldız, M. (2019). 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum*.
- Başol, E., & Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *Social Science*, 2(2), 1-26.
- Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*.

- Çelikyürek, N. A., Acımiş, N. M., & Özcan, B. (2020). Health literacy level and associated factors in internal medicine polyclinic of a university hospital. *Pamukkale Medical Journal*, 13(2), 258-266. <https://doi.org/10.31362/patd.602380>
- Çopurlar, C., & Kartal, M. (2016). What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 10(1), 40. <https://doi.org/10.5455/tjfmpe.193796>
- Dormohammadi, T., Asghari, F., & Rashidian, A. (2010). What Do Patients Expect from Their Physicians? *Iranian J Publ Health* (C. 39, Sayı 1).
- Erdem, Ö., Yosunkaya, A., & Erdem, A. (2023). Türkiye’de Otuzuncu Yılında Aile Hekimliği Anabilim Dalları ve Akademik Kadroların Nicel İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(3), 436-443. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1293133>
- Gençoğlu, P. (2018). Türkiye’de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Dikkate Alınarak Sağlık Hizmetlerinin Kümeleme Analizi Aracılığıyla Değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*.
- Gezer, M. Y. (2020). *Bir Fabrikada Çalışan İşçilerin Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi*.
- Görgün, M. (2015). *Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi*.
- Gümüştekin, M., Balatlı, A., Kantarcı, M. A., Tunç, Y. E., Aykır, M. E., Yozcu, A., Şen, A., Erdem, H. E., Demir, M. S., Altunbaş, M. H., Arslan, M., Yarbı, R., Kaptan, Ş., & Birge, Y. (2024). Bir Üniversite Sağlık Kampüsündeki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 32-45. <https://doi.org/10.18614/deutip.1461417>
- İkiışık, H., Turan, G., Kutay, F., Sever, F., Keskin, S. N., Güdek, H., Dur Tiftik, S. R., & Maral, I. (2020). Investigation of Health Literacy Level of Patients who Admitted to A Tertiary Training and Research Hospital. *Journal of Ankara*

University Faculty of Medicine, 73(3), 247-252.
<https://doi.org/10.4274/atfm.galenos.2020.83007>

İlgün, G., & Şahin, B. (2016). Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 115-130.

Karakullukçu, A., & Ardiç, C. (2023). Bibliometric Analysis of Medical Speciality Dissertation Studies in Family Medicine Departments and Clinics Between 2000-2020. *Ankara Medical Journal*, 23(3), 295-311.
<https://doi.org/10.5505/amj.2023.90836>

Kaya, E., & Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3). <https://doi.org/10.17942/sted.381218>

Kim, K., Ahn, S., Lee, B., Lee, K., Yoo, S., Lee, K., Suh, D. H., No, J. H., & Kim, Y. B. (2018). Factors associated with patients' choice of physician in the Korean population: Database analyses of a tertiary hospital. *PLoS ONE*, 13(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190472>

Kiriş, P., & Okutan, E. (2018). Hastane ve Hekim Seçiminde Sosyal Medyanın Yeri: Sakarya İlinde Bulunan Özel Hastanelerde Bir Uygulama. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6(Number: 70), 473-484.
<https://doi.org/10.9761/jasss7709>

Kuruoglu, E., Guldal, D., Mevsim, V., & Gunvar, T. (2015). Which family physician should I choose? The analytic hierarchy process approach for ranking of criteria in the selection of a family physician. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0183-1>

Malatyali, İ., & Biçer, E. B. (2018). Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*.

Manning, B. T., Bohl, D. D., Saltzman, B. M., Cotter, E. J., Wang, K. C., Epley, C. T., Verma, N. N., Cole, B. J., & Bach, B. R. (2017). Factors influencing patient selection of an orthopaedic sports medicine physician. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 5(8). <https://doi.org/10.1177/2325967117724415>

- Okur, E., Evcimen, H., & Yağcı Şentürk, A. (2021). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. <https://doi.org/10.17942/sted.629676>
- Okuyay, P., & Abacıgil, F. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*.
- Özdemir, M. (2009). *Kayseri’de Aile Reisi ve Eşlerinin Doktor Seçme Kriterleri Konusundaki Görüşleri*. T.C Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Öztürk, E. U. (2018). Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi. *Biruni Sağlık ve Eğitim Bilimleri Dergisi*.
- Soysal, A. (2018). Hasta Hakları: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.
- Sümer, E. (2022). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisleri Kapsamında Malpraktis Davalarının Değerlendirilmesi*. Efe Akademi Yayınları.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Çakır, B., & Akalın, E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. www.sagliksen.org.tr
- Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3).
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (2024). *Hasta Hakları Yönetmeliği*. Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmî Gazete Sayısı: 23420. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı. (2024). *Türkiye’de Aile Hekimliği*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr-aile-hekimligi.html>.
- Tengilimoğlu, E., Parilti, N., & Yar, C. E. (2015). Hastane ve Hekim Seçiminde Sosyal Medyanın Kullanım Düzeyi: Ankara İli Örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), 76-96.

