

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

**AİLE HEKİMLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ
(EDİRNE İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Duygu ÇİFTETEPE ÖZTÜRK

EDİRNE – 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a ve Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili eşime, aileme ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma, TÜBAP-2017/201 no'lu proje ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ.....	3
HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜMÜ.....	5
HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	6
İLETİŞİMİN TANIMI VE TEMEL UNSURLARI.....	7
İLETİŞİMİN SINIFLANDIRILMASI VE ÇEŞİTLERİ.....	10
HASTA HEKİM İLİŞKİSİ VE İLETİŞİM.....	13
ETKİLİ İLETİŞİM BECERİLERİ VE MEMNUNİYET.....	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
BULGULAR	25
TARTIŞMA	58
SONUÇLAR	70
ÖZET	72
SUMMARY	74
KAYNAKLAR.....	76
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

EUROPEP : European Patients Evaluate General/Family Practice (Hastalar Hekimlerini Değerlendiriyor)

İBE : İletişim Beceri Envanteri

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin amacı; bireyin sağlıklı olmasını sağlayacak tüm tedbirleri alarak, hasta olanların sağlığına kavuşturulmasını, fiziksel, ruhsal, sosyal ve davranışsal açılardan tam bir iyilik haline ulaşmasını ve bunun sonucunda hastaların yaşam kalitesinin artırılmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin hasta ve hekim unsurlarını içeren kendine özgü ve karmaşık bir yapısının olması, sağlık hizmetleri kavramını çok boyutlu kılar. Bu nedenle hekimin görevi; hastaya verilen sağlık hizmetini mümkün olan en kısa sürede sağlayıp, tıbbi etik ve kurallara uyarak, sağlıklı iletişim kurarak, hastayı bilgilendirip gerekli onamları alarak, hastanın ihtiyacı olan hizmeti en iyi şekilde sunmayı amaçlamaktır (1,2).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli çıktılardan birisi olan hasta memnuniyetinin, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli bir yeri vardır. Bu amaç ile yapılan hasta memnuniyeti araştırmaları da hasta beklentilerinin ne düzeyde karşılandığının belirlenmesi ve sağlık hizmet sunumunun değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır (3).

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden birisinin; hekimin iletişim becerileri ile hastayı yeterince bilgilendirmesi olduğu görülmektedir. Doğru kurulan iletişim ile hasta memnuniyeti artmakta ve bu bağlamda tıbbi uygulamalardan alınan olumlu sonuçlarda da artış sağlanmaktadır. Hekimler açısından iletişimsel beceri; hastaya verilecek olan tedavi ve eğitim kadar, hekimlerin hastaya yaklaşımları, hastaya ayırdıkları zaman ve kullandıkları dil dahil pek çok faktörden etkilenmektedir (4). Hekim ile hasta arasında kurulan etkili iletişim; fiziksel eğitim ve öğretime yanıt veren temel bir klinik tekniktir. İletişimde kişilik özellikleri etkili olmakla birlikte çevre, deneyim ve eğitim ile sahip olunan iletişim becerisi geliştirilip güçlendirilebilir (5).

Hekim ile hasta arasındaki etkili iletişimin temel bir işlevi vardır ve bir başkası tarafından temsil edilemez. İletişim becerileri içerisinde en önemli ve en zor basamak olan hastaların kaygıları ve endişelerinin dinlendiği aktif dinleme özelliği, hekimde aranan önemli nitelikler arasındadır. Aktif dinleyici olarak hekimin hastadan gelen tüm bilgileri; sözlü mesajları, sözsüz ipuçlarını, ses tonunu, dil sürçmelerini, vücut dilini, yüz ifadesini, vücut hareketlerini içeren tüm iletileri toplayabilmesi için hastasına konsantre olmasını gerektirir. Hekim ne kadar bilgili ve yetenekli olsa da hastasıyla zayıf iletişim kuruyorsa klinik olarak zayıf sonuç alır. İletişim başarısızlığı durumunda tedavi sonucu da etkilenebilmektedir (6).

Uygun iletişim hasta ve hekim merkezli yaklaşımı bütünleştirmektedir. İletişim ile ilgili birçok bileşen geniş bir yelpazede tariflenmiş olup, pek çoğu aile hekimliği hizmet sunumu dahilindedir. Hekimleriyle iyi iletişimleri olduğunu ifade eden hastalar, şikayetlerinin tanısında, bilgilerin paylaşılmasında, hekim tarafından verilen önerilerin takip edilmesinde ve tedaviye uyum sağlanması gibi sağlık bakımı konularında memnun olduklarını belirtmektedirler (7).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışmamızda, Edirne il merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri araştırmayı, hekimin iletişim becerisinin hasta memnuniyeti üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık, tanımlaması karmaşık ve zor bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'de yaptığı sağlık tanımında "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır." şeklinde ifade edilmektedir (8). Bu tanım ile bireyin sağlığına bir bütün olarak yaklaşılır; ve bu durum bir insanın biyopsikososyal olarak bütünüyle sağlıklı olma durumunu tanımlayan holistik model sağlık tanımına uyum gösterir (9).

Tıbbi model sağlık tanımı, yaygın kabul gören, özellikle tıp alanında kullanılan tanım niteliğindedir. Bu tanıma göre ise "Sağlık, hastalığın olmadığı zamanlarda ya da hastalığın yokluğunda var olmaktadır.". Sağlığın; hastalık ve zayıflık gibi negatif unsurlar üzerinden tanımlanması, sağlığın ölçülmesinde "hastalığın" esas alınmasını doğurmuştur. Hastalığın sınıflandırılması sonrasında mortalite ve morbidite istatistiklerinin kullanılması, bir toplumun sağlıklı veya sağlıklı olmadığı konusunun ölçülmesini kolaylaştırmıştır (8).

Sağlığın tıbbi ve biyolojik parametreler kullanılarak yapılan negatif tanımlamaları tıbbi modelde sağlık tanımına, pozitif tanımlamaları ise sosyal modelde sağlık tanımına temel oluşturmaktadır. Sağlığın pozitif tanımlaması iyi olma halini kapsar. Sosyal model sağlık tanımının temelinde sağlığın sosyal belirleyicileri mevcuttur. Sosyal belirleyiciler olarak da sosyo-ekonomi (barınma koşulları, gelir, eğitim, sosyal değerler), kültür (gelenekler, dinsel inançlar, değerler, medya, politik sistem, sosyal kurumlar), sosyal ağ (aile, iş, okul, sosyal kulüpler) ve aile yapısı (boşanma, ayrı yaşama, çekirdek ya da geniş aile) sayılabilir. Sağlığın sosyal modelinde sağlık, bireysel bir konu olarak değil, sosyal bir konu olarak ele alınır (10).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin belirlenmesinde önemli bir kriterdir. Aile Sağlığı Merkezleri, kişilerin sağlık hizmetleri ile karşılaştıkları ilk tıbbi temas noktası olduğu için bütün hastaların ve hastalıkların yönetimini kapsamaktadır. Buradaki hizmetin kalitesi ve etkinliği koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütölmesini önemli ölçüde etkilemektedir. Aile Hekimliği disiplini sağlık ihtiyaçlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, varoluşsal (spiritüel) ve kültürel boyutlarıyla ele alarak kişi-merkezli ve bütüncöl yaklaşım ile kişiye, ailesine ve topluma yönelik sağlık ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılama anlayışı ile hizmet vererek, sağlık hizmetlerinin temel taşlarını oluşturmaktadır (3,11,12).

Hasta merkezli sağlık hizmetlerinin temel parametreleri; hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını dikkate almak ve anlamak, hastanın yaşam kalitesi ile yaşam beklentisini etkileyen fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarının sosyal çevresi ile etkileşimini anlamak ve son olarak hasta ile hekim arasındaki iletişimi geliştirmek olarak sıralanabilir. Hastaların tanı ve tedavi sürecine katılımlarını sağlamak, bu sürecin hekim ve hasta ile birlikte yürütölmesi, birlikte karar alınması, denetlenmesi ve sürecin hekim ve hasta arasındaki ortaklık, işbirliği ve güvene dayalı gerçekteşmesi hasta memnuniyetini oluşturan önemli unsurlar arasındadır (13).

Sağlık çalışanlarının kendilerine başvuran hastaların memnuniyetleri ile ilgilenmeleri ve bu bağlamda hastalar ile daha etkili iletişim biçimlerini tercih etmeleri hastaların; tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde aldıkları sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (14). Kişinin içinde bulunduğu duruma ya da koşula göre önemi daha çok artan iletişim, özellikle kişinin her açıdan başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok önemlidir (15). Hekim-hasta iletişimi ile hasta memnuniyeti arasında olumlu yönde bir ilişki bulunmuştur. İletişim eğitimi alan hekimlerin hastalarının yine aynı hekime başvurma taleplerinde, o hekime olan bağlılıklarında önemli gelişmeler olduğu gözlenmektedir. Hekim-hasta iletişimi sonucunda oluşan hasta memnuniyeti ile fiziksel sağlık sonuçları arasında olumlu bir ilişki olduğu bilinmektedir (16).

Hekimin, hastasının iletmek istediğini anlayamaması ya da kendi söylemek istediklerini hastasına iletmekte yetersiz kalması durumunda iletişim eksikliğine bağlı tıbbi uygulamalarda aksaklıklar olur. Öncelikle hastanın şikayeti tam olarak anlaşılmamışsa bunu takip eden tıbbi öykü ve istenen tetkikler yanlış olabilir sonuçta eksik ya da yanlış tanıya bağlı yanlış bir tedavi uygulanabilir. Bu yanlış anlaşılmalar tıbbi etkinliğin azalmasına buna bağlı olarak da hastalarda memnuniyetsizliğe yol açar. İletişim hekim-hasta arasındaki ilişkinin tedavi noktasında temel taşı oluşturur. Tedavi edici bir hekim-hasta ilişkisi kurmak için etkili iletişim kurmak çok önemlidir (17,18).

HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜMÜ

Sağlık hizmet sunumunda hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır. Hastaların beklentilerini, önceliklerini ve ihtiyaçlarını dikkate alarak hizmet vermek önemlidir. Sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için hem karar verme hem de bakım aşamalarında hastaların katılımlarını sağlamakla birlikte, sunulan sağlık bakımıyla ilgili tecrübelerini de sorgulayıp geri bildirim almak önemlidir. Hastaların çoğu, gerek hekim gerekse aile sağlığı merkezi ile ilgili fikir belirtebilir. Bu şekilde hizmetin eksik yönleri saptanıp iyileştirilmesi gereken alanlarda gerekli girişimler başlatılabilir. Diğer yandan hasta memnuniyeti; hastalık ile ilgili şikayetlerin azaltılması, tedavi başarısı gibi sunulan sağlık bakımının sonucunu değerlendirme kriterleri olarak da algılanabilir. Hasta memnuniyeti, sağlık bakım kalitesinin etkili ve istenen sonuç ölçütüdür (3,19).

Günümüzde daha da önem kazanan hasta memnuniyeti, sağlık sonucunun önemli bir göstergesi olarak ortaya çıkmıştır. Hasta memnuniyeti farklı sağlık uygulamaları ve sistemlerini kıyaslamak, tedavi ve bakım kalitesini değerlendirmek ve uygulamalardaki eksiklikleri tespit ederek eksik yönlerin değiştirilmesi gibi amaçlar için kullanılmaktadır (20).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini ölçmek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine olanak sağlar. Hasta memnuniyeti ölçümü; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile tanı ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerden nasıl etkilendiğini araştırmak amacıyla yapılır. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülüp değerlendirilmesi ile sağlık hizmetlerinin süreci, yapısı ve çıktısı hakkında bilgi elde edilir. Bu durum maliyetlerin düşürülüp rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir. Sağlık kuruluşlarının zayıflığı ve üstünlüğü ortaya konularak, kendini değerlendirme imkanı sağlar. Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti yüksek hasta hekimin önerilerine titizlikle uyacak ve gerek duyduğunda yine aynı birimi tercih edecektir (21,22).

Birincil sağlık hizmetleri sağlık problemlerine holistik bir yaklaşım ile çözüm arayan, kişilerin ve ailelerin sağlık sistemine erişiminde ilk giriş noktasındadır. Bu hizmetlerin kalitesinin arttırılmasının yolu sistematik olarak araştırılmasıdır. Bu araştırmayı yapmanın yollarından biride hasta memnuniyeti ölçekleridir. Birincil sağlık hizmetleri bireylerin ve toplumdaki ailelerin sağlığına bütünsel bir yaklaşım sağlar ve halkın sağlık sorunlarını çözmeyi ve halkın sağlığını korumayı hedefler. Birinci basamak sağlık hizmetinin önemi önleyici ve proaktif olmasıdır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetinin kalitesini yükseltmek önemlidir. Kalitenin iyileştirilmesinin temel bileşenlerinden biri, sağlık

hizmetlerinin işlevselliğinin sistematik olarak değerlendirilmesidir. Son yıllarda, hizmet kullanıcıları, yani hastayı içinde bulunduran değerlendirme modelleri, karar verme ve hizmet sunumunun düzenlenmesinde daha önemli hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğinin değerlendirme yöntemlerinden biri de hasta memnuniyeti anketleridir. Hasta memnuniyeti, hastaların bakış açılarından kalitenin bir ölçüsüdür ve hastaların beklentilerinin ne derece karşılandığını gösterir (23).

Sonuç olarak görüldüğü gibi hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinin sunumunu, hasta ile hekim arasındaki etkileşimi, sağlık hizmetinin varlığını ve sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliğini ve iletişim özelliklerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bu yüzden, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve çoğu zaman bakım kalitesinin bir göstergesi şeklinde kabul edilmektedir (24).

HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlığı etkileyen birçok faktör vardır. Kişinin yaşadığı ortam, yaşam tarzı, çevresi, imkânları gibi dış faktörler ve kişinin yaşı, cinsiyeti, kalıtımı gibi iç faktörler bunlara örnek sayılabilir. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunum süreci de pek çok faktörden etkilenmektedir. Buna bağlı olarak da hasta memnuniyeti, hastanın sağlık kuruluşuna başvurusundan, tanı, tedavi ve ardından rehabilitasyon süreçlerine kadar uzanan pek çok faktörden etkilenen bir kavramdır (23,25).

Hasta memnuniyetine etki eden faktörler üç grupta toplanabilir. Birinci grup, hizmet kullanıcıları yada hastayla ilişkili faktörlerdir; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal statü, gelir düzeyi, yerleşim yeri, önceki deneyimleri, algılamaları, hastalığın tanısı ve tedavisi gibi etkenler sayılabilir. İkinci grup, hizmet sağlayıcılar yada doktorla ilişkili faktörlerdir; teknik ve klinik yeterlilikleri yanında bilgi ve beceriyi sunma biçimleri, hasta ile etkileşimi, hastalara karşı tutum ve davranışı, hastayı hastalığıyla ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeleri, gösterdiği ilgi, anlayış, nezaket, güven/güvenirlilik gibi etkenler sayılabilir. Üçüncü grup ise sağlık kuruluşu ve çevresi ile ilgili faktörlerdir; bekleme süresi, bekleme odaları, aydınlatma, temizlik, havalandırma, ısı, gürültü, kolay yer bulma, otopark, dış görünüm gibi fiziki ve çevresel koşullar gibi etkenler sayılabilir (21,23,24).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler içinde en önemli parametrenin, hekimin iletişim becerisi ve hastayı yeterince bilgilendirmesi olduğu bilinmektedir. Hekimin hastalar ile etkili iletişim kurma becerileri, sunulan sağlık hizmetlerinin çıktılarını; zihinsel (bilgi,

hatırlama ve anlama) duygusal (güven, memnuniyet/endişe) ve davranışsal (öz yönetim, tedaviye veya tavsiyelere uyum sağlama, katılım gösterme) açılardan etkilemektedir (4).

Hasta ile hekim arasında kurulan iletişim; hastaların tıbbi bilgileri anlamasını kolaylaştırmanın yanında, hastaların ihtiyaçlarını, beklentilerini ve algılarını daha iyi tanımlamalarına izin vermelidir. Hekimlerinin iyi iletişim kurduğunu bildiren hastalar; bilgilerin paylaşılması, sorunlarının tanısı, önerilerin takip edilmesi ve tedaviye uyum sağlaması gibi sağlık bakımı konularında memnuniyetlerinin yüksek olduğunu belirtmektedirler (7,26).

Hasta hekim arasındaki ilişkide, hekimlik bilgilerinin ağırlıklı olduğu ve hekimin bu bilgileri kullandığı, hastanın ise iç dünyasını, bedeniyle ve kendisi ile ilgili önemli durumları aktardığı iki kişi arasında eşit düzeyde olmayan bir ilişki kurulduğundan, hastanın hekime duyduğu güvenin önemi büyüktür. Bu durumun sonucunda hasta tarafından, hekimin kendisine karşı dürüst davranacağı ve hastalarının haklarını gözeticeği beklentisi vardır. Hasta ile hekimin görüşme süresi, hekimin hastasını bilgilendirme durumu, hasta merkezli iletişim kurması hasta ile hekim ilişkisindeki güven duygusunu etkileyen öğeler arasındadır (27).

Hekimlerin sahip olduğu tıbbi bilgi birikimi ve tecrübesi, hayati öneme sahip olmasının yanı sıra, hastanın tedavi ve bakımı ile ilgili süreçlerin tamamlanması için yeterli değildir. Sağlık hizmetinin daha etkin verebilmesi için hekimin tıbbi bilgisini iletişim becerisi ile tamamlayarak sunması ve hastanın güvenini kazanması gereklidir (28).

Hastaların hekimlere duydukları güven, onların memnuniyetini arttırarak sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkiler. Hastalar, hekimlerinin dürüst ve yetkin olduklarını, kendilerinin gizliliklerini koruyacaklarını ve kendilerine iyi bir şekilde davranacakları hususunda hekimlerine güvenmektedirler. Hasta memnuniyetinin; tedaviye uyum, sürekli aynı hekimin takibinde olunarak sağlık bakımının sürekliliğinin sağlanması ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilişkilendirilen hekim güvenin dışsal değerleri vardır. Hekimleri ile sağlıklı ve açık iletişim kuran, tavsiye alma ve gücü paylaşma konusunda dengede olduklarını bildiren hastalar arasında güven güçlenmiş görünmektedir (29).

İLETİŞİMİN TANIMI VE TEMEL UNSURLARI

Toplum içindeki bireylerin diğer bireylerle sürekli etkileşimde olarak karşılıklı ilişkiler kurması zorunludur. Bu ilişkiler etkili iletişim ile sağlanmaktadır (30). İletişim, insanların fikirlerini başkalarına aktarabilmesi, karşısındakilerin fikirlerini anlamaları için

kullandıkları ifadelerin bütünüdür (31). İletişimin bir çok tanımı vardır. İletişim, insanların duygu, düşünce, inanç, tutum ve davranışlarının sözlü, sözsüz veya yazılı olarak aktarılmasıdır. Verici ile alıcı arasındaki aktarımdır. Anlamak ve anlaşılmasıdır. Birey veya grupların birbirlerini etkilemek için yaptıkları her türlü bilinçli veya bilinç dışı davranışlar olarak tanımlanır (32).

İletişim, bilginin üretilerek alıcıya aktarılması ve alıcının anlamlandırma sürecidir. Aktarılan bilginin hedef ve kaynağını insanların oluşturduğu iletişim kişiler arası iletişim tanımıdır. Kişiler iletişim kurmak ve bunu sürdürmek için, birbirlerine bilgi/sembol üretmek, aktarmak ve yorumlamak zorundadırlar (30,33).

İletişim kavramı, doğuştan edinilen bir yetenek değil, zaman içerisinde kazanılan teknikler olduğundan yaşamsal öneme sahiptir. İletişimde ne söylenildiği kadar, nasıl söylenildiği de önemlidir. İnsan ilişkilerinin üst düzeyde olduğu çalışma alanlarından bir olan sağlık hizmetlerinde etkili iletişim teknikleri iletişimi kolaylaştırmaktadır (34).

İletişimin temel öğelerini kavramak iletişimi daha iyi anlamak için önemlidir. İletişim sürecinin oluşumunda etkili olan temel öğeler; kaynak (gönderici), mesaj (ileti), ortam (kanal) ve alıcı (hedef) şeklinde sıralanabilir. Bu öğeler arasındaki ilişkiyi sağlayan dört tane de süreci vardır. Bunlar kodlama, kod açma, geri bildirim ve gürültüdür (35,36).

İletişim sürecindeki kişilerden; iletişimi başlatan, diğer kişilere düşünce ve duygularını aktaran kişiye kaynak veya gönderici kişi denir. Gönderici iletişim süreci başladığında mesajı kodlayarak gönderen kişidir (37). Göndericinin aktarmak istediği duygu, düşünce veya bilgi oluştuğu anda iletişim başlar (36).

Duygu ve düşüncelerin kodlanarak sözlü, sözsüz veya yazılı bir biçimde alıcı kişiye iletilmesini sağlayan sembollere mesaj (ileti) denir. Sembollerin anlamlarını gönderici ve alıcı kişi yükler, tek başlarına anlamları yoktur. Gönderilen ve algılanan anlamlar uygun ise bu durumda "tam iletişim" söz konusu olur (32,37).

Mesaj, alıcı için uyaran bir sinyaldir, iletişim alıcı tarafından mesajın algılanmasıdır. Kaynak tarafından kodlanan düşünce ya da duygunun oluşturduğu mesaj; işitsel, görsel ve sözel olarak oluşan somut bir üründür. Mesaj bir konuşma ise “duyulan”, yazılı ise “okunan”, jest ise “görülen” ve hissedilen bir mesajdır (38).

Kanal, mesajın kaynaktan alıcıya gönderildiği yoldur. Kaynaktan alıcıya ya da alıcıdan kaynağa bilgi akışının sağlandığı yere ortam (kanal) adı verilir. Mesajın iletilmesi ve anlaşılmasında ortam çok önemlidir. İletişimin fiziksel boyutu olan ortam pratikte aile sağlığı merkezindeki muayene odamız veya bekleme salonu gibi yerler olabilir (24,32).

Bilgi, düşünce veya duygunun iletilecek uygun bir mesaj şekline dönüştürülmesine kodlama denir. Kodlanan mesajın yorumlanarak alıcı tarafından anlamlandırılmasına kod açma denir (37). Kodlama sistemi her iki taraf açısından ortak olmalıdır. Gönderen, alıcının algı yeteneğine göre mesajını kodlamalıdır. Alıcının algılayamadığı her mesaj sadece bir gürültüdür. Gürültü ise iletişimi engelleyen müdahalelerdir. Hastasına rahatsızlığıyla ilgili bilgilendirme yapan hekiminin tıbbi terminoloji kullanarak hastasının algılayamayacağı mesaj vermesi mümkün değildir. Çünkü tıbbi terimler hastaların anlayabileceği kodlar değildir. Bu yüzden bu terimlerin anlaşılır olan karşılıkları kullanılmalıdır. Benzer şekilde beden dilini çözmemiş bir hekim hastanın vermek istediği mesajların kodlarını anlayamayacağından hastasının sorunlarını çözemeyecektir (24,37).

Alıcı, kodlanmış mesajın kodunu açan kişidir. Kendisine gönderilen sembolleri algılayıp, mesaja anlam vererek iletişimi noktalar ya da yeni bir mesaj süreci başlatarak kendisi gönderici konumuna geçer. İletişim alıcı tarafından mesaj algılanmadan tamamlanmaz (32). Etkili iletişim sürecinin gerçekleşebilmesi için genel olarak duygu ve düşüncelerini sembollerle aktaran bir gönderici ile bu sembolleri çözümleyip anlayan bir alıcıya, mesaja, kodlamaya, kanala, kod açmaya ve geri bildirim ihtiyacı duyulmaktadır (39,40).

Hasta hekim ilişkisinde kaynak hekim ise alıcı hastadır, kaynak hasta ise alıcı hekimdir. Kaynaktan gönderilen mesajı alıcı tarafından alınmasıyla süreç tamamlanmaz. Gönderilen mesaj neticesinde algılanan duygu, düşünce ya da bilgi alıcı tarafından bir tepki oluşmasını sağlar. Oluşan bu tepkinin tekrar kaynağa gönderilmesine geribildirim adı verilir. Alıcı ve kaynak arasında geribildirimleri izleyerek yeni mesajlar kodlanır ve iletişim süreci bu şekilde sürer (24,33).

Toplumsal yaşamın yoğunlaşmasıyla birlikte iletişim aktivitesinin kodlarla aktarılan duygu ve düşünceleri sağlık iletişimi için de önem kazanmaktadır. Hasta ve hasta yakınları arasında karşılıklı iletişim alışverişinde, sözlü, yazılı iletişim beden dili ve hatta görsel anlamlar oluşturan tüm olgular yer alır. Kaynak ve hedefin karşılıklı mesaj alışverişi içinde bulunduğu bu çoklu yapıda, stres ortamının yoğun olduğu hastaların şikâyetleriyle hastaneye başvurusu, bu stres ortamına bireylerin aile, eğitim, iş ve sosyal yaşam gibi pek çok bireysel farklılıkların da eklenmesiyle, iletişim karmaşası gelişir devamında iletişim probleme dönüşebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan sürekli değişiklikler iletişime olan ihtiyacı artırır, hatta var olan kötü iletişiminin etkili iletişime dönüşmesi zorunluluk haline gelir. Etkili iletişim günümüzde sağlık hizmetinin merkezi noktası olarak kabul edilmektedir (41).

İLETİŞİMİN SINIFLANDIRILMASI VE ÇEŞİTLERİ

Farklı yönleriyle ve bütünsel olarak ele alınan iletişim becerilerinin alt boyutlarına ilişkin çeşitli sınıflamalar yapılmaktadır (4). Bu sınıflamalar tek yönlü ve çift yönlü iletişim olarak yönü bakımından, olumlu ve olumsuz iletişim olarak kişide bıraktığı etkiler bakımından, yazılı, sözlü ve sözsüz iletişim olarak kod sistemleri bakımından, kişilerarası ve kitle iletişimi olarak ilişki sistemi bakımından, yüz yüze ve uzaktan iletişim olarak zaman ve mekan boyutuna göre gruplandırılabilir (35).

Kaynak tarafından mesajın gönderildiği alıcıdan aktif bir geri bildirimin yapılmadığı tek yönlü iletişim biçiminde sadece mesajı iletme amacı vardır. Mesaj iletildiğinde alıcı tarafından mesaj içeriğinin hangi ölçüde ve yeterli düzeyde algılanıp algılandığı araştırılmaz. Mesajın iletilmesi durumunda doğacak sonuçların anlık değerlendirilip denetlenmesi söz konusu değildir. Bu iletişim türünde asıl amaç, mesajı hedefe ulaştırmaktır, alıcıdan herhangi bir geribildirim alma ihtiyacı olmaz. Çok bilgi aktarımının söz konusu olduğu durumlarda tek yönlü iletişim kullanılır (32,37).

Kaynak tarafından mesajın gönderildiği alıcıdan aktif bir geri bildirim aldığı iletişime çift yönlü iletişim denir. Çift yönlü iletişimde problemi çözme ve karar verme, karşılıklı etkin dinlemenin sonucunda ortaya çıkar. Kaynaktan çıkan mesaj, alıcıya ulaştığında tekrar ve hızlı bir şekilde kaynağa döner. Bu iletişim türünde asıl amaç mesajın kaynağa uygunluğunu saptamaktır ve bu sırada bazı sapmalar varsa bunları düzelterek mesajı amacına ulaştırmaktır. İki yönlü etkin iletişim sonucunda problem çözme, bilgi edinme, fikir alışverişinde bulunma gibi olumlu unsurlar ortaya çıkmaktadır (37,42).

