T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AİLE HEKİMLERİNİN GÖRÜŞME VE İLİŞKİSEL EMPATİ BECERİSİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİ

Dr. Furkan ŞAKİROĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2021

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ iv
ŞEKİLLER DİZİNİ vi
KISALTMALAR DİZİNİ vii
TEŞEKKÜR viii
ÖZET ix
ABSTRACT xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. İletişim 3
2.1.1. İletişimin Tanımı ve Unsurları 3
2.1.1.1. Kaynak 3
2.1.1.2. İleti (Mesaj) 4
2.1.1.3. Hedef 4
2.1.1.4. Kanal 4
2.1.1.5. Geri Bildirim 4
2.1.2. İletişim Türleri 5
2.1.2.1. Sözlü İletişim 5
2.1.2.2. Sözsüz İletişim 5
2.1.2.3. Yazılı iletişim 5
2.1.3. İletişim Becerileri …..... 6
2.1.4. Hasta-Hekim İletişimi 6
2.1.5. Hasta-Hekim İletişim Modelleri 7
2.1.5.1. Paternalistik (Ataerkil) Model 8
2.1.5.2. Bilgilendirici Model 8
2.1.5.3. Yorumlayıcı Model 8
2.1.5.4. Görüşmeci Model 9
2.1.6. Aile Hekimliğinde İletişim 9
2.2. Empati ……..……..….....…… 9
2.2.1. Empatinin Tanımı ...…….. 9
2.2.2. Empatinin Nörobiyolojisi …….....….....…… 10

2.2.3. Empatinin Bileşenleri 11
2.2.4. Empati Etkinliği 12
2.2.5. Empati Ölçüm Yöntemleri 13
2.2.6. Aile Hekimliğinde Empatik İletişim Becerisi 13
2.3. Hasta Memnuniyeti 13
2.3.1. Hasta, Memnuniyet ve Hasta Memnuniyeti Kavramı 14
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi 15
2.3.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler 15
2.3.3.1. Hastayla ilişkili Faktörler 15
2.3.3.2. Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Faktörler 15
2.3.3.2.1. Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi 16
2.3.3.2.2. Bilgilendirme 16
2.3.3.2.3. Ulaşılabilirlik 16
2.3.3.2.4. Süreklilik 17
2.3.3.2.5. Eşgüdüm 17
2.3.3.2.6. Kapsayıcılık 17
2.3.3.2.7. Güven 18
2.3.4. Hasta Memnuniyeti Ölçümü 18
3. GEREÇ ve YÖNTEM 19
3.1. Araştırmanın Tipi 19
3.2. Örneklem 19
3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 19
3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 19
3.3. Veri Toplama Araçları 19
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 20
3.3.2. Görüşme ve İlişkisel Empati Ölçeği (CARE) 20
3.3.3. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) 20
3.4. Araştırmanın Uygulanması 23
3.5. Etik Kurul İzni 23
4. BULGULAR 24
4.1. Sosyodemografik Veri Analizi 24
4.2. CARE Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 29

4.3. PCAS Puanlarının Değerlendirilmesi 32
5. TARTIŞMA 46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 51
7. KAYNAKLAR 52
8. EKLER..... 57

Ek 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı..57

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 59

Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu 60

Ek4.CARE Ölçeği Anket Formu 61

Ek 5. PCAS Formu 62

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. PCAS Boyutları 21

Tablo 2. PCAS Skorları 22

Tablo 3. Sosyodemografik Özellikler 28

Tablo 4. CARE Ölçeği Sorularının Değerlendirilmesi 30

Tablo 5. CARE Ölçek Puanının Sosyodemografik Veriler ile Karşılaştırılması 31

Tablo 6. CARE Ölçek Puanının Kayıt Olunan Süre ile Karşılaştırılması 32

Tablo 7. CARE Ölçek Puanının Bekleme Süresi ile Karşılaştırılması 32

Tablo 8. PCAS Puanlarının Değerlendirilmesi 33

Tablo 9. PCAS Yapısal Boyutun Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması….... 34

Tablo 10. PCAS Hekim-Hasta İlişkisi Boyutunun Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması ……...…….... 36

Tablo 11. Ulaşılabilirlik, Süreklilik, Kapsayıcılık, Yapısal Özet Puanının Yaş Gruplarında İncelenmesi 38

Tablo 12. Eşgüdüm Puanının Başvuru Sıklığı Gruplarında İncelenmesi 39

Tablo 13. PCAS Boyutlarının Kayıt Süresi ve Bekleme Süresi ile Karşılaştırılması.....40

Tablo 14. Memnuniyet Düzeyinin Değerlendirilmesi 41

Tablo 15. Memnuniyet Düzeyi ile Kayıt ve Bekleme Süresinin Karşılaştırılması.... 42

Tablo 16. Memnuniyet Düzeyinin Diğer Ölçeklerle Karşılaştırılması 43

Tablo 17. Başvuru Sıklığı ile Memnuniyet Düzeyinin Karşılaştırılması 43

Tablo 18. Ölçeklerin Güvenirlik Değerlendirilmesi 44

Tablo 19. Ölçeklerin Pearson Korelasyon Testi ile Değerlendirilmesi 45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İletişim Süreci Unsurları 4

Şekil 2. Empati Basamakları 13

Şekil 3. Cinsiyet Dağılımı 24

Şekil 4. Yaş Dağılımı 25

Şekil 5. Eğitim Düzeyi Dağılımı 25

Şekil 6. Medeni Durum Dağılımı 26

Şekil 7. Meslek Dağılımı 26

Şekil 8. Başvuru Nedeni Dağılımı 27

Şekil 9. Başvuru Sıklığı Dağılımı 27

Şekil 10. Memnuniyet Düzeyinin Değerlendirilmesi 42

KISALTMALAR DİZİNİ

ARK. : Arkadaşları

CARE : *The Consultation and Relational Empathy*

CARE : Görüşme ve İlişkisel Empati

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EUROPEP : *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care*

EURACT : *European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine*

MR : Manyetik Rezonans

PCAS : *Primary Care Assessment Survey*

PCAS : Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği

ORT. : Ortalama

SS : Standart Sapma

TDK : Türk Dil Kurumu

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve birikimlerini paylaşan bizlere yeni ufuklar açan değerli tez danışmanı hocam, Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Eğitim sürecinde yol gösteren Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Kenan TAŞTAN, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR, Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN'a,

Bugünlere gelmemde emeği büyük, her şey için minnettar olduğum annem ve babam Birgül ve Halis ŞAKİROĞLU ve kocaman aileme,

İyi ve kötü günde her zaman yanımda olan biricik eşim Hatice Ela ÇAKMAK ŞAKİROĞLU'na,

Her konuda fikirlerine değer verdiğim kıymetli abim Mehmet Akif NAS'a

Bu güne kadar eğitimimde emek vermiş bütün öğretmenlerime,

Uzmanlık eğitimim sırasında tababet ve insanlık adına bir şeyler öğrendiğim herkese ve her şeye

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Furkan ŞAKİROĞLU

ÖZET

Aile Hekimlerinin Görüşme ve İlişkisel Empati Becerisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Giriş ve Amaç: Etkili hasta-hekim iletişiminin sağlık hizmeti, hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumu, tedavi başarısı, hekimlerdeki tükenmişlik durumu üzerine pozitif katkıları olduğu gösterilmiştir. Empati, etkili bir hasta-hekim iletişiminin önemli bir parçasıdır. Aile hekimlerinin empatik görüşme yapabilmesi verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyebilir. CARE ölçeği hastaların hekimlerinden algıladığı empati düzeyini ölçmektedir. PCAS ise birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti yedi alt boyutta (ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, hizmet memnuniyeti, hekimin kişisel yaklaşımı ve güven) ölçmektedir. Bu çalışmada aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı hastalar ile yapılan kesitsel özellikte bir araştırmadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri alınıp; PCAS ve CARE ölçeklerini doldurmaları sağlandı. Sosyodemografik veri formu ile yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, başvuru nedeni, başvuru sıklığı, kayıtlı olunan süre, bekleme süresi verileri toplandı. PCAS ve CARE ölçeği yedi boyutunun puanları hesaplandı. Çalışmadan elde edilen verilerin analizleri SPSS 22 programı kullanılarak yapıldı. Student-t testi, ANOVA testi, Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B testi, Pearson korelasyon testi, ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 341 gönüllü katıldı. Yaş ortalamaları 35,2±14,3 yıldı. Katılımcıların %67,2'si (n=229) kadındı. CARE puan ortalaması 38,0±8,9 idi. CARE ölçek puanı ile PCAS boyut puanlarının tamamı ile aralarında pozitif korelasyon tespit edildi. Hekim ile görüşmeden önceki bekleme süresi arttıkça CARE ve PCAS boyutlarının tamamında puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde düştüğü görüldü ($p<0,05$). Ayda bir aile hekimine başvuran katılımcıların yılda bir başvuran

katılımcılara göre PCAS skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada hastalar tarafından algılanan aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisi ile hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında ilişki olduğu görüldü. Hastaların bekleme süresi arttıkça memnuniyet düzeyi ve algılanan empati düzeyi azalmakta idi. Ayda bir aile sağlığı merkezine başvuranların yılda bir başvuranlara göre daha memnun olduğu görüldü. Buna göre hekimlerin empati düzeyini artıracak eğitimlerden geçmesi, randevulu hasta kabulü yapılarak bekleme sürelerinin kısaltılması ve sürekliliğin sağlanması birinci basamak sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: empati, hasta memnuniyeti, aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetleri

ABSTRACT

The Effect of Family Physicians' Consultation and Relational Empathy Skills on the Level of Satisfaction with Primary Health Care

Background and Aim: It has been shown that effective patient-physician communication has positive contributions on healthcare, patient satisfaction, patient compliance, treatment success, and the state of burnout in physicians. Empathy is an important part of effective patient-physician communication. The ability of family physicians to have empathic consultation may affect the satisfaction with the health services provided. The CARE scale measures the empathy that patients perceive from their physicians. The PCAS measures satisfaction with primary health care services in seven sub-dimensions (accessibility, continuity, inclusiveness, coordination, service satisfaction, physician's personal approach and trust). In this study, it was aimed to investigate the effect of family physicians' consultation and relational empathy skills on the level of satisfaction with primary health care services.

Methods: This study is a cross-sectional study conducted with patients enrolled in Education Family Health Centers affiliated to Atatürk University Department of Family Medicine. Participants were made to fill in the sociodemographic data form, CARE scale and PCAS. With the sociodemographic data form, data on age, gender, profession, education level, marital status, application reason, application frequency, registered time, and waiting time were collected. Scores of seven dimensions of the CARE scale and PCAS were calculated. The data obtained from the study were analyzed using the SPSS 22 program. Student-t test, ANOVA test, Tukey's B test, Pearson correlation test, chi-square test were used in Post Hoc comparisons. Significance level was accepted as $p<0,05$.

Results: 341 volunteers participated in the study. Their average age is 35,2 ± 14,3 years. 67,2% of the participants (n=229) are women. The mean CARE score was 38,0 ± 8,9. A positive correlation was found between the CARE scale score and all the PCAS dimension scores. As the waiting time before the consultation with the physician increased, it was observed that the mean scores in all CARE and PCAS

dimensions decreased significantly ($p<0.05$). It was found that the PCAS scores of the participants who applied to the family physician once a month were statistically significantly higher than the participants who applied once a year ($p<0.05$).

Conclusion: In this study, it was observed that there was a relationship between the consultation and relational empathy skills of family physicians perceived by the patients and the level of satisfaction of the patients with primary health care services. As the waiting time of the patients increased, the level of satisfaction and perceived empathy decreased. Participants who apply to the family health center once a month are more satisfied than the participants who apply once a year. Accordingly, physicians' training to increase their empathy level, shortening the waiting times by making appointment of patients and ensuring continuity will increase satisfaction in primary health care services.