- Todorovic, N., Jovic-Vranes, A., Djikanovic, B., Pilipovic-Broceta, N., Vasiljevic, N., & Racic, M. (2019). Health literacy: Current status and challenges in the work of family doctors in Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph16081324>
- Ulusoy, E., Yılmaz, T. E., Çifci, A., Yılmaz, T., Kasım, İ., & Özkara, A. (2020). The Role of Parents and Health Literacy in Healthy Child Follow-Up. *Ankara Medical Journal*, 20(3), 588-604. <https://doi.org/10.5505/amj.2020.59320>
- Uysal, N., & Yıldız, G. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1.
- Ünlüoğlu, İ. (2020). Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar/ Organization and Earnings in Discipline of Family Medicine. İçinde Cöbek Ünalın P (Ed.), *Ülkemizde Aile Hekimliğinin Sağlığın Geliştirilmesine Katkısı* (1. bs, ss. 20-24). Türkiye Klinikleri. <https://www.researchgate.net/publication/345829711>
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık ve Hastalık, Hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11-25.
- WHO. (2024). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WONCA. (2023). 2023 Revision of the Definition of General Practice/Family Medicine. *Wonca Europe 2023 Edition*.
- Yakar, B., Gömleksiz, M., & Pirinççi, E. (2019). Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Euras Journal Family Medicine*.
- Yassini, S. M., Harrazi, M. A., & Askari, J. (2010). The study of most important factors influencing physician choice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1945-1949. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.393>

- Yelboğa, N., & Bayır Aslan, Ş. (2020). Sosyal Sorun Olarak Salgın Hastalıklar ve Sosyal Çalışmanın Halk Sağlığını Koruma/Geliştirme Görevi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*.
- Yıldız, A., & Şahin, T. (2022). Aile Hekimliği Uygulamasının Birey Perspektifinden Değerlendirilmesi: Bitlis İlinde Bir Araştırma. *Karya Journal of Health Science*, 3(3), 290-296. <https://doi.org/10.52831/kjhs.1159842>
- Yılmaz Güven, D., Bulut, H., & Öztürk, S. (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*.
- Yüksel, İ. (2023). Bireylerin Hekim Tercihini Etkileyen Kriterler. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32(1), 195-206. <https://doi.org/10.35379/CUSOSBIL.1134337>

8. EKLER

EK-1. Katılımcı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ		
TİTCK-KAD-D2	Tarih / Versiyon	Sayfa
	05.05.2019/ Ver3.0	79/101

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde görev yapan Doç. Dr. İsmail KASIM'ın sorumluluğunda yürütülecek olan “Hastaların Hekim Seçme Kriterleri ve Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri ile İlişkisi” başlıklı araştırmaya davet edilmiş bulunuyorsunuz.

Bu anket çalışmasının amacı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği, Dahiliye, Genel Cerrahi, Üroloji polikliniklerine başvuran hastaların hekim seçme kriterlerinin neler olabileceği ve ayrıca hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile seçim kriterleri arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır. Araştırmaya 400 hasta katılması beklenmektedir. Çalışma esnasında sizden herhangi bir kan örneği alınmayacak olup sadece anket formunu doldurmanız beklenmektedir. Anketin tüm başlıklarını doldurmak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Bu çalışma için size ücret ödenmeyecektir. SGK'ya herhangi bir faturalandırma yapılmayacaktır. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacak, bilgileriniz gizli tutulacaktır. Denetçiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilecektir, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla sizin veya kanuni temsilcinizin söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde sizin veya kanuni temsilcinizin zamanında bilgilendirilmesi sağlanacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmek suretiyle bu araştırmaya önemli bir katkı sağlamış olacaksınız. İş birliği ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya Etik Kurulu.....tarih ve.....sayılı kararı ile gerekli izni vermiştir.

Bizimle paylaşacağınız bilgiler yalnızca bu araştırma amacıyla kullanılacak kişisel verilerinizin gizliliği protokol numarası ile korunacaktır. Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır. Katılımcı olmayı kabul etmeme ya da araştırma sürecinin bir aşamasında araştırmadan çekilme hakkınız vardır. Bu durumda sizden elde edilen veriler kullanılmayacaktır. Araştırmadan çekildiğiniz takdirde herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz.