İki ya da daha fazla kişi arasında yapılan, kaynağını ve alıcısını insanın oluşturduğu iletişim tipine “kişiler arası iletişim” denir. Bu iletişim tipinde kişiler birbirlerinden devamlı geri bildirim alırlar. Roller göreceli ve esnektir, taraflar sırayla gönderici ve alıcı olarak değişimde bulunarak iletişimi sürdürürler. Kişiler arası iletişim için üç faktörün bulunması gerekir; katılımcıların belli bir yakınlık mesafesinde yüz yüze şeklinde karşılıklı iletişim kurmalılar, tek yönlü şekilde değil karşılıklı mesaj alışverişini içeren çift yönlü iletişim olmalıdır ve bu mesajlar sözlü ve sözsüz nitelikte olmalıdır (37,42).

Birçok iletişim bileşeni geniş bir yelpazede tarif edilmiş olup, çoğu aile hekimliği hizmet sunumu çerçevesi içinde yer alabilmektedir. Genellikle bunları: Sözel ve sözel olmayan davranışlar veya iletişim ‘mikro-becerileri’ (örneğin, göz teması, yüz ifadesi, açık sorular, özetleme, empati vb.), bir görüşme sırasındaki önemli görev ya da iletişim unsurlarını

kapsayan (bir hekim hasta ilişkisi kurma, açıklama, bilgi paylaşımı vb.) bileşenler oluşturmaktadır (7,43).

Yüz yüze iletişimde ne söylediğiniz değil, nasıl söylediğiniz önemlidir. Kişilerarası iletişimde kelimelerin %7 etkisi, ses tonunun %38 etkisi, beden dilinin ise %55 etkisi olduğu gösterilir. Kişiler arası iletişimin önemi göndericinin iletmek istediği bilgi, görüş, tutum içeren mesajı alıcıya doğru iletmesidir bu iletim sırasında sözlü ve sözsüz mesajlar kullanılabilir (37,44,45).

Temel iletişim kurma yöntemi olan sözlü iletişim, dile ilişkin iletişim ve dil ötesi iletişimi şeklinde sınıflanabilir. Sözcük zenginliği, uyumlu söz dizimi, iyi tümce kurma, gerekli ve uygun sözcüklerin seçimi, iyi söyleyiş konuları dile ilişkin iletişimin kapsamındadır. Akıcılık, doğruluk ve zengin kullanımı dilin etkili kullanımına ilişkin becerilerdir. Dilin kullanımında biçimsel, sözlüksel ve anlamsal hataların yapılmaması ve telaffuzun düzgün olması doğruluk ile ilişkilidir. Sesin tonu, hızı, şiddeti, tınısı, duraklamalar, vurgulamalar, sessizlik gibi kavramlar dil ötesi iletişimin kapsamındadır. Dile ilişkin iletişimde kişilerin "ne söylediğine" önem verilir, dil ötesi iletişimde ise "nasıl söylediğine" önem verilmektedir (4,37,46).

İletişimde birincil araç dil olmakla beraber iletişimde sadece sözcükler yeterli değildir. Sözsüz iletişim, alıcı üzerinde sözlü iletişime göre daha fazla etki bırakır. Sözsüz iletişimde beden dili, yüz ifadeleri ve göz ilişkisi, jestler ve mimikler, el/kol hareketleri, mesafe-kişisel mekan ve görünüş, davranış, dokunuş ile ilgili sözsüz ileti kaynakları söz konusudur. Tüm bunların doğru ve etkili bir şekilde kaynak tarafından kullanılması ve alıcı tarafından anlamlandırılması için sözsüz iletişimle ilgili beceriler gereklidir (4,47). Duygu ve düşüncelerin sözcüklerle anlatılamadığı durumlarda bir bakış, bir mimik, başın bir dönüşü sözcüklerden daha fazla anlam taşımaktadır (21).

Sağlık hizmetlerinde tanı ve tedaviler süreci boyunca hasta ile hekim arasında yüz yüze iletişim süreçleri gerçekleşmektedir. Tarafların dengeli olarak ihtiyaç duydukları bilgileri karşılıklı aktarmaları sonucu sağlıklı bir iletişim kurulur. Hekim iletişimini, hekimin hastasıyla kurduğu sözlü ve sözsüz etkileşim süreci şeklinde tanımlayabiliriz (48).

Sağlıkta etkin bir iletişim sağlamak için sözsüz iletişimin bir diğer adıyla beden dilinin yeri büyüktür. Aile hekimlerinin fikir ve mesajlarını, hasta ve yakınlarına sözlü olarak iletmesi yeterli değildir. Daha etkili bir şekilde ifade etmesi için uygun bir beden dili kullanmaları gereklidir. Hekimin hasta ve yakınlarına yüksek sesle söylediğinden ziyade sessiz olarak beden dili ile söyledikleri daha çok etki bırakır. Uygun bir sözsüz iletişim hasta

ve yakınları üzerinde olumlu etki sağlayarak hastanın hekime olan güvenini artırır (49,50). Hastaların hekimin tıbbi tavsiyesine uyması ve verilen ilaçların uyumuna bağlılığı, olumlu klinik sonuçlar ve hasta memnuniyetinin sağlanmasının terapötik ilişkide sözel olmayan iletişim ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (51).

Beden dilinin en dikkat çekici bölümü yüz ifadesidir. Yüz ifadesi bilinçli veya bilinçsiz olarak yapılır. Gülümseme, göz teması, kaşların çatılması, bakış açısı gibi yüz ifadeleri görsel etki açısından çok değerli mesajlar iletmektedir. Yapılan çalışmalarda mutlu ve neşeli ifadelerin ağız ve göz ile en iyi yapıldığı, düşünceye dalma gibi ifadelerin en iyi gözle yapıldığı, kızgın ifadelerin ise en iyi kaş ve dudak biçimiyle yapıldığı belirtilmiştir. Hekim, hasta ve hasta yakınları ile konuştuğunda göz, alın ve ağız hareketleri ile duruma uygun olarak tepki vermelidir. Hekimin donuk ve ifadesiz bir görüntüden sakınması gerekir çünkü hasta, hekimin aşırı ciddi, duygusuz, ilgisiz olduğunu düşünebilir (49). Yüz ifadelerinin izleyicinin duygusal durumunu, tutumunu ve bir sonraki davranışlarını bilinçaltı olarak etkileyebileceği gösterilmiştir (51).

İletişim iki insan arasında göz göze gelmekle başlar. Hekim hastası ile konuşurken veya hastasını dinlerken göz teması kurarak iletişimi sürdürmelidir. Bu şekilde hastası ile ilgilendiğini ve hastasının sorunlarına karşı duyarsız olmadığını ifade etmiş olur. Göz teması kurarken başı da uygun bir şekilde hareket ettirmek gereklidir. Hasta konuşurken hekimin hastayı dinlediğini belli etmek için ara sıra baş sallaması önerilir. Baş sallama hareketi aktif dinlemenin büyük bir parçasıdır (47,49).

İletişimi güçlendirmek ve desteklemek için konuşma sırasında el, kol ve beden hareketlerinden yararlanılır. El, kol ve beden hareketlerine jest denir. Anlaşılır ve açık jestler kullanılmaya dikkat edilmelidir. Etkili bir iletişim kurmak için el ve kol hareketleri göğüs hizasında olmalıdır. Ellerin açık olup avuç içlerini göstermek iletişime açık olmayı, barışçıl ve dostça bir yaklaşım ifade eder. Hasta görüşme sırasında beden duruşu; omuzların hastaya doğru yönelmesi şeklinde olursa hekimin ilgisinin ve dikkatinin hastada olduğunu gösterir. Hastayla görüşme sırasında postür olarak hafif öne eğilmiş durmak, başı hafif yana eğerek yüz ifadeleri kullanarak hasta ile daha iyi bir iletişim sağlanır. Hekimin geriye yaslanıp ve dik oturması hastalar tarafından baskın veya fazla ilgisiz bir hekim imajı şeklinde algılanabilir (49).

Hekim hastanın güvenini kazanmak için öncelikle el sıkışmalıdır. Dokunma kullanımı önemlidir güvenilebilmeyi ifade eder. Hastayı karşılamada erken temas kurmayı sağlamak ve görüşmeyi bitirirken son noktayı koymak için el sıkışmak gerekir. Hastanın güvenini

kazanmak ve samimiyeti ifade etmek için hekim dengeli bir şekilde (eller dik ve avuçlar birbirini bütünüyle kavrayacak şekilde 2-3 saniye kadar sürmesi) ve sıcak bir tavırla el sıkışmalıdır. İstenmeyen el sıkışma biçimi olan ölü balık diye adlandırılan gevşek el sıkma ilgisizlik ve samimiyetsizlik göstergesidir. Sadece parmakla el sıkışması ise isteksizlik veya kararsızlık gösterir. Dokunma destek vermek anlamında da endişeyi paylaşma, merhameti iletme amacıyla kullanılan etkili bir yöntemdir böylelikle iletişimin önündeki savunmacı engelin kırılmasını sağlayabilir. Bununla birlikte, dikkatli kullanılmalı, sosyal olarak izin verilenden daha fazla veya daha erken kullanılmamalıdır (6,49).

İnsanların yabancılarla veya gündelik ilişkilerinde kullandıkları kişisel alanlar vardır. Bu bağlamda dört alan tanımlanır. Çok yakın mesafe 46 cm, kişisel mesafe 46-120 cm, sosyal mesafe 121-365 cm, genel alan 365 cm üzerindeki alanlardır. Ortalama bir kol çapındaki alan çoğu insan için uygun kişisel mesafenin iyi bir ölçüsüdür. Hasta ile hekim arasındaki en uygun mesafe 90 cm olarak tanımlanmıştır. Ancak bu mesafenin hastanın kişiliği ve sosyokültürel yapısına göre değiştiği unutulmamalıdır (6).

Hekimin ilk izlenimi oluşturması 7 saniyeden daha az vaktini alır bu durumda ilk izlenimi oluşturmak için ikinci bir şansı yoktur. Hekim, hastasına kendine güvenen bir gülümseme ve dengeli el sıkışma ile yaklaşmalıdır. Hekimin kişisel görünüşü sözel olmayan iletişimin önemli bir parçasını oluşturur. Hekim her zaman bakımlı olmalı, temiz ve derli toplu bir görünüm sergilemelidir. Olumlu bir ön izlenim sağlamak için giyim kuşam ve dış görünüşe önem vermek ve beden dilini iyi kullanmak gereklidir. Böylelikle daha iyi ve etkili bir iletişim kurulur ve hastaların olumlu geri bildirimleri artış gösterir (6,49). Sözsüz iletişimin etkin kullanılması göz hareketleri, yüz ifadeleri, vokal modifikasyonlar, jest ve vücut hareketleri ve fiziksel görünüm ilk klinik karşılaşma ve sonraki hasta hekim ilişkisinin kurulmasında bir rol oynar (43).

HASTA HEKİM İLİŞKİSİ VE İLETİŞİM

Hasta hekim ilişkisinde bir takım hedefler mevcuttur; öncelikle tedaviyle ilgili ortak kanıya varmak için hekim ile hastanın etkili bir iletişim kurması gereklidir. Hastanın yetiştiği kültürel ortam ve hastanın değerleri tedavi sürecini olumlu veya olumsuz etkilediği için hekimin hastanın değerlerinin farkında olması gereklidir. Hastasını bir meta olarak değil sosyal bir varlık olduğunu kabul etmek ve tedavi sürecine hastasını dahil etmek hekim sorumluluğundadır. Son olarak hastanın özerklik anlayışı gereği, hasta tedavi öncesi ve

sonrasında veya tedaviyi reddetme durumunda, oluşabilecek alternatif bir durumda hekiminin uzman görüşlerini kabul etmeme özgürlüğüne sahiptir (52).

Günümüzde kişinin düşünce ve değerlerinin rolü tıp alanında giderek artan bir etkiye sahiptir, insan faktörü ile tıbbi uygulamalar arasında tahmin edilemeyen karmaşık etkileşimlerin olması, tıbbi sonuçlarla ilgili belirsizlik olması, kanıtların yetersiz oluşu, kişilerin bilgiye kolay bir şekilde erişebilmesi gibi birçok faktör hastayı hekim ile birlikte karar verme sürecine dahil etmiştir. Hekim hasta ilişkilerinde çeşitli modeller mevcuttur. Bununla birlikte daha sık olarak ifade edilen etkileşim tipleri; ataerkil model, bilgilendirici model, açıklayıcı model, görüşmeci model olarak sınıflanmaktadır (53).

Ataerkil model: Paternalistik model olarak da bilinir. Hekim bu modelde koruyucu görev üstlenip, hastası için en iyi olana karar veren kişidir (54). Hasta yalnızca hekimin kararlarına uymak zorunda kalır, mutlak egemen hekimdir. Hastanın iletişime katılımı kısıtlıdır, hasta için en iyi olacak tedaviyi hekim belirler. Hekim uzman tıbbi bilgisini kullanarak hastasının sağlığını koruyacak tedbirleri alır ve hastasını hastalık için en iyi müdahaleyi yapacağı konusunda ikna eder. Hekim, hasta özerkliği ve hastanın sağlık seçimi arasındaki çatışma olmasına fırsat vermez çünkü hastaya söz hakkı vermez. Görüşmede tek egemen hekimdir her kararı hekim alır hastaya herhangi bir söz hakkı tanımadığı için çatışma olmasına fırsat bırakmaz (55). Etik kaygılar ve hasta istekleri açısından daha düşük kapasiteye sahip olan yaşlı hasta gruplarının başvurularında çoğunlukla ataerkil model ile sağlık bakımına karar verilir. Ayrıca acil durumlarda hasta yerine hızlı karar verilmesi gereken durumlarda ataerkil model kullanılır (54,56).

Bilgilendirici model: Hekim hastasına hastalığı ile ilgili tüm belirsizlikleri, olası teşhis ve tedavi yöntemlerini, tüm bu sürecin risklerini ve yararlarını, tedaviye başlamakla sürecin nasıl gelişeceği ile ilgili tıbbi bilgileri verir. Sonuçta hasta, hastalığı ile ilgili tüm bilgileri alır ve kendine en uygun tedaviyi seçer (55). Hekim hastaya hastalığı ile ilgili tüm bilgileri sunar ancak hekim hastasının değerlerini ve anlayışını bilmez ve önemsemez, hekimin değerlerini de hastası bilmez. Yani bilgilendirici modelde hasta hastalığıyla ilgili karar verme hakkına sahiptir, fakat bu kararı tek başına almak durumundadır (54). Önemli olan hastanın gerçekleri ve değerleridir, hekimin zorunluluğu ise hastasının istediği tedaviyi uygulamaktır. Bu durumda hekim ile hastanın düşüncelerinin uzlaşması önemi değildir. Hekimin rolü teknik uzmanlıktır (55). Hekim hastasını tedavi seçenekleriyle ilgili tüm bilgiyi paylaşır, karar verme sürecinde ise geri çekilir ve kararı hastaya bırakır. Hasta ile hekim arasındaki bilginin aktarımı safhası hekimden hastaya olacak şekilde tek yönlüdür. Hekimin bilgilendirmesi

ışığında hasta yapılacak en uygun tedaviye kendisi karar verir. Bu modelin benimsenmesinde hasta hakları çok etkili olmuştur (53).

Açıklayıcı model: Hekim hastasının değerlerini ve anlayışını bilir, tedavi süreci hakkında olası tüm bilgiyi, tedavinin yarar ve risklerini açıklar. Hekim hastaya en iyi tıbbi seçenekleri belirlemede ve hastanın değerlerinin yorumlanmasında yardımcı olur. Hastanın değerlerini, gerçekte hastanın ne istediğini açıklar ve mevcut tedavi seçeneklerinden en uygun olanı seçmesine yardımcı olur. Hastanın değerlerine karar veren hekim tedavi sürecinde bunları kullanma ve hastanın bunları anlamasında yardımcı olur. Açıklayıcı modelde hastanın yakınmalarına ilişkin değerlerinin tam olarak farkında olmadığı varsayılır bu sebeple değerlerin hekim ve hasta tarafından anlaşılması ve hangi sağlık hizmeti veya girişim bu hastalık için en uygun olacağını ortaya koymak amaçlanır. Bu modelde hekim bir rehber, danışman gibi davranır değerlerin anlaşılması ve buna yönelik tedavi ve girişimlerin seçilmesine için hastasına yardım eder (54,55).

Görüşmeci model: Hekim hastasının sağlık durumuyla ilgili değerlerini gerçekleştirebilmek ve bu değerleri seçip belirlemek için hastaya yardımcı olur. Hekim hastasının sadece sağlığına ilişkin değerlerini ele alır çünkü sağlığa ilişkin tüm değerler hastalığın tedavisini de etkiler. Hekim hastalığın tedavisi ile ilişkili olmayan tüm diğer unsurları da belirler (55). Hekim hastasının klinik durumuyla ilgili bilgilerini tanımlar ve seçenekleri belirleyip düşüncelerini açıklar, en iyi seçeneği hastası ile tartışır, daha fazla değer verilmesi gereken konuyu işaret eder, olması gerekenleri gösterir. Hastayı destekleyip güçlendirerek hasta otonomisini sağlayarak hastanın klinik durumu ile ilgili en etkili sağlık değerlerini saptayıp seçmesinde yardımcı olmayı amaçlar (54). Hekim, hastasını en etkili seçeneğe ikna etmeye çalışsa da daha fazlası için zorlamayıp, aşırı baskıdan kaçınarak hastanın yaşamında olan değerleri seçebilmesi için fırsat verir. Hekim ve hasta, sağlığa ilgili değerlerin önemi hakkında birlikte karar verirler, hekim bir öğretmen, bir danışman gibi davranır ve hasta için en iyi davranışın ne olacağı ile ilgili yardım eder (55).

İnsanlık varoluşundan günümüze kadar olan zaman dilimi tıp bilimi açısından ele alındığında, hekimin istek ve uygulamalarının hasta tarafından sorgusuz, sualsiz uygulandığı profili tipinden, şikayetleriyle ilgili teknolojik imkanlardan da faydalanarak araştırma yapan, sorgulayan ve hastalığıyla ilgili bilgiler edinerek kendisine yol gösterilmesini bekleyen hasta profil tipine doğru bir kayma olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastaların eğitim seviyeleri, davranış ve tutumları, kişisel değerleri, inançları, kültürel yapıları sağlıkları ile ilgili beklentileri doğrudan ya da dolaylı olarak hasta hekim ilişkisini etkilemektedir (57).

Hekim ile hastası arasındaki paternalistik ilişkiye ve doktor merkezli yaklaşım neticesinde meydana gelen olumsuzluklara karşı hasta merkezli yaklaşım günümüzde daha fazla benimsenmeye başlamıştır (58).

Hasta merkezli yaklaşımda amaç; hastaların sağlık ihtiyaçlarının ve taleplerinin sorgulanması, hastaların değer ve tercihlerinin farkında olunması, hastalarının sağlık durumlarını etkileyen olumlu veya olumsuz kararlarının farkında olunması, sağlık durumlarıyla ilişkili geniş bir bakış açısı oluşturulması ve hasta ile yakınlarına hastalıkla ilgili karar verme sürecinde yardımcı olmayı sağlamaktır. Hekim sağlık bakımın elde edilmesi için kolaylaştırıcı bir rol üstlenirken, hastasının sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hastalarına yardımcı olmaktadır. Bu durum, hastalarının hekime duydukları güveni artırır ve bununla birlikte sağlık sonuçlarını da iyileştirir. Hasta merkezli yaklaşım, hasta güveni paralelinde hekimlere çağrıda bulunan ahlaki bir felsefeye dayanmaktadır (58,59).

Hasta merkezli yaklaşım, hekimlerin kanıta dayalı olarak verdiği sağlık hizmetinden vazgeçmesi veya hastanın sağlık durumuyla ilgili tüm kararları sadece hastaya bırakması anlamına gelmez. Hekimin hastanın gündemini belirlediği ve hastayı klinik karar alma sürecine dahil etmesi şeklinde ifade edilir. Sorumlu olarak hekimin, pasif olarak hastanın yer aldığı hiyerarşik düşünce yapısının aksine hasta merkezli yaklaşımda, hasta ile hekim arasındaki ilişkide karşılıklı güç paylaşımı ve güç dengesi gereklidir (58).

ETKİLİ İLETİŞİM BECERİLERİ VE MEMNUNİYET

Toplumsal yaşamın vazgeçilmez bir parçası olan iletişim, yaşamsal bir eylemdir ve tüm kişisel ve toplumsal ilişkilerde etkili iletişime ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kişilerin etkili iletişim kurması önemlidir. Hekimlerin etkili iletişim becerisine sahip olması, insanlarla daha yapıcı ilişkiler geliştirip, problemlerle karşılaştıklarında daha sağlıklı çözümler üretebilmelerini sağlar (60).

Kişilerarası ilişkilerde etkili iletişim becerileri, insanlarla daha çok bir arada olunan sağlık hizmetleri alanında hem tedavi ekibi, hem de hasta ve hasta yakınlarıyla kurulacak iletişimin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi açısından büyük önem taşır. Sağlık profesyonelleri hasta veya sağlıklı kişi ile kurduğu iletişimi; tıbbi öykü alıp, tanıyı koymak, tedavisine karar vermek, tedaviyi uygulamak, sağlık bakıma yön verip etkinliğini arttırmak gibi pek çok alanda kullanır. Kurulan bu iletişimde eksiklikler varsa, hastanın tedaviye uyumu, sağlıklı ile ilgili sonuçları ve hasta memnuniyeti olumsuz etkilenebilir (61).

Sağlık çalışanlarının kişiye, ailesine ve topluma hizmet sunarken sadece zihinsel ve psikomotor yeteneklere sahip olması yeterli gelmez. Karşısındaki kişinin düşünce ve görüşlerini dikkate alarak çift yönlü iletişim kurma, etkili konuşma ve etkin dinleme, toplumu kendi kararını alacak duruma getirmeye ikna etme, toplumu yargılamadan kabullenme, iletişimde engel oluşturan durumları tanıyabilme gibi temel becerilerine de sahip olması beklenir. İnsanlarla bir arada olunması gereken mesleklerde çalışan kişilerin mesleki bilgilerinin yanında etkili iletişim becerilerinin de gelişmiş olması gerekmektedir (60,61).

Hekim hasta ilişkisi tıbbi uygulamanın temelini oluşturur, tıbbi uygulamalar sonucu sağlanan başarı aynı zamanda bu ilişkinin gücüne ve şekline dayanır. Tanıların %70'inin iyi bir hekim hasta görüşmesi neticesinde konduğu kabul edilmekte olup, iletişimin doğru kurulması ile tıbbi uygulamalardan alınan sonuçların olumlu olma ihtimalinin yükseldiği görülmektedir. Bu durumda hekim hasta arasındaki iletişimin sorunlarını azaltılması önemlidir (62).

Hekim hasta görüşmelerinin %69'unda ilk 18 saniyede hekim hastasının sözünü kesmektedir. Hekimleri tarafından kesintiye uğramadan önce hastaların ilk şikayetlerini tamamlamak için yalnızca 18 saniyesinin olduğu saptanmıştır. Hekimin genellikle hastasının yalnızca bir endişesini dinledikten sonra hastasından gelen bilgi akışını durdurduğu saptanmıştır. Hasta anlatacaklarına odaklanıp kendi düşünce çizgisini takip ederken ve sağlığı ile ilgili daha fazla konu açmak üzereyken hekimin hastanın sözünü soruyla kesmesi hastanın dikkatini dağıtıp anlattıklarına yeniden odaklanmasını bozabilir. Hekim, hastanın görüşlerini ve anlatımını sadece konuşmayı yeni bir konuya dönüştürmek, kendiliğinden üretilmeyen bilgileri ortaya çıkarmak, bir sorunu netleştirmek, hasta kaygısını azaltmak veya güvence sunmak gerektiğinde kesmelidir. Kaygılarını tümünü hekime anlatmayı başaran hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (6,46).

Hasta merkezli yaklaşım, hekimlerin iletişim ile ilgili hasta tercihlerini anlamalarını gerektirir. Hasta tarafından tercih edilen yaklaşımı kullanarak kurulan iletişim, hasta için daha düşük psikolojik sıkıntı ve daha yüksek hasta memnuniyeti seviyelerine ile ilişkilendirilmiştir. Hasta tercihlerini öngören demografik, tıbbi ve psikososyal değişkenlerin bilinmesi, hekim için hastaya özel iletişim modelini uyarlanmasında yararlı olduğu gösterilmiştir (63). Etkili iletişim gerek bireysel performansı geliştirebilmek, gerek kişiler arası ilişkilerde daha etkin olabilmek, gerekse hasta merkezli yaklaşımda başarılı olmak için gereklidir ve aile hekimlerinin etkin olarak kullanmaları gereklidir (64).

Kişiler farklı amaçlar doğrultusunda iletişim kurmak için bir araya geldiklerinde iletişim sürecinde duygu, düşünce ve davranış unsurları içeren hareketler sergilemektedirler. Etkili iletişim sürecine etki eden bu unsurlar zihinsel, duygusal ve davranışsal süreçler olarak da tanımlanmaktadır. Bu süreçler bireyin kişilerarası iletişiminin ne kadar etkili olduğunu gösterir. Bu süreçler (65):

Zihinsel Süreç; kişinin kendisini ve çevresindeki olayları ve durumları algılaması ve düşünme sürecidir. Zihinsel süreç diğer kişilerle sağlıklı bir iletişim kurabilmek ve iletişimi sürdürebilmek açısından önem taşımaktadır. Bu süreçte başarılı olabilmek için kişi sahip olduğu bilgilerin ve donanımının yanında bu bilgileri karşısındaki kişiye aktarabileceği etkin iletişim becerisine de sahip olması gerekmektedir (65). Hekimlerin zihinsel ve uygulamalı bilgileri mutlaka bilmeleri gerekir bunların yanında bir takım iletişim becerileri de kazanmaları gereklidir. Bunlar; iletişimin temelleri, iletişimin unsurları, etkin iletişim, aktif dinleme, iletişim sırasında çıkan engelleri tanıma, hastaların bakış açısı ile sorunu tanıma, sağlık hizmet sunumu sırasında etkili iletişim ve iletişim çatışmaları gibi konulardır. Bu konulara yer verilip, istenilen bilgi ve becerilerin uygulanıp desteklenmesini içeren iletişim becerileri eğitimi hekimlerde güven artışı, kendini ifade edebilme, sorumluluk almaktan çekinmeme, hastayla yakınlık kurma ve motivasyon artışı sağlayabilir. Hekim, hasta hekim ilişkileri konusunda bilgi ve beceri kazanırsa bu konuda yaşanan sorunlarda da azalma sağlayacaktır (66).