Keywords: empathy, satisfaction of patient, family medicine, primary health care

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İletişim, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından *'Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, komünikasyon'* şeklinde tanımlanmıştır (1). İletişim kelimesi *"communication"* kavramının Türkçe karşılığıdır. Sözcüğün kökenindeki *"communis"* sözcüğü, birçok kişiye ve nesneye ait ortaklaşa gerçekleştirilen anlamındadır (2).

Hasta hekim ilişkisi sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunmaktadır ve bu ilişkinin en önemli komponenti etkili iletişimdir. Etkili hasta-hekim iletişiminin sağlık hizmeti, hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumu, tedavi başarısı, hekimlerdeki tükenmişlik durumu üzerine pozitif katkıları olduğu gösterilmiştir (3). Her hekim gibi aile hekimlerinin de sahip olması gereken temel becerilerden biri etkili iletişim kurabilmektir. Aile hekimleri; kendisine başvuran kişilerin kaygı ve isteklerini dinlemekte, anlamakta, tıbbi durumuyla ilgili gerekli açıklamayı yapmakta, hastasının güvenini kazanarak sağlıkla ilgili öz yönetim becerisi artırmakta ve sağlığıyla ilgili kararlara katılım göstermesinde etkili olmaktadır (4).

Empati, etkili bir hasta-hekim iletişiminin önemli bir parçasıdır. Empati, TDK tarafından *'duygudaşlık'* olarak ifade edilmiştir (1). Başka bir tanımlamada empati, bir kişinin kendini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakması ve o kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve bu durumu iletme sürecidir (5). Empatik duyarlılık, tıp eğitimi sırasında öğretilmesi gereken bilgi, beceri ve tutumların entegrasyonunu gerektirir ve mezuniyet sonrası eğitimler ile geliştirmeye devam edilmelidir (6). Empatinin fizyolojik araştırması ayna nöronların keşfi ile başlamıştır. Ayna nöronlar sayesinde taklit ettiğimiz ve bir sonraki harekete hazırlanmayı gerçekleştirdiğimiz gösterilmiştir. Empati ile ilişkili beyin alanlarının amigdala, parasingulat korteks, ön-arka singulat korteks olduğu ve bilateral amigdala hasarında empatinin bozulduğu gösterilmiştir. Bu sebeplerden empatinin nöral bağlantısı olduğu düşünülmektedir (7).

Hekimlerin empatisini değerlendiren araştırmalar, tanımlama konusunda farklılıklar olması ve objektif ölçüm yapacak araç eksikliği nedeniyle azdır (3). Son yıllarda hem dünyada hem ülkemizde empatiye yönelik çalışmalar artmış ve yeni

ölçüm araçları geliştirilmiştir. Empatinin değerlendirilmesinde öz bildirim ölçekleri, gözlemci derecelendirmeleri, insan yüzlerini doğru adlandırma, oluşturulan senaryolara verilen empatik yanıtın fizyolojik açıdan ele alınması gibi yöntemler kullanılmaktadır (8). En sık kullanılan ve daha kullanışlı olan yöntem öz bildirim ve gözlemci derecelendirme ölçekleridir. Bunlardan uluslararası kabul gören ve ülkemizde de geçerlik-güvenirlik araştırması yapılmış gözlemci derecelendirmesi niteliğindeki Türkçe olarak Görüşme ve İlişkisel Empati Ölçeği olarak düzenlenen *'The Consultation and Relational Empathy'*(CARE) en sık kullanılanlardandır (9, 10).

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim becerisi ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir. Hekimler, hastaların endişelerini ortaya çıkarmalı, hastaları dinlemeli ve sağlıkla ilgili karar alma sürecinde aktif katılımı teşvik etmelidir. Zayıf iletişim, hekimin önerisine uymamanın yaygın bir nedenidir. Hastalar verilen bilgileri anlamamış olabilir veya öneri ile çelişen ancak hekim tarafından ortaya çıkarılamayan inançlara sahip olabilir. Hastaların bireysel özellikleri, sosyal ve kültürel ortamı tanınmalı ve anlaşılmalıdır (11). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkin hasta-hekim iletişimi diğer basamaklara göre daha önemli bir yer tutar. Aile hekimlerinin iletişim becerileri içinde empatik görüşme yapabilmesi verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyebilir.

Bu çalışmada aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin hastalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır. Araştırmamızda hekimlerin empati beceri düzeyinin hastalar tarafından nasıl algılandığının ölçülmesi, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi ve empati ile ilişkisini öğrenmek amaçlanmıştır. Bu araştırmadan hasta-hekim iletişiminin geliştirilmesi için farklı açılardan öneriler sunması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İletişim

2.1.1. İletişimin Tanımı ve Unsurları

Canlılar yaşama hazırlanmak, diğer canlıları anlamak, doğru olanı bulmak için iletişim kanalını kullanır. İnsanı diğer canlılardan ayıran ve biyolojik özelliklerinden ziyade toplumsal özellikleriyle öne çıkaran gelişmiş iletişimidir (12). İletişim, TDK tarafından *'Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, komünikasyon'* şeklinde tanımlanmıştır (1). Latince *'communicatio'* kelimesinden köken alan ve İngilizcedeki *'communication'* kavramının karşılığı olan iletişimin çok sayıda tanımı yapılmıştır (2). İletişim, bilgilerin sözel veya sözel olmayan şekilde iletilmesi, alışverişi, insanların diğerlerini anlaması, ortak hareket edebilmek için gerekli olan etkileşim, diğer insanları tesiri altına almak için bilgi aktarımı iletilerin değiş-tokuşu olarak tanımlanabilmektedir. Bunlardan birçoğunun ortak noktası kendilik ve öteki olarak adlandırılan gönderici ve alıcının olmasıdır. Bu alıcı ve verici arasında bir mesajın anlatılması ve anlaşılması olarak belirtilen bir uzlaşmanın tasarlanmasıdır (13). Bahsedilen alıcı ve verici arasında paylaşılan bir ileti mevcuttur. İletiyi veren kaynak, alan ise hedef olarak adlandırılmıştır. İletişimin tamamlanması için hedef ve kaynak iletiyi aynı şekilde anlamlandırmalıdır (2). Kaynaktan bir kanal aracılığıyla iletinin hedefe ulaşması ve hedeften de bir geri bildirim alınması ile meydana gelen ve tekrarlayan bir süreç olarak tarif edilip iletişim süreci olarak adlandırılmıştır (14) (Şekil 1).

İletişim sürecini oluşturan temel unsurlar; kaynak, hedef, kanal, ileti (mesaj), geri bildirim olarak sınıflandırılmaktadır.

2.1.1.1. Kaynak

İletinin bir kanal aracılığıyla hedefe ulaşması için iletişim sürecini başlatan unsurdur. Herhangi bir birey, toplum, grup, kurum, kuruluş kaynak olabilir (15).

2.1.1.2. İleti (Mesaj)

Söz, yazı, beden hareketleri veya başka yollarla kaynak tarafından duygu, düşünce ve bilginin kodlanmış halidir. Kanal kullanılarak hedefe ulaştırılmak istenen anlamdır (16).

2.1.1.3. Hedef

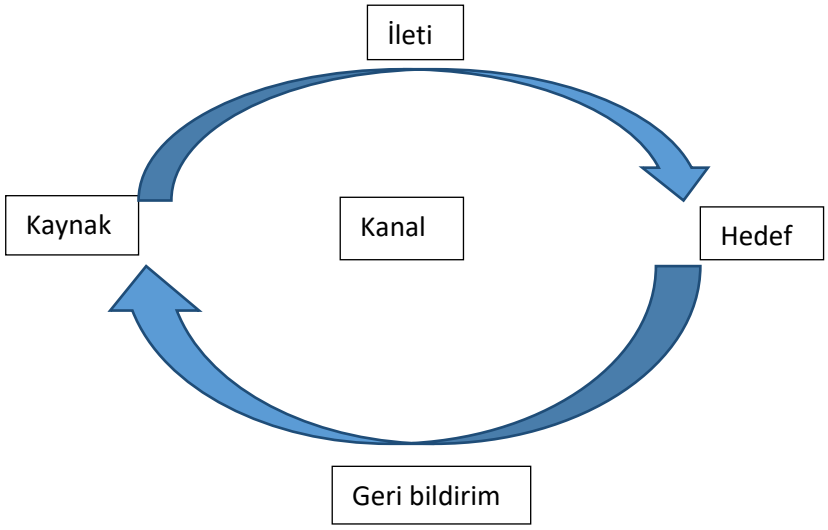
Kaynak tarafından iletinin gönderilmek istendiği bir birey, toplum, grup, kurum veya kuruluştur. İletişimin başarısı için kaynağın planladığı ölçüde iletinin hedefe ulaşması ve geri bildirim oluşturmasıdır (14).

2.1.1.4. Kanal

Kaynağın iletiyi hedefe göndermesini sağlayan yol, yöntem, ortam, araç, gereç, teknik ve hareketlerdir. İletiyi hedefe ulaştırmanın her yoludur. İletişim için kaynak ve hedef özellikleri kadar, uyumlu bir kanal olması da önemlidir (14, 17).

2.1.1.5. Geri Bildirim

Kaynaktan iletinin kanal aracılığıyla hedefe ulaştırılmasından sonra hedefin kaynağa iletisidir. İletişimde iletinin ulaşma, anlaşılma, yorumlanma açısından kontrol mekanizmasıdır (18).



Şekil 1. İletişim Süreci Unsurlar

2.1.2 İletişim Türleri

İletişim mekân, zaman, kanal ve yapı özelliklerine göre sınıflandırılsa da yaygın olarak kanalın özelliğine göre üç grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar sözlü, sözsüz ve yazılı iletişimdir.

2.1.2.1. Sözlü iletişim

Bireyler arasında en yaygın kullanılan iletişim türü sözlü iletişimdir. Bireylerin ses ile ilgili anatomik yapılarında yaptığı istemli hareketlerle oluşturduğu iletinin diğer bireyin işitme mekanizmaları aracılığıyla beyinde ilgili alanlarda anlamlandırılmasıdır (19).

Sözlü iletişim, insanlık tarihinde bir toplum veya bir topluluk içinde kullanılmasıyla gelişim göstererek değer kazanmış ve insanlar tarafından tanınabilir hale gelmiş boğumlu seslerden oluşan bir sistem ile bireylerin karşılıklı anlatım ve anlaşma aracı olmuştur (20). Sağlıklı bir sözlü iletişim için bireyin sahip olması gereken özellikler; uzlaşı yollarını iyi bilmesi, iyi bir dinleyici olup dinlediğini anlayabilmesi, söz sırası almayı becermesi, tonlama ve vurgulamaya hâkim olabilmesi, dili oluşturan sesleri doğru çıkarabilmesi olarak sıralanmıştır (21).

2.1.2.2. Sözsüz İletişim

Kaynak ile hedef arasındaki ileti gönderiminde kanal olarak göz teması, yüz ifadesi, beden hareketi, dokunma, duruş gibi fiziksel hareketlerin kullanıldığı iletişim türüdür (22). Söz dışı ileti gönderme yöntemi olan sözsüz iletişim duyguların birincil iletim yöntemidir. İstem dışı olduğu ve duyguları daha açık ifade ettiği için diğer iletişim türlerinden daha dürüsttür. İletişimde ilk intibahın oluşmasında önemli yeri vardır (23). İletişimde sözcükler %10, ses tonu %30, beden dili %60 oranında etkili olmaktadır (24). İletişimin çok büyük bir kısmı sözsüz iletişim ile sağlanmaktadır (25).

2.1.2.3. Yazılı İletişim

Kaynak ile hedef arasındaki ileti gönderiminde kanal olarak yazının kullanıldığı iletişim türüdür. Mektup, not kağıtları, bülten, elektronik posta, gazete,

kitap, kısa mesaj, bildiri, broşür, yıllık, makale, tutanak ve iletişim teknoloji araçları yazılı iletişimde kullanılabilir (26). Sözlü iletişimin birer parçası olabilen bulunan beden dili, ses tonu, vurgulama özellikleri ve anında geri bildirim alma imkânı yazılı iletişimde bulunmamaktadır. Yazılı iletişim açık, kapsamlı, kesin ifadeler içeren, uzun, tekrar değerlendirilebilen, üzerinde çalışılabilen kalıcı bir iletişim türüdür. Birbirinden uzakta birçok hedef ile aynı anda iletişim kurmak için ideal yöntemdir (27).