Bu koşullarda araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, lütfen aşağıdaki bölümü doldurup imzalayınız.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

PROTOKOL NUMARASI:

Katılımcı:

Adı-Soyadı:

İmza

Tarih:

Not: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun doldurulması sırasında araştırma ekibinde yer alan Dr. Rüştücan ZANGUR katılımcılara yardımcı olacaktır. Katılımcıların konu ile ilgili ihtiyaç duyacakları her türlü bilgi için yardımcı araştırmacının iletişim bilgileri aşağıda yer almaktadır:

Araştırmacı: Dr. Rüştücan ZANGUR

E-posta

Telefon

Adres: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

EK-2. Anket Soruları

YAŞINIZ:

MESLEĞİNİZ:

MEDENİ HAL:

BEKAR

☐

EVLİ

☐

DUL

☐

GELİR DURUMUNUZ:

GELİRİM GİDERLERİMDEN AZ

☐

GELİRİM GİDERLERİME EŞİT

☐

AYLIK GELİRİM GİDERLERİMDEN FAZLA

☐

NO	SORULAR	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1	Para karşılığı alınan sağlık hizmeti daha kalitelidir.			
2	Muayene ücreti yüksek olan hekim daha başarılı bir hekimdir.			
3	Akademik ünvanı yüksek olan (profesör, doçent vb) hekim daha iyi hekimdir.			
4	Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha başarılıdır.			
5	Resmi bir üslupla konuşan hekim daha iyidir.			
6	Halkın dili ile konuşan hekim daha iyidir.			
7	Sizi daha çabuk muayene edebilmek için hızlı hasta bakan hekim daha iyidir.			
8	Çok ilaç yazan hekim daha iyidir.			
9	Sizin her talep ettiğiniz ilacı yazmayan hekim kötü hekimdir.			
10	Üroloji, Kadın Hastalıkları ve doğum gibi cinsel muayene gerektiren branşlarda kendim ile aynı cinsiyette olan hekimi tercih ederim.			
11	Genç hekimler ileri yaş hekimlere göre daha başarısızdır.			
12	Tanınmış ve bilinen bir üniversiteden mezun olan hekimler daha başarılıdır.			
13	Şikayetiniz olsun ya da olmasın genel muayene yapan hekim daha iyidir.			
14	Sadece şikayetinize yönelik muayene yapan hekim daha iyidir.			
15	Hastalığınıza yönelik sadece ilaç yazmak yerine doğal yöntemler ve yaşam tarzı değişikliği öneren hekimler daha iyidir.			
16	Kendi branşı ile alakası olmayan konularda diğer branş hekimlerinden fikir alan hekim daha iyidir.			
17	Hasta ile fikir ayrılıkları yaşadığında hastanın istek ve düşüncelerine göre tedavi düzenlemesi yapan hekim daha iyidir.			
18	Televizyon ve sosyal medyada ünlü olabilmüş hekimler daha başarılıdır.			
19	Kılık kıyafetine özen göstermeyen bir hekimi mesleki bilgisi yeterli olsa bile tercih etmem.			
20	Başka hastalar tarafından tavsiye edilen hekimler daha başarılıdır.			
21	Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum gibi branşlarda cinsiyetinden ziyade mesleki başarısı daha iyi olan hekimi tercih ederim.			
22	Kendi branşı ile alakası olsun veya olmasın her konuda kendi karar verip tedavi veren hekim daha iyidir.			

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/ kolay / zor /çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulma					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3. Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E1-23-4308

4308-no’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde yapılması planlanan “Hastaların Hekim Seçme Kriterleri ve Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri İle İlişkisi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

29/11/2023

Prof. Dr. ...
Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara

İrtibat; Etik Kurul EKadıoğlu

Tel: 0 (312) 552 66 00

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastaların Hekim Seçme Kriterleri ve Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURULUN ADI	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara
TELEFON	0312 552 66 00
FAKS	0312 552 99 82
E-POSTA	ankarash.etikkurul@saglik.gov.tr

ETİK KURUL BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsmail Kasım			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1			
	FAZ 2			
	FAZ 3			
	FAZ 4			
	Gözlemsel ilaç çalışması			
	Tıbbi cihaz klinik araştırması			
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları			
	İlaç dışı klinik araştırma			
	Diğer ise belirtiniz:Prospektif Çalışma (Dr. Rüştücan Zangur'un tezi olan)			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.
İmza:

BODUR

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastaların Hekim Seçme Kriterleri ve Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU					
	İLAN					
	YILLIK BİLDİRİM					
	SONUÇ RAPORU					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ					
DİĞER:						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E1/4308/2023	Tarih: 29.11.2023				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr.
İmza:

İMZA

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastaların Hekim Seçme Kriterleri ve Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H
Prof. Dr.Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Prof.Dr.Defne KALAYCI	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Prof.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Prof. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E	K	E	H	E	H
Prof.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Doç.Dr.Servet KOCAÖZ	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Doç.Dr.Alp ŞENER	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Doç.Dr.Nuran SÜNGÜ	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E	K	E	H	E	H
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E	K	E	H	E	H
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E	K	E	H	E	H

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.
İmza:

BODUR