Duygusal Süreç; kişiler paylaşımda bulunurken, zihinsel olduğu kadar duygusal eğilimleri de iletişim sürecinde etkili olmaktadır. Duyguların çoğu sözlü iletişim ile değil sözsüz iletişim ile ifade edilmektedir. Kişilerin içsel durumları çoğunlukla beden dili yoluyla aktarılmaktadır. Kişinin duygularını baskı altına alması, kendilerini sözlü ifade etmesini de engeller bunun sonucu iletişim süreci de engellenmiş olur. Kişiler arası ilişkilerde iletişimin devamlılığını sağlamak açısından; gelişmiş duygusal becerilere sahip olmak, dinlemek, sosyal ve duygusal işaretleri okumak, karşıdaki kişinin bakış açısından bakabilmek ve olumsuz etkilere karşı durup hangi kabul edilebilir davranışı anlamak önem taşımaktadır (65).

Davranışsal Süreç; kişilerin zihinsel ve duygusal süreçleri ile birlikte ortaya çıkan ve iletişim sürecini destekleyen eylemlerin bütünüdür. Davranışlar bireylerin istedikleri eylemi gerçekleştirmek için harekette bulunmalarını gerektirir bu yüzden davranışlar hedefe ulaşmak için yol göstericidir. Kişilerarası iletişimin etkili olabilmesi için bu üç süreçte aktif kullanılması gerekir. Kişiler, zihinsel süreç ile kendisini ve çevreyi algılar ve düşünür,

duygusal süreç ile düşüncelerini duyguya yansıtır ve bilgilerini iletişim boyunca davranışsal olarak gösterir (65).

Hekim ile hastaları arasında kurulan etkili iletişimin sürekliliği sağlanmasıyla, hastalarının sıkça karşılaştıkları duygusal problemlerinin ve şikayetlerinin sosyal boyutlarını görerek anlama ve bunları çözme ulaştırma konusunda hekimler oldukça etkili olurlar, ayrıca tanı için gerekli testleri belirlerken daha seçici olurlar. Hastasının problemleriyle ilgili önbilgisi olan ve düzenli aralıklarla hastasını gördüğü için hastalığı hakkındaki son durum bilgisini devamlı güncelleyen hekim gereksiz tahlil ve tetkiklerin de önüne geçer. Sonuç olarak, az komplikasyonlu ve etkili bir tedavi olur ve daha az masraf ile hızlı sürede tedavi sağlanır (67).

Hasta-hekim iletişiminin her iki taraf için oldukça fazla yararları vardır. İyi iletişim, hasta memnuniyetini, hastanın tedaviye uyumunu, sağlığını olumlu yönde etkiler. Hastalar problemlerini anlatma ve sorular sorma fırsatı bulduklarında daha uyumlu olurlar. Soru sormaya teşvik edilen hastalar, kontrollerine daha düzenli gelirler. İletişim becerileri iyi olan hekimler, hastalarının güvenlerini kazanarak onlardan daha doğru bilgiler alabilirler (68). Hastaların sağlıklarını iyileştirmelerine yardımcı olmak için motivasyon olan, hedef belirleme ve iletişim becerileri konusunda eğitilmiş birinci basamak sağlık profesyonelleri olması gereklidir (69).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma; Edirne il merkezindeki aile sağığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü popölasyonda memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, aile sağığı merkezlerinde çalışan hekimlerin iletişim beceri düzeylerinin belirlenmesi ve hekim iletişim becerileri ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılmış, kesitsel ve tanımlayıcı desenli bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini Kasım 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında Edirne il merkezinde aile sağığı merkezlerinde çalışmakta olan 52 aile hekimi ve 2017 yılı ortası nüfusa göre Edirne il merkezindeki 18 yaş üstü 116.716 kişi oluşturmaktadır.

Öncelikle aile hekimleri rastlantısal olarak sıraya konuldu. Her hekime bir tam iş günü verildi. Hekimlere gerekli açıklamalar yapıp bilgi verildikten sonra sözlü onamları alındı. Hekimler anket formlarını kendileri doldurdu ve doldurdukları anket formu aynı gün içinde geri alındı. Hekimlere, hastalarıyla yapılacak olan çalışmalarla ilgili açıklamalar yapıldı. Hekime yaptığımız ziyaret gününde çalışmayı kabul eden, 18 yaş üzeri ve iletişimi engelleyecek problemi olmayan hastalardan, hekimini tanıyan ve daha önce en az bir kere başvurmuş olanlar ile çalışma yapıldı. Çalışmaya alınan hastalardan sözlü onamları alınarak, anketlerini kendilerinin doldurması istendi. Okumakta veya soruları anlamakta zorlanan kişilerin anketleri araştırmacı tarafından yardımla dolduruldu.

Araştırmanın örneklemini Edirne il merkezindeki aile sağığı merkezine kayıtlı 18 yaş üstü nüfusun, %1 fark %95 güvenilirlikle anlamlı olması için en az 383 bireye ulaşılması hesaplanmıştır. Çalışmaya gönüllü olan 49 aile hekimliği rastgele numara verilip, küme olarak değerlendirilip, her hekimin nüfusa göre ağırlıklı oranda hastasına ulaşıldığı için 1.937 kişiye

ulaşılmıştır. Çalışmada 49 Aile Hekimi kümesinin örnekleminde yer alan kişi sayısı Tablo 1’ de verilmiştir.

Tablo 1. Edirne il merkezindeki 49 Aile hekimi bölgesindeki kişi sayısı

Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem	Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem	Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem
1	Kadın Erkek	24 19	18	Kadın Erkek	16 4	35	Kadın Erkek	29 18
2	Kadın Erkek	22 14	19	Kadın Erkek	22 30	36	Kadın Erkek	16 9
3	Kadın Erkek	19 9	20	Kadın Erkek	18 22	37	Kadın Erkek	14 17
4	Kadın Erkek	20 13	21	Kadın Erkek	13 13	38	Kadın Erkek	15 21
5	Kadın Erkek	31 16	22	Kadın Erkek	19 11	39	Kadın Erkek	18 14
6	Kadın Erkek	40 30	23	Kadın Erkek	6 8	40	Kadın Erkek	27 18
7	Kadın Erkek	21 13	24	Kadın Erkek	8 1	41	Kadın Erkek	34 7
8	Kadın Erkek	35 21	25	Kadın Erkek	36 21	42	Kadın Erkek	26 21
9	Kadın Erkek	20 29	26	Kadın Erkek	31 22	43	Kadın Erkek	27 13
10	Kadın Erkek	24 12	27	Kadın Erkek	8 21	44	Kadın Erkek	31 13
11	Kadın Erkek	24 26	28	Kadın Erkek	22 16	45	Kadın Erkek	42 12
12	Kadın Erkek	31 24	29	Kadın Erkek	27 17	46	Kadın Erkek	23 10
13	Kadın Erkek	18 14	30	Kadın Erkek	29 14	47	Kadın Erkek	33 18
14	Kadın Erkek	21 7	31	Kadın Erkek	33 14	48	Kadın Erkek	39 21
15	Kadın Erkek	24 9	32	Kadın Erkek	26 13	49	Kadın Erkek	27 13
16	Kadın Erkek	19 11	33	Kadın Erkek	30 9	Toplam	Kadın Erkek	1184 753
17	Kadın Erkek	17 8	34	Kadın Erkek	29 17			

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hastalardan veri toplanma aracı olarak; 8 sorudan oluşan sosyodemografik değerlendirme anketi ve 23 sorudan oluşan EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) Ölçeği' nin Türkçe versiyonu kullanıldı (Ek-1).

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün alt birimi olan European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir olan EUROPEP ölçeği uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve ark. (70) tarafından 2002'de EUROPEP-TR Ölçeği' nin iç güvenilirliğini gösteren Cronbach's Alpha katsayısı 0,98 olarak hesaplanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetinin sunum kalitesinin artırılması temel amacı olan bu ölçek, hekim ve muayenehanesiyle ilgili hastalardan geri bildirim alarak uygulanır. Soru sayısı 23 olan ölçekte 5' li Likert skalası kullanılmaktadır. EUROPEP ölçeğinin ilk 16 sorusu klinik davranış ölçerken, geriye kalan 7 soru ise hizmet organizasyonu ölçmektedir (70). EUROPEP ölçeği 5 alt boyuttan oluşmaktadır, her alt boyuta giren maddeler aşağıda sıralanmıştır (71):

Hekim-Hasta İlişkisi: 1, 2, 3, 4, 5, 6

Sağlık Hizmeti Sunumu: 7, 8, 9, 10, 11

Enformasyon ve Destek: 12, 13, 14, 15

Sağlık Hizmetinin Organizasyonu: 16,17

Ulaşılabilirlik: 18, 19, 20, 21, 22, 23

Memnuniyet oranı hesaplanması için anket sorularına verilen iyi ve çok iyi (4 ve 5) seçenekleri kullanılmıştır. Memnuniyetsizlik oranı hesaplaması için ise anket sorularına verilen kötü ve çok kötü (1 ve 2) seçeneklerini kullanılmıştır. Ne iyi ne kötü seçeneği (3) orta olarak kullanılmıştır. Ankette Fikrim yok/ ilgisiz seçeneği işaretlenmesi durumunda bu soru analize dahil edilmemiştir (3).

Hekimlerin verilerinin toplanması amacıyla öncelikle 16 sorudan oluşan sosyodemografik değerlendirme anketi kullanıldı. Ardından 45 sorudan oluşan İletişim Beceri Envanteri (İBE) uygulandı (Ek-2).

İletişim Beceri Envanteri (İBE)'ne Ersanlı ve Balcı (72) tarafınca 1998 tarihinde son hali verilmiştir. İletişim beceri düzeylerini zihinsel, davranışsal ve duygusal açılardan ölçmektedir. Envanter 5'li likert şeklinde düzenlenmiş olup 45 sorudan oluşmaktadır. Toplamda 3 alt boyut değerlendirilmekte olup her bir boyutu ölçen 15 madde vardır.

Envanterin iç güvenilirliğini gösteren Cronbach's Alpha katsayısı ise 0,72 olarak bulunmuştur (72).

Envanterin her alt ölçeği zihinsel, davranışsal ve duygusal olarak ayrı ayrı değerlendirileceği gibi, ölçeklerin toplamına bakarak genel iletişim beceri düzeyi de değerlendirilebilir. Her alt boyuta giren maddeler aşağıda sıralanmıştır:

Zihinsel: 1, 3, 6, 12, 15, 17, 18, 20, 24, 28, 30, 33, 37, 43, 45

Duygusal: 5, 9, 11, 26, 27, 29, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 44

Davranışsal: 2, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 32, 41

Olumsuz anlam içeren maddeler ise puanlanırken tersten puanlanır. Bu maddeler aşağıda sıralanmıştır:

Olumsuz: 3, 5, 9, 10, 11, 16, 23, 24, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 41, 42

Envanterin toplamından alınabilecek en yüksek puan 225 iken en düşük puan ise 45'dir. Her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 iken en düşük puan ise 15'dir. Ölçekte puanları yüksek alan kişinin iletişim beceri düzeyinin yüksek olduğunu anlamına gelmektedir (73).

DESTEKLER VE İZİNLER

Bu çalışma uluslararası etik kurallara uygun şekilde yapıldı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli olan izinler alındı (Ek-3, Ek-4). Çalışmaya katılacak olan kişiler sözlü olarak bilgilendirildi ve kişilerin sözlü onamları alındı.

Ayrıca yaptığımız çalışma Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Komitesi (TÜBAP)'a proje olarak sunulmuştur.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel olarak analizleri yapılırken SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanıldı. Araştırmadaki hastalarla ilgili değişkenlerin normal dağılıma uygun olmadığı saptandığı için non-parametrik testler kullanıldı. Hastaların tanımlayıcı özellikleriyle ilgili veriler; ortalama, standart sapma, frekans, yüzde ile değerlendirildi. Tanımlayıcı özellikler ile hastaların EUROPEP değerleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.

Araştırmadaki hekimler ile ilgili değişkenlerin normal dağılıma uygun olduğu saptandığı için parametrik testler kullanıldı. Hekimlerin tanımlayıcı özellikleriyle ilgili veriler; ortalama, standart sapma, frekans, yüzde ile değerlendirildi. Hekimlerin tanımlayıcı özellikler, İBE puanları ve EUROPEP puanları arasında ilişkinin değerlendirilmesinde bağımsız gruplar T testi, One Way ANOVA testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p), $p < 0,05$ olduğunda anlamlı, $p \geq 0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi ve ilgili testler ile birlikte gösterildi.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın en büyük sınırlılığı yalnızca Edirne İl merkezini temsil edebilmesidir. Araştırma evreni çalışma amaçları ile uygun belirlenmiş olsa da ülke genelini temsil gücünde çalışma yapılması olağandır.

Araştırmada verilerin toplanması, çalışmanın gerektirdiği işgücünün fazlalığı nedeniyle uzun sürmüştür. Bu süre içinde çalışmanın yapıldığı evrende araştırılan veriler açısından bir değişiklik olmayacağı kabulü ile çalışma yürütülmüştür.

BULGULAR

HEKİMLERİN İSTATİSTİKLERİ

Araştırmaya 49 aile hekimi katıldı. Katılımcıların %42,9'si (n=21) kadın, %57,1'i (n=28) erkek idi. Yaş ortalamaları ise $45,18 \pm 5,87$ yıl olup, 33 ile 55 yaş arasında olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hekimlerin medeni durumları incelendiğinde %83,6'sı (n=41) evli, %8,2'si (n=4) bekar, %8,2'si (n=4) dul/boşanmış olduğu saptandı. Araştırmaya katılan hekimlerin %14,3'ünün (n=7) çocuğu olmadığı, %28,6'sının (n=14) 1 çocuğu olduğu, %55,1'inin (n=27) 2 çocuğu olduğu, %2'sinin (n=1) 3 çocuğu olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hekimlerin aylık hane halkı geliri incelendiğinde %6,1'inin (n=3) <4.500 TL, %22,4'ünün (n=11) 4.501-7.500 TL, % 38,8'inin (n=19) 7.501-10.000 TL, %32,7'sinin (n=16) 10.001-12.500 TL geliri olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hekimlerin "Tıp fakültesine isteyerek mi girdiniz?" sorusuna verdikleri yanıtın cinsiyete göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Tıp fakültesine isteyerek girme durumunun cinsiyete göre dağılımı: A-Kadın, B-Erkek

“Kaç yıldır çalışıyorsunuz?” sorusuna hekimlerin %6,1’i (n=3) 6-10 yıl, %20,4’ü (n=10) 11-15 yıl, %20,4’ü (n=10) 16-20 yıl ve %53,1’i (n=26) >21 yıl şeklinde cevap vermiştir.

“Kaç yıldır aile hekimliği yapıyorsunuz?” sorusuna hekimlerin %4,1’i (n=2) <1 yıl, %20,4’ü (n=10) 1-5 yıl, %20,4’ü (n=10) 6-10 yıl ve %55,1’i (n=27) >10 yıl şeklinde cevap vermiştir.

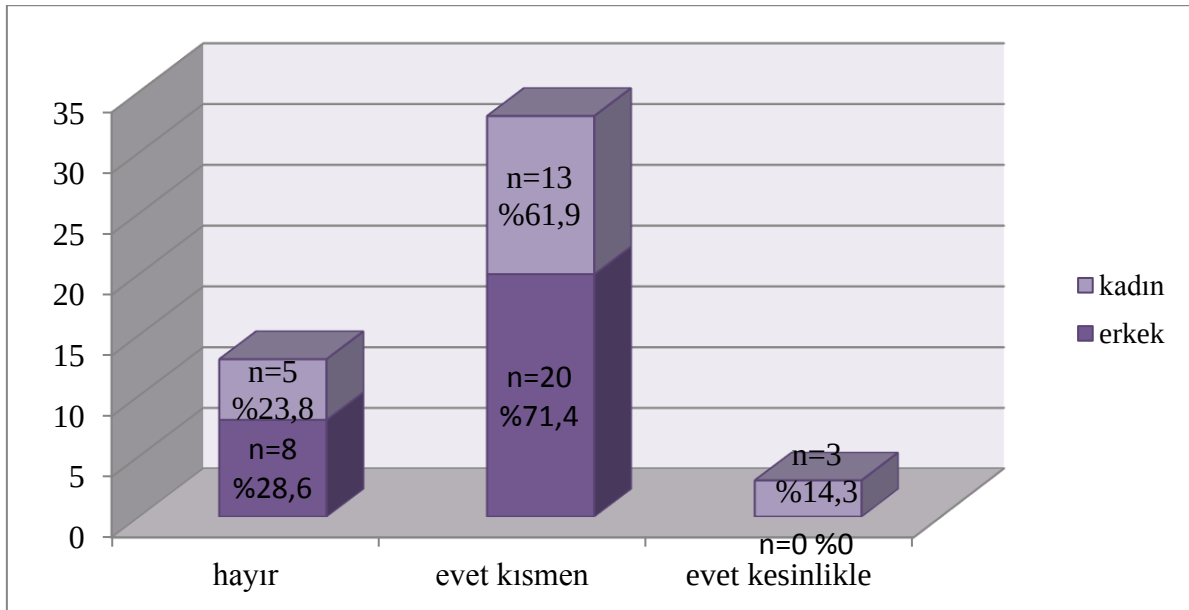
“Kaç yıldır aynı birimde çalışıyorsunuz?” sorusuna hekimlerin %8,2’si, (n=4) <1 yıl, %38,8’i (n=19) 1-5 yıl, %12,2’si (n=6) 6-10 yıl, %40,8’i (n=20) >10 yıl şeklinde cevap vermiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin görev unvanları incelendiğinde %83,7’si (n=41) pratisyen hekim, %16,3’ü (n=8) uzman hekim olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hekimlerin günde baktıkları hasta sayıları incelendiğinde %2’si (n=1) <20 kişi, %20,4’ü (n=10) 21-40 kişi, %46,9’u (n=23) 41-60 kişi, %20,4’ü (n=10) 61-80 kişi, %10,2’si (n=5) >80 kişi baktığı saptandı.

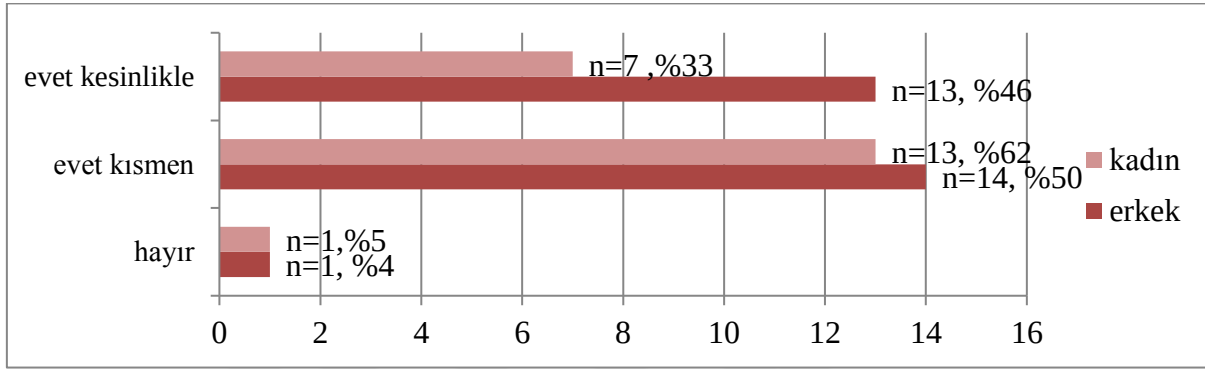
“Hastalara yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?” sorusuna hekimlerin %38,8’i (n=19) hayır, %61,2’si (n=30) ise evet şeklinde cevap vermiştir.

“Daha önce herhangi bir hasta veya yakınıyla olumsuz bir iletişim yaşadınız mı?” sorusuna hekimlerin %26,5’i (n=13) hayır, %67,3’ü (n=33) evet kısmen, %6,1’i (n=3) evet kesinlikle cevabını vermiştir. Sorunun cinsiyete göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Hasta/hasta yakını ile olumsuz iletişim yaşama durumunun cinsiyete göre dağılımı

“Hastalarınız ile konuşurken tıbbi terimler kullanır mısınız?” sorusuna hekimlerin %37,5’i (n=18) hayır, %62,5’i (n=30) evet kısmen cevabını verirken, evet kesinlikle cevabı veren olmamıştır. “Türkiye’de hekim-hasta iletişiminde sorunlar olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna hekimlerin %2’si (n=2) hayır, %55,1’i (n=27) evet kısmen, %40,8’i (n=20) evet kesinlikle cevabı vermiştir. Sorunun cinsiyete göre dağılımı Şekil 3’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Hekim-hasta iletişiminde sorunlar olduğunu düşünme durumunun cinsiyete göre dağılımı

Çalışmaya katılan hekimlere “Sizce hekim-hasta görüşmesinde hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsur nedir?” sorusu sorularak en önemliden daha az önemliye, 1’den 12’ye sıralamaları istendi. Ayrıntılar Tablo 2’de gösterilmiştir.

En son diğer seçeneği açık uçlu şekilde bırakıldı ve bu boşluğa kendi düşüncelerini yazan hekimlerin iletişimi engelleyen/bozan unsurlar arasına “Mekan yetersizliği”, “Sağlığın siyasete alet edilmesi”, “Hekimlerin itibar ve statü kaybı”, “Bilgiye ulaşmak kolaylaşırken, bildiğini düşünen bilgisiz insan sayısında artış”, “Hastaların öğretimsizliği” ve “İş arkadaşı izindeyken zaman sorunu ve arbede yaşanması” gibi durumlarında dahil ettikleri görüldü.

Hekim-hasta görüşmesinde hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsurlar değerlendirildiğinde verilerin asimetrik dağıldığı saptandığı için geometrik ortalamaları alındığında; Zaman kısıtlılığı (2,98), ağır iş yükü (3,31), hastanın sosyokültürel düzeyi (4,38), hastanın kavgaya eğilimi (3,63), hasta yakınlarının tavırları (4,25), kapıdaki hasta kuyruğu (5,48), medyanın doktora bakışı (4,48), hastanın davranışları (4,82), hekimin davranışları (7,57), aile sağlığı elamanının davranışları (9,23), diğer ASM çalışanlarının davranışları (9,82), diğer (8,83) olarak bulunmuştur. Soru sıralamasında en önemli soruyu 1’inci sıra verdiğimiz için hesaplanan geometrik ortalama düşük olan daha önemlidir.

Tablo 2. Hekim-hasta görüşmesinde hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsurlar

Hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsur nedir?	En önemliden daha az önemliye 1'den12'ye sıralayınız.												
	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)	6 n(%)	7 n(%)	8 n(%)	9 n(%)	10 n(%)	11 n(%)	12 n(%)	Toplam n(%)
Zaman kısıtlılığı	15 (30,6)	6 (12,2)	4 (8,2)	4 (8,2)	1 (2)	7 (14,3)	4 (8,2)	4 (8,2)	1 (2)	3 (6,1)	0 (0)	0 (0)	49 (100)
Ağır iş yükü	8 (16,4)	14 (28,7)	3 (6,1)	4 (8,2)	3 (6,1)	3 (6,1)	3 (6,1)	3 (6,1)	6 (12,2)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	49 (100)
Hastanın sosyokültürel düzeyi	3 (6,1)	5 (10,2)	9 (18,4)	8 (16,3)	5 (10,2)	4 (8,2)	2 (4,1)	5 (10,2)	3 (6,1)	2 (4,1)	3 (6,1)	0 (0)	49 (100)
Hastanın kavgaya eğilimi	5 (10,2)	8 (16,3)	11 (22,3)	5 (10,2)	4 (8,2)	3 (6,1)	8 (16,3)	1 (2)	2 (4,1)	0 (0)	2 (4,1)	0 (0)	49 (100)
Hasta yakınlarının tavırları	2 (4,1)	5 (10,2)	11 (22,4)	7 (14,3)	7 (14,3)	5 (10,2)	3 (6,2)	6 (12,2)	0 %0	2 (4,1)	0 %0	1 (2)	49 (100)
Kapıdaki hasta kuyruğu	1 (2)	3 (6,1)	4 (8,2)	5 (10,2)	9 (18,4)	7 (14,3)	5 (10,2)	7 (14,3)	3 (6,1)	1 %2	2 (4,1)	2 (4,1)	49 (100)
Medyanın doktora bakışı	5 (10,2)	3 (6,1)	3 (6,1)	12 (24,4)	1 (2)	7 (14,3)	8 (16,3)	4 (8,2)	4 (8,2)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	49 (100)
Hastanın davranışları	6 (12,2)	2 (4,1)	0 (0)	3 (6,1)	10 (20,5)	8 (16,4)	6 (12,2)	12 (24,5)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	49 (100)
Hekimin davranışları	0 (0)	1 (2)	4 (8,2)	0 (0)	4 (8,2)	2 (4,1)	5 (10,2)	5 (10,2)	14 (28,6)	5 (10,2)	8 (16,3)	1 (2)	49 (100)
Aile sağlığı elamanının davranışları	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	2 (4,1)	1 (2)	2 (4,1)	1 (2)	10 (20,4)	24 (49,1)	7 (14,3)	1 (2)	49 (100)
Diğer ASM çalışanları davranışları	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	1 (2)	2 (4,1)	1 (2)	4 (8,2)	9 (18,4)	25 (51,1)	5 (10,2)	49 (100)
Diğer	4 (8,2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	39 (79,7)	49 (100)

n: kişi sayısı.

Araştırmaya katılan hekimlerin iletişim beceri düzeylerini ölçmek amacıyla İletişim Beceri Envanteri (İBE) kullanılmıştır. Hekimlerin İBE'nin tüm sorular için verdiği puanların yüzdelik dağılımları Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. İletişim Beceri Envanteri'ne verilen yanıtların yüzdelik dağılımı

İletişim Beceri Envanteri Soruları	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Her Zaman (5)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. İnsanları anlamaya çalışırım.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (28,6)	35 (71,4)
2. İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim.	0 (0)	0 (0)	4 (8,2)	23 (46,9)	22 (44,9)
3. Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmede zorluk çekerim.	14 (28,6)	24 (49)	8 (16,3)	1 (2)	2 (4,1)
4. Konuşurken, etkili bir göz iletişimi kurabilirim.	0 (0)	1 (2)	3 (6,1)	26 (53,1)	19 (38,8)
5. Genelde eleştirilmekten hoşlanmam.	6 (12,2)	13 (26,5)	26 (53,1)	4 (8,2)	0 (0)
6. Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.	0 (0)	0 (0)	1 (2)	39 (79,6)	9 (18,4)
7. Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.	0 (0)	3 (6,1)	6 (12,2)	32 (65,4)	8 (16,3)
8. Karşımdaki kişiye genellikle söz hakkı veririm.	0 (0)	0 (0)	1 (2)	33 (67,4)	15 (30,6)
9. Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım.	24 (49)	15 (30,6)	7 (14,3)	3 (6,1)	0 (0)
10. Başkaları konuşurken sabırsızlanır, onların sözünü keserim.	15 (30,6)	24 (49)	10 (20,4)	0 (0)	0 (0)
11. İnsanları dinlerken sıkıldığımı hissederim.	8 (16,3)	26 (53,1)	15 (30,6)	0 (0)	0 (0)
12. Eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim.	0 (0)	0 (0)	6 (12,2)	33 (67,4)	10 (20,4)
13. Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem.	0 (0)	1 (2)	5 (10,2)	28 (57,2)	15 (30,6)
14. Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım.	0 (0)	0 (0)	1 (2)	31 (63,3)	17 (34,7)

n: Kişi sayısı.