2.1.3. İletişim Becerileri

İletişim becerileri doğru ve etkili bir iletişimin gerçekleşmesi için kaynak ve hedefin sahip olması gereken yetkinlik olarak tanımlanmıştır. Kaynağın iletiyi doğru bir şekilde kodlaması ve uygun bir kanal seçmesi, hedefin ise iletiyi doğru anlamlandırarak uygun geri bildirimde bulunması iletişimin kalitesi için önemlidir (28). İletişim becerileri zihinsel, duygusal, davranışsal beceriler olarak üç grupta toplanmıştır. Ayrıca iletişim becerilerinin etkili olabilmesi için altı temel beceriye ihtiyaç vardır. Bunlar etkin konuşma, etkin dinleme, ikna etme ve etkileme, kendini açma, empatik iletişim ve geri bildirimde bulunma becerisidir (29).

2.1.4. Hasta-Hekim İletişimi

Hayatın her yerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de iletişim çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinde hasta ile hekim arasındaki iletişim hastanın sağlığı açısından hayati önem taşımaktadır. Hasta-hekim iletişimi ile tedavi kararı verme, bilgilendirme, iyi ilişkiler kurma ve yönlendirme amaçlanmaktadır (30). Hekimin hastayı çevresiyle beraber bütüncül olarak değerlendirip etkili iletişim süreci ile hastanın endişelerini tespit edip geri bildirimde bulunması beklenmektedir (31).

Hasta-hekim ilişkisi sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunmaktadır ve bu ilişkinin en önemli komponenti etkili iletişimdir. Etkili hasta-hekim iletişiminin sağlık hizmeti, hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumu, tedavi başarısı, hekimlerdeki tükenmişlik durumu üzerine pozitif katkıları olduğu gösterilmiştir (3).

Kaliteli bir iletişim süreci ile hekim tarafından yapılan bilgilendirilmelerin hasta tarafından anlaşıldığından emin olunması önemlidir. Bilgilendirmenin ardından

karar verme sürecinde hekim ile birlikte sorumluluğun paylaşılması son zamanlarda en çok benimsenen ve önerilen hasta-hekim iletişimi yaklaşımıdır (32).

2.1.5. Hasta-Hekim İletişim Modelleri

Hasta-hekim iletişim modelleri tarihsel süreçte gelişim ve değişim göstermiştir. Bunların başlangıcı niteliğinde olan Parsons'un hasta-hekim ilişkisi modeli hastanın olabildiğince hızlı bir şekilde iyileşmesi, sistemin sürekliliği ve bütünlüğü için hastanın toplumdaki görevini yerine getirebilecek bir hale gelmesini amaçlamaktadır (33). Hekim sağlık konusunda bilgi sahibi olduğu için hasta-hekim ilişkisinde otoriter konumda görülmüştür (34). Parsons'un modelinden temel alarak birçok hasta-hekim iletişim modeli geliştirilmiştir. Szasz-Hollender, Hayes-Bautista, Byrne-Long, Waitzkin ve Stoecke, Freidson ve E. Emanuel bunların en çok bilinenleridir (35).

Szasz-Hollender, hasta-hekim ilişkisinin sağlık sorununun içeriğine göre üç farklı modeli olduğunu belirtmiştir (36). Acil bir durum olduğunda hasta pasif konumdayken hekim aktif olarak bütün kararları alır. Hekim karar alırken hastanın iyiliğini gözetir. İkinci modelde ise hekim hastaya ne yapacağını bildiren bir rehber gibi hastaya yol göstererek hastanın iyileşme sürecinde rehber olarak rol alır. Üçüncü model ise kronik hastalıkların kontrolünde hasta ve hekimin sürece eşit düzeyde katıldığı beraber karar aldığı eşitlikçi modeldir (37).

Hayes-Bautista, hekim ve hastanın eşit katıldığı ve paylaştığı bir iletişimi önermiştir. Hasta tedaviden fayda görmediğinde tedaviyi kendisi sonlandırıp, hekiminden yeni tedavi talep edebilmektedir (37).

Byrne-Long, hasta merkezli ve hekim merkezli iki farklı model sunmaktadır. Hasta merkezli modelde hasta teşhis ve tedavi sürecine aktif olarak katılır ve kararlarda etkili olur. Hekim merkezli modelde ise hekim zamanı iyi kullanmalıdır. Hekim zaman kaybının önüne geçmek için hastayı dâhil etme sürecinde inisiyatif almalıdır. Hekimin hastayı tanı ve tedavi sürecine aktif olarak dâhil etmesi, her aşamada ona söz hakkı vermesi esas tedaviyi geciktirecek hatta engelleyecektir (38).

Waitzkin ve Stoecke modelinde hekimin mutlak egemen olduğu, tüm kararları tek başına vereceği, hastanın ise sadece kendisinden bilgi alınma rolü olduğu savunulmuştur (39).

Freidson ve E. Emanuel modeli ise en çok benimsenen ve kendisinden sonrakiler için temel alınan model olarak dikkat çekmektedir. Emanuel'in amacı farklı hasta-hekim iletişim tipleri oluşturarak ideal iletişimi bulmak olmuştur. Hasta-hekim iletişimini paternalistik (ataerkil), bilgilendirici, yorumlayıcı ve görüşmeci olmak üzere dört tipte sınıflandırmıştır. Emanuel farklı durumlarla karşılaşıldığında farklı yöntemlerin kullanılmasını önermektedir. Her yöntem ancak uygun durumda kullanıldığında doğru (etkili) iletişimin sağlanabileceğini savunmaktadır (31).

2.1.5.1. Paternalistik (Ataerkil) Model

Paternal kelimesiyle anlatılmak istenen, eski çağlardaki baba figürüdür. Baba-oğul veya usta-çırak ilişkisinde olduğu gibi tüm hâkimiyet babada veya ustadadır. Bu modelde mutlak otorite hekimdir. Hasta hekimin aldığı kararları uygulamak durumundadır. Eski çağlardaki tek hasta-hekim ilişkisi bu modeldir. Günümüzde kullanılması çok mümkün değil diye düşünülse de tamamen yok saymak mümkün değildir. Hasta için acil bir durum söz konusu olduğunda hasta karar veremeyecek bir durumdayken hekimin onun için en doğru ve objektif kararı vereceğini öngörmektedir (31).

2.1.5.2. Bilgilendirici Model

Bilgilendirici modelde hekim hastalıkla ilgili tüm bilgileri hastaya verir. Hastanın bu bilgiler ışığında bir karar vermesi beklenir. Hekim verilen karar doğrultusunda bilgi ve becerilerini kullanır. Bu modelde hasta ve hekimin değerleri arasında net bir ayrım vardır. Hasta alacağı tedaviyi kendi değerlerine göre seçer. Hasta ile hekimin düşüncelerinin uzlaşması gerekmektedir (31).

2.1.5.3. Yorumlayıcı Model

Yorumlayıcı modelde hekim hastanın ne istediğini, değerlerini, düşüncelerini ortaya koyar. Hekim hastalıkla ilgili tüm bilgileri hastaya iletir. Hastanın değerlerini ve isteklerini de öğrenir. Karar verme aşamasında hastayı yalnız bırakmaz ve sürece

dâhil olur. Kararı veren yine hastadır ancak bu süreçte hekim hastaya yardım eder (31, 40).

2.1.5.4 Görüşmeci Model

Görüşmeci modelde hekim hastalık hakkında bilgileri önem sırasına göre iletir. Hastanın değer ve isteklerini öğrenir. Hasta için en uygun kararı belirler ve bu karar için baskı ve zorlama olmadan hastayı ikna etmeye çalışır. Bu modelin eksik kaldığı nokta ise kararın hastanın değerlerine göre alınması konusundaki tereddüttür (31, 32).

2.1.6. Aile Hekimliğinde İletişim

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri birincil bakım yönetimi, birey merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum yönelimi ve bütüncül yaklaşım olarak sınıflandırılmıştır (41).

Birinci basamak yönetiminde hastalarla ilk teması yönetmek, birey merkezli bakımda hasta ile etkili bir iletişim kurarak öncelikleri belirleyip ortak hareket etmek, özgün problem çözme becerisinde anamnez, fizik muayene ve tetkikler ile amaca yönelik bilgi toplamak, kapsamlı yaklaşımda hastanın birden fazla hastalığının, akut ve kronik durumların yönetimi, toplum yöneliminde bireyin ve toplumun sağlık gereksinimleri arasındaki dengeyi kurmak, bütüncül yaklaşımda bireyi bilişsel duygusal sosyal kültürel açıdan değerlendirebilmek etkin bir iletişim ile mümkündür (42). Dolayısıyla aile hekimliğinin sahip olması gereken bilgi, beceri ve donanımlarının en önemlilerinden birisi etkili iletişimdir. Aile hekimliğinin kişi merkezli bakım, kapsamlı yaklaşım, özgün problem çözme becerisi çekirdek yeterliliğini sağlaması için en önemli unsur iletişimdir (43).

Aile hekimliği yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin sağlık hizmeti sunduğu için sağlık sisteminin giriş noktasında bulunmaktadır (44). Aile hekimlerinden beklenen hastaların problem, istek, kaygısını dinlemek, anlamak ve doğru önerilerde bulunmak, yerinde yönlendirmeler yaparak doğru sağlık hizmeti almasına sebep olmaktır. İletişim becerisi eğitim sonucu elde edildiği için tıp fakültesi eğitiminde yer

verilmektedir. Bu konuda hekimler becerilerini geliştirmek için özen göstermelidir (45).

European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT) aile hekimliği disiplinin eğitim öğretim alanına odaklanmıştır. Yayınladığı ajandada aile hekimlerinin sahip olması gereken iletişim becerisinin en önemli bileşenlerden biri olduğunu defalarca vurgulamıştır (46).

2.2. Empati

2.2.1. Empatinin Tanımı

Empati TDK'de *'duygudaşlık'* olarak tanımlanmıştır (1). Yunanca en- (iç, içine, içinde) -patheia (duygu acı hissetme anlama) kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur (47). Sigmund Freud'un teknik bir terim olarak kullanıldığı *'einfühlung'* kelimesinden 1930'da İngilizce diline *'empathy'* olarak çevrilmiştir. Empati için birçok tanım bulunmaktadır. Bu tanımların ortak özelliği duygusal ve bilişsel bir iletişim süreci ve sürecin tamamlandığına dair geri bildirimden oluşur (48). Başka bir bireyin bakış açısından dünyayı görebilme, onun yaşadıklarını içten hissedebilme yeteneği gibi çeşitli tanımlar bulunmaktadır (49). Bunlardan en kabul göreni ise 'Bir insanın, kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve ona iletmesi' şeklindedir (50). Empati insandaki ahlaki ve sosyal süreçlerin temelini oluşturur.

2.2.2. Empatinin Nörobiyolojisi

Empati insanlar kadar gelişmiş olmamasına rağmen hayvanlarda da vardır. Sosyal yapıların oluşması ve gelişmesi açısından hayvanlar için de önemli bir kazanımdır. Hayvanlar aleminde yavrularının bakımını daha detaylı yapan memelilerde empati özellikle dikkat çekmektedir (51). Memeli hayvanlarda duyguları tanıma, duyguların bireylere bulaşması, alturizm ve teselli davranışının görülmesi empatinin göstergeleri olarak değerlendirilmiştir (52). Empatinin görüntüleme ve lezyon çalışmaları sonucunda empati ile ilgili alanlar ventromedial prefrontal korteks, anterior singulat koteks, anterior insula, amigdala ve ayna nöronlar olarak tespit edilmiştir (53). Hormon ve nörotransmitter özelliği olan

oksitosinin empati üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir (54). Doğumdan önce ve sonra düzeyi artan oksitosinin diğer etkilerinin dışında anne bebek arasındaki empatiye sebep olduğu ve bebek bakımına olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Bebek bakımında görev alan, çocuklarla sık temas eden babalarda da oksitosin düzeyinin arttığı saptamıştır (55). Davranışların öğrenilmesi taklit edilmesi ve bunun için yapılan gözlem sırasında ayna nöronlar görev almaktadır. Dolayısıyla ayna nöronlar aracılığıyla da empatinin sağlandığı düşünülmektedir (56).

Empatinin kişiden kişiye değişiklik göstermekle birlikte kişinin o anki durumuna ve karşıdaki kişinin durumuna göre değişiklik gösterdiği belirtilmiştir. Kognitif yüklenmeler, stres, yorgunluk, aşırı meşguliyet, açlık, hastalıklar, madde etkisi altında olmak empatiyi olumsuz yönde etkilemektedir (57, 58). Suçluluk duygusunun ise tamir etme motivasyonuna bağlı olarak empatiyi olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (59). İnsanlara yakınlarının ve tanımadıklarının ağrı duyarken çekilen fotoğrafları gösterildiğinde empati ile ilişkili beyin alanlarında sinyal artışının farklı düzeylerde olduğu tespit edilmiştir (60). Bu durum psikolojide akraba kayırma olarak sınıflandırılmıştır. İnsanların bir paydada birleştiği insanlara karşı daha empatik olduğu, empatinin yönünü diğer gruba çevirmenin adalet duygusu ile olabileceği belirtilmiştir. Sosyal statü farklılığının da empati düzeyinde etkili olduğu, hedef statüdeki insanlarla daha az empati kurulduğu gösterilmiştir (60).

2.2.3. Empatinin Bileşenleri

Empatinin bileşenleri hakkında farklı görüşler bulunmaktadır. Duygusal ve bilişsel bileşenleri hakkında çok sayıda sınıflandırma mevcuttur. Bu iki bileşeni içeren ve diğerlerinden daha kapsamlı ve daha yaygın kullanılan sınıflandırma dört unsurdan oluşmaktadır. Bunlar algısal, bilişsel, duygusal, bildirimsel bileşenlerdir (61).

Algısal bileşen empati sürecinin ilk basamağıdır. Empati kuracak kişi karşı tarafın sözleri, beden dilini, ses tonunu ve iletişim sürecinde kullanabileceği tüm faktörleri gözlemleyerek bilgi toplamasıdır (62).

Bilişsel bileşen bir önceki süreçte dikkat ve düşünme temelli gözlemler sonucu elde edilen bilgidir. Karşıdaki bireyin duygularını yaşamadan onun duygu ve düşüncelerini anlayabilme yeteneğidir (63).

Duygusal bileşen kendini karşıdaki bireyin yerine koyarak duygularını hissetme ve paylaşma becerisidir (64).

Bildirimsel bileşen karşıdaki bireyin duygularının hissedildiğini ve düşüncelerinin anlaşıldığını iletmektir. Bu bileşen olmadığında bilişsel ve duygusal bileşenler ne kadar başarılı olursa olsun empati süreci tamamlanmamış olacaktır (65).

2.2.4. Empati Etkinliği

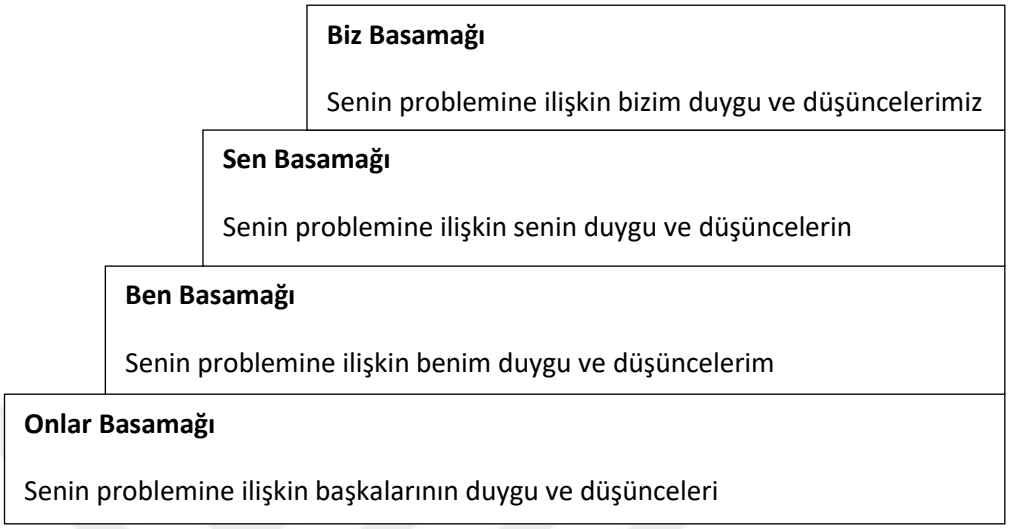
Empatinin etkinliğinin hem uluslararası hem ulusal birçok sınıflandırması yapılmıştır. Bunlardan ülkemizde en çok kabul gören Dökmen'in çalışmasıdır. Dökmen tarafından en az etkili olandan en etkili olana doğru dört basamaktan oluşan aşamalı empati sınıflaması yapılmıştır (Şekil 2). Bu sınıflandırma yapılırken iletişim sürecindeki geri bildirimin içeriği esas alınmıştır. Üst basamaklara çıktıkça empatinin etkinliği artmaktadır (66).

Çalışmaya göre onlar basamağı empatinin ilk ve en alt basamağıdır ve bu basamakta kaynağın problemi anlaşılmaya çalışılmaz. Hedef geribildirim olarak kendi duygu düşüncelerini paylaşmaz. Orada olmayan üçüncü şahısların duygu düşünceleri geri bildirim olarak kullanılır. Toplumun yargılarını taşıyan deyim, atasözleri, sloganlar sık kullanılır.

Ben basamağında kaynağın problemi üzerine hedef kendi duygu ve düşüncelerini paylaşır. Kaynağın duygu ve düşünceleriyle ilgilenmez. Ona akıl verir, onu eleştirir, ayaküstü çözümler sunmaya çalışır.

Sen basamağında hedef kendisini kaynağın yerine koyarak onun duygu ve düşüncelerini anlamayı başarır. Onun duygu ve düşüncelerini geribildirim olarak kullanır. Empati etkinliği iletişim kalitesi için ideal düzeydedir.

Biz basamağında hedef ve kaynak daha önceden sen basamağında yeterince iletişim kurmuştur. Artık birbirlerinin problemler ve olaylar karşısındaki duygu ve düşüncelerini tahmin ederler (66).



Şekil 2. Empati Basamakları

2.2.5. Empati Ölçüm Yöntemleri

Empati ölçümü için yapılan insan çalışmaları duygu tanıma testleri, ölçekler, empatiyi gösteren senaryolar, empatiyi dolaylı gösteren oyunlar, görüntüleme çalışmaları, oksitosin gibi nörotransmitter çalışmaları olarak belirtilebilir (67, 68). Gözlerden duyguları anlama testinde dört farklı göz fotoğrafı gösterilmesi sonucunda bireyin hissettiği duygu suçluluk, utanma, kaygı, hayal kurma açısından değerlendirilir (68). Empatiyi gösteren senaryolardan vagon ikilemlerini içeren *'trolley dilemma'* en yaygın örneklerindendir. Empatiyi gösteren oyunlara örnek olarak diktatör oyunu ve ultimatom oyunu örnek gösterilebilir (69). Emosyonel görseller, senaryolar aktarılırken bireylerin Manyetik Rezonans (MR) görüntülemeleri yapılmıştır. Empati ile ilişkili beyin alanlarının ventromedial prefrontal korteks, anterior singulat koteks, anterior insula, amigdala olduğu ve bilateral amigdala hasarında empatinin bozulduğu gösterilmiştir (7, 53). Empati ölçümü yöntemlerinden görüntüleme yöntemleri en objektif olanıdır. Ancak kolay uygulanabilir bir yöntem değildir. Daha subjektif bir yöntem olmasına rağmen kolay uygulanabilirliği nedeniyle ölçekler empatik iletişim becerisi ölçümünde daha yaygın kullanılmaktadır. Öz bildirim ve gözlemci derecelendirmesi tarzında ölçekler

bulunmaktadır. Bireyin kendi empatik beceri düzeyi hakkındaki beyanını esas alan ölçekler öz bildirim ölçekleridir. Birey ile görüşen veya onu tanıyan biri tarafından empatik beceri düzeyi ölçenler ise gözlemci derecelendirmesi ölçekleridir (70). Uluslararası kabul gören öz bildirim ölçeği niteliğindeki Jefferson Hekim Empati Ölçeği, Toronto Empati Ölçeği, Temel Empati Skalası ve gözlemci derecelendirmesi niteliğindeki Jefferson Empati Ölçeği Türkçe Görüşme ve İlişkisel Empati Ölçeği olarak düzenlenen CARE ölçeği en sık kullanılanlardandır.

2.2.6. Aile Hekimliğinde Empatik İletişim Becerisi

Hekimlerde empatik iletişim becerisi hastanın problemini, bakış açısını, deneyimlerini bilişsel ve duygusal açıdan anlaması ve böylelikle hastaya geri bildirimde bulunarak iletişim sürecini tamamlama yetkinliğidir (9).

Empatik iletişim tıp eğitimi sırasında öğrenilmesi gereken bilgi, beceri ve tutumların entegrasyonunu gerektirir. Mezuniyet sonrası eğitimler ile geliştirmeye devam edilmelidir (6). Tıp eğitiminde empatik iletişim becerisini kazandırmak için fakülteler tarafından iletişim becerileri eğitimi, tıp etiği gibi programlar düzenlenmektedir (64). Bu programlarda empati konusu işlenmesine rağmen ülkemizdeki tıp fakültelerinde doğrudan empati üzerine bir eğitim bulunmamaktadır.

Gelişen teknoloji ile hastalar hakkındaki objektif veriler (görüntüleme yöntemleri, tanı testleri, ölçümler vb.) kolayca elde edilebilmektedir. Ancak subjektif verilerin hastadan alınması iletişim ile mümkündür. İyi bir anamnez hastanın duygu ve düşünceleri anlaşılarak alınabilir. Bunu yapmak için de empati şarttır (71). Aile hekimliğinde hastalar değerlendirilirken anamnez, fizik muayene dışında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin kullandığı birçok tanı, tedavi, araç ve yöntem bulunmamaktadır. Hastalar aile hekimleriyle güvene dayalı bir iletişim kurabilmek için onlardan kendilerine iyi davranmalarını, duygu ve düşüncelerini anlamalarını beklemektedir. Bu sebeplerle iletişimin kalitesi ve bu doğrultuda aile hekimliğinde empati çok önemlidir (72).

2.3. Hasta Memnuniyeti

2.3.1. Hasta, Memnuniyet ve Hasta Memnuniyeti Kavramı

Hasta, TDK'ye göre 'Hastalık, kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse' olarak tanımlanmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık tanımından yola çıkarak bedenen ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik halinin bozulduğu birey olarak tanımlanabilir (73).

Memnuniyet, deneyimler beklentiler ve bu beklentilerin karşılanması olarak tanımlanmıştır (74). Hasta memnuniyeti, her türlü sağlık hizmetinden önce hastanın beklentisinin hizmet aldıktan sonra karşılanma düzeyidir. Yani hastanın beklediği kalite ile algıladığı kaliteyi kıyaslamasıdır (75).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerindeki kalitenin, performansın, başarının bir göstergesidir. Hastanın sağlık hizmeti almaya gelmeden önceki beklentilerinin ne kadarının karşılandığını bilmek, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Hastaların beklentileri öğrenilerek bu beklentinin nasıl karşılanabileceğine dair iyileştirmeler yapılabilir (76).

Hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin temel değerlendirme yöntemidir. Bu şekilde hastaların güveni artacağı ve önerilere uyum düzeyinin yükseleceği giderlerin azaltılmasına olanak sağlayacağı belirtilmiştir (77).