Tablo 3 (Devam). İletişim Beceri Envanteri'ne verilen yanıtların yüzdelik dağılımı

İletişim Beceri Envanteri Soruları	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Her Zaman (5)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
15. Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmasam bile fikirlerine saygı duyarım.	0 (0)	0 (0)	5 (10,2)	23 (46,9)	21 (42,9)
16. İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.	19 (38,8)	22 (44,9)	7 (14,3)	1 (2)	0 (0)
17. Karşımdaki kişinin konuşmaya ve dinlemeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.	0 (0)	3 (6,1)	5 (10,2)	29 (59,2)	12 (24,5)
18. Yanlış tutum ve davranışlarımı kolaylıkla kabul ederim.	3 (6,1)	2 (4,1)	15 (30,6)	22 (44,9)	7 (14,3)
19. Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim.	1 (2)	1 (2)	4 (8,2)	30 (61,2)	13 (26,5)
20. Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim.	1 (2)	0 (0)	2 (4,1)	35 (71,4)	11 (22,4)
21. İnsanlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım.	2 (4,1)	0 (0)	5 (10,2)	36 (73,6)	6 (12,2)
22. Dinlerken, karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.	0 (0)	0 (0)	4 (8,2)	35 (71,4)	10 (20,4)
23. Küs olduğum birisiyle barışmak istediğimde ilk adımı atmaktan çekinirim.	11 (22,4)	13 (26,6)	17 (34,7)	7 (14,3)	1 (2)
24. Karşımdaki kişinin bana ters düşen duygu ve düşüncelerini yargıları.	9 (18,4)	23 (46,9)	15 (30,6)	0 (0)	2 (4,1)
25. Ses tonumu konunun özelliği-ne göre ayarlayabilirim.	0 (0)	4 (8,2)	6 (12,2)	32 (65,3)	7 (14,3)
26. Genellikle insanlara güvenirim.	0 (0)	1 (2)	6 (16,3)	33 (67,4)	7 (14,3)
27. Karşı cinsten biriyle iletişim kurduğumda rahatsızlık duyarım.	31 (63,3)	16 (32,6)	2 (4,1)	0 (0)	0 (0)
28. Başkalarını dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.	32 (65,3)	12 (24,5)	4 (8,2)	1 (2)	0 (0)
29. Özür dilemek bana zor gelir.	19 (38,8)	17 (34,7)	11 (22,4)	2 (4,1)	0 (0)
30. Tartışma sonunda, savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul edebilirim.	0 (0)	4 (8,2)	13 (26,5)	23 (46,9)	9 (18,4)

n: Kişi sayısı.

Tablo 3 (Devam). İletişim Beceri Envanteri'ne (İBE) verilen yanıtların yüzdelik dağılımı

İletişim Beceri Envanteri Soruları	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Her Zaman (5)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
31. Konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.	5 (10,2)	5 (10,2)	1 (34,7)	20 (40,8)	2 (4,1)
32. İnsanları kontrol etmeye ve istediğim kalıba sokmaya çalışırım.	27 (55,1)	14 (28,6)	7 (34,7)	0 (0)	1 (2)
33. İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım.	0 (0)	1 (2)	6 (12,2)	29 (59,2)	13 (26,6)
34. Çevremdeki insanlara karşı ilgisiz kaldığım kanısındayım.	29 (59,2)	13 (26,6)	6 (12,2)	1 (2)	0 (0)
35. Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum.	23 (46,9)	15 (30,7)	9 (18,4)	1 (2)	1 (2)
36. İletişim kurduğum kimse tarafından anlaşılmaktan mutluluk duyarım.	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	19 (38,8)	28 (57,1)
37. Başkaları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim.	15 (30,6)	26 (53,1)	8 (16,3)	0 (0)	0 (0)
38. Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	28 (57,1)	21 (42,9)
39. Her insanı olumlu beklentilerle karşılarım.	0 (0)	0 (0)	5 (10,2)	32 (65,3)	12 (24,5)
40. İletişim kurduğum kimselerden, bir şeyler alırım ve onlara da bir şeyler veririm.	1 (2)	1 (2)	6 (12,2)	29 (59,2)	12 (24,6)
41. İnsanlara cevaplamada zorlanacakları anı sorular yöneltirim.	22 (44,9)	15 (30,6)	12 (24,5)	0 (0)	0 (0)
42. Beni rahatsız eden duygularımı iletmekte sıkıntı çekerim.	8 (16,3)	19 (38,8)	15 (30,6)	4 (8,2)	3 (6,1)
43. Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.	0 (0)	3 (6,1)	9 (18,4)	32 (65,3)	5 (10,2)
44. İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissedirim.	0 (0)	2 (4,1)	5 (10,2)	36 (73,5)	6 (12,2)
45. Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım	1 (2)	0 (0)	3 (6,1)	28 (57,2)	17 (34,7)

n: Kişi sayısı.

İletişim Beceri Envanteri'nin zihinsel, davranışsal ve duygusal iletişim becerilerini içeren alt grupları ve genel iletişim beceri düzeyi için en yüksek ve en düşük puanlar ile puan ortalamaları Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. İletişim Beceri Envanteri puan ortalamaları

İBE alt boyutları	n	Minimum Puan	Maximum Puan	Ortalama±ss
Zihinsel İBE	49	44,00	69,00	58,20±4,99
Duygusal İBE	49	48,00	71,00	60,08±5,09
Davranışsal İBE	49	44,00	75,00	61,69±5,88
Genel İBE	49	136	212	179,98±14,45

İBE: İletişim Beceri Envanteri; ss: Standart sapma; n: Kişi sayısı.

Hekimlerin İBE puanlarına cinsiyetin etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim becerileri puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanlarına medeni durumun etkisi değerlendirildiğinde; sadece zihinsel alt grubu ile medeni durum arasında anlamlı fark ($p=0,006$, $F=5,825$) tespit edilmiştir. Zihinsel İBE puanları bekarlarda daha düşük saptanırken, evli ve dul/boşanmış arasında anlamlı fark saptanmadı. Ayrıntılar Tablo 5'te gösterilmiştir. Duygusal, davranışsal alt grup ve genel iletişim becerileri puan ortalamaları ile medeni durum arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Tablo 5. Medeni durumun iletişim beceri puanlarına etkisi

	Medeni durum (n)	Ortalama±SS	F değeri*	p değeri
Zihinsel İBE	Evli (41) Bekar (4) Dul/boşanmış (4)	58,85±4,47 50,75±6,18 59,00±3,74	5,83	0,006
Duygusal İBE	Evli (41) Bekar (4) Dul/boşanmış (4)	60,53±4,90 57,50±7,14 58,00±5,09	1,01	0,372
Davranışsal İBE	Evli (41) Bekar (4) Dul/boşanmış (4)	62,36±5,52 56,75±8,65 59,75±5,43	1,97	0,151
Genel İBE	Evli (41) Bekar (4) Dul/boşanmış (4)	181,76±13,317 165,00±20,49 176,7±14,19	2,74	0,075

*One Way ANOVA Testi; İBE: İletişim Beceri Envanteri; ss: Standart sapma; n: Kişi sayısı.

Hekimlerin İBE puanları ve hekimlerin yaşları korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile hekimlerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanları ve hekimlerin çocuk sayısı korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile hekimlerin çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanları ve hekimlerin aylık gelirleri korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile aylık gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanları ve Tıp Fakültesi'ne isteyerek ve istemeyerek girme durumları karşılaştırıldığında; zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanları ve hekimlerin toplam çalışma yılları korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanları ve hekimlerin aile hekimliğinde toplam çalışma yılları korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile aile hekimliğinde toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanları ve hekimlerin aynı birimde toplam çalışma yılları korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında; Duygusal İBE alt grup ($p=0,010$, $r=-0,364$) ve genel İBE puan ortalamalarında ($p=0,025$, $r=-0,320$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişki saptandı. Hekimlerin aynı birimde toplam çalışma süresi arttıkça duygusal ve genel iletişim beceri puanlarında düşme saptandı. Zihinsel ve davranışsal alt grup iletişim beceri puanları ile aynı birimde toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin İBE puanlarına hekimlerin görev unvanının etkisi değerlendirildiğinde; davranışsal İBE alt grupta ($p=0,018$, $F=5,97$) anlamlı fark saptanmıştır. Zihinsel ve duygusal İBE alt grup ve genel İBE puan ortalaması ile görev unvanı arasında anlamlı fark

saptanmamıştır ($p \geq 0,05$). Hekimlerin İBE puanlarına görev unvanının etkisi Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. İletişim beceri puanlarına hekim görev unvanının etkisi

	Görev Unvanı(n)	Ortalama±ss	t değeri*	p değeri
Zihinsel İBE	Pratisyen hekim (41) Aile Hekimliği Uzmanı (8)	58,60±4,88 56,12±5,35	1,29	0,695
Duygusal İBE	Pratisyen hekim (41) Aile Hekimliği Uzmanı (8)	60,00±5,49 60,50±2,26	-0,25	0,070
Davranışsal İBE	Pratisyen hekim (41) Aile Hekimliği Uzmanı (8)	61,78±6,39 61,25±1,90	0,23	0,018
Genel İBE	Pratisyen hekim (41) Aile Hekimliği Uzmanı (8)	180,39±15,44 177,88±8,01	0,44	0,150

*Bağımsız gruplarda T testi; **İBE**: İletişim Beceri Envanteri; **ss**: Standart sapma; **n**: Kişi sayısı.

“Daha önce herhangi bir hasta veya yakınıyla olumsuz bir iletişim yaşadınız mı?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde zihinsel İBE alt grupta ($p=0,007$, $F=5,53$), davranışsal İBE alt grupta ($p=0,016$, $F=4,55$) ve Genel İBE puan ortalaması ($p=0,010$, $F=5,14$) anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıntılar Tablo 7’de verilmiştir. Hayır diyenlerin iletişim puanları evet kısmen diyenlerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Duygusal İBE alt grupta anlamlı fark saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Tablo 7. Olumsuz iletişim/iletişim sorunu yaşama durumunun iletişim beceri puanlarına etkisi

Olumsuz iletişim/iletişim sorunu yaşama		Ortalama±ss	F değeri*	p değeri
Zihinsel İBE	Hayır (n=13)	61,69±3,94	5,53	0,007
	Evet kısmen (n=33)	57,15±4,80		
	Evet kesinlikle (n=3)	54,66±4,50		
Duygusal İBE	Hayır (n=13)	62,92±4,15	2,99	0,060
	Evet kısmen (n=33)	59,09±5,28		
	Evet kesinlikle (n=3)	58,66±1,15		
Davranışsal İBE	Hayır (n=13)	65,54±4,19	4,55	0,016
	Evet kısmen (n=33)	60,12±6,01		
	Evet kesinlikle (n=3)	62,33±1,53		
Genel İBE	Hayır (n=13)	190,15±10,84	5,14	0,010
	Evet kısmen (n=33)	176,36±14,50		
	Evet kesinlikle (n=3)	175,67±4,93		

*One Way ANOVA Testi; **İBE**: İletişim Beceri Envanteri; **ss**: Standart sapma; **n**: Kişi sayısı.

“Türkiye’de hekim-hasta iletişimde sorun(lar) olduğunu düşünüyor musunuz?” soruna verilen cevaplar değerlendirildiğinde Duygusal İBE alt grupta ($p=0,027$ $F=3,90$), Davranışsal İBE alt grupta ($p=0,011$, $F=5,03$) ve Genel İBE puan ortalamasında ($p=0,016$, $F=4,53$) anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıntılar Tablo 8’de verilmiştir. Hayır diyenlerin İBE puanları, evet kısmen ve evet kesinlikle diyenlerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Zihinsel İBE alt grupta anlamlı fark saptanmamıştır ($p\geq 0,05$).

Tablo 8. Türkiye’de hekim-hasta iletişimde sorun olduğunu düşünme durumunun iletişim beceri puanlarına etkisi

Türkiye’de hekim-hasta iletişimde sorun(lar)		Ortalama $\pm$ ss	F değeri*	p değeri
Zihinsel İBE	Hayır (n=2)	65,00 $\pm$ 5,65	2,08	0,135
	Evet kısmen (n=27)	58,14 $\pm$ 4,40		
	Evet kesinlikle (n=20)	57,60 $\pm$ 5,44		
Duygusal İBE	Hayır (n=2)	69,00 $\pm$ 1,41	3,90	0,027
	Evet kısmen (n=27)	60,18 $\pm$ 4,93		
	Evet kesinlikle (n=20)	59,05 $\pm$ 4,75		
Davranışsal İBE	Hayır (n=2)	73,00 $\pm$ 2,82	5,03	0,011
	Evet kısmen (n=27)	61,92 $\pm$ 4,74		
	Evet kesinlikle (n=20)	60,25 $\pm$ 6,37		
Genel İBE	Hayır (n=2)	207,00 $\pm$ 7,07	4,53	0,016
	Evet kısmen (n=27)	180,26 $\pm$ 12,74		
	Evet kesinlikle (n=20)	176,90 $\pm$ 14,68		

*One Way ANOVA Testi, **İBE**: İletişim Beceri Envanteri; **ss**: Standart sapma; **n**: Kişi sayısı.

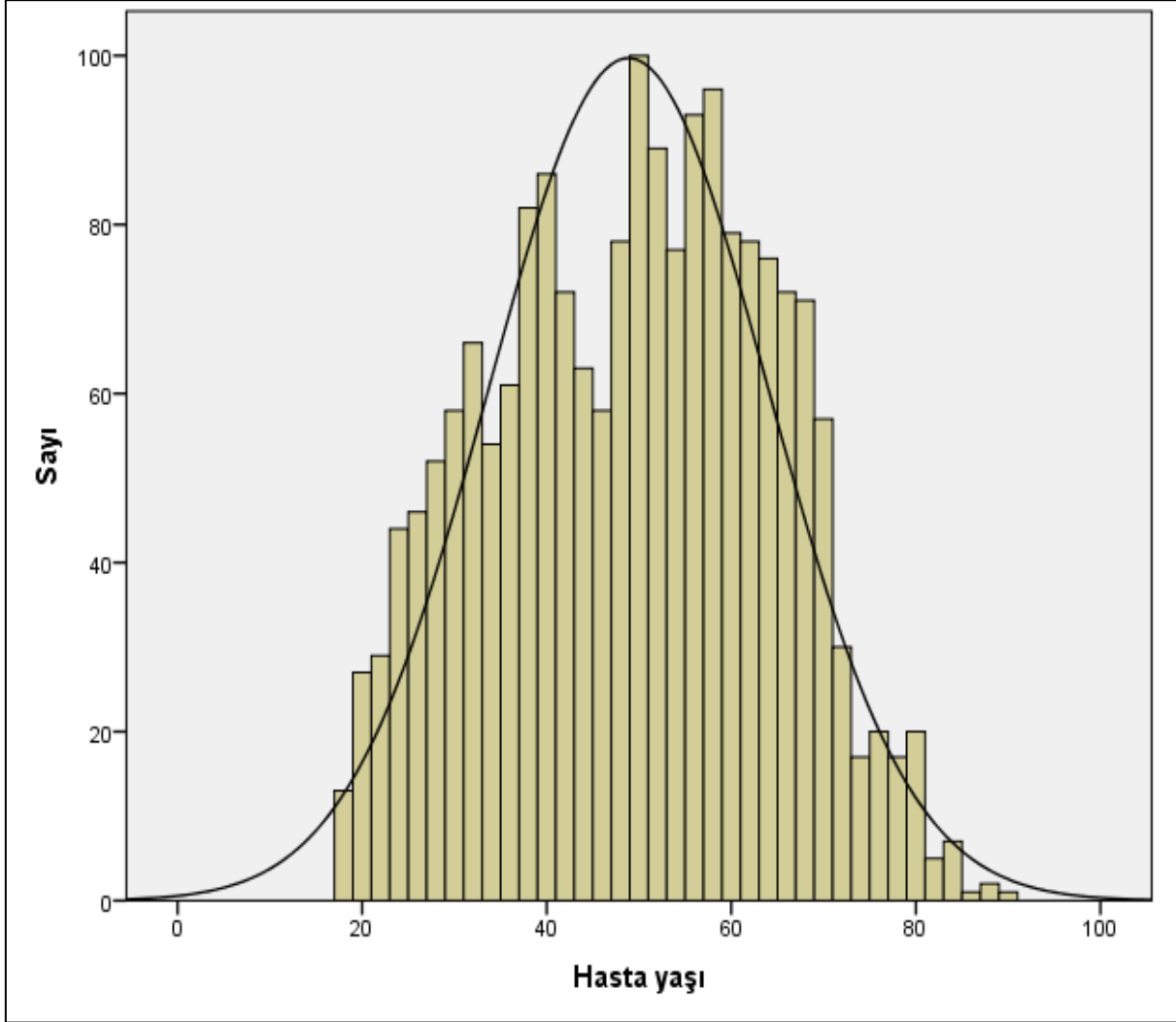
Hekimlerin İBE puanları ve hekimlerin aile hekimliğinde günde baktığı hasta sayısı korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında; zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile aile hekimliğinde günde baktığı hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p\geq 0,05$).

“Hastalara yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?” sorusunu hekimlere yapılan İBE’ne etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p\geq 0,05$).

“Hastalarınız ile konuşurken tıbbi terimler kullanır mısınız?” sorusunu hekimlere yapılan İBE’ne etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal ve davranışsal alt gruplar ve genel iletişim beceri puan ortalamaları ile arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p\geq 0,05$).

HASTALARIN İSTATİSTİKLERİ

Araştırmaya 1.937 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $48,85 \pm 15,18$ yıl olup, yaş dağılımları 18-90 yaş aralığındadır. Kadınların yaş ortalamaları $46,21 \pm 14,22$ yıl iken erkeklerin yaş ortalamaları $53,07 \pm 15,71$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların yaş dağılımı Şekil 4’te gösterilmiştir.



Şekil 4. Yaş değişkeni histogram grafiği

Katılımcıların cinsiyet durumu incelendiğinde; %61,1’inin (n=1.184) kadın, %38,9’unun (n=753) erkek olduğu tespit edilmiştir.

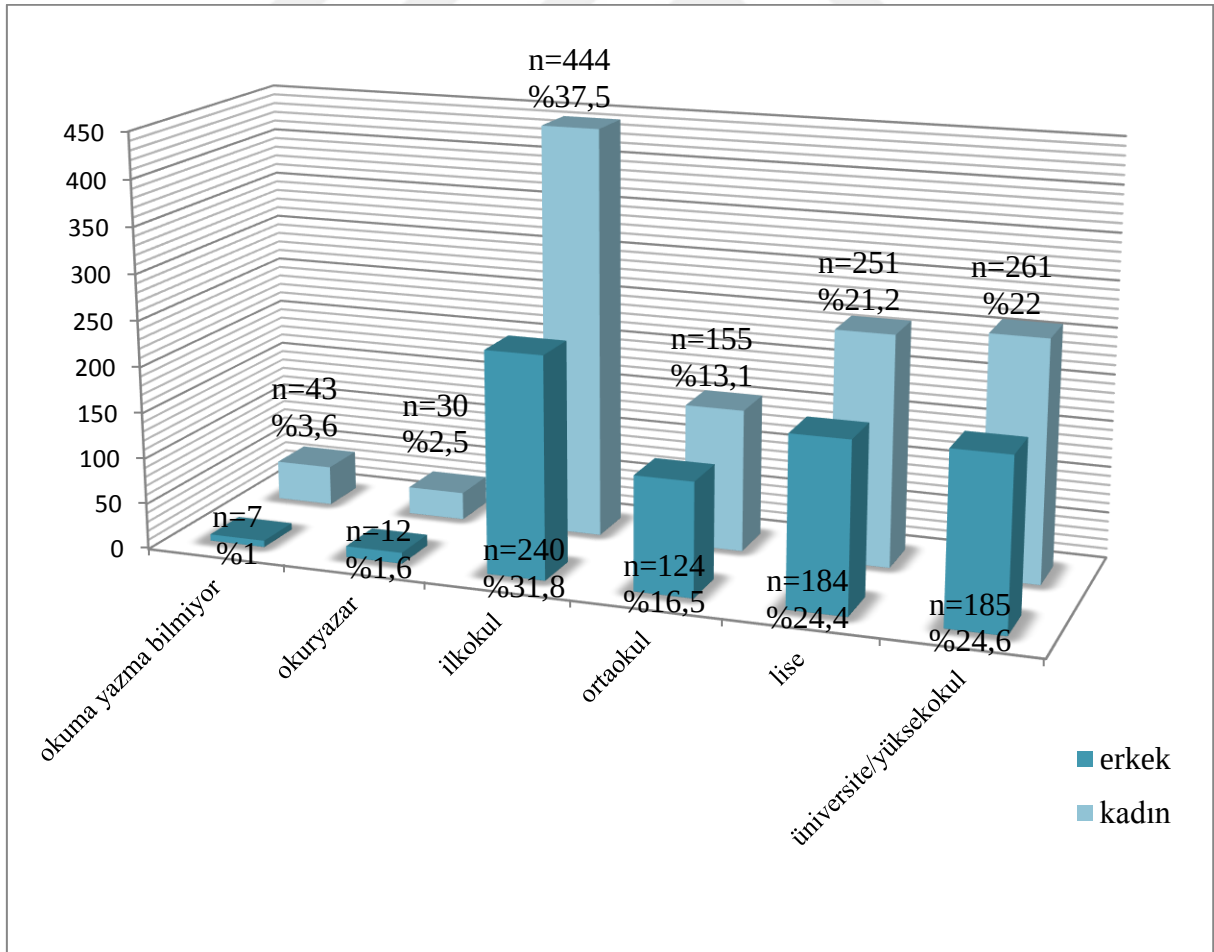
Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde; %81,8’inin (n=1.584) evli, %8,9’unun (n=173) bekar, %9,3’ ünün (n=180) dul/boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete göre medeni durum değerlendirilmesi Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Cinsiyete göre medeni durumların dağılımı

Katılımcıların medeni durumu	Katılımcıların cinsiyet durumu		Toplam n(%)
	Kadın n(%)	Erkek n(%)	
Evli	944 (79,8)	640 (85)	1.584 (81,8)
Bekar	96 (8,1)	77(10,2)	173 (8,9)
Dul/Boşanmış	144 (12,1)	36 (4,8)	180 (9,3)
Toplam	1.184 (100)	753 (100)	1.937 (100)

n: Kişi sayısı.

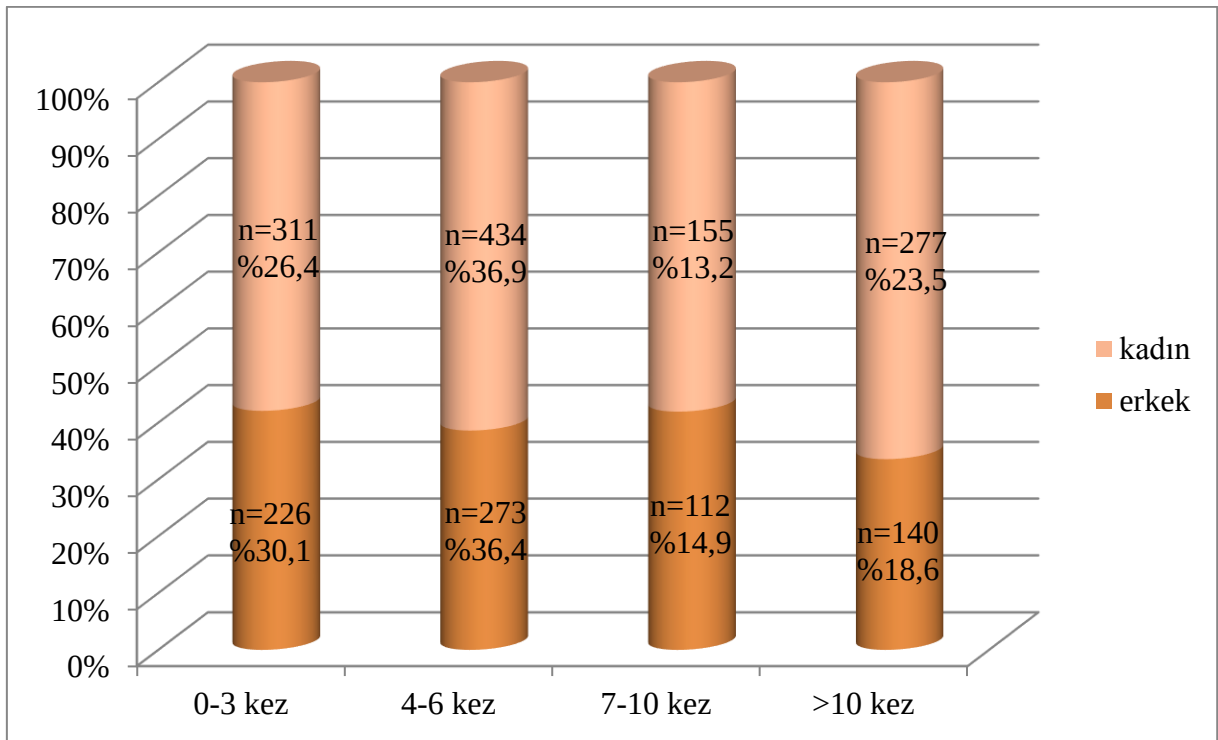
Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde; %2,6'sı (n=50) okuryazar değil, %2,2'si (n=42) okuryazar ancak ilkokulu bitirmemiş, %35,3'ü (n=684) ilkokul, %14,4'ü (n=279) ortaokul, %22,5'i (n=435) lise, %23,1'i (n=446) üniversite/yükseköğretim mezunu olduğu saptandı. Cinsiyete göre eğitim durumları Şekil 5'te gösterilmektedir.



Şekil 5. Cinsiyet göre eğitim durumu dağılımı

Katılımcıların aylık gelir düzeyi dağılımları incelendiğinde; %37,6'sının (n=721) 1.500 TL'den az geliri, %47,4'ünün (n=908) 1.501-4.500 TL, %10,1'inin (n=193) 4.501-7.500 TL, %3,5'unun (n=67) 7.501-10.000 TL, %0,7'sinin (n=14) 10.001-12.500 TL ve %0,7'sinin (n=13) 12.501 TL'den çok geliri olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların son 12 ayda kaç kez aile hekimini ziyaret ettiği sorgulandığında; %27,9'unun (n=537) 0-3 kez, %36,7'sinin (n=707) 4-6 kez, %13,8'inin (n=267) 7-10 kez, %21,6'sının (n=417) 10 kereden fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların aile hekimine ziyaret sıklığının cinsiyete göre dağılımı Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. Katılımcıların aile hekimine ziyaret sıklığının cinsiyete göre dağılımı

Katılımcıların genel olarak son 15 gün içerisindeki sağlık durumlarının tanımlamaları istendiğinde; %12,4'ü (n=239) çok iyi, %50,8'i (n=982) iyi, %29'u (n=559) orta, %6'sı (n=116) kötü ve %1,8'i (n=34) çok kötü olduğunu saptanmıştır.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı sorgulandığında; %51,5'i (n=991) kronik hastalığının olmadığını, %48,5'inin (n=932) kronik hastalığının olduğu saptanmıştır.

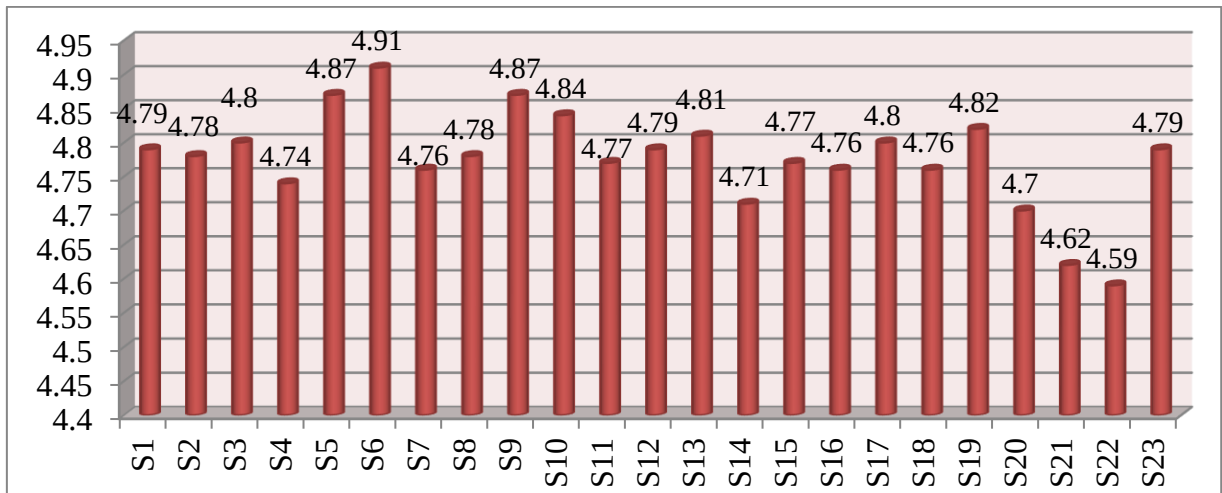
Katılımcıların kronik hastalıkları sorgulandığında; %64,3 (n=559) ile en sık hipertansiyon, %29,3 (n=273) ile diyabet, %15,6 (n=145) ile dolaşım sistemi hastalıkları olduğu saptandı. Hastaların kronik hastalık öyküsüne ait veriler Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcılarda kronik hastalık öyküsü

Hastalık	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Hipertansiyon	599	64,3
Diyabet	273	29,3
Hiperlipidemi	89	9,5
Dolaşım sistemi hastalıkları	145	15,6
Solunum sistemi hastalıkları	114	12,2
Sindirim sistemi hastalıkları	43	4,6
Endokrin ve metabolik hastalıklar	84	9
Kan ve kan yapıcı organ hastalıkları	21	2,3
Sinir sistemi hastalıkları	26	2,8
Akıl ve davranış bozuklukları	46	4,9
Göz ve gözle bağlantılı doku hastalıkları	16	1,7
Kulak ve mastoid doku hastalıkları	21	2,3
Ürogenital sistem hastalıkları	34	3,6
Neoplazmlar	21	2,3
Kas iskelet ve bağ dokusu hastalıkları	90	9,7
Diğer	8	0,9
Toplam	1630	174,9*

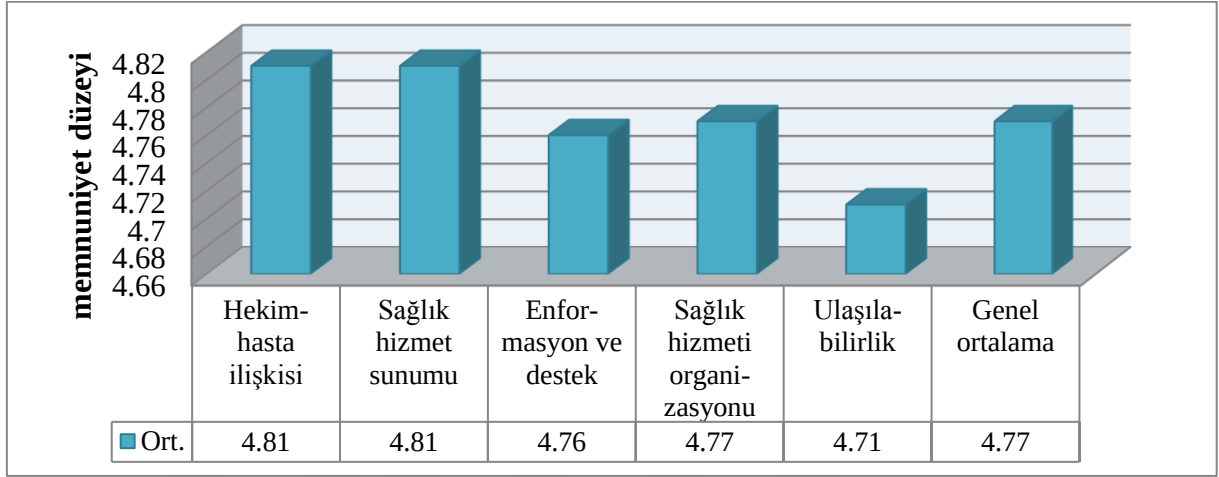
*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100'ü geçer.

Hastaların EUROPEP Ölçeği'ne verdiği puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamaların “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ($4,91 \pm 0,32$), “İşini tam yapması” ($4,87 \pm 0,46$), “Sizi dinlemesi” ($4,87 \pm 0,44$) sorularında olduğu saptanmıştır. En düşük ortalamaların “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ($4,59 \pm 0,79$), “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($4,62 \pm 0,85$), “Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ($4,70 \pm 0,76$) soruların olduğu saptanmıştır. EUROPEP Ölçeğinin tüm sorularına verilen ortalama puanlar Şekil 7’de verilmiştir.



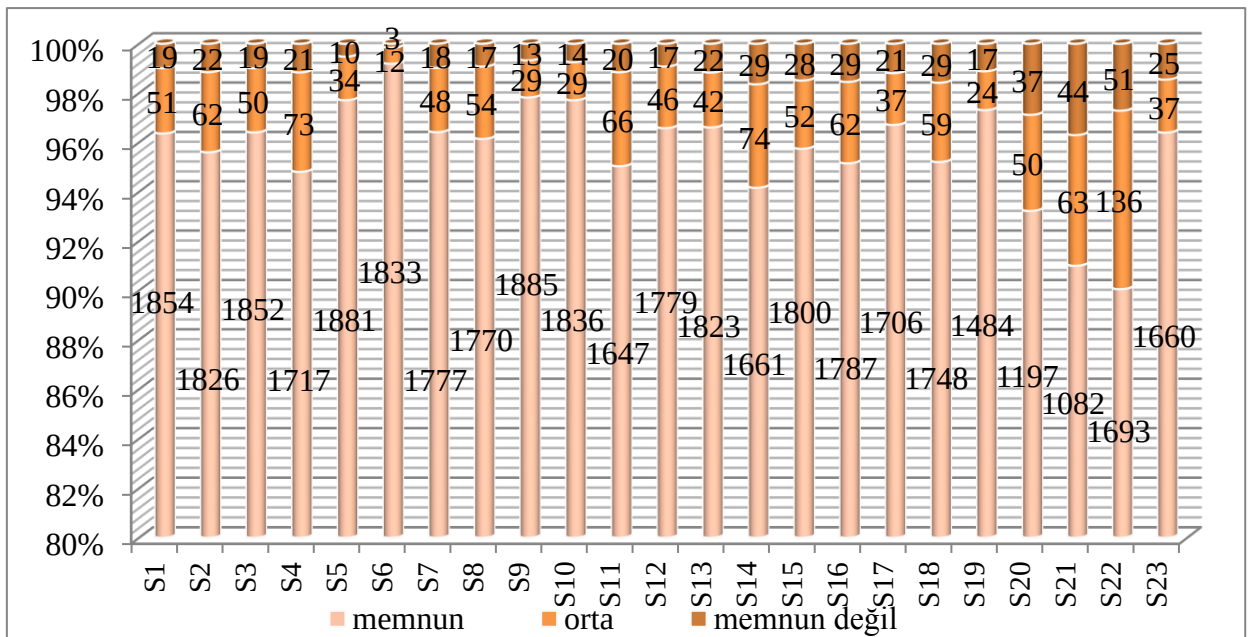
Şekil 7. EUROPEP Ölçeği'nin tüm sorularına verilen ortalama puanlar

Memnuniyet ölçeğine verilen cevaplar değerlendirildiğinde hasta memnuniyet düzeyi incelenen tüm alt boyutlarda yüksek olduğu, 5 üzerinden 4'ten büyük olduğu görülmüştür. Çeşitli boyutlarda hasta memnuniyet düzeyleri Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Çeşitli boyutlarda memnuniyet düzeyleri oranları

Memnuniyet oranının hesaplanmasında anket sorularına verilen 4 ve 5 seçenekleri, memnuniyetsizlik oranında ise anket sorularına verilen 1 ve 2 seçeneklerini kullanılmıştır. Sorularda 3 seçeneğini kullanılınca orta olarak değerlendirilmiştir. Toplam memnuniyet oranı %95,8, memnuniyetsizlik oranı %1,3 ve orta olarak değerlendirme %2,9 oranında saptanmıştır. Tüm sorularda memnuniyet/memnuniyetsizlik oranı Şekil 9'da gösterilmiştir.



Şekil 9. Memnuniyet/memnuniyetsizlik oranları

Hastaların EUROPEP Ölçeği'nin tüm sorularına verdiği puanların ortalamaları ve yüzdelik dağılımları ise Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Hasta memnuniyet ölçeğine verilen puanların ortalamaları ve yüzdelik dağılımları

	Hasta Memnuniyet Ölçeği	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Uygun değil/ilgisiz n(%)	Toplam n (%)	Ortalama±ss
Hekim-hasta ilişkisi	1.Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi	10 (0,5)	9 (0,5)	51 (2,6)	243 (12,5)	1611 (83,6)	5 (0,3)	1929 (100)	4,79±0,56
	2.Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	7 (0,4)	15 (0,8)	62 (3,2)	218 (11,3)	1608 (83,5)	16 (0,8)	1926 (100)	4,78±0,57
	3.Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	7 (0,4)	12 (0,6)	50 (2,6)	217 (11,3)	1635 (84,8)	5 (0,3)	1926 (100)	4,80±0,54
	4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	10 (0,5)	11 (0,6)	73 (3,9)	257 (13,6)	1460 (77,2)	80 (4,2)	1891 (100)	4,74±0,61
	5.Sizi dinlemesi	4 (0,2)	6 (0,3)	34 (1,8)	148 (7,7)	1733 (89,8)	4 (0,2)	1929 (100)	4,87±0,44
	6.Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	0 (0)	3 (0,2)	12 (0,6)	133 (7,0)	1700 (89,3)	56 (2,9)	1904 (100)	4,91±0,32
Sağlık Hizmeti sunumu	7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	8 (0,4)	10 (0,5)	48 (2,5)	278 (14,6)	1499 (78,7)	63 (3,3)	1906 (100)	4,76±0,56
	8. Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	6 (0,3)	11 (0,6)	54 (2,8)	249 (13,1)	1521 (79,8)	65 (3,4)	1906 (100)	4,78±0,55
	9. İşini tam yapması	8 (0,4)	5 (0,3)	29 (1,5)	147 (7,6)	1738 (89,9)	5 (0,3)	1932 (100)	4,87±0,46
	10. Sizi muayene etmesi	6 (0,3)	8 (0,4)	29 (1,5)	193 (10,1)	1643 (85,8)	37 (1,9)	1916 (100)	4,84±0,48
	11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(sağlık taraması ve sağlık kontrolü, aşılama)	11 (0,6)	9 (0,5)	66 (3,5)	203 (10,7)	1444 (75,8)	170 (8,9)	1903 (100)	4,77±0,60

n: kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Tablo 11 (Devam). Hasta memnuniyet ölçeğine verilen puanların ortalamaları ve yüzdelik dağılımları

	Hasta Memnuniyet Ölçeği	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Uygun değil/ilgisiz n (%)	Toplam n (%)	Ortalama±ss
Enformasyon ve Destek	12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	10 (0,5)	7 (0,4)	46 (2,4)	235 (12,3)	1544 (80,7)	72 (3,7)	1914 (100)	4,79±0,55
	13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	8 (0,4)	14 (0,7)	42 (2,2)	199 (10,3)	1624 (84,5)	36 (1,9)	1923 (100)	4,81±0,54
	14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	9 (0,5)	20 (1)	74 (3,8)	268 (13,8)	1393 (71,9)	135 (7)	1899 (100)	4,71±0,65
	15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	13 (0,7)	15 (0,8)	52 (2,7)	235 (12,1)	1565 (80,8)	36 (1,9)	1916 (100)	4,77±0,60
	16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi	7 (0,4)	22 (1,1)	62 (3,2)	231 (12,1)	1556 (81,2)	38 (2)	1916 (100)	4,76±0,60
Sağlık hizmeti Organizasyon	17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	4 (0,2)	17 (0,9)	37 (1,9)	211 (11,1)	1495 (78,7)	136 (7,2)	1900 (100)	4,80±0,54
	18. Doktor dışı personelin yardımı	15 (0,8)	14 (0,7)	59 (3,1)	221 (11,5)	1527 (79,7)	79 (4,1)	1915 (100)	4,76±0,62
Ulaşılabilirlik	19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	4 (0,2)	13 (0,7)	24 (1,3)	167 (8,9)	1317 (70,1)	354 (18,8)	1879 (100)	4,82±0,51
	20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	24 (1,3)	13 (0,7)	50 (2,7)	156 (8,5)	1041 (56,6)	556 (30,2)	1840 (100)	4,70±0,76
	21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	30 (1,6)	14 (0,8)	63 (3,5)	165 (9,1)	917 (50,4)	632 (34,7)	1821 (100)	4,62±0,85
	22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	24 (1,3)	27 (1,4)	136 (7,1)	319 (16,7)	1374 (72)	29 (1,5)	1909 (100)	4,59±0,79
	23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet Sunması	9 (0,5)	16 (0,8)	37 (1,9)	196 (10,3)	1464 (77,1)	178 (9,4)	1900 (100)	4,79±0,57

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Memnuniyet puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermesi araştırıldığında; “sorunları söylemeyi kolaylaştırma” ($p=0,034$, $Z=-2,126$) ve “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilme” ($p=0,013$, $Z=-2,492$) sorularına kadın hastaların verdiği puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Sorular tek tek karşılaştırıldığında diğer tüm sorularda kadınların memnuniyet ortalamaları düşük olmakla birlikte anlamlı fark gözlenmemiştir.

Memnuniyet puanlarının alt gruplarının cinsiyete göre farklılık göstermesi araştırıldığında “Hasta-hekim ilişkisi” alt grubunda kadın hastaların verdiği puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0,028$, $Z=-2,195$) olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Alt gruplar tek tek karşılaştırıldığında diğer gruplarda anlamlı fark gözlenmemiştir. EUROPEP Ölçeği’nin toplam puan ortalamasının cinsiyete göre farklılık göstermesi araştırıldığında kadın hastaların verdiği puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0,009$, $Z=-2,606$) olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Memnuniyet puanlarının yaşa göre farklılık göstermesi tüm sorular için tek tek karşılaştırıldığında “görüşmelerde yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi” ($p<0,001$, $r=0,133$), “özel durumunuzla ilgilenmesi” ($p<0,001$, $r=0,123$), “sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması” ($p<0,001$, $r=0,158$), “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması” ($p<0,001$, $r=0,145$), “dinlemesi” ($p<0,001$, $r=0,107$), “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ($p=0,001$, $r=0,078$), “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” ($p<0,001$, $r=0,119$), “günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi” ($p<0,001$, $r=0,126$), “işini tam yapması” ($p<0,001$, $r=0,089$), “muayene etmesi” ($p<0,001$, $r=0,106$), “hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler” ($p<0,001$, $r=0,099$), “test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması” ($p<0,001$, $r=0,113$), “şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında bilgi vermesi” ($p<0,001$, $r=0,115$), “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($p<0,001$, $r=0,183$), “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ($p<0,001$, $r=0,158$), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi” ($p<0,001$, $r=0,147$), “uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlaması” ($p<0,001$, $r=0,154$), “doktor dışı personelin yardımı” ($p<0,001$, $r=0,142$), “uygun zamanlara randevu alabilmeniz” ($p<0,001$, $r=0,142$), “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ($p<0,001$, $r=0,166$), “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($p<0,001$, $r=0,197$), “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($p<0,001$, $r=0,223$), “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet

sunması” ($p<0,001$, $r=0,193$) sorularında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Memnuniyet ölçeğinin alt grup ve toplam puanları ile memnuniyet puanlarının yaşa göre farklılık göstermesi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Hasta memnuniyet ölçeği puanlarına yaşın etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları	Yaş	
	r*	p
Hekim-Hasta İlişkisi	0,155	<0,001
Sağlık Hizmeti Sunumu	0,121	<0,001
Enformasyon ve Destek	0,164	<0,001
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	0,166	<0,001
Ulaşılabilirlik	0,229	<0,001
Toplam puan ortalaması	0,205	<0,001

* Spearman korelasyon katsayısı.

Memnuniyet ölçeğinin alt gruplarına göre memnuniyet puanlarının eğitim durumuna göre farklılık göstermesi araştırıldığında “Hasta-hekim ilişkisi” ($p<0,001$, $KW=45,05$), “Sağlık hizmeti sunumu” ($p<0,001$, $KW=27,40$), “Enformasyon ve Destek” ($p<0,001$, $KW=50,03$), “Sağlık hizmetinin organizasyonu” ($p<0,001$, $KW=52,58$), “Ulaşılabilirlik” ($p<0,001$, $KW=100,67$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. EUROPEP Ölçeği’nin toplam puan ortalamasının eğitim durumuna göre farklılık göstermesi araştırıldığında ($p<0,001$, $KW=78,02$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim durumu düştükçe memnuniyet puanları anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Okuryazar olmayanların memnuniyet puanları anlamlı olarak diğerlerinden yüksek saptanmıştır. İlkokul mezunu olanların memnuniyet puanları ortaokul, lise ve üniversite/yüksekokul mezunlarının memnuniyet puanlarından anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Okuryazar olanların memnuniyet puanları ile diğerleri arasında ilişki saptanmamıştır. EUROPEP Ölçeği’nin alt gruplarının eğitim durumuna göre farklılık göstermesi Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Hasta memnuniyet ölçeğinin puanlarına eğitim durumunun etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Eğitim durumu (n)	Ortalama±ss	p değeri
Hekim-Hasta İlişkisi	Okur-yazar değil (50) Okur-yazar (42) İlkokul(684) Ortaokul(279) Lise(435) Üniversite(446)	4,97±0,10 4,78±0,53 4,87±0,33 4,79±0,47 4,77±0,50 4,74±0,48	<0,001
Sağlık Hizmeti Sunumu	Okur-yazar değil (50) Okur-yazar (42) İlkokul(684) Ortaokul(279) Lise(435) Üniversite(446)	4,94±0,20 4,85±0,37 4,86±0,39 4,81±0,47 4,76±0,53 4,75±0,47	<0,001
Enformasyon ve Destek	Okur-yazar değil (50) Okur-yazar (42) İlkokul(684) Ortaokul(279) Lise(435) Üniversite(446)	4,93±0,24 4,73±0,70 4,82±0,45 4,76±0,56 4,73±0,59 4,69±0,54	<0,001
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Okur-yazar değil (50) Okur-yazar (42) İlkokul(684) Ortaokul(279) Lise(435) Üniversite(446)	4,93±0,19 4,83±0,43 4,85±0,45 4,75±0,53 4,72±0,63 4,68±0,62	<0,001
Ulaşılabilirlik	Okur-yazar değil (50) Okur-yazar (42) İlkokul(684) Ortaokul(279) Lise(435) Üniversite(446)	4,87±0,39 4,71±0,59 4,83±0,40 4,68±0,62 4,66±0,62 4,58±0,63	<0,001
Toplam puan ortalaması	Okur-yazar değil (50) Okur-yazar (42) İlkokul(684) Ortaokul(279) Lise(435) Üniversite(446)	4,94±0,15 4,77±0,48 4,84±0,35 4,76±0,46 4,73±0,51 4,69±0,48	<0,001

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Memnuniyet Ölçeği'nin tüm sorularının tek tek değerlendirildiği eğitim durumun memnuniyet üzerine etkisi ise Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Hasta memnuniyet ölçeği tüm sorularına eğitim durumu etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Eğitim durumu	n	Ortalama ±ss	Kruskal Wallis	p değeri
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	50 40 684 276 429 444	4,98±0,14 4,73±0,68 4,86±0,46 4,74±0,60 4,74±0,63 4,73±0,61	34,13	<0,001
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	50 42 677 270 428 442	4,96±0,20 4,74±0,67 4,84±0,49 4,78±0,59 4,74±0,65 4,72±0,61	25,05	<0,001
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	49 42 679 276 430 444	4,96±0,20 4,79±0,61 4,86±0,47 4,79±0,57 4,78±0,59 4,73±0,59	31,12	<0,001
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	44 41 619 264 409 433	4,98±0,15 4,73±0,71 4,84±0,49 4,71±0,68 4,68±0,68 4,64±0,67	44,196	<0,001
5. Sizi dinlemesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	50 41 680 277 432 444	4,98±0,14 4,90±0,37 4,90±0,39 4,86±0,46 4,86±0,46 4,82±0,49	18,81	0,002
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	47 42 638 271 420 429	5±0 4,86±0,52 4,94±0,26 4,90±0,34 4,91±0,33 4,87±0,37	16,23	0,006
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	49 38 643 269 415 428	4,92±0,28 4,74±0,55 4,84±0,44 4,74±0,59 4,73±0,62 4,67±0,66	29,28	<0,001
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	50 37 644 268 408 433	4,96±0,20 4,78±0,53 4,84±0,48 4,76±0,56 4,73±0,64 4,70±0,59	32,88	<0,001

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Tablo 14 (Devam). Hasta memnuniyet ölçeği tüm sorularına eğitim durumu etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Eğitim durumu	n	Ortalama ±ss	Kruskal Wallis	p değeri
9. işini tam yapması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	49 42 680 277 434 444	4,96±0,29 4,95±0,22 4,90±0,43 4,87±0,51 4,83±0,51 4,84±0,44	17,05	0,004
10. Sizi muayene etmesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	48 42 656 276 418 438	4,96±0,20 4,93±0,34 4,89±0,41 4,85±0,48 4,79±0,57 4,78±0,51	31,55	<0,001
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması,ve sağlık kontrolü, aşılama gibi)	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	40 39 590 246 394 423	4,85±0,48 4,72±0,76 4,82±0,56 4,80±0,55 4,72±0,67 4,72±0,62	16,69	0,005
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	47 41 641 265 414 433	5,00±0,00 4,88±0,40 4,83±0,52 4,80±0,55 4,75±0,63 4,73±0,56	32,12	<0,001
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	47 41 656 271 429 442	4,91±0,35 4,80±0,78 4,85±0,51 4,81±0,55 4,80±0,55 4,75±0,56	24,02	<0,001
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	47 42 611 254 392 417	4,91±0,35 4,69±0,81 4,79±0,57 4,73±0,67 4,68±0,68 4,59±0,69	48,47	<0,001
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	48 41 667 269 419 435	4,94±0,32 4,71±0,84 4,84±0,51 4,76±0,65 4,71±0,70 4,71±0,60	29,09	<0,001
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	48 40 667 271 419 432	4,92±0,35 4,80±0,52 4,84±0,54 4,72±0,65 4,72±0,64 4,69±0,65	36,43	<0,001

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Tablo 14 (Devam). Hasta memnuniyet ölçeği tüm sorularına eğitim durumu etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Eğitim durumu	n	Ortalama±ss	Kruskal Wallis	p değeri
17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	45 40 595 256 397 430	4,96±0,21 4,85±0,43 4,89±0,41 4,81±0,52 4,74±0,62 4,70±0,62	60,11	<0,001
18. Doktor dışı personelin yardımı	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	47 40 647 259 413 429	4,89±0,43 4,75±0,63 4,87±0,46 4,68±0,76 4,73±0,68 4,66±0,69	43,96	<0,001
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	25 32 468 225 371 403	5,00±0,00 4,87±0,42 4,89±0,41 4,81±0,51 4,80±0,56 4,76±0,58	23,169	<0,001
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	13 23 373 201 315 358	4,62±0,96 4,52±1,08 4,79±0,67 4,72±0,71 4,70±0,80 4,60±0,80	24,96	<0,001
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	13 22 339 183 295 337	4,62±0,87 4,64±0,73 4,78±0,69 4,61±0,91 4,61±0,87 4,47±0,91	36,23	<0,001
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	49 41 672 272 416 429	4,88±0,44 4,66±0,73 4,77±0,61 4,54±0,84 4,51±0,87 4,38±0,90	101,03	<0,001
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	48 39 586 255 388 405	4,96±0,29 4,85±0,49 4,91±0,35 4,78±0,57 4,73±0,72 4,67±0,66	77,02	<0,001

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Memnuniyet puanlarının hastaların aylık gelirine göre farklılık göstermesi tüm sorular için tek tek karşılaştırıldığında “görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu

hissettirmesi” ($p<0,001$, $r=-0,088$), “özel durumunuzla ilgilenmesi” ($p<0,001$, $r=-0,081$), “Sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması” ($p=0,005$, $r=-0,064$), “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması” ($p<0,001$, $r=-0,089$), “dinlemesi” ($p=0,002$, $r=-0,070$), “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ($p<0,001$, $r=-0,096$) “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” ($p=0,006$, $r=-0,065$), “günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi” ($p=0,008$, $r=-0,062$), “işini tam yapması” ($p=0,003$, $r=-0,068$), “muayene etmesi” ($p<0,001$, $r=-0,089$), “hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler” ($p<0,001$, $r=-0,085$), “test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması” ($p<0,001$, $r=-0,118$), “şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında bilgiler vermesi” ($p<0,001$, $r=-0,086$), “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($p<0,001$, $r=-0,088$), “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ($p<0,001$, $r=-0,094$), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi” ($p<0,001$, $r=-0,091$), “uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması” ($p<0,001$, $r=-0,129$), “doktor dışı personelin yardımı” ($p=0,006$, $r=-0,64$), “uygun zamanlara randevu alabilmeniz” ($p=0,033$, $r=-0,055$), “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($p=0,023$, $r=-0,067$), “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($p<0,001$, $r=-0,111$), “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” ($p<0,001$, $r=-0,109$) sorularıyla istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ($p=0,119$, $r=-0,044$) sorusuyla ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Memnuniyet ölçeğinin alt gruplara ve toplam puan ortalamasına ile memnuniyet puanlarının aylık gelire göre farklılık göstermesi Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Hasta memnuniyet ölçeği puanlarına hastanın aylık gelirinin etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları	Aylık gelir	
	r*	p
Hekim-Hasta İlişkisi	-0,096	<0,001
Sağlık Hizmeti Sunumu	-0,081	<0,001
Enformasyon ve Destek	-0,112	<0,001
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	-0,111	<0,001
Ulaşılabilirlik	-0,113	<0,001
Toplam puan ortalaması	-0,110	<0,001

*Spearman korelasyon katsayısı.