2.3.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

2.3.3.1. Hastayla İlişkili Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen hastayla ilişkili faktörler yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, yerleşim yerinin uzaklığı, hastalığın tanı ve tedavisi olarak sıralanabilir (78). Bazı çalışmalarda yaş ilerledikçe hastaların memnuniyet düzeyinin arttığı küçük yaşlarda beklentinin az olduğu gösterilmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe beklentinin artması nedeniyle memnuniyet düzeyinin azaldığı gösterilmiştir.

2.3.3.2. Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Faktörler

Sağlık hizmetleriyle ilişkili faktörler için literatürde farklı sınıflandırmalar yapılmıştır. Birçok sınıflandırmada sağlık hizmetlerinin sahip olduğu çevresel etmenler ve fiziksel şartlarla, sağlık hizmeti veren kişileri farklı sınıflandırdığı görülmüştür (75). Sağlık hizmetlerini değerlendirirken bireyleri içinde bulunduğu çevre ve fiziki şartlarla beraber değerlendirmek aile hekimliği geleneğine de uygundur. Biz de sağlık hizmetleriyle ilişkili faktörleri bu açıdan değerlendirerek; sağlık personeli-hasta iletişimi, bilgilendirme, ulaşılabilirlik, süreklilik, eşgüdüm, kapsayıcılık, kişisel yaklaşım, güven alt başlıkları altında sınıflandırdık.

2.3.3.2.1. Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi

Sağlık çalışanları insanların bedenen ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali için uzmanlık alanları farklı bireylerin bir araya gelmesiyle büyük bir ekipten oluşur. Bu ekip hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, eczacı, paramedik, diğer sağlık personelinden oluşmaktadır (79). Bu ekibe hasta da dâhil olmaktadır. Sağlık hizmeti veren ekipteki her bireyin kişisel özellikleri, hastaya karşı tutumu nezaketi, ilgisi, bilgi ve beceri düzeyi, anlayış göstermesi, bilgilendirmesinin hasta memnuniyeti üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (80).

Hekim-hasta arasında hastanın sağlığının iyileştirilmesi üzerine kurulu tarih boyunca var olan köklü bir iletişim ilişkisi vardır. Hasta memnuniyetinde hekimin bilgi, beceri, düzeyinin, nezaketinin, içten ve yakın davranışlarının, hastanın sağlık sorunlarını etkili ve empatik iletişim yöntemleri kullanarak tespit etmesinin, hastayı doğru ve etkin dinlemesinin, hastanın kaygılarını gidermesinin, yeterli bilgilendirme yapmasının önemi belirtilmiştir (81).

2.3.3.2.2. Bilgilendirme

Hasta sağlık durumu, tanı ve tedavi süreci, yapılacak işlemler, eski sağlığına kavuşup kavuşmayacağı, işlevselliğinin korunması ile ilgili kaygılarla sağlık hizmeti almaktadır. Bu süreçte kaygılarının giderilmesinde başta hekim olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunucuları tarafından yeterince bilgilendirme yapılmasının hastanın kaygı düzeyini azalttığı belirtilmiştir (82).

2.3.3.2.3. Ulaşılabilirlik

Ulaşılabilirlik kapsamlı bir kavramdır. Sağlık kuruluşunun yerleşim yerine uzaklığı, sağlık kuruluşuna telefonla ulaşma, sağlık hizmetleri maliyeti, sağlık hizmetinin verildiği gün ve saatler, sağlık hizmeti alımındaki bürokrasi, otopark bulunması, hastaların ibadet, beslenme, tuvalet ihtiyaçlarını karşılayabileceği fiziksel şartların bulunması gibi konuları içerdiği ve hasta memnuniyetine olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (83, 84).

2.3.3.2.4. Süreklilik

Sağlık hizmetinin bir hekim ve ekibi tarafından kesintisiz verilmesi hekim sürekliliğidir. Bütüncül ve devamlı sağlık hizmetinin zaman içinde kullanılması ise boylamsal süreklilik olarak ifade edilmiştir (85). Tutulan kayıtlar ile bireyin sağlık hizmeti aldığı basamak ile diğer basamaklar arasında iletişim sağlamak kayıt sürekliliği olarak adlandırılmıştır (86). Aile hekimliği disiplini çekirdek yeterlilikleri arasında kişi merkezli bakım başlığı altında sürekliliğin önemi vurgulanmıştır (43). Tıp eğitiminde 'hastalık yoktur, hasta vardır' sözüyle anlatılmak istenen hastanın hekim tarafından tanınması ve hastayı bütüncül değerlendirerek doğru ve etkili sağlık hizmeti sunulmasıdır. Hekimin hastasını daha iyi değerlendirmesi açısından süreklilik hasta için önemli olduğu kadar hekim için de önemlidir.

2.3.3.2.5. Eşgüdüm

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilen hastalar hakkında ilgili hekimlerin bilgi paylaşımı, tanı tedaviden haberdar oluşu, laboratuvar sonuçlarının birinci basamak kayıtlarına iletilmesi olarak tanımlanmıştır (87). Ülkemizde basamaklar arası eşgüdüm büyük ölçüde kişisel sağlık sistemi e-nabız üzerinden sağlanmaktadır.

2.3.3.2.6. Kapsayıcılık

Aile hekimliği disiplini çekirdek yeterliliklerinden birisi de kapsamlı yaklaşım olarak belirtilmiştir (43). Bireyin çok sayıdaki hastalığını akut ve kronik durumlarını aynı anda yönetme, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme sağlık hizmetlerinin aynı anda yürütülmesidir. Birey değerlendirilirken çevresinin,

özgeçmişinin, aile hayatının, inanç ve değerlerinin göz önüne alınmasının kapsamlı yaklaşım için önemi vurgulanmıştır (42).

2.3.3.2.7. Güven

Karşılıklı birbirini anlama, doğruluk dürüstlük ve etkin bir iletişim için güven olmazsa olmaz unsur olarak belirtilmiştir (88). Teknolojinin gelişmesiyle bireylerin bilgiye ulaşması daha kolaylaşmıştır. Hastalar şikâyetleri hakkında daha fazla bilgi sahibi ve daha farklı beklentilerle sağlık hizmeti sunucusuna başvurmaktadır. Bu sebeple hastanın hekime duyduğu güvenin önemi artırmıştır. Hastaların güvendiği hekimin verdiği tavsiyelere ve tedavi yöntemlerine daha fazla uyduğu gösterilmiştir (89). Hastanın hekime duyduğu güven azaldığında o hekimi ve o hekimin görev yaptığı sağlık kuruluşunu tercih etme ihtimalinin azaldığı belirtilmiştir (90).

2.3.4. Hasta Memnuniyeti Ölçümü

Hasta memnuniyeti niteliksel ve niceliksel olarak ölçülebilir. Niteliksel olarak görüşmeler, gözlemlerin görüntü kayıtları, grup görüşmeleri, niceliksel olarak yüz yüze anketler, internet ve teknoloji aracılığıyla yapılan araştırmalar, telefon görüşmeleri, taburculuk anında yapılan değerlendirmeler ölçüm aracı olarak kullanılabilir. Bu yöntemler arasında niceliksel, kolay uygulanabilir, düşük maliyetli olması nedeniyle anketler en çok kullanılan yöntem olmuştur (76). Sadece belirtilen soruların dile getirilmiş olması, soru sayısı az olduğunda elde edilen verinin yetersiz, soru sayısı fazla olduğunda sıkıcı olabilmesi anketlerin kısıtlılıklarındandır (91).

Hasta memnuniyeti ölçümü anketlerinden uluslararası PCAS ve *'European Project on Patient Evaluation of General Practice Care*' (EUROPEP) en çok kullanılanlardır. Ülkemizde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) ve EUROPEP-TR olarak geçerlilik güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca ülkemizde çok sayıda hasta memnuniyeti ölçeği geliştirilmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Saltuklu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Üniversite Kampüs Eğitim Aile Sağlığı Merkezi aile hekimliği birimlerine kayıtlı hastalar üzerinde yapılan kesitsel özellikte bir araştırmadır.

3.2. Örneklem

Araştırmamız planlanırken zaman faktörüne dayalı örneklem hesabı yapıldı. Son bir yılın ortalaması alındığında bir aylık süre içerisinde Saltuklu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Üniversite Kampüs Eğitim Aile Sağlığı Merkezindeki beş birime toplam 2500 hasta başvurmaktaydı. Ortalama başvuru sayısı 2500 ve anlamlılık düzeyi p değeri 0,05 altı kabul edilerek yapılan örneklem hesabına göre çalışmanın 333 hasta ile gerçekleştirilmesi planlandı.

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olmak
- Düşünce içeriğini etkileyecek herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalığı bulunmamak
- Son üç aydır aynı aile sağlığı merkezi birimine kayıtlı olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve onam vermek

3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altında olmak
- Düşünce içeriğini etkileyecek bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalığı bulunmak
- Misafir hasta olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışma öncesinde gönüllülere çalışma hakkında bilgi verildi. Dahil edilme kriterlerini sağlayan katılımcılar çalışmaya alındı. Tüm katılımcılardan

bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı. Yüz yüze anket uygulama tekniği kullanılarak Sosyodemografik Veri Formu, CARE ölçeği ve PCAS doldurmaları sağlandı.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve hastaların tanımlayıcı özelliklerine dair verileri toplamaya uygun dokuz sorudan oluşan bir formdur (Ek 3).

3.3.2. Görüşme ve İlişkisel Empati Ölçeği (CARE)

CARE hastalar tarafından uygulanabilen, hasta-hekim ilişkisinde hasta tarafından algılanan empatiyi ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir (Ek-4). Mercer ve ark. tarafından 2004 yılında Glasgow ve Edinburgh Üniversiteleri Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda geliştirilmiştir (10). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2019'da Bozdemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu için Cronbach alfa değeri 0,943 olarak bulunmuştur. On maddeden oluşan anket soruları bir (kötü) ile beş (mükemmel) arasında puanlanmaktadır. İkiden fazla maddede uygun değil seçeneğinin işaretlendiği anketler geçersiz sayılır. İki ve az sayıda uygun değil olarak işaretlenen maddelere diğer maddelerin ortalaması kadar puan verilir. Toplam puan 10 ile 50 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek empati düzeyine işaret etmektedir (92).

3.3.3. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS)

PCAS hastalar tarafından uygulanabilen yapısal ve hekim-hasta ilişkisi boyutlarıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir (Ek-5). 1998 yılında Safran ve ark. tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston eyaletinde 6094 kişilik bir örnekte uygulanarak geliştirilmiştir (93). Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlik ve güvenirlik çalışması 2007 yılında Manisa'da Eser ve ark. tarafından yapılmıştır. Hiçbir boyuta ait olmayan tarama amaçlı iki soru ile birlikte toplam 51 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşan ölçek, uluslararası geçerlilik çalışmasında yedi boyuta indirgenmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonu için madde boyut karşılaştırılmasında boyutlarla içerdikleri maddeler arasındaki korelasyonlar, ulaşılabilirlik (0.33–0.58), süreklilik (0.50-0.84),

kapsayıcılık (0.40-0.84), eşgüdüm (0.59-0.90), hizmet memnuniyeti (0.67-0.90), hekimin kişisel yaklaşımı (0.92-0.94) ve güven (0.28-0.69) boyutları için yeterli bulunmuştur. İç tutarlılık açısından da Cronbach alfa değerleri ulaşılabilirlik 0,62; süreklilik 0,47; kapsayıcılık 0,56; eşgüdüm 0,84; hizmet memnuniyeti 0,89; hekimin kişisel yakınlığı ve güven: 0,90 olarak bulunmuştur. Olası en düşük ve en yüksek puanlar şöyledir: ulaşılabilirlik (8-48), süreklilik (3-17), kapsayıcılık (5-30), eşgüdüm (3-36), hizmet memnuniyeti (7-42), güven (8-40) (94).