Memnuniyet ölçeğinin alt gruplara göre memnuniyet puanlarının medeni durumuna göre farklılık göstermesi araştırıldığında; “Hasta-hekim ilişkisi” ($p<0,001$, $KW=16,76$), “Sağlık hizmeti sunumu” ($p=0,001$, $KW=16,76$), “Enformasyon ve Destek” ($p<0,001$, $KW=34,70$), “Sağlık hizmetinin organizasyonu” ($p<0,001$, $KW=21,58$), “Ulaşılabilirlik” ($p<0,001$, $KW=50,63$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. EUROPEP Ölçeği’nin toplam puan ortalamasının eğitim durumuna göre farklılık göstermesi araştırıldığında ($p<0,001$, $KW=39,93$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bekar olanları memnuniyet puanları evli ve dul/boşanmış hastaların memnuniyet puanlarına göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. EUROPEP Ölçeği’nin alt gruplarına medeni durumun etkisi Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Hasta memnuniyet ölçeği puanlarına medeni durumun etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Medeni Durum (n)	Ortalama $\pm$ ss	p değeri
Hekim-Hasta İlişkisi	Evli (1584) Bekar (173) Boşanmış/dul (180)	4,82 $\pm$ 0,44 4,70 $\pm$ 0,50 4,86 $\pm$ 0,30	<0,001
Sağlık Hizmeti Sunumu	Evli (1584) Bekar (173) Boşanmış/dul (180)	4,82 $\pm$ 0,46 4,70 $\pm$ 0,55 4,87 $\pm$ 0,29	<0,001
Enformasyon ve Destek	Evli (1578) Bekar (173) Boşanmış/dul (180)	4,78 $\pm$ 0,53 4,59 $\pm$ 0,64 4,82 $\pm$ 0,38	<0,001
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	Evli (1574) Bekar (170) Boşanmış/dul (176)	4,79 $\pm$ 0,53 4,59 $\pm$ 0,74 4,84 $\pm$ 0,40	<0,001
Ulaşılabilirlik	Evli (1583) Bekar (172) Boşanmış/dul (180)	4,74 $\pm$ 0,53 4,42 $\pm$ 0,81 4,77 $\pm$ 0,52	<0,001
Toplam puan ortalaması	Evli (1584) Bekar (173) Boşanmış/dul (180)	4,79 $\pm$ 0,44 4,59 $\pm$ 0,57 4,83 $\pm$ 0,32	<0,001

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

EUROPEP Ölçeği’nin tüm sorularının tek tek değerlendirildiği medeni durumun memnuniyet üzerine etkisi Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Memnuniyet ölçeğinin tüm sorularına medeni durumunun etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Medeni durumu	n	Ortalama ±ss	Kruskal Wallis	p değeri
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi	Evli Bekar Boşanmış/dul	1575 170 179	4,80±0,55 4,69±0,66 4,79±0,49	6,76	0,034
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Evli Bekar Boşanmış/dul	1563 169 178	4,79±0,57 4,64±0,65 4,84±0,44	16,97	<0,001
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Evli Bekar Boşanmış/dul	1570 171 180	4,81±0,54 4,68±0,62 4,85±0,40	13,81	0,001
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Evli Bekar Boşanmış/dul	1478 165 168	4,75±0,60 4,58±0,79 4,79±0,53	13,25	0,001
5. Sizi dinlemesi	Evli Bekar Boşanmış/dul	1575 173 177	4,87±0,44 4,78±0,57 4,92±0,27	7,70	0,021
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Evli Bekar Boşanmış/dul	1514 164 170	4,91±0,32 4,85±0,39 4,95±0,22	8,37	0,015
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Evli Bekar Boşanmış/dul	1513 164 166	4,78±0,55 4,59±0,72 4,81±0,43	21,74	<0,001
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Evli Bekar Boşanmış/dul	1507 167 167	4,79±0,55 4,63±0,66 4,80±0,45	16,97	<0,001
9. İşini tam yapması	Evli Bekar Boşanmış/dul	1575 172 180	4,87±0,47 4,80±0,50 4,92±0,31	7,81	0,020
10. Sizi muayene etmesi	Evli Bekar Boşanmış/dul	1540 168 171	4,85±0,47 4,71±0,62 4,89±0,31	15,58	<0,001
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(sağlık taraması, ve sağlık kontrolü, aşılama gibi)	Evli Bekar Boşanmış/dul	1422 157 154	4,77±0,61 4,66±0,69 4,84±0,40	8,64	0,013
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Evli Bekar Boşanmış/dul	1506 167 169	4,80±0,55 4,63±0,66 4,84±0,40	22,60	<0,001
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Evli Bekar Boşanmış/dul	1539 172 176	4,82±0,54 4,66±0,67 4,86±0,37	21,41	<0,001

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Tablo 17 (Devam). Memnuniyet ölçeğinin tüm sorularına medeni durumunun etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Medeni durumu	n	Ortalama $\pm$ ss	Kruskal Wallis	p değeri
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Evli	1435	4,73 $\pm$ 0,62	34,26	<0,001
	Bekar	158	4,44 $\pm$ 0,84		
	Boşanmış/dul	171	4,77 $\pm$ 0,59		
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Evli	1536	4,78 $\pm$ 0,60	21,11	<0,001
	Bekar	166	4,61 $\pm$ 0,72		
	Boşanmış/dul	178	4,84 $\pm$ 0,46		
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi	Evli	1536	4,77 $\pm$ 0,59	14,12	0,001
	Bekar	169	4,59 $\pm$ 0,82		
	Boşanmış/dul	173	4,83 $\pm$ 0,44		
17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Evli	1441	4,81 $\pm$ 0,52	26,17	<0,001
	Bekar	158	4,62 $\pm$ 0,68		
	Boşanmış/dul	165	4,85 $\pm$ 0,45		
18. Doktor dışı personelin yardımı	Evli	1509	4,78 $\pm$ 0,60	35,17	<0,001
	Bekar	167	4,49 $\pm$ 0,88		
	Boşanmış/dul	160	4,85 $\pm$ 0,45		
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Evli	1256	4,84 $\pm$ 0,46	6,97	0,031
	Bekar	150	4,68 $\pm$ 0,74		
	Boşanmış/dul	119	4,80 $\pm$ 0,59		
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	Evli	1061	4,74 $\pm$ 0,69	28,86	<0,001
	Bekar	130	4,33 $\pm$ 1,12		
	Boşanmış/dul	93	4,69 $\pm$ 0,77		
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Evli	976	4,67 $\pm$ 0,79	37,48	<0,001
	Bekar	122	4,17 $\pm$ 1,16		
	Boşanmış/dul	91	4,66 $\pm$ 0,81		
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	Evli	1535	4,62 $\pm$ 0,75	40,60	<0,001
	Bekar	166	4,22 $\pm$ 1,04		
	Boşanmış/dul	179	4,65 $\pm$ 0,77		
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Evli	1399	4,82 $\pm$ 0,54	48,32	<0,001
	Bekar	157	4,52 $\pm$ 0,80		
	Boşanmış/dul	166	4,83 $\pm$ 0,48		

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Memnuniyet puanlarının hastaların son bir yılda aile hekimlerini ziyaret etme sıklığına göre farklılık göstermesi tüm sorular için tek tek karşılaştırıldığında “görüşmelerde yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi” ($p<0,001$, $r=0,107$), ”özel durumunuzla ilgilenmesi” ($p<0,001$, $r=0,119$), “Sorunlarınızı söylemeyi kolaylaştırması” ($p<0,001$, $r=0,111$), “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara katması” ($p<0,001$, $r=0,097$), “dinlemesi” ($p<0,001$, $r=0,095$), “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ($p=0,02$, $r=0,072$), “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” ($p<0,001$, $r=0,083$), “günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi” ($p<0,001$, $r=0,095$), “işini tam yapması” ($p<0,001$, $r=0,091$), “muayene

etmesi” ($p=0,001$, $r=0,079$), “hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler” ($p=0,004$, $r=0,069$), “test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması” ($p<0,001$, $r=0,082$), “şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında bilgi vermesi” ($p=0,002$, $r=0,072$), “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($p<0,001$, $r=0,121$), “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ($p<0,001$, $r=0,081$), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi” ($p<0,001$, $r=0,094$), “uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlaması” ($p<0,001$, $r=0,096$), “doktor dışı personelin yardımı” ($p<0,001$, $r=0,108$), “uygun zamanlara randevu alabilmeniz” ($p<0,001$, $r=0,117$), “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ($p<0,001$, $r=0,107$), “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($p<0,001$, $r=0,098$), “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($p<0,001$, $r=0,084$), “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” ($p<0,001$, $r=0,091$) sorularıyla istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Memnuniyet ölçeğinin alt gruplara ve memnuniyet ölçeğinin toplam puan ortalaması ile memnuniyet puanlarının hastaların aile hekimlerini ziyaret etme sıklığına göre farklılık göstermesi Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo18. Memnuniyet ölçeği puanlarına hekime ziyaret etme sıklığının etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları	Hastaların hekimlerini ziyaret etme sıklığı	
	r*	p
Hekim-Hasta İlişkisi	0,121	<0,001
Sağlık Hizmeti Sunumu	0,085	<0,001
Enformasyon ve Destek	0,093	<0,001
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	0,110	<0,001
Ulaşılabilirlik	0,109	<0,001
Toplam puan ortalaması	0,112	<0,001

* Spearman korelasyon katsayısı.

Memnuniyet ölçeğinin alt gruplarında hastalarda kronik hastalığın olup olmama durumuna göre memnuniyet puanlarının farklılık göstermesi araştırıldığında; “Hasta-hekim ilişkisi” ($p<0,001$, $Z=-4,435$), “Sağlık hizmeti sunumu” ($p<0,001$, $Z=-3,590$), “Enformasyon ve Destek” ($p<0,001$, $Z=-3,928$), “Sağlık hizmetinin organizasyonu” ($p<0,001$, $Z=-4,716$),

“Ulaşılabilirlik” ($p<0,001$, $Z=-6,740$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. EUROPEP Ölçeği’nin toplam puan ortalamasının hastaların aile hekimlerini ziyaret etme sıklığına göre farklılık göstermesi araştırıldığında ($p<0,001$ $Z=-5,446$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kronik hastalığı olan hastalarda memnuniyet puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. EUROPEP Ölçeği’nin tüm sorularının tek tek değerlendirildiği kronik hastalık varlığının memnuniyet üzerine etkisi Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Kronik hastalık varlığının memnuniyet üzerine etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Kronik hastalık (n)	Ortalama $\pm$ ss	Z* değeri	p değeri
1.Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi	Yok (980) Var (930)	4,73 $\pm$ 0,63 4,84 $\pm$ 0,46	-3,903	<0,001
2.Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Yok (976) Var (921)	4,74 $\pm$ 0,63 4,83 $\pm$ 0,51	-3,518	<0,001
3.Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Yok (981) Var (926)	4,74 $\pm$ 0,62 4,86 $\pm$ 0,44	-5,005	<0,001
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Yok (939) Var (860)	4,68 $\pm$ 0,67 4,80 $\pm$ 0,54	-4,251	<0,001
5.Sizi dinlemesi	Yok (984) Var (927)	4,84 $\pm$ 0,48 4,90 $\pm$ 0,38	-3,518	<0,001
6.Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Yok (957) Var (878)	4,89 $\pm$ 0,36 4,93 $\pm$ 0,28	-2,381	0,017
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Yok (951) Var (878)	4,72 $\pm$ 0,61 4,80 $\pm$ 0,51	-3,202	0,001
8.Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Yok (951) Var (878)	4,73 $\pm$ 0,62 4,83 $\pm$ 0,48	-3,878	<0,001
9.İşini tam yapması	Yok (984) Var (929)	4,85 $\pm$ 0,47 4,89 $\pm$ 0,44	-2,980	0,003
10.Sizi muayene etmesi	Yok (975) Var (891)	4,82 $\pm$ 0,49 4,86 $\pm$ 0,47	-2,968	0,003
11.Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, ve sağlık kontrolü, aşılama gibi)	Yok (910) Var (810)	4,73 $\pm$ 0,63 4,80 $\pm$ 0,58	-3,044	0,002
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Yok (950) Var (879)	4,76 $\pm$ 0,57 4,82 $\pm$ 0,54	-2,941	0,003

*Mann-Whitney U test; n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Tablo 19 (Devam). Kronik hastalık varlığının memnuniyet üzerine etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği	Kronik hastalık (n)	Ortalama $\pm$ ss	Z* değeri	p değeri
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Yok (975) Var (898)	4,78 $\pm$ 0,58 4,85 $\pm$ 0,50	-3,208	0,001
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Yok (905) Var (846)	4,64 $\pm$ 0,70 4,78 $\pm$ 0,58	-4,983	<0,001
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Yok (959) Var (907)	4,72 $\pm$ 0,64 4,81 $\pm$ 0,56	-3,797	<0,001
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi	Yok (958) Var (906)	4,72 $\pm$ 0,63 4,80 $\pm$ 0,57	-3,867	<0,001
17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Yok (911) Var (839)	4,75 $\pm$ 0,58 4,85 $\pm$ 0,49	-4,878	<0,001
18. Doktor dışı personelin yardımı	Yok (950) Var (872)	4,70 $\pm$ 0,71 4,82 $\pm$ 0,52	-4,014	<0,001
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Yok (846) Var (666)	4,78 $\pm$ 0,57 4,88 $\pm$ 0,42	-4,413	<0,001
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	Yok (754) Var (520)	4,62 $\pm$ 0,83 4,79 $\pm$ 0,63	-4,509	<0,001
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Yok (697) Var (482)	4,53 $\pm$ 0,92 4,74 $\pm$ 0,72	-4,920	<0,001
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	Yok (954) Var (914)	4,46 $\pm$ 0,90 4,72 $\pm$ 0,63	-6,928	<0,001
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Yok (901) Var (809)	4,73 $\pm$ 0,64 4,87 $\pm$ 0,48	-5,902	<0,001

*Mann-Whitney U test; n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma.

Memnuniyet ölçeğinin memnuniyet puanlarının hastaların son 15 günlük sağlık durumuna göre farklılık göstermesi tüm sorular için tek tek karşılaştırıldığında “görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi” (p=0,005, r=-0,064), ”özel durumunuzla ilgilenmesi” (p<0,001, r=-0,080), “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması” (p=0,032, r=-0,050), “dinlemesi” (p=0,027, r=-0,050), “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” (p<0,001, r=-0,099), “günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi” (p=0,001, r=-0,080), “işini tam yapması” (p=0,007, r=-0,061), “muayene etmesi” (p=0,013, r=-0,058), “hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler” (p=0,008, r=-0,064), “şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında bilgi vermesi” (p=0,016, r=-0,055), “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” (p=0,025, r=-0,052), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi” (p=0,007, r=-0,063), “uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlaması” (p=0,028, r=-0,052) sorularıyla istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Son 15 günlük sağlık durumları kötüye

gittikçe memnuniyet puanlarında artma olduğu gözlenmiştir. “sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması” ($p=0,054$, $r=-0,044$), “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ($p=0,079$, $r=-0,041$), “test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması” ($p=0,058$, $r=-0,044$), “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($p=0,190$, $r=-0,031$), “doktor dışı personelin yardımı” ($p=0,284$, $r=-0,025$), “uygun zamanlara randevu alabilmeniz” ($p=0,383$, $r=-0,022$), “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ($p=0,298$, $r=-0,026$), “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($p=0,214$, $r=-0,036$), “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($p=0,733$, $r=-0,008$), “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” ($p=0,123$, $r=-0,037$) sorularıyla ise anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

Memnuniyet ölçeğinin alt grupları ve memnuniyet ölçeğinin toplam puan ortalaması ile hastaların son 15 günlük sağlık durumuna göre farklılık göstermesi Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Memnuniyet ölçeği puanlarına son 15 günlük sağlık durumu etkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları	Son 15 günlük sağlık durumu	
	r*	p
Hekim-Hasta İlişkisi	-0,069	0,002
Sağlık Hizmeti Sunumu	-0,080	<0,001
Enformasyon ve Destek	-0,051	0,025
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	-0,063	0,006
Ulaşılabilirlik	-0,020	0,374
Toplam puan ortalaması	-0,064	0,005

*Spearman korelasyon katsayısı.

Hekimlere yapılan İletişim Beceri Ölçeği ve EUROPEP Ölçeği memnuniyet puanları ilişkisi korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında; zihinsel, davranışsal ve genel İBE puan ortalamaları ile memnuniyet puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hekimlerin duygusal İBE alt grubu ve EUROPEP Ölçeği’nin puanları tüm sorular için tek tek karşılaştırıldığında “özel durumunuzla ilgilenmesi” ($p=0,047$, $r=-0,285$), “tıbbi bakımınızla

ilgili kararlara sizi de katması” (p=0,025, r=-0,320), “muayene etmesi” (p=0,013, r=-0,354), “hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler” (p=0,042, r=-0,292), “test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması” (p=0,008, r=-0,372), “şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi” (p=0,038, r=-0,297), “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” (p=0,029, r=-0,312), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi” (p=0,014, r=-0,349) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hastaların memnuniyet puanları düştükçe hekimlerin duygusal İBE puanlarında artış saptandı. Diğer sorularda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p≥0,05).

Memnuniyet ölçeğinin alt grupları ve toplam puan ortalaması ile hekimlere yapılan İBE’nin duygusal İBE alt grubu arasındaki ilişki Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Hekimlerin memnuniyet ölçeği alt grup puanları ile iletişim beceri envanteri duygusal alt grup puanları arasındaki ilişkisi

Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları	Duygusal İletişim Beceri alt grup	
	r	p
Hekim-Hasta İlişkisi	-0,267	0,064
Sağlık Hizmeti Sunumu	-0,283	0,049
Enformasyon ve Destek	-0,305	0,033
Sağlık Hizmetinin Organizasyonu	-0,320	0,025
Ulaşılabilirlik	-0,184	0,205
Toplam puan ortalaması	-0,292	0,042

r: Pearson korelasyon katsayısı,

TARTIŞMA

Aile hekimliği; birinci basamak sağlık hizmetlerinde ilk başvuru noktasındadır. Bu nedenle aile hekimleri; kendine başvuran kişilerin sorun ve taleplerine çözümler sağlama, sağlıklarını koruma ve geliştirme, tedavi edici ve destekleyici sağlık hizmeti sunma açısından eşsiz bir yere sahiptir (62).

Etkili bir sağlık hizmeti sunumu, etkin bir hasta-hekim etkileşim süreci gerektirir. Hasta hekim etkileşim süreci taraflara bağlı pek çok değişkendten etkilenmektedir. Durumsal değişkenler arasında sağlık hizmeti sunan kurumun fiziki şartları, hekim bekleme süresi gibi faktörler yer alır. Taraflara bağlı değişkenler arasında; hekimin iletişim becerileri, hasta ve hekimin yaşı, eğitim düzeyi, cinsiyeti gibi demografik özellikleri ile hastalığın düzeyi gibi faktörler yer almaktadır (74). Etkili bir hasta hekim iletişimi; etkili bilgi paylaşımı, tedaviye uyumda artma ve hasta memnuniyetinde artma ile ilişkilidir (75).

Çalışmamızda; Edirne il merkezinde birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışmakta olan hekimlerin iletişim becerilerini ve iletişim becerilerine etki eden faktörler saptandı. Hekimlerin iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi ve hasta memnuniyetine etki eden diğer faktörler saptandı. Bu sayede olumsuz yönde etkileyen faktörlerin tespiti ve olumlu etki eden faktörlerin pekiştirilmesi sağlanarak sağlık hizmet verimliliği ve kalitesinin artırılmasına katkıda bulunmak amaçlandı.

Çalışmamıza katılan kişilerin yaşları 18 ile 90 aralığında değişmekteydi. Yaş ortalaması $48,48 \pm 5,18$ yıl olarak saptandı. Özaras ve Dil (76) tarafından Çankırı Merkez’de yapılan çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları $41,11 \pm 15,17$ yıl olarak saptanmıştır. Öncü ve ark. (77) tarafından Mersin Merkez’de yapılan çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları

42,08±1,30 yıl olarak saptanmıştır. Turgu ve ark. (78) tarafından Edirne’de yapılan çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları 49,59±14,83yıl olarak saptanmıştır. Roque ve ark. (79) tarafından Portekiz’de yapılan bir çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları 41.7±15.9 olarak saptanmıştır.

Memnuniyet sorularının tümüne verilen puan ortalamaları ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Yaş arttıkça memnuniyet düzeyleri de artmaktaydı. Bunun sebebi; sağlık hizmetlerinin genelindeki gelişmelerin yaşlı nüfus tarafından takdir edilmesi, geçmişe kıyasla günümüzdeki sağlık hizmetlerinden daha memnun oldukları anlamına gelebilir. Genç nüfusun ise tüm bunları bilmemelerinden dolayı beklentilerinin daha fazla olması memnuniyeti olumsuz etkilediği düşünüldü. Turgu ve ark. (78) ile Durmuş ve ark. (80) tarafından yapılan çalışmada da çalışmamız ile benzer şekilde memnuniyet durumunun yaş ile birlikte arttığını saptamışlardır. Mete ve ark. (81) ile Bostan ve Havvatoğlu (82) tarafından yapılan çalışmalarda ise farklı olarak yaş ile memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan 1937 kişinin %61,1’i (n=1184) kadın, %38,9’u (n=753) erkek olduğu tespit edildi. Bu durum; kadınların çalışma oranlarının düşük olması nedeniyle mesai saatleri içinde daha müsait olmalarının, kadınların sağlık sorunlarını daha çok çözmeye çalışmalarının, gebelik takibi, aşılama, çocukları kontrollere götürülmesinin daha çok anneler tarafından yapılması gibi etkenlerin sonucu olabileceği düşünüldü.

Özaras ve Dil (76) tarafından Çankırı Merkez’de yapılan çalışmada katılımcıların %78,7’si kadın olarak saptanmıştır. Öncü ve ark. (77) tarafından birinci basamak aile hekimliklerinde yapılan çalışmada katılımcıların %54,3’ünü kadın olarak saptamıştır. Özata ve ark. (83) tarafından Konya Merkez’de yapılan çalışmada katılımcıların %67,6’sı kadın olarak saptanmıştır. Farklı olarak Edirne ve ark. (84) Van Merkez’de yaptığı çalışmada katılımcıların %42,2’si kadın olarak saptanmıştır. Roque ve ark. (79) tarafından Portekiz’de yapılan bir çalışmada ise katılımcıların % 77.3’ü kadın olarak saptanmıştır.

Memnuniyet sorularından “sorularınızı söylemenizi kolaylaştırması” ve “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerinizi bilmesi” sorularında kadınların memnuniyet oranları anlamlı olarak düşük saptandı. Diğer memnuniyet sorularında cinsiyetle anlamlı farklılık saptanmamıştır. “Hasta hekim ilişkisi” ve toplam memnuniyet puanları kadınların memnuniyet puanları erkeklere göre düşük olarak saptandı. Sağlıkta memnuniyet algısı cinsiyete göre pek çalışmada değişiklik göstermese de, çalışmamızda erkeklere oranla kadınların hekime başvuru oranlarının yüksek olması bir önceki görüşmeyi hekimin

hatırlamasını ve hekimin iletişimi kolaylaştırması gibi beklentileri arttırdığından dolayı memnuniyet puanlarını olumsuz etkilediği düşünüldü. Turgu ve ark. (78) tarafından Edirne’de yapılan çalışmada sadece “bekleme odasında harcanan zaman” kadınların memnuniyet oranları anlamlı olarak düşük çıkmış ve kadınların başvuru oranları yüksek olduğu için beklemekle geçirdikleri sürenin fazla olması olumsuz etkilediği düşünülmüş. Diğer sorularında memnuniyet ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak; Durmuş ve ark. (80), Mete ve ark. (81), Bostan ve Havvatoğlu (82) ile Ünal ve ark. (85) tarafından yapılan çalışmalarda da cinsiyet ile memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmaya katılanların memnuniyet puan ortalamaları medeni durumuna göre incelendiğinde tüm memnuniyet sorularında bekar olanları memnuniyet puanları evli ve dul/boşanmış hastaların memnuniyet puanlarına göre anlamlı olarak düşük saptandı. Aile kurma sorumluluğu alan kişilerin; kendisinin ve ailesinin sağlık sorunlarıyla ilgilenmeleri, gebelik, doğum süreci ve sonrasında çocukların sağlık durumlarıyla ilgili hekime gitme sıklıkları arttığı için hekimden memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu düşünüldü.

Turgu ve ark. (78) tarafından yapılan çalışmada bekar olan hastaların memnuniyet düzeyleri evli ve dul/ boşanmışlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bekar kişilerin aile bireylerinin birbirlerine olan destekten yoksun olmasının memnuniyeti olumsuz etkilediği düşünülmüştür (78). Ünal ve ark. (85) tarafından yapılan çalışmada evlilerde memnuniyet düzeyi diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızla örtüşmektedir.

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde (n=1936) bunun %2,6’sı (n=50) okuryazar değil, %2,2’si (n=42) okuryazar ancak ilkokulu bitirmemiş, %35,3’ü (n=684) ilkokul, %14,4’ü (n=279) ortaokul, %22,5’i (n=435) lise, %23’ü (n=446) üniversite/yükseköğretim mezunu olduğu saptandı. Özata ve ark. (83) tarafından Konya Merkez’de yapılan çalışmada %3,5’i okuryazar, %26,1’i ilkokul, %11,8’i ortaokul, %18,8’i lise , %39,7’si üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumu düştükçe memnuniyet puanları anlamlı olarak arttığı saptandı. Okuryazar olmayanların memnuniyet puanları anlamlı olarak diğerlerinden yüksek saptandı. İlkokul mezunu olanların memnuniyet puanları ortaokul, lise ve üniversite/yüksekokul mezunlarının memnuniyet puanlarından anlamlı olarak yüksek saptandı. Bunun nedeni eğitim seviyesi arttıkça, kişilerin sağlık kurumları tarafından verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin

kapsamı hakkında bilinç düzeyini arttırır, beklentilerin artması memnuniyeti azalmasına sebep olduğu düşünüldü.

Turgu ve ark. (78), Durmuş ve ark. (80) ile Ardahan ve ark. (86) tarafından yapılan çalışmalarda benzer şekilde eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet düzeylerinde düşüş saptamışlardır. Aktürk ve ark. (87) tarafından yapılan çalışmada ilkokul mezunlarının memnuniyet düzeyi diğer eğitim kategorilerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların aylık gelir düzeyi ile tüm memnuniyet soruları arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Sadece “Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” sorusuyla anlamlı ilişki saptanmadı. Gelir düzeyi arttıkça memnuniyet puanlarında düşme olduğu saptandı. Bunun nedeni gelir düzeyi arttıkça kişilerin yaşam standartlarında artışla birlikte beklenti düzeylerinin de artmasıyla ilgili olabileceği düşünüldü. Muayenehaneye telefonla ulaşma kültürel olarak alışık olduğumuz bir durum olmadığı için memnuniyete etkisi olmadığı düşünüldü.

Turgu ve ark. (78) tarafından yapılan çalışmada “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması”, “uygun zamanlara randevu alabilme”, “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ve “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” sorusuyla anlamlı ilişki saptanmamışken diğer tüm sorularda aylık gelir ile negatif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların son 12 ayda kaç kez aile hekimini ziyaret ettiği sorgulandığında %27,9’u (n=537) 0-3 kez, %36,7’si (n=707) 4-6 kez, %13,8’i (n=267) 7-10 kez, %21,6’sı (n=417) 10 kereden fazla olduğu saptandı. Aile hekimlerine ziyaret sıklıkları arttıkça memnuniyet puanlarında artış olduğu saptandı. Aile hekimini daha sık ziyaret eden kişilerin memnuniyet düzeylerinde artış beklenir, hekimle hastası arasındaki her görüşme sonrasında iletişim kuvvetlenip sağlık hizmetinin sürekliliği sağlandığından ötürü memnuniyette artış gösterdiği düşünüldü. Mete ve ark. (81) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde aile hekimlerine müracaat arttıkça memnuniyetin arttığı saptanmıştır.

Katılımcıların memnuniyet puanlarının genel olarak son 15 günlük sağlık durumuna göre farklılık göstermesi sorgulandığında; “görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi”, “özel durumunuzla ilgilenmesi”, “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması”, “dinlemesi”, “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi”, “günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi”, “işini tam yapması”, “muayene etmesi”, “hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler”, “şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi”, “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması”, “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi”, “uzmana ya da

hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması” sorularıyla anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptandı. Son 15 günlük sağlık durumları kötüye gittikçe memnuniyet puanlarında artma olduğu gözlemlendi. Yakın zamanda sağlık sorunu yaşayan kişilerin; hem hekime gerçekten ihtiyacı artmasından, hem de hekimin uyguladığı tedavi sürecinden fayda görmesinden dolayı memnuniyetlerinde artış gözlemlendiği düşünüldü.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı sorgulandığında (n=1.923) bunun %51,5’i (n=991) kronik hastalığının olmadığını, %48,5’inin (n=932) kronik hastalığının olduğu saptandı. Kronik hastalığı olan kişilerin memnuniyet düzeyleri kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Kronik hastalığa bağlı takip ve tedavi açısından aile hekimliğine ziyaret sıklığının artacağı ve buna bağlı iletişimin kuvvetleneceği için memnuniyetinde artması beklenir.

Durmuş ve ark. (80) tarafından yapılan çalışmada kronik hastalığı olanlar %56,1’i oranında saptanmışlardır ve kronik hastalığı olanların memnuniyet puanları kronik hastalığı olmayanlara yüksek saptanmıştır. Mete ve ark. (81) tarafından yapılan çalışmada ise kronik hastalığın varlığı ile memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hastaların EUROPEP Ölçeği’ne verdiği puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamaların “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ($4,91 \pm 0,32$), “işini tam yapması” ($4,87 \pm 0,46$), “sizi dinlemesi” ($4,87 \pm 0,44$) sorularında olduğu saptandı. Bu durum hastaların hekimlerine güvendiği, hekimin yaptığı işten memnun olduğu, hekimin kendisini dinlemesinden tatmin olduğunu gösterir ki bu da etkili bir hasta hekim ilişkisine temel oluşturan faktörlerdir.

Türkiye genelinde 2012’de yapılan çalışmada tarafından yapılan çalışmada memnuniyet ortalamaları en yüksek sorular sırasıyla; “sizi dinlemesi” (4,55), “işini tam yapması” (4,54) ve “sizi muayene etmesi” (4,53) sorularında olduğu saptanmıştır (3).

Mortsiefer ve ark. (88) Almanya’da yaptıkları çalışmada “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” $4,72 \pm 0,48$ ile ilk sırada , “sizi dinlemesi” $4,55 \pm 0,58$ ile ikinci sırada, “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” $4,52 \pm 0,64$ ile üçüncü sırada saptanmıştır.

Dimova ve ark. (89) Bulgaristan’da yaptıkları çalışmada “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” $4,55 \pm 0,75$ ile ilk sırada , “sizi dinlemesi” $4,49 \pm 0,84$ ile ikinci sırada, “sizi muayene etmesi” $4,38 \pm 0,97$ ile üçüncü sırada saptanmıştır.

Vested ve ark. (90) Danimarka’da yaptıkları çalışmada “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” $4,68 \pm 0,061$ ile ilk sırada , “sizi dinlemesi” $4,31 \pm 0,85$ ile ikinci sırada, “işini tam yapması” $4,27 \pm 0,89$ ile üçüncü sırada saptanmıştır.

Hastaların EUROPEP Ölçeği'ne verdiği puan ortalamalarına bakıldığında en düşük ortalamaların “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($4,59 \pm 0,79$), “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($4,62 \pm 0,85$), “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ($4,70 \pm 0,76$) sorularının olduğu saptandı. Bu durum kişilerin genel olarak beklemeye sabrı olmamasıyla birlikte bekleme alanlarının fiziki şartlarının hastaların beklentilerini karşılamadığından dolayı aile hekimliğinde muayene sırası beklemleri hasta memnuniyeti olumsuz etkilediğini gösteriyor. Sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını daha hızlı çözüme ulaştırmak için hekime ve aile sağlığı merkezine anlık ulaşimleri sağlanamayınca kişilerin memnuniyetlerinin olumsuz etkilediğini düşündürdü.

Türkiye genelinde 2012’de yapılan çalışmada tarafından yapılan çalışmada memnuniyet ortalamaları en düşük sorular sırasıyla; “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (4,13), “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” (4,23) ve “bekleme odasında harcadığınız zaman” (4,26) sorularında olduğu saptanmıştır (3).

Mortsiefer ve ark. (88) Almanya’da yaptıkları çalışmada “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($3,92 \pm 0,93$), “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” ($4,17 \pm 0,75$), “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($4,33 \pm 0,79$) ile en düşük puan ortalamaları aldığını saptamışlardır.

Dimova ve ark. (89) Bulgaristan’da yaptıkları çalışmada “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($3,65 \pm 1,25$), “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($4,18 \pm 1,07$), “size uygun zamanlarda randevu alabilmeniz” ($4,18 \pm 1,06$) ile en düşük puan ortalamaları aldığını saptamışlardır.

Vested ve ark. (90) tarafından Danimarka’da yapılan çalışmada “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ($3,40 \pm 1,25$), “bekleme odasında harcadığınız zaman” ($3,49 \pm 1,02$), “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($3,56 \pm 1,20$), “soruların olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların, o sorunun kendisiyle ilgili olmadığını düşünmesi sebebiyle en fazla “uygun değil/ilgisiz” cevaplandıkları ve puan vermedikleri konular; “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (n=632), “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” (n=556), “size uygun zamanlara randevu alabilmeniz” (n=354) olarak saptandı. Aile sağlığı merkezlerinin kişilere yakın konumda olmasından dolayı kişiler doktora ve aile sağlığı merkezlerine telefonla ulaşma ve randevu alma ihtiyacı duymamış olabilirler. Ayrıca telefonla ulaşma ve randevu alma kültürel olarak alışık olmadığımız bir durum olduğu için “uygun değil/ilgisiz” cevabı verdikleri düşünüldü.

Bostan ve Havvatoğlu (82) tarafından Gümüşhane’de yapılan çalışmada en çok uygun değil cevapları sırasıyla “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, “muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz”, “size uygun zamanlara randevu alabilmeniz” sorularında olduğu saptanmıştır.

Vested ve ark. (90) tarafından Danimarka’da yapılan çalışmada en çok uygun değil cevapları sırasıyla “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması”, “uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması” ve “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” sorularında olduğunu saptamışlardır.

Memnuniyet oranının hesaplanmasında anket sorularına verilen 4 ve 5 seçenekleri, memnuniyetsizlik oranında ise anket sorularına verilen 1 ve 2 seçeneklerini kullanılmıştır. Sorularda 3 seçeneğini kullanılıncaya orta olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hastaların toplam memnuniyet oranı %95,8, memnuniyetsizlik oranı %1,3 olduğu saptandı. Aile hekimliğine başvuran kişilerin aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyetlerin yüksek olması toplumda aile hekimliği uygulamasının benimsenmesi olarak algılanabilir.

Sağlık Bakanlığınca Kasım 2012-Ocak 2013 tarihlerinde 81 ilde yapılan memnuniyet araştırmasına göre Türkiye’nin memnuniyet oranı %91,5, memnuniyetsizlik oranı %1,9 saptanmıştır. Edirne ilinin 2010 yılındaki memnuniyet oranı %91,58, 2011 yılındaki memnuniyet oranı %95,81, 2012 yılındaki memnuniyet oranı %96,05 olup artış saptanmıştır (3). Buna göre çalışmamızda Edirne memnuniyet oranının Türkiye ortalamasının üzerinde seyrettiği görülmektedir.

Yaptığımız çalışmaya Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan 49 aile hekimi katılmıştır. Katılımcıların %42,9’u (n=21) kadın, %57,12’si (n=28) erkek idi. Hekimlere yapılan iletişim beceri ölçeği puanlarına cinsiyetin etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal, davranışsal boyutları ve genel iletişim beceri puanlarının ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmadı. Hekim cinsiyetinin iletişim becerilerine etki etmediği, sürekli hastalarla iletişim halinde olan hekimlerin iletişim becerilerini benzer şekilde geliştirdiği düşünüldü.

Türkmen ve ark. (91) sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada kadınların duygusal iletişim beceri puanları erkeklerden daha yüksek saptanmıştır. Diğer boyutlarda fark saptanmamıştır. Uğurlu ve Erdem’in (66) stajyer diş hekimlerinde yaptıkları, Bozkır ve ark. (92) asistan doktora yaptıkları, Atasayı ve Yıldız’ın (93) hemşirelerde yaptıkları, Güldane’nin (94) hekim ve hemşire dışı sağlık personelinde yaptığı çalışmalarda cinsiyetin iletişim becerilerinin zihinsel, duygusal, davranışsal boyutları ve genel iletişim puanları arasında fark saptanmamıştır.

Katılımcıların yaş ortalamaları $45,18 \pm 5,87$ yıl olup 33 ile 55 yaş arasında olduğu saptandı. Hekimlerin yaşlarının iletişim beceri puanlarına etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal, davranışsal boyutlar ve genel iletişim beceri puanlarının ortalaması ile hekimlerin yaşları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yaş ilerledikçe kazanılan tecrübeler ile iletişim becerilerini gelişmesi beklenen bir durumdur. Son 20 yılda tıp eğitiminde iletişim becerileri derslerinin yer alması hekimlerin erken yaşta iletişim becerilerine sahip olduklarını düşündürdü. Bu sebeple iletişim becerilerinin yaş değişkeninden etkilenmemiş olduğu düşünüldü.

Kumcağız ve ark. (34) hemşirelerde yaptıkları, Uğurlu ve Erdem'in (66) stajyer dış hekimlerinde yaptıkları, Bozkır ve ark. (92) asistan doktorda yaptıkları çalışmalarda yaş ile iletişim becerilerinin zihinsel, duygusal ve davranışsal boyuttaki ifadelerinden elde edilen puanlar arasında fark saptanmamıştır. Karadağ ve ark. (4) hekimlerde yaptığı çalışma, Akgün Şahin ve Özdemir'in (95) hemşirelerde yaptığı çalışmalarda yaş arttıkça iletişim becerilerinin zihinsel, duygusal ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerisi puanlarının arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin medeni durumları incelendiğinde %83,7'si (n=41) evli, %8,2'si (n=4) bekar, %8,2'si (n=4) dul/boşanmış olduğu saptandı. Hekimlerin medeni durumlarının iletişim beceri ölçeği puanlarına etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel iletişim beceri puanları bekarlarda, evli ve dul/boşanmışlara göre daha düşük saptandı. Duygusal, davranışsal ve genel iletişim becerisi puanları ile medeni durum arasında ise anlamlı fark saptanmadı. Bunun nedeni evlilik sürecinin zihinsel olarak kişileri olgunlaştırdığı, kişinin kendisi ve çevresindeki olay ve durumları algılayıp düşünme süreci geliştirip, zihinsel iletişim becerilerine katkı sağlaması sonucu çıkarılabilir. Kumcağız ve ark. (34) hemşirelerde yaptıkları, Bozkır ve ark. (92) asistan doktorda yaptıkları çalışmalarda zihinsel, duygusal ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerisi puanları ile medeni durum arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin çocuk sayısının iletişim beceri ölçeği puanlarına etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerisi puanları ile hekimlerin çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Hekimlerin çocuk sahibi olmalarının iletişim becerilerine etkisi olmadığı düşünüldü. Ayrıca çalışmamıza katılan hekimlerin çocuk sayılarının 1 veya 2 olmasından dolayı fark gözlenmemiş olabilir. Benzer şekilde Kumcağız ve ark. (34) hemşirelerde yaptıkları, Bozkır ve ark. (92) asistan doktorda yaptıkları, Atasayı ve Yıldız'ın (93) hemşirelerde yaptıkları çalışmalarda zihinsel, duygusal

ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerisi puanları ile medeni durum arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin aylık hane halkı gelirinin iletişim beceri ölçeği puanlarına etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerisi puanları ile aylık gelir arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu durum hekimlerin aylık gelir düzeyinin iletişim becerilerine etki etmediği düşünüldü. Benzer şekilde Atasayı ve Yıldız'ın (93) hemşirelerde, Elkin ve ark. (96) sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarda zihinsel, duygusal ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerisi puanları ile aylık gelir arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır.

Hekimlerin iletişim beceri puanlarına Tıp Fakültesi'ne isteyerek ve istemeyerek girme durumlarının etkisi değerlendirildiğinde; zihinsel, duygusal ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerisi puanlarıyla anlamlı fark saptanmadı. Hekimler isteyerek veya istemeyerek Tıp Fakültesine girmiş olsalar bile daha sonraki süreçte aldıkları eğitim, meslekte çalışmış olmanın getirdiği tecrübe ile iletişim becerilerini geliştirdiği düşünüldü. Benzer şekilde Uğurlu ve Erdem'in (66) stajyer dış hekimlerinde yaptığı, Bozkır ve ark. (92) asistan doktorda yaptığı çalışmalarda mesleğe isteyerek girme durumu ile iletişim becerilerinin zihinsel, davranışsal ve duygusal boyuttaki ifadelerinden elde edilen puanlar arasında fark saptanmamıştır.

Hekimlerin İletişim Beceri puanlarına hekimlerin toplam çalışma yılları ve aile hekimliğinde toplam çalışma yıllarının etkisi ayrı ayrı değerlendirildiğinde zihinsel, duygusal, davranışsal ve genel iletişim becerisi puanları ile çalışma yılları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Meslekte çalışma süresi arttıkça kazanılan tecrübeye iletişim becerilerinin artması beklenir. Hekimlerin eğitim sürelerinin uzun olması ve bu sürede alınan sorumlulukların yüksek olmasından dolayı mesleğe başladıkları dönemde yeterli tecrübeye sahip olmalarından dolayı iletişim becerilerinde değişim gözlenmemiş olabilir. Benzer şekilde Atasayı ve Yıldız'ın (93) hemşirelerde yaptıkları, Şahin ve Özdemir'in (95) hemşirelerde yaptıkları çalışmalarda, çalışma yılı arttıkça iletişim becerilerinin zihinsel, davranışsal ve duygusal boyuttaki ifadelerinden elde edilen puanlarında fark saptanmıştır. Karadağ ve ark. (4) hekimlerde ve Kumcağız ve ark. (34) hemşirelerde yaptıkları çalışmalarda meslekte toplam çalışma süresi arttıkça zihinsel, duygusal ve davranışsal boyut ve genel iletişim becerileri puanlarında artış gözlenmiştir.

Hekimlerin iletişim beceri ölçeği puanlarına hekimlerin aynı birimde toplam çalışma yılının etkisi değerlendirildiğinde; duygusal ve genel iletişim beceri puanları ile negatif yönde

anlamli iliski saptandi. Zihinsel ve davranissal boyut iletisim becerisi puanlari ile anlamli iliski saptanmadı. Bunun nedeni uzun süreli aynı birimde çalışmanın sonucu yılların getirdiği hasta popölasyonlarını tanıma durumunun hekimde kendini sözsüz iletisimle ifade etme, sosyal ve duygusal işaretleri takip etmede azalma ve duygusal olarak duyarsızlaşma yaratabilir. Yıllarca aynı işi yapmak kişiyi doyuma ulaştırır ve kişinin kendini dış dünyaya duygusal olarak kapamasına sebep olabilir. Duygusal ve genel iletisim becerisini olumsuz etkileyebileceği düşünöldü.

Atasayı ve Yıldız'ın (93) hemşirelerde yaptıkları çalışmada mevcut işte toplam çalışma süresinde artış ile zihinsel, duygusal, davranissal ve genel iletisim becerisi puanları arasında anlamli iliski saptanmamıştır. Tuncer ve Demiralp'in (97) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada aynı birimde çalışma süresi arttıkça duygusal iletisim beceri puanlarında anlamli olarak azalma saptanmıştır. Zihinsel, davranissal boyut ve genel iletisim becerisi puanları arasında anlamli bir iliski saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin görev unvanları %83,7'si (n=41) pratisyen hekim, %16,3'ü (n=8) uzman hekim olduğu saptandı. Hekimlere yapılan iletisim beceri ölçeği puanlarına görev unvanının etkisi değerdendirildiğinde; davranissal iletisim beceri puanları uzman hekimlerde anlamli olarak düşük saptandı. Zihinsel, duygusal ve genel iletisim becerisi puanları ile görev unvanı arasında anlamli fark saptanmadı. Eğitim durumu arttıkça iletisim becerilerinin artması beklenirken uzmanlık eğitimi sürecinde hızlı karar vermeyi ve hızlı çalışmayı gerektiren durumlar nedeniyle iletisime gereken zamanın ayırlamaması ve davranissal olarak etkilenildiği ve genel iletisim becerilerinin olumsuz etkilediği düşünöldü.

Karadağ ve ark. (4) hekimlerde yaptığı çalışma, hekimlerin akademik unvanlarına göre zihinsel ve duygusal iletisim becerileri arasında anlamli fark saptanmazken, profesör hekimlerin hem davranissal hem de genel iletisim becerisi düzeylerinde uzmanlık öğrencisi hekimlerden anlamli olarak daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Şahin ve Özdemir'in (95) hemşirelere yaptığı çalışmada eğitim durumu ilerledikçe iletisim becerilerinin zihinsel, davranissal ve duygusal boyuttaki ifadelerinden elde edilen puanlarının arttığı saptanmıştır.

Hekimlerin iletisim beceri ölçeği puanları ile hekimlerin günde baktığı hasta sayıları arasındaki iliski değerdendirildiğinde; zihinsel, duygusal ve davranissal boyut ve genel iletisim becerisi puanları arasında anlamli iliski saptanmadı. "Hastalara yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?" sorusuyla da zihinsel, duygusal ve davranissal boyut ve genel iletisim becerisi puanları arasında anlamli fark saptanmadı. Hekimlerin günde baktıkları

hasta sayılarının fazla olması ve hastaya yeterince vakit ayıramadıklarını düşündükleri durumlarının hekimlerin iletişim becerileri üzerine etkisi olmadığını düşünüldü.

“Hastalarınız ile konuşurken tıbbi terimler kullanır mısınız?” hekimlere yapılan iletişim beceri ölçeğine etkisi değerlendirildiğinde zihinsel,duygusal, davranışsal ve genel iletişim becerisi puanları arasında anlamlı olarak fark saptanmadı. Hekimlerin, tıbbi terim kullanmamaya özen gösterip, hastalarının anlayacağı dille konuşması iletişimin sekteye uğramaması için önemli bir basamaktır. Çalışmamızda tıbbi terim kullanan ve kullanmayan hekimler arasında iletişim becerileri arasında fark saptanmadığı için hekimler her ne kadar tıbbi terim kullansa da hastalarına anlayacağı şekilde de açıklama yaptıkları düşünüldü.

“Daha önce herhangi bir hasta veya yakınıyla olumsuz bir iletişim yaşadınız mı?” sorusuna hayır cevabı verenlerin zihinsel, davranışsal ve genel iletişim becerisi puanları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek saptandı. Duygusal boyutta anlamlı fark saptanmadı. Zihinsel, davranışsal ve genel iletişim becerileri daha yüksek olan hekimlerin olumsuz durumları algılama ve bakış açıları daha gelişmiş olduğu ve bu durum karşısında iletişim sırasındaki tavır ve davranışları daha kontrollü olduğu için hasta ve yakınlarıyla daha az olumsuz iletişim yaşadıkları düşünüldü.

“Türkiye’de hekim-hasta iletişimde sorun(lar) olduğunu düşünüyor musunuz?” soruna verilen cevaplar değerlendirildiğinde hayır cevabı verenlerin duygusal, davranışsal ve genel iletişim becerisi puanları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek saptandı. Zihinsel boyutta anlamlı fark saptanmadı. Genel olarak iletişim becerileri yüksek olan hekimlerin Türkiye’de iletişim sorunu olmadığını düşündükleri gözlemlendi.

Hekimlere yapılan iletişim beceri ölçeği puanları; zihinsel iletişim becerileri puan ortalamaları $58,20 \pm 4,99$, duygusal iletişim becerileri puan ortalamaları $60,08 \pm 5,09$, davranışsal iletişim becerileri puan ortalamaları $61,69 \pm 5,88$ ve genel iletişim becerileri puan ortalamaları $179,98 \pm 14,45$ şeklinde ortalama değerin üzerinde olduğu saptandı. Etkili iletişimde; zihinsel süreç kişinin kendisi ve çevresiyle ilgili o andaki düşüncelerini, duygusal süreç düşüncelerinin yol açtığı duygusal uyarıları, davranışsal süreç ise uyarıların eyleme dökülme biçimlerini ifade eder (66).

Bozkır ve ark. (92) asistan doktorda yaptığı çalışmada genel iletişim becerileri puanı $150 \pm 1,01$ olarak saptanmıştır. Güldane’nin (94) hekim ve hemşire dışı sağlık personelinde yaptıkları çalışmada zihinsel iletişim becerileri puanları $52,95 \pm 4,23$, duygusal iletişim becerileri puanları $47,13 \pm 5,37$, davranışsal iletişim becerileri puanları $51,85 \pm 4,71$ ve genel iletişim becerileri puanları $151,94 \pm 11,65$ olarak saptanmıştır. Acar ve Budakoğlu’nun (98) tıp

fakóltesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada zihinsel iletişim becerileri puanları $37,73 \pm 4,44$, duygusal iletişim becerileri puanları $42,08 \pm 5,40$, davranışsal iletişim becerileri puanları $37,73 \pm 4,24$ ve genel iletişim becerileri puanları $117,55 \pm 10,48$ olarak saptanmıştır. Buna göre; çalışmamıza katılan aile hekimlerin iletişim becerilerinin asistan hekim, tıp fakóltesi đrencisi, hekim ve hemşire dışı personelden ve iletişim beceri leđinin ortalama değerinden daha yüksek olduğu saptandı.

Hekimlere yapılan İletişim Beceri leği ile EUROPEP leği memnuniyet puanları arasındaki ilişkisi karşılaştırıldığında; zihinsel, davranışsal ve genel iletişim becerisi puanlarında anlamlı fark saptanmadı. Hekimlerin zihinsel, davranışsal ve genel iletişim becerilerinin memnuniyet puanlarını etkilemediği saptandı.

Hekimlere yapılan İletişim Beceri leği'nin duygusal iletişim beceri puanları ve EUROPEP leği'nin memnuniyet puanları tüm sorular için tek tek karşılaştırıldığında “zel durumunuzla ilgilenmesi”, “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması”, “muayene etmesi”, “hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler”, “test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması”, “şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında bilgi vermesi”, “duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “nceki görüşmelerde yaptıklarını ve sözlerini bilmesi” soruları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptandı. Hastaların memnuniyet puanları dştkce hekimlerin duygusal iletişim puanlarında artış saptandı. Diğer sorularda istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Bunun nedeni hekimlerin hastaların memnuniyet düzeyine duyarlı olduğu ve memnuniyetsizlik hissettiklerinde duygusal iletişim becerilerini arttırdığı daha çok empati gösterip hastanın sosyal ve duygusal işaretlerini algılamalarında artış göstermesi olduğu dşnld. Ayrıca duygusal iletişim beceri puanlarının yüksek olan hekimlerin hastalarına empatiden ziyade sempati göstermesinin, hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği şeklinde de düşünülebilir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Kasım 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında Edirne İl merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde yaptığımız çalışmaya 49 aile hekimi ile bu merkezlere başvuran 1937 kişi katıldı. Bu çalışma ile; hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri, hekimlerin iletişim becerilerine etki eden faktörleri, hekimlerin iletişim becerilerinin hasta memnuniyetini üzerine etkilerini belirlemeyi amaçladık. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. İleri yaşta, daha az eğitilmişlerde, aile hekimini sık ziyaret edenlerde, kronik hastalığı olanlarda, yakın zamanda sağlık sorunu yaşayan kişilerde memnuniyet düzeyleri daha yüksekti. Kadınlarda, bekarlarda ve aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda memnuniyet düzeyleri daha düşüktü.

2. Hastaların hekimlerine kayıt ve bilgilerinin gizli tutması açısından güvendiği, hekimin yaptığı işten memnun olduğu, hekimin kendisini dinlemesinden tatmin olduğunu ve bu konularda memnuniyetlerinin yüksek olduğunu görülmektedir.

3. Hastaların bekleme odasında beklemeye sabrı olmadığı ve sağlık ihtiyaçlarının hızlı çözüme ulaşması için doktora veya muayenehaneye ulaşamayınca memnuniyetlerini olumsuz etkilediği görülmektedir.

4. Hekimlerin aynı birimde çalıştığı yıl arttıkça; duygusal duyarsızlaşma yaşadığı, sözsüz iletişim kullanımında azalma, sosyal ve duygusal işaretleri tanımada güçlük yaratarak duygusal ve genel iletişimi becerilerinin olumsuz etkilediği görülmektedir.

5. Uzmanlık eğitimi sürecinde hızlı karar vermeyi ve hızlı çalışmayı gerektiren durumlarla birlikte iletişime gereken zamanın ayrılamaması nedeniyle uzman hekimlerin davranışsal iletişim becerilerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir.

6. Zihinsel, davranışsal ve genel iletişim becerileri daha yüksek olan hekimlerin olumsuz durumları algılama ve bakış açıları daha gelişmiş olduğu ve olumsuz durum karşısında iletişim sırasındaki tavır ve davranışları daha kontrollü olduğu için hasta ve yakınlarıyla daha az olumsuz iletişim yaşadıkları görülmektedir.

7. Duygusal iletişim beceri puanlarının yüksek olan hekimlerin hastalarına empatiden ziyade sempati göstermesinin, hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği görülmektedir.

. Sonuç olarak; hasta memnuniyetinin birinci basamak sağlık kalite ölçütlerinde biri olduğu günümüzde, hasta memnuniyet düzeylerinin belli aralıklarla ölçülüp memnuniyetsizlik yaratan durumlar ile ilgili düzenlemeler yapılması önemlidir. Yine etkili bir sağlık hizmeti sunmak için hekimlerin iletişim becerilerini artırmaları gereklidir. Bunun için hem tıp eğitim sürecinde ve hizmet içi eğitimler ile desteklenmeleri, hemde bireysel olarak kendilerini geliştirmelerinin önem taşıdığı düşüncesindeyiz.

ÖZET

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılan bu çalışma; Edirne İl merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri, memnuniyet düzeylerine etki eden faktörler ile bu merkezlerde çalışan hekimlerin iletişim beceri düzeyleri, hekim iletişim becerilerine etki eden faktörler ve hekimlerin iletişim becerilerinin hastaların memnuniyet düzeylerine etkilerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Çalışmamıza Kasım 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında Edirne İl merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan 49 aile hekimi ile bu merkezlere başvuran ve 18 yaş üzerinde olan 1937 kişi katılmıştır. Kesitsel tipte yapılan çalışmamızda; hastalardan veri toplamak amacıyla sosyodemografik değerlendirme anketi ve EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) Ölçeği' nin Türkçe versiyonu kullanıldı, hekimlerden veri toplamak amacıyla sosyodemografik değerlendirme anketi ve İletişim Beceri Envanteri kullanıldı.