Tablo 1. PCAS Boyutları

Alt Boyutlar	Boyutlar	Soru Sayısı	Özet Boyutlar
1. Finansal ulaşılabilirlik	1.Ulaşılabilirlik	8	1.Yapısal
2. Örgütsel ulaşılabilirlik			
3. Boylamsal süreklilik	2.Süreklilik	3	
4. Hekim temelli süreklilik			
5. Hastanın bütüncül bilgisi	3. Kapsayıcılık	12	
6. Koruyucu hizmetler ve danışmanlık			
7. Eşgüdüm	4. Eşgüdüm	6	
8. İletişim	5.Hizmet memnuniyeti	7	2.Hekim-hasta İlişkisi
9. Fiziksel bakı			
10. Kişisel yaklaşım	6.Kişisel yaklaşım	5	
11. Güven	7.Güven	8	

Ölçek puanı hesaplanırken CONTV1, CONTV2, COMP1, COUN1-COUN7, TRUST1, TRUST3, TRUST5, TRUST6, TRUST8 sorularının skorları ölçeği geliştirenlerin önerileri doğrultusunda düzenlendi. CONTV1-CONTV2, COMP1,

TRUST1, TRUST3, TRUST5, TRUST6, sorularında ters skorlama yapıldı. COUN1-COUN7, TRUST8 soruların skorları yeniden düzenlendi (Tablo 2).

Tablo 2. PCAS Skorları

Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Soru isimleri	En Düşük Puan	En yüksek Puan	Puan Aralığı
Finansal ulaşılabilirlik	2	FIN1-FIN2	2	12	10
Örgütsel ulaşılabilirlik	6	ORG1-ORG6	6	36	30
Boylamsal süreklilik	1	CONTL	1	5	4
Hekim temelli süreklilik	2	**R**CONTV1-**R**CONTV2	2	12	10
Hastanın bütüncül bilgisi	5	**R**COMP1, COMP2-COMP5	5	30	25
Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	7	**C**COUN1-**C**COUN7	-	-	-
Eşgüdüm	6	INTEG1-INTEG6	6	36	30
İletişim	1	EXAM1	1	6	5
Fiziksel bakı	6	COMM1-COMM6	6	36	30
Kişisel yaklaşım	5	INTERP1-INTERP5	5	30	25
Güven	8	**R**TRUST1, **R**TRUST3, **R**TRUST5, **R**TRUST6, TRUST2, TRUST4, TRUST7, **C**TRUST8	8	40	32

*Soru isimleri ölçeği geliştirenlerin orijinal metninden alınmıştır. Alt boyutların İngilizce kısaltmalarından oluşmaktadır. R: Ters skorlama C: Değişik skorlama

Ölçeği geliştirenlerin önerdiği formül [((Alınan puan-En düşük Puan)/ Puan aralığı)x100] ve yukarıdaki veriler kullanılarak boyut puanları her boyut için en düşük 0 en yüksek 100 olacak şekilde dönüştürüldü. Kapsayıcılık puanı hesaplanırken ölçeği geliştirenlerin örnek çalışmasında önerildiği ve Türkçe geçerlilik çalışmasında yapıldığı gibi COUN 1-7 soruları hesaplama dışında bırakıldı.

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ± standart sapma (SS) ve % (n) olarak verildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerde CARE ölçeği ve PCAS puanı açısından karşılaştırmalarda Student-t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B testi kullanıldı. Numerik veriler arasındaki korelasyonun değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi uygulandı. Kategorik veriler için ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

3.5.Etik Kurul İzni

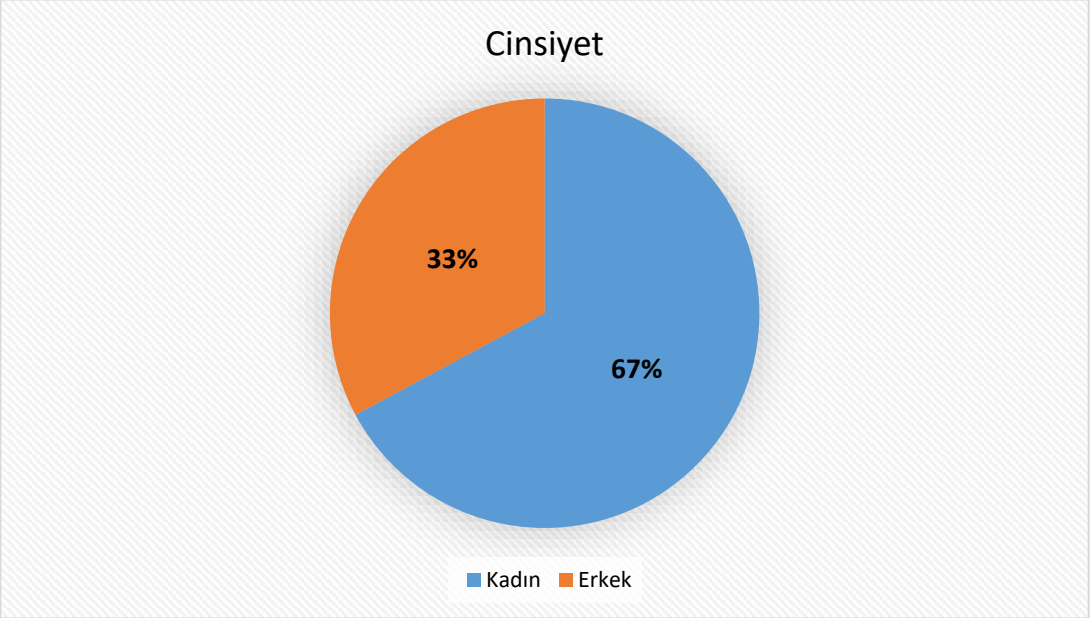
Bu tez çalışmasına başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından izin alındı. Çalışma 04/03/2021 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/73 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

4. BULGULAR

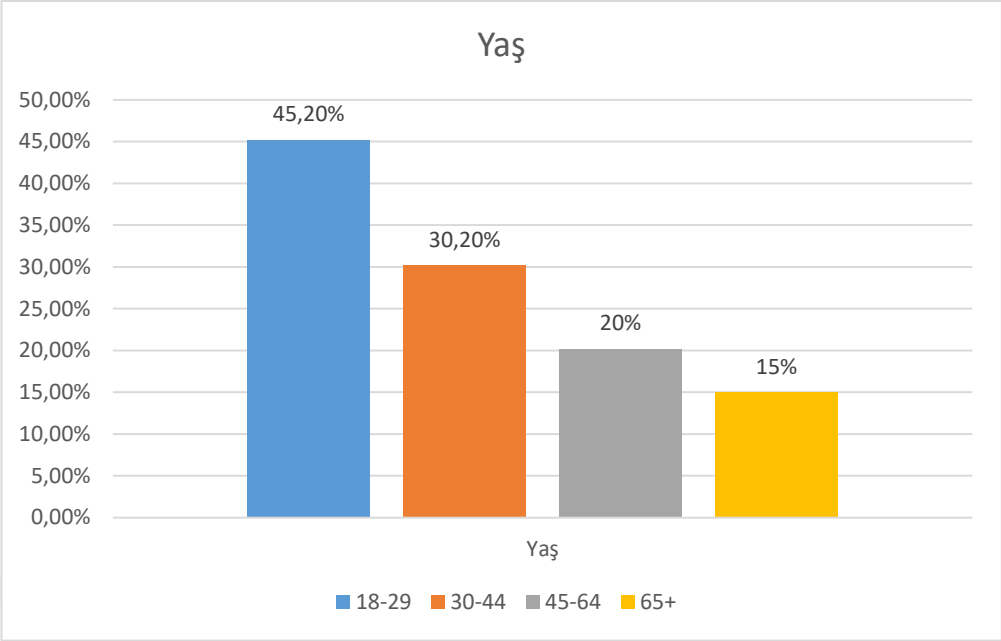
4.1. Sosyodemografik Veri Analizi

Çalışmamıza 402 kişi katıldı. Bunlardan anketleri eksik dolduran 52, CARE ölçeğinde ikiden daha fazla soruya 'soru uygun değil' yanıtı veren 9, toplamda da 61 kişinin verileri analizlere dahil edilmedi. Toplam 341 kişi ile çalışma tamamlandı.

Katılımcının %67,2'si (n=229) kadındı (Şekil 3). Katılımcıların yaş ortalaması 35,2±14,3 yıldı ve çalışmaya katılanların %45,2 (n=154)'si 18-29 yaş aralığında idi. (Şekil 4). Katılımcıların diğer tanımlayıcı özellikleri Tablo 3'de sunulmuştur.

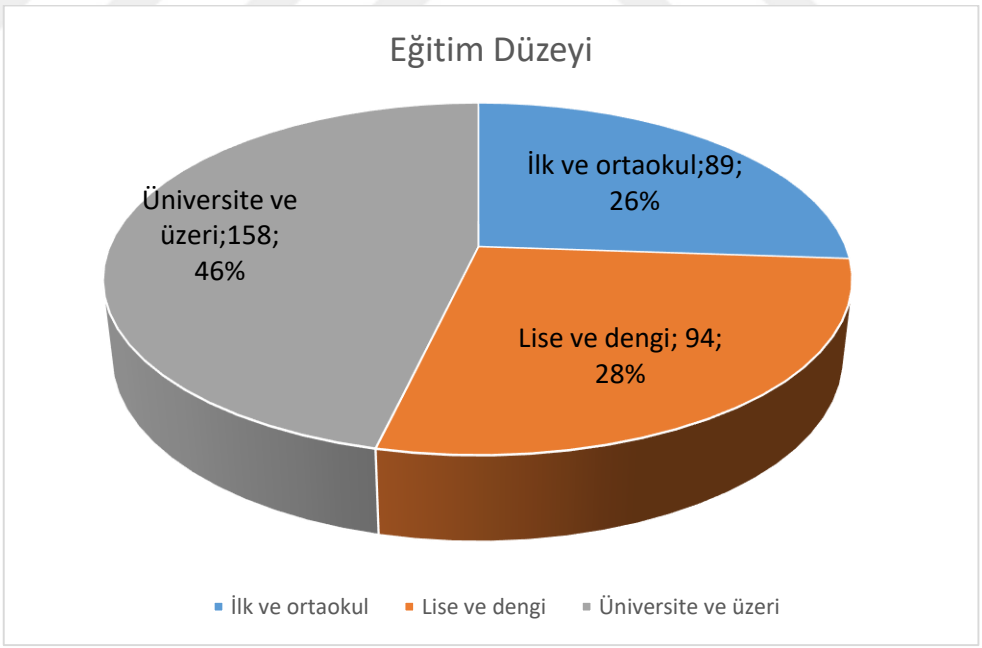


Şekil 3. Cinsiyet Dağılımı

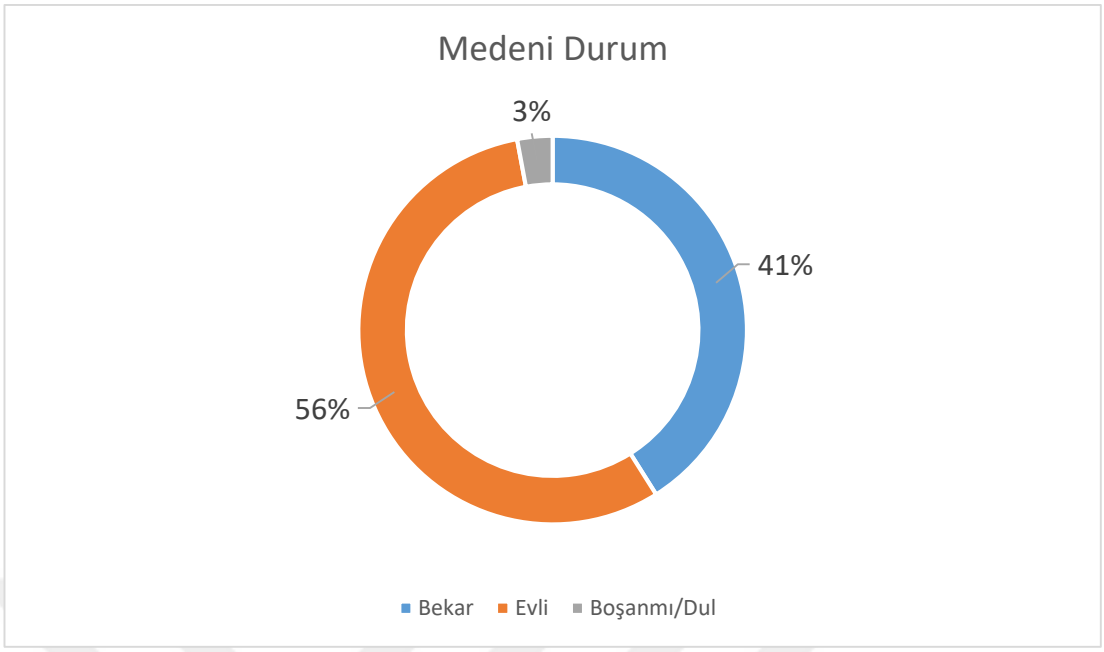


Şekil 4. Yaş Dağılımı

Katılımcıların eğitim düzeyi %26,1 (n=89) ilkokul ve ortaokul, %27,6 (n=94) lise, %46,3 (n=158) üniversite ve üzeri seviyesindedir (Şekil 5). Yüzde 41,1 (n=140) bekar, %56 (n=191) evli, %2,9 (n=10) boşanmış/duldur (Şekil 6).