Çalışmamıza katılan hastaların memnuniyet düzeylerinde; yaş arttıkça, okuryazar olmayanlar ve ilkokul mezunlarında, aile hekimlerine ziyaret sıklığı arttıkça, son 15 günlük sağlık durumları kötüye gittikçe, kronik hastalık varlığında anlamlı olarak artış gösterdiği saptandı. Kadın cinsiyet, bekarlarda ve aylık gelir düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyleri anlamlı olarak azalmaktaydı.

Çalışmamıza katılan hekimlerin zihinsel, duygusal, davranışsal ve genel iletişim beceri puanları yüksek olarak saptanmıştır. Hekimlerin hastalarının memnuniyet durumlarına duyarlı olduğu, hasta memnuniyetleri düşünce hekimlerin hastanın sosyal ve duygusal işaretlerini algılama, empati kurma, sözsüz iletişim gibi duygusal iletişim becerilerinde de artış olduğu gözlenmiştir.

Sağlık hizmet sunumunda hasta memnuniyeti, sağlık sonucunun önemli bir göstergesidir. Hastalardan alınan geribildirimler sağlık hizmet kalitesini arttırmak ve eksikliklerin tespit edilip iyileştirilmesi açısından önem taşır. Hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörlerden biri de hekimin iletişim becerileridir. Hekimlerin etkili iletişim becerilerine sahip olmaları; hastaların tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde önemli katkı sağlar.

Bu nedenle hastaların memnuniyet düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve hekimlerin iletişim becerilerinin hizmet içi eğitimle desteklenmesinin; sağlık hizmetlerindeki eksikleri gidererek sağlık hizmet kalitesinin artışında etkili olacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: hasta memnuniyeti, iletişim, hasta-hekim iletişimi, aile hekimliği

THE EFFECT OF COMMUNICATION SKILLS OF FAMILY PHYSICIANS ON PATIENT SATISFACTION (EXAMPLE OF EDIRNE CITY CENTER)

SUMMARY

This study, which was conducted by the Family Medicine Department of the Medical School of Trakya University, was intended to identify the levels of satisfaction of the patients referred to the family health centers in the provincial center of Edirne and the factors affecting their levels of satisfaction as well as the levels of communicational skills of the physicians working at the centers, the factors affecting their skills and the effects of the communicational skills of the physicians on the levels of satisfaction of the patients.

Forty nine family physicians who works in health centers in the provincial center of Edirne between November 2017 and January 2018 as well as 1937 people consulting these centers and is over 18 participated our study. In our cross sectional type of study, with the aim of collecting data from patient, socio demographic assessment questionnaire and Turkish version of EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family practice) was used. With a view to collecting data from physicians, assessment questionnaire and communication skills inventory was used.

In the satisfaction levels of the patients participating our study, as the age increases, as the frequency of visits to family physicians in illiterate and elementary school graduates increases, as their health status of the last 15 days worsens it has been detected that in the

presence of chronic disease has increased significantly. In female gender and singles as monthly level of income increases, their levels of satisfaction have decreased pointedly.

The mental, emotional, behavioural and general communication scores of the physicians participating in our study was determined to be high. It was observed that the physicians were sensitive to the satisfaction of the patients, patient satisfaction was also observed in physicians' emotional communication skills such as perception of the patient's social and emotional signs, empathy, nonverbal communication.

In the presentation of health service, patient satisfaction is an important indicator of health outcome. Feedbacks received from patients are vital important in terms of enhancing and improving the quality of health service. One of the factors that affects the satisfaction level of patients is also communication skills of the physicians. The fact that the physicians have effective communication skills contributes significantly in patient's diagnosis, treatment and rehabilitation period.

Therefore, it has been thought that satisfaction level of patients is evaluated regularly and communication skills of physicians are supported by in-service training will be effective in the increase of the quality of health service by making up the deficiencies.

Key words: Patient Satisfaction, communication, patient-physician communication, family practice

KAYNAKLAR

1. Korkmaz S, Çuhadar U. Sağlık hizmet kalitesi ve sağlık kurumunu tekrar tercih etme niyeti arasındaki ilişki: eğitim ve araştırma hastanesi örneği. USAYSAD 2017;3(1):72-87.
2. Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış. Turk Psikiyatri Derg 2004;15(1):64-9.
3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. Yayın No:932. 2014. (erişim tarihi:06.05.2018) http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/birinci_basamak_saglik_hizmetlerinde_hasta_memnuniyeti_2012.
4. Karadağ M, Oğuz I, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. İİBF Dergisi 2015;17(1):160-79.
5. Kurtz S, Silverman J, Draper J (Çeviri: S. Yeniçeri, A. Yurdaçalış, M. Yaşarlar). Tıpta iletişim teknikleri. İstanbul: Beyaz Yayınları, 1998:8-11.
6. Rakel RE. Establishing rapport. In: Rakel RE, Rakel DP (eds). Textbook of Family Medicine . 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2016:141-56.
7. İğde FAA, Şahin G. Aile hekimliğinde hasta hekim görüşmesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2017;8(2):103-6.
8. Somunoğlu S. Kavramsal açıdan sağlık. HÜ Sağlık İdaresi Derg 1999;4(1):51-62.
9. Kurdak H. Sağlığın varoluşsal boyutu ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2014;5(3):23-8.

10. Çınarlı İ. 'Stratejik' sağlık iletişiminin sağlığın tıbbileştirilmesindeki rolü. İletişim Kuram ve Araştırma Derg 2016;43:203-16.
11. Ungan M, Özdemir K. Aile hekimliği ağacı. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2016;7(6):8-14.
12. Sucaklı MH. Akut hastalık yönetiminin psikososyokültürel ve varoluşsal boyutu. TJFMPC 2014;8(4):117-23.
13. Arda H, Ertem M, Baran G, Durgun Y. Dicle üniversitesi araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri. İÜFN Hem Derg 2007;15(59):68-74.
14. Erdugan F, Yörübulut S, Şahin E, Öncel SY. Kırıkkale üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde hasta ve çalışan memnuniyeti. MAKÜ Sosy Bil Enst Derg 2017;9(18):165-77.
15. Başar G, Akın S, Durna Z. Hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sag Bil Derg 2015; 4(1):125-47.
16. Nakanishi T. Disclosing unavoidable causes of adverse events improves patients' feelings towards doctors. Tohoku J Exp Med 2014; 234(2):161-8.
17. Hasta-hekim iletişimi. Mcwhinney IR, Freeman T. (eds.). Gündal AD. (çeviri ed.) Mcwhinney'in Aile Hekimliği. 4. baskı. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016:173-202.
18. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. Health Professions Education 2018;4(2):97-106.
19. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. BMC health services research 2009;9(63):1-5.
20. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Socscimed 2001;52(2001):609-20.
21. Özar A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. TAD 2007;5(3):140-3.

22. Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Scholl I. Measurement of physician-patient communication-a systematic review. PLoS one 2014;9(12):1-20.
23. Şahin BB, Görpelioğlu S, Yıkılkan H, Akbıyık D, Aypak C. Reliability and validity of turkish version of scale of patient overall satisfaction with primary care physicians (SPOSPCP). TJFMPC 2017;11(3):159-63.
24. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(2):69-74.
25. Akbaş E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Örneği) (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
26. Heybet M, Tekin O, Kahveci R, Heybet ER, Yarloğluş G, Şencan İ ve ark. Hastalarda hekim algısına yönelik bir ölçek geliştirme çalışması: hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama. Konuralp Tıp Dergisi 2016;8(2):104-13.
27. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. UUTFD 2007;33(2):91-6.
28. Levine N. İletişim (çeviri: Kurdak H.). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014:631-5.
29. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH at al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians. Medical care 2004;42(11):1049-55.
30. Dökmen Ü. İletişim çatışmaları ve empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2009:19-23.
31. Kaptanoğlu AY, Birinci basamak sağlık hizmetlerinde iletişim kavramı ve iletişim becerileri. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu AY, Özer C (Editörler). Aile sağlığı merkezi yönetimi. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2012:262-76.
32. Kayapınar PY. İletişimde geri besleme sürecinin önemi. BNEJSS 2017;(3):117-26.
33. Balcıoğlu H. Ünlüoğlu, İ. İletişimin Temelleri. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2017; 8(2):111-5.
34. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı, İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: samsun ili örneği. Diclemedj 2011;38(1):49-56.
35. Kaya A. İletişime giriş: temel kavramlar ve süreçler. Kaya A (Editör). Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim. 10. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2017:3-28.

36. Özer C. İletişimin tanımı ve temel ilkeler. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu AY, Özer C (Editörler). Aile hekimliğinde iletişim. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2013:1-7.
37. Sağlık hizmetleri iletişim süreci. Ankara: T.c. Milli Eğitim Bakanlığı; 2015:1-44. (erişim tarihi: 06.06.2018).
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/%C4%B0leti%C5%9Fim%20S%C3%BCreci.pdf.
38. Halkla ilişkiler ve organizasyon hizmetleri iş hayatında iletişim. Ankara: T.C. Milli Eğitim Bakanlığı; 2014:1-14. (erişim tarihi: 18.06.2018).
http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/%C4%B0%C5%9F%20haya t%C4%B1nda%20leti%C5%9Fim.pdf.
39. Buluş M, Atan A, Sarıkaya HE. Effective communication skills: a new conceptual framework and scale development study. IOJES 2017;9(2):1-16.
40. Soysal A, Öke P, Yağar F, Tunç M. Örgütsel iletişim ve iş tatmini düzeylerinin incelenmesi: bir özel hastane örneği. SUSBED; 2017(37):243-53.
41. Aydın BA, Şahin E. Hastanede hasta ve yakınları düzeyinde görülen iletişim problemlerinin çözümüne yönelik bir model önerisi. OÜSOBİAD 2017:64-94.
42. İletişim olgu ve süreci. Bahtiyar H (Editör). Örgütsel iletişim. İstanbul: Hiper Yayın; 2017:33-51.
43. Chung H, Lee H, Chang DS, Kim HS, Lee H, Park HJ, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. PEC Journal 2012;89(3):387-91.
44. Korkut Owen F, Bugay A. İletişim becerileri ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2014;10(2):51-64.
45. Özkan Z. Hasta iletişiminde beden dilinin gücü. ZKTB 2008;39(2):87-91.
46. Turhan ES. Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması (tez). Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
47. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills. JCDDR 2015;9(3):1-4.

48. Takayamaa T, Yamazakia Y, Katsumata N. Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a japanese oncology setting. Socscimed 2001;53(10):1335-50.
49. Yengil E, Beden dili ve iletişim becerilerinde pratik önemi. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu AY, Özer C (Editörler). Aile hekimliğinde iletişim. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2013:107-14.
50. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. Göztepe Tıp Derg 2011;26(4):152-9.
51. Wong CKM, Yip BHK, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MCS at al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. BMC family practice 2013;14(200):1-7.
52. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. Jama 1992;267(16):2221-6.
53. Özçakır A. Hekim-hasta ilişkisi: karar verme sürecinde hastanın yeri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2004;24(4):411-5.
54. Özer C. Hasta hekim iletişimi. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu AY, Özer C (Editörler). Aile hekimliğinde iletişim. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2013:72-6.
55. Öngören B. Hekim Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim. [Internet]. 2017:57-69. (erişim tarihi: 20.08.2018).
https://www.researchgate.net/profile/Buelent_Oengoeren2/publication/322316807_Hekim_Hasta_Iliskisi_ve_Saglik_Hizmetlerinde_Iletisim/links/5a828f12aca272d65019c641/Hekim-Hasta-Iliskisi-ve-Saglik-Hizmetlerinde-Iletisim.pdf.
56. Cole J, Kiriaev O, Malpas P, Cheung G. 'Trust me, I'm a doctor': a qualitative study of the role of paternalism and older people in decision-making when they have lost their capacity. RANZCP 2017;25(6):549-53.
57. Gülcemal E, Keklik B. Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: ısparta ili örneği. MAKUSOBED 2016; 8(14):64-87.
58. Kıyunat Z, Dağdeviren HN. Hasta merkezli yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam MedSpecial Topics 2017;8(2):89-92.
59. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. Annfammed 2005;3(5):415-21.

60. Erci B, Çokbekler N, Kevser I. Aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan ebe ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Bozok Tıp Derg 2017;7(1):49-53.
61. Aşçı Ö, Hazar G, Yılmaz M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri ve ilişkili değişkenler. ACU Sağlık Bil Derg 2015;6(3):160-5.
62. Doğan E, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Birinci basamak hekimlerinin hastalarla ilgili karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesine yönelik niteliksel bir araştırma. JTTP 2017;8(1):2-10.
63. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Factors associated with patient preferences for communication of bad news. Palliative supportive care 2017;15(3):328-35.
64. Berghout M, Exel VJ, Leensvaart L, Cramm JM. Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals. BMC health services research 2015;15(1):385-98.
65. Özer D. Etkili İletişim Becerilerinin Sosyal Ortama Uyum Sağlamadaki İşlevi Fırat Üniversitesi Uygulaması (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.
66. Uğurlu M, Erdem R. Stajyer diş hekimlerinin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. SDÜ Sos Bil Ens Der 2014;29(4):233-64.
67. Aile hekiminin tanımı ve işlevi. Aktürk Z, Dağdeviren N (Editörler). Aile hekimliğinin kilometre taşları millis ve willard raporları. İstanbul: TAHUD Yayınları; 2004:114-25.
68. Kurdak H, Hekim-hasta iletişimi. Bozdemir N, Kara İH (Editörler). Birinci basamakta tanı ve tedavi'de. Adana: Nobel Kitabevi; 2010:79-82.
69. Jones M. Communicating with patients. World Book of Family Medicine – European Edition. Slovenia: WONCA Europe; 2015:13-5. (erişim tarihi: 30.08.2018) <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/World%20Book%202015.pdf>
70. Aktürk Z, Dağdeviren N, şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O ve ark. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. DEU Tıp Fakóltesi Dergisi 2002;153-60.
71. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, eler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi; Pilot alışma. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(2):9-15.
72. Ersanlı K, Seher B. İletişim becerileri envanterinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlilik alışması. Türk PDR Dergisi, 2016;2(10):7-12.

73. Karıcı Y. İletişim Meslek Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin Empatik İletişim Beceri Düzeylerine İlişkin Bir Araştırma (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
74. Çiftçioğlu BA, Ordun G. Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişiminden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik bir araştırma. Marmara Üniversitesi Açık Arşiv Sistemi. 2010;109-18.
75. McFarland DC, Johnson Shen M, Holcombe RF. Predictors of satisfaction with doctor and nurse communication: a national study. Health communication 2017;32(10):1217-24.
76. Özaras G, Dil S. Çankırı'da aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin memnuniyet durumlarını etkileyen sosyo-demografik, çevresel ve psikososyal faktörlerin incelenmesi. Çankırı Karatekin Üniversitesi SBE Dergisi 2012;6(2):389-404.
77. Öncü E, Köksoy Vayisoğlu S, Önen E. Bir il örneğinde sağlıkta dönüşüm sonrası I. basamak sağlık hizmetleri kullanımı ve ilişkili faktörler. JHS 2017;14(4):4546-60.
78. Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. Türk Aile Hek Derg 2018;22(2):78-91.
79. Roque H, Veloso A, Ferreira PL. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. RSP 2016;50:61-8.
80. Durmuş H, Timur A, Yıldız S, Çetinkaya F. Erciyes üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. Türk Aile Hek Derg 2018; 22(1):2-11.
81. Mete B, Pehlivan E, Tekin C, Nacar E, Unver E, Baran A. Malatya il merkezinde aile hekimliği hizmetinden yararlanan yetişkinlerin memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. Med Science IMJ 2015; 4(4):2721-31.
82. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep aile hekimliği memnuniyeti ölçeğine göre gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması. Gümüşhane Ün Sag Bil Der 2014;3(4):1067-78.
83. Özata M, Tekin F, Öztürk YE. Konya'daki aile hekimliği hizmetlerinin değerlendirilmesi. Selçuk Ün Sos Bil Ens Der. 2016;(35):205-18.
84. Edirne T, Avcı DK, Atmaca B. Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı kesitsel çalışma. Türk Aile Hek Derg 2009;13(3):137-47.

85. Ünalın D, Öztürk A, Tolga A, Taşdelen C, Yazlak Z, Öğüt E ve ark. Kayseri Devlet hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. Fırat Sağ Hiz. Der 2008;3(8):85-98.
86. Ardahan M, Arabacı Z, Saka MC. Bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. SPCD 2018;18(40):53-70.
87. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in turkey: three-year trend from 2010 to 2012. EJGP 2015; 21(4):238-45.
88. Mortsiefer A, Altiner A, Ernst A, Kadusiewicz H, Krahe A, Mellert C, et al. Satisfaction with general practice care in German patients with multimorbidity: a cross-sectional study. Family practice 2017;34(4):452-8.
89. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. CMJ 2017;58(1):63-74.
90. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. SJPHC 2008;26(3):174-80.
91. Türkmen S, Bayraktar T, Arslan G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerini bakım vermekte zorlanılan hasta algısı ve iletişim becerilerinin belirlenmesi. Erciyes Üniv Sağ Bil Fak Derg 2017;(4)1:27-38.
92. Bozkır C, Tekin C, Mete B, Nacar E, Ozer A. İnönü üniversitesi tip fakültesi asistan doktorların iletişim becerileri, empatik eğilimleri ve etkileyen faktörler. Med science 2015;4(3):2473-87.
93. Atasayı M, Yıldız E. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin iletişim becerileri ile mesleki doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2018;11(1):38-49.
94. Güldane N. Hastanelerde Yönetim Kadrosunda Çalışanlar İle Diğer Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların (Hekim Ve Hemşire Dışı) Kişisel İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması (Denizli Devlet Hastanesi Örneği) (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
95. Şahin ZA, Özdemir FK. Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. JAREN 2015;1(1):1-7.
96. Elkin N, Karadağlı F, Barut AY. Sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri düzeyleri ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2016;9(2):70-80.

97. Tuncer M, Demiralp M. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde duygusal zeka ve iletişim becerileri ilişkisi: çok merkezli bir çalışma. TAF Prev Med Bull 2016;15(5):389-95.
98. Gülşah ACAR, Kadriye BULDUKOĞLU. Öğrencilerin hastalarla iletişimde karşılaştıkları güçlükler ve zor hasta algıları. Psikiyatri Hemşireliği Dergi 2016;7(1):7-12.



EKLER



Ek-1

AİLE HEKİMLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ (EDİRNE İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
ARŞ. GÖR. DR. DUYGU ÇİFTETEPE ÖZTÜRK
DANIŞMAN: PROF. DR. H. NEZİH DAĞDEVİREN
Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “AİLE HEKİMLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ” ni değerlendirmek amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Cinsiyetiniz:

1. Kadın

2. Erkek

2-Yaşınız:.....

3-Medeni durumunuz:

1. Evli

2. Bekar

3. Dul / Boşanmış

4-Eğitim durumunuz(en son bitirdiğiniz okul) nedir?

1. Okuryazar değilim

2.Okuryazar

3.İlkokul

4.Ortaokul

5.Lise

6.Üniversite-Yükseköğretim

5-Aylık HANE HALKI geliri nedir? (Aynı evde yaşayan tüm bireylerin geliri toplamı)

1. <1500TL

2. 1501-4500TL

3. 4501-7500TL

4. 7501-10000TL

5. 10001-12500TL

6. >12501TL

6-Son 12 ay içerisinde kaç defa aile hekiminizi ziyaret ettiniz?

1. 0-3

2. 4-6

3. 7-10 defa

4. 10 dan fazla

7- Kronik bir hastalığınız var mı?

0. Yok

1.Var (Varsa nedir?).....

8-Genel olarak son 15 gün içerisindeki sağlığını nasıl tanımlarsınız?

1) Çok iyi

2)İyi

3)Orta

4) Kötü

5)Çok kötü

Aşağıdaki bölümde lütfen bütün soruları cevaplandırdığınızdan ve her soruya yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Eğer soru sizinle ilgili değilse son kolondaki “Uygun değil/İlgisiz” seçeneğini işaretleyiniz. Soruların karşısındaki sizin görüşünüze en yakın kutuya işaretleyiniz.

[illegible]

Ek-2

AİLE HEKİMLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ (EDİRNE İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
ARŞ. GÖR. DR. DUYGU ÇİFTETEPE ÖZTÜRK
DANIŞMAN: PROF. DR. H. NEZİH DAĞDEVİREN
Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “AİLE HEKİMLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ” ni değerlendirmek amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

SOSYODEMOGRAFİK ANKET

1-Cinsiyetiniz:

1. Kadın 2. Erkek

2.Yaşınız:.....

3-Medeni durumunuz:

1. Evli 2. Bekar 3.Dul /Boşanmış

4-Kaç çocuğunuz var?.....

5- Aylık HANE HALKI geliri nedir? (Aynı evde yaşayan tüm bireylerin geliri toplamı)

1)4501-7500TL 2) 7501-10000TL 3)10001-12500TL 4) >12501TL

6- Tıp fakültesine isteyerek mi girdiniz?

0. Hayır 1. Evet

7- Kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

1) 0-5 yıl 2) 6-10 yıl 3) 11-15 yıl 4) 16-20 yıl 5) 21 yıldan fazla

8-Kaç yıldır aile hekimliği yapıyorsunuz?

1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4)10 yıldan fazla

9- Kaç yıldır aynı birimde çalışıyorsunuz?

1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4)10 yıldan fazla

10-Görev unvanınız nedir?

1)Pratisyen hekim 2) Aile Hekimliği Uzmanı 3)DİĞER

11- Günde baktığınız hasta sayısı kaçtır?

1)<20 2)21-40 3)41-60 4)61-80 5)>80

12. Hastalara yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

13. Daha önce herhangi bir hasta veya yakınıyla olumsuz bir iletişim yaşadınız mı?

0. Hayır 1. Evet 2.Hatırlamıyorum

14-Hastalarınız ile konuşurken tıbbi terimler kullanır mısınız?

0. Hayır 1.Evet, kısmen 2.Evet, kesinlikle

15-Türkiye’de hekim-hasta iletişiminde sorun(lar) olduğunu düşünüyor musunuz?

0. Hayır 1.Evet, kısmen 2.Evet, kesinlikle

16-Sizce hekim-hasta görüşmesinde hekimler için iletişimi engelleyen/bozan en önemli unsur nedir? Sizin için en önemliden daha az önemliye 1’den 12’ye sıralayınız.	Önem sıranız: 1-12
A-Zaman kısıtlılığı	...
B-Ağır iş yükü	...
C- Hastanın sosyokültürel düzeyi	...
D-Hastanın kavgaya eğilimi	...
E-Hasta yakınlarının tavırları	...
F- Kapıdaki hasta kuyruğu	...
G- Medyanın doktora bakışı	...
H-Hastanın davranışları	...
I-Hekimin davranışları	...
J-Aile sağlığı elamanının davranışları	...
K-Diğer ASM çalışanlarının davranışları	...
L- Diğer.....	...

Aşağıda insan ilişkileri ile ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır. **Genel olarak insanlarla iletişim kurarken nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin** size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler " **Her zaman, Genellikle, Bazen, Nadiren, Hiçbir zaman**" karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini (×) bu şekilde işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

No	İfadeler	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1	İnsanları anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim.	1	2	3	4	5
3	Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmekte zorluk çekerim.	1	2	3	4	5
4	Konuşurken, etkili bir göz iletişimi kurabilirim.	1	2	3	4	5
5	Genelde eleştirilmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5
6	Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.	1	2	3	4	5
7	Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
8	Karşımdaki kişiye genellikle söz hakkı veririm.	1	2	3	4	5
9	Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım.	1	2	3	4	5
10	Başkaları konuşurken sabırsızlanırım, onların sözünü keserim.	1	2	3	4	5
11	İnsanları dinlerken sıkıldığımı hissederim.	1	2	3	4	5
12	Eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim.	1	2	3	4	5
13	Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem.	1	2	3	4	5
14	Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım.	1	2	3	4	5
15	Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmasam bile fikirlerine saygı duyarım.	1	2	3	4	5
16	İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.	1	2	3	4	5
17	Karşımdaki kişinin konuşmaya ve dinlemeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
18	Yanlış tutum ve davranışlarımı kolaylıkla kabul ederim.	1	2	3	4	5
19	Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim.	1	2	3	4	5
20	Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim.	1	2	3	4	5
21	İnsanlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım.	1	2	3	4	5
22	Dinlerken, karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.	1	2	3	4	5

23	Küs olduğum birisiyle barışmak istediğimde ilk adımı atmaktan çekinirim.	1	2	3	4	5
24	Karşımdaki kişinin bana ters düşen duygu ve düşüncelerini yargılarım.	1	2	3	4	5
25	Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim.	1	2	3	4	5
26	Genellikle insanlara güvenirim.	1	2	3	4	5
27	Karşı cinsten biriyle iletişim kurduğumda rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5
28	Başkalarını dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
29	Özür dilemek bana zor gelir.	1	2	3	4	5
30	Tartışma sonunda, savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul edebilirim.	1	2	3	4	5
31	Konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
32	İnsanları kontrol etmeye ve istediğim kalıba sokmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
33	İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34	Çevremdeki insanlara karşı ilgisiz kaldığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
35	Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum.	1	2	3	4	5
36	İletişim kurduğum kimse tarafından anlaşılmaktan mutluluk duyarım.	1	2	3	4	5
37	Başkaları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim.	1	2	3	4	5
38	Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.	1	2	3	4	5
39	Her insanı olumlu beklentilerle karşılarım.	1	2	3	4	5
40	İletişim kurduğum kimselerden, bir şeyler alır ve onlara da bir şeyler veririm.	1	2	3	4	5
41	İnsanlara cevaplama zorlanacakları ani sorular yöneltirim.	1	2	3	4	5
42	Beni rahatsız eden duygularımla iletmede sıkıntı çekerim.	1	2	3	4	5
43	Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
44	İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissedirim.	1	2	3	4	5
45	Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım	1	2	3	4	5

Ek-3

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/153	
	PROTOKOL ADI	Aile Hekimlerinin İletişim Becerilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi (Edirne İl Merkezi Örneği)	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Prof. Dr. Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 10/16	Tarih: 31.05.2017	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Duygu ÇİFTETEPE ÖZTÜRK'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevduatın oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İvi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi			

ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKIOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Bakı KURNAZ Üye		T.Ü. Reklamcılık	E	E H	E H	
Emekli Öğretim. Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet YETİ
Dekan
Dekan Yard.

Ek-4



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İdari İşler Birimi



Sayı : 35727477-772.02 -E.155802
Konu : Başvuru ve Değerlendirme

05/09/2017

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Rektörlüğün 16.08.2017 tarih ve E.152918 sayılı yazısı.

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr.Duygu ÇİFTETEPE ÖZTÜRK'ün "Aile Hekimlerinin İletişim Becerilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi" konulu araştırma çalışması ve Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Raif YILDIZ'ın "Edirne İl Merkezindeki Hekimlerin Anafilaksi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması hakkındaki Edirne Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan ilgede kayıtlı yazı Rektörlüğün 16.08.2017 tarih ve E.152918 sayılı ilgi yazı ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hüseyin Ahmet TEZEL
Dekan V.

Ek:İlgi yazı sureti ve ekleri

Dağıtım:
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına

Adres Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne

Telefon:2842357653 Faks:2842357652

E-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tipfak.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Selay DANACI
Unvanı: Menajer



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.