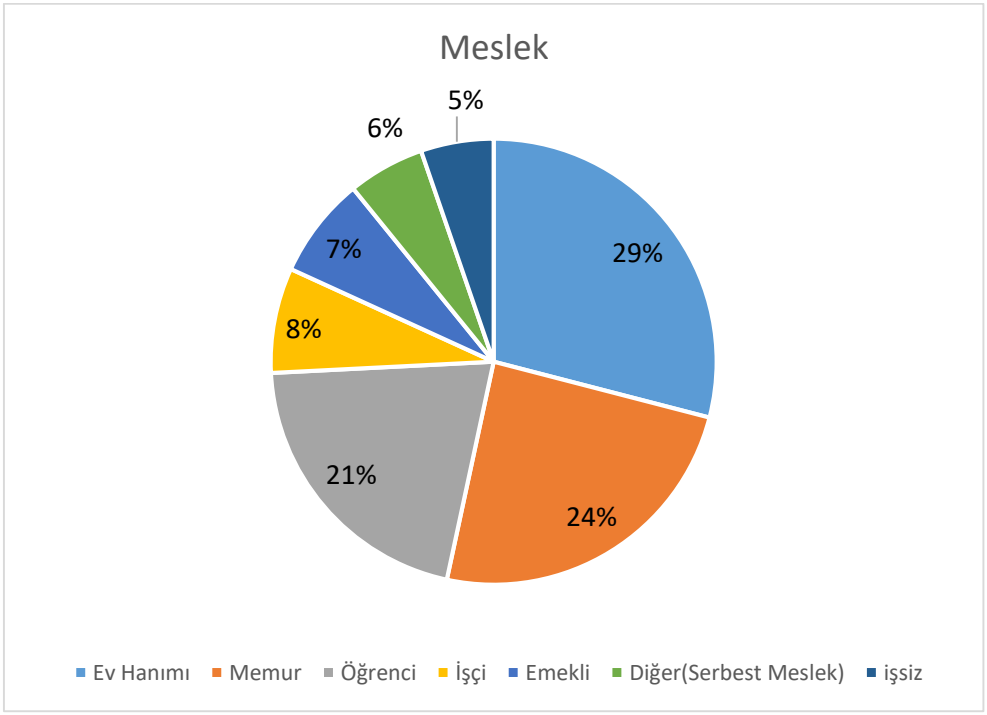


Şekil 5. Eğitim Düzeyi Dağılımı

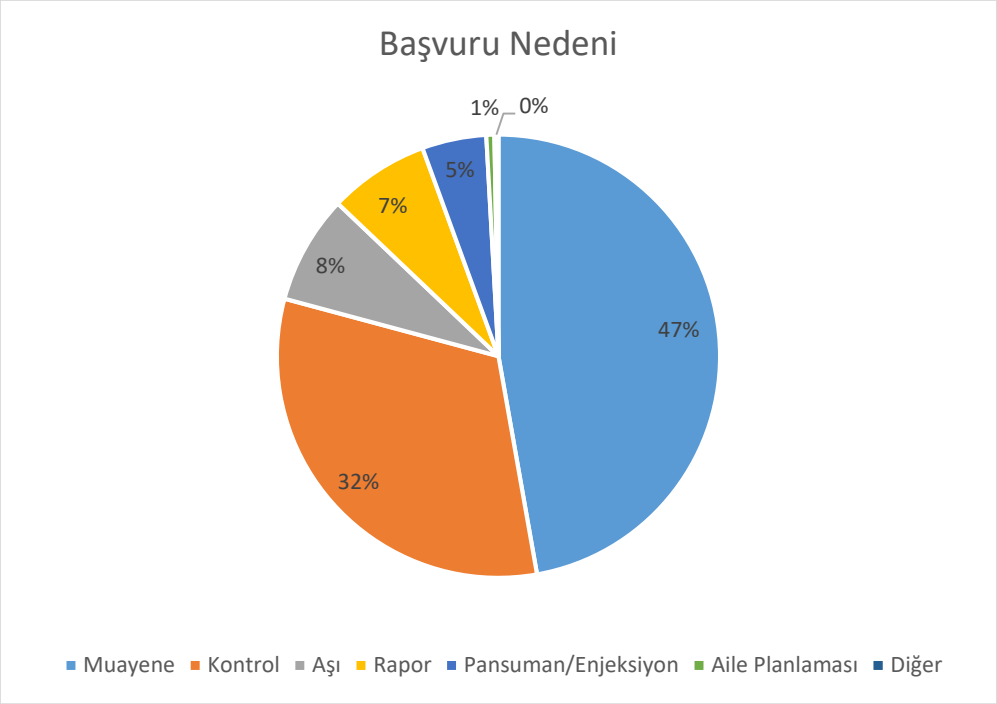


Şekil 6. Medeni Durum Dağılımı

Katılımcılardan çoğu ev hanımı %29 (n=99) ve memurdur %24,3 (n=83) (Şekil 7). Başvurular en çok %47,2 (n=161) muayene olmak için yapıldı (Şekil 8).

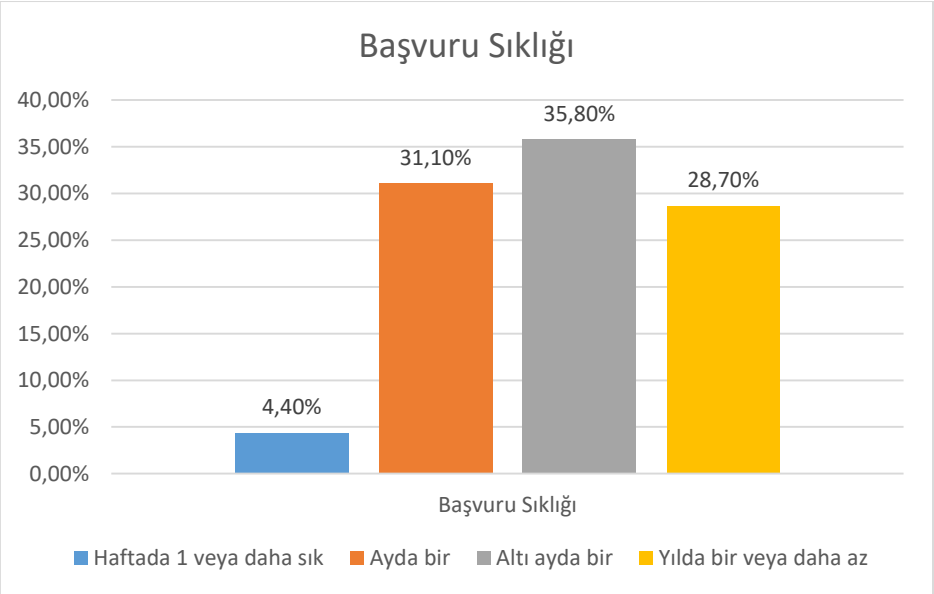


Şekil 7. Meslek Dağılımı



Şekil 8. Başvuru Nedeni Dağılımı

Katılımcıların başvuru sıklığı Şekil 9'da gösterilmiştir. Katılımcılar başvuru yaptığı birime ortalama kayıt süresi 3,4±2,4 yıldır (min:0,25-max:15) kayıtlıdır. Muayene olmak için bekleme süresi ortalama 8,5±8,7 (min:0-max:60) dakikadır.



Şekil 9. Başvuru Sıklığı Dağılımı

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	% (Yüzde)	n (Sayı)
Cinsiyet:		
Kadın	67,2	229
Erkek	32,8	112
Yaş		
18-29	45,2	154
30-44	30,2	103
45-64	20,2	69
65 üstü	4,4	15
Eğitim Düzeyi		
İlkokul-Ortaokul	26,1	89
Lise	27,6	94
Üniversite ve üzeri	46,3	158
Medeni Durum		
Bekar	41,1	140
Evli	56,0	191
Boşanmış/Dul	2,9	10
Meslek		
Ev Hanımı	29,0	99
Emekli	7,3	25
Memur	24,3	83
İşçi	7,6	26
Öğrenci	20,8	71
işsiz	5,3	18
Diğer(Serbest Meslek)	5,6	19
Başvuru Nedeni		
Muayene	47,2	161
Kontrol	32,0	109
Enjeksiyon/ Pansuman	4,7	16
Aşı	7,9	27
Rapor	7,3	25
Aile planlaması	0,6	2
Sevk	0,3	1
Diğer	-	-
Başvuru Sıklığı		
Haftada bir veya daha sık	4,4	15
Ayda bir	31,1	106
Altı ayda bir	35,8	122
Yılda bir veya daha az	28,7	98

Kadınlar muayene ve kontrol için daha fazla başvururken, erkekler rapor ve aşı olmak için daha fazla başvurduğu saptandı (p=0,007). Haftada bir ve ayda bir başvuran katılımcılar kontrol için daha fazla başvururken, altı ayda bir ve yılda bir başvuranlar rapor ve aşı olmak için daha fazla başvuruda bulunduğu tespit edildi (p=0,02).

65 yaş üstü diğer yaş gruplarına göre aşı olmak için istatistiksel anlamlı daha fazla başvurduğu saptandı (p=0,037).

Evli olanlar aile sağlığı merkezine aşı ve kontrol nedeniyle daha fazla başvururken, bekar olanlar muayene ve rapor nedeniyle daha fazla başvuruda bulunduğu saptandı (p=0,005).

Aile sağlığı merkezine başvuran katılımcıların meslekleri ve eğitim düzeyi ile başvuru nedeni arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

45-64 taş grubu ve 65 yaş üstü grubun başvuru sıklığı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,035).

İlkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların diğer gruplara göre, evli olanların bekarlara göre aile sağlığı merkezine başvuru sıklığı diğer gruplardan yüksek bulundu (p=0,001; p=0,001). Başvuru sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (p>0,05) saptandı.

4.2. CARE Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcılar CARE ölçeğinde hekimlerinin ‘Olumlu olması’ sorusunu en fazla %32,6 (n=111) mükemmel olarak değerlendirildi. Hekimlerin en fazla sayıda kötü olarak değerlendirildiği soru %3,8 (n=13) ile ‘Kaygılarınızı tam olarak algılaması’ oldu. CARE ölçeğinden %23 (n=56) tavan puan olan 50 puanı alırken en düşük puan 15 oldu. CARE ölçeğinden alınan puan ortalaması ise 38,0±8,9 olarak bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. CARE Ölçeği Sorularının Değerlendirilmesi

Hekiminiz/Doktorunuz ne kadar iyiydi?	Kötü % (n)	Vasat/İdare eder % (n)	İyi % (n)	Çok İyi % (n)	Mükemmel % (n)
1)Kendinizi rahat hissetmenizi sağlaması	1,2 (4)	6,7 (23)	29,0 (99)	32,8 (112)	30,2 (103)
2)'Öykünüzü' anlatmanıza izin vermesi	2,1 (7)	6,2 (21)	25,5 (87)	35,8 (122)	30,5 (104)
3)Gerçekten dinlemesi	2,1 (7)	6,2 (21)	27,6 (94)	33,7 (115)	30,5 (104)
4)Sizinle bir insan olarak her yönüyle ilgilenmesi	2,3 (8)	8,8 (30)	26,4 (90)	31,1 (106)	31,4 (107)
5)Kaygılarınızı tam olarak algılaması	**3,8 (13)**	8,2 (28)	29,0 (99)	31,1 (106)	27,9 (95)
6)İlgi ve merhamet göstermesi	1,8 (6)	8,5 (29)	31,7 (108)	27,9 (95)	30,2 (103)
7)Olumlu olması	1,2 (4)	6,2 (21)	29,9 (102)	30,2 (103)	**32,6 (111)**
8)Konuları anlaşılır biçimde anlatması	1,8 (6)	5,6 (19)	27,0 (92)	33,4 (114)	32,3 (110)
9)Kontrolü almanıza yardımcı olması	1,8 (6)	10,6 (36)	29,0 (99)	26,7 (91)	32,0 (109)
10)Sizinle bir yönetim planı yapması	2,3 (8)	11,7 (40)	31,7 (108)	26,7 (91)	27,6 (94)

Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, başvuru nedeni, başvuru sıklığına göre CARE ölçeği ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. CARE Ölçek Puanının Sosyodemografik Veriler ile Karşılaştırılması

Özellikler	CARE Ölçeği Puanı	
	Ortalama±SS	p
Cinsiyet		
Kadın	38,4±8,8	0,194*
Erkek	37,1±8,9	
Yaş		
18-29	38,4±8,9	0,242**
30-44	37,4±9,2	
45-64	37,4±8,8	
65 üstü	41,1±6,4	
Eğitim düzeyi		
İlkokul-ortaokul	37,7±8,4	0,144**
Lise	37,1±8,7	
Üniversite ve üzeri	38,0±9,2	
Medeni durum		
Bekar	37,8±8,9	0,575*
Evli	38,2±9,0	
Boşanmış/Dul	-	
Meslek:		
Ev hanımı	37,7±8,4	0,447**
Emekli	38,6±8,8	
Memur	37,9±9,8	
İşçi	36,9±8,0	
Öğrenci	37,4±8,9	
İşsiz	38,6±8,9	
Diğer	42,3±8,4	
Başvuru Nedeni:		
Muayene	38,1±8,6	0,906**
Kontrol	38,6±8,9	
Enjeksiyon/ Pansuma	36,5±9,4	
Aşı	39,2±9,1	
Rapor	34,2±9,8	
Aile planlaması	-	
Sevk	-	
Diğer	-	
Başvuru Sıklığı:		
Haftada bir veya daha sık	37,9±9,2	0,652**
Ayda bir	39,9±8,8	
Altı ayda bir	36,7±8,5	
Yılda bir veya daha az	37,5±9,3	

* Student t testi, **ANOVA

CARE ölçek puanı ile aile hekimliği birimine kayıtlı olunan süre (yıl) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulundu (p=0,000, r=-0,189).

CARE ölçek puanı ve kayıtlı olunan süre arasında yapılan Pearson korelasyon testinde negatif korelasyon tespit edildi (Tablo 6).

Tablo 6. CARE Ölçek Puanının Kayıt Olunan Süre ile Karşılaştırılması

CARE Puanı		Kayıtlı Olunan Süre (Yıl)		Pearson Korelasyon	
Ortalama	SS	Ortalama	SS	r	p
38,0	8,9	3,4	2,4	**-0,189**	**0,000**

CARE ölçek puanı ve bekleme süresi (dakika) arasında yapılan Pearson Korelasyon testinde negatif korelasyon bulundu (p=0,002, r=-0,163) (Tablo 7).

Tablo 7. CARE Ölçek Puanının Bekleme Süresi ile Karşılaştırılması

CARE Puanı		Bekleme Süresi (Dakika)		Pearson Korelasyon	
Ortalama	SS	Ortalama	SS	r	p
38,0	8,9	8,5	8,7	**-0,163**	**0,002**

4.3. PCAS Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların PCAS'tan aldıkları puan ortalamaları yapısal özet 59,2±13,2 hekim-hasta ilişki özet 68,3±16,1 idi (Tablo 8). PCAS yedi boyutu puan ortalamalarından en yüksek olan 69,1 ile hizmet memnuniyeti olurken, en düşük ortalama 56,7 ile kapsayıcılık oldu. Güven hariç tüm boyutlarda en az bir katılımcı tavan puan olan 100 puan verdi. Güven boyutunda en yüksek 93,8 verildi. Süreklilik ve eşgüdüm boyutlarında taban puanı olan sıfır puan veren üç katılımcı bulunmakta iken diğer boyutlara sıfır puan veren olmadı (Tablo 8).

Tablo 8. PCAS Puanlarının Değerlendirilmesi

Boyutlar	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	SS
1.Ulaşılabilirlik	15,00	100,00	60,77	14,71
2.Süreklilik	**0,00**	100,00	62,84	18,14
3. Kapsayıcılık	5,00	100,00	**56,65**	19,09
4. Eşgüdüm	**0,00**	100,00	57,61	21,13
5.Hizmet memnuniyeti	14,29	100,00	**69,06**	18,17
6.Kişisel yaklaşım	8,00	100,00	68,49	21,27
7.Güven	21,88	**93,75**	67,43	14,39
Yapısal Özet	15,83	98,17	59,22	13,75
Hasta-hekim İlişkisi Özet	15,22	97,83	68,34	16,10

PCAS tüm boyut puanlarının cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek ve başvuru nedeni ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0,05) (Tablo 9).

Ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve yapısal özet puanının yaş faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (sırasıyla p=0,010, p=0,006, p=0,006, p=0,004). Bu fark ulaşılabilirlik boyut puanı için 65 yaş üstü ile 30-44 yaş grupları arasında, süreklilik boyut puanı için 65 yaş üstü ile diğer yaş gruplarının tümü arasında, kapsayıcılık ve yapısal özet boyut puanı için 65 yaş üstü ile 18-29 yaş ve 30-44 yaş gruplar arasında bulundu (Tablo 9,10,11).

Güven boyut puanı evlilerde daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,026).

Tablo 9. PCAS Yapısal Boyutun Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Özellikler	1.Ulaşılabilirlik		2.Süreklilik		3. Kapsayıcılık		4. Eşgüdüm		Yapısal	
	Ort.±SS	p	Ort.+SS	p	Ort.+SS	p	Ort.+SS	p	Ort.+SS	p
Cinsiyet										
Kadın	60,59±14,17	0,768*	63,41±17,20	0,441*	56,27±18,78	0,607*	58,06±20,76	0,558*	59,27±12,92	0,672*
Erkek	61,16±15,84		61,67±19,95		57,44±19,78		56,67±21,93		59,14±15,38	
Yaş										
18-29	61,26±14,56	**0,010****	62,80±17,47	**0,006****	55,63±19,32	**0,006****	57,55±21,48	0,289**	59,15±13,61	**0,004****
30-44	57,69±14,72		60,54±18,05		53,61±18,03		56,63±21,50		56,83±12,92	
45-64	62,28±14,29		63,04±18,73		60,78±19,79		56,95±20,88		60,57±14,60	
65 üstü	70,00±14,17		78,09±16,96		68,93±13,11		67,78±13,78		70,18±11,63	
Eğitim düzeyi										
İlkokul-ortaokul	60,51±14,05	0,557**	59,71±19,78	0,121**	56,69±18,93	0,954**	57,94±19,21	0,982**	58,82±13,14	0,895**
Lise	62,15±16,42		62,77±20,28		57,12±19,13		57,34±22,18		59,75±15,36	
Üniversite ve üzeri	60,11±14,05		64,65±15,52		56,36±19,27		57,57±21,64		59,13±13,14	
Medeni durum										
Bekar	60,16±14,85	0,640*	64,49±17,05	0,099*	54,95±18,94	0,155*	57,31±22,03	0,905*	58,74±13,41	0,686*
Evli	60,93±14,71		61,14±18,98		57,97±19,16		57,59±20,44		59,36±14,14	
Boşanmış/Dul	-		-		-		-		-	

* Student t testi, **ANOVA

Tablo 9. (Devamı)

Özellikler	1.Ulaşılabilirlik		2.Süreklilik		3. Kapsayıcılık		4. Eşgüdüm		Yapısal	
	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p
Meslek										
Ev hanımı	61,04±14,50	0,640*	60,75±18,77	0,399*	57,02±18,69	0,469*	58,15±20,38	0,338*	59,28±13,20	0,489*
Emekli	64,50±14,14		67,14±19,34		60,52±18,99		58,13±23,43		62,17±15,78	
Memur	59,25±14,47		62,56±16,94		54,62±19,89		53,17±20,63		56,94±13,90	
İşçi	58,37±15,38		59,89±18,96		58,65±17,01		61,28±19,42		59,43±11,93	
Öğrenci	61,23±14,72		63,28±19,29		54,07±18,19		59,11±20,63		59,27±13,37	
İşsiz	59,58±14,93		69,44±11,44		61,00±17,17		56,11±19,84		60,22±12,61	
Diğer	63,95±17,17		65,41±17,54		61,26±24,83		64,21±27,93		63,59±17,63	
Başvuru Nedeni										
Muayene	61,58±14,70	0,533*	63,84±17,23	0,891*	56,29±18,54	0,739*	56,75±21,06	0,452*	59,33±13,31	0,741*
Kontrol	60,67±14,72		61,73±18,86		57,27±20,22		57,73±19,90		59,22±14,12	
Enjeksiyon/ Pansuman	56,56±14,77		62,50±23,40		56,50±21,45		63,96±25,01		59,35±16,08	
Aşı	62,87±12,48		61,38±19,94		60,30±16,82		61,60±22,43		61,74±12,58	
Rapor	58,10±16,81		63,71±16,49		53,12±19,91		53,33±23,61		56,37±15,47	
Aile planlaması	-		-		-		-		-	
Sevk	-		-		-		-		-	
Diğer	-		-		-		-		-	
Başvuru Sıklığı										
Haftada bir veya sık	63,67±19,75	0,515*	54,29±22,56	0,171*	55,20±21,93	0,087*	54,22±20,18	**0,033***	57,92±17,14	0,144*
Ayda bir	62,17±15,53		62,53±20,17		60,23±19,95		62,26±21,69		61,80±14,98	
Altı ayda bir	59,96±14,56		64,81±14,81		56,27±18,95		54,21±20,27		58,15±13,04	
Yılda bir veya az	59,85±13,13		62,03±18,68		53,48±17,45		57,31±21,07		57,97±12,44	

*ANOVA

Tablo 10. PCAS Hekim-Hasta İlişkisi Boyutunun Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Özellikler	5.Hizmet memnuniyeti		6.Kişisel yaklaşım		7.Güven		Hekim-hasta ilişkisi	
	Ort+SS	p	Ort.+SS	p	Ort.+SS	p	Ort.+SS	p
Cinsiyet								
Kadın	69,73±17,63	0,349*	68,75±20,25	0,777*	67,32±14,49	0,832*	68,63±15,40	0,941*
Erkek	67,68±19,25		67,96±23,31		67,66±14,24		67,75±17,50	
Yaş								
18-29	70,06±18,35	0,534**	70,18±21,57	0,224**	66,64±14,86	0,101**	68,90±16,13	0,312**
30-44	67,49±18,19		65,98±21,33		66,84±14,62		66,85±16,39	
45-64	68,24±18,85		66,96±21,86		68,20±1346		67,88±16,73	
65 üstü	73,33±12,49		75,47±11,30		76,04±9,28		74,86±8,54	
Eğitim düzeyi								
İlkokul-ortaokul	68,46±17,37	0,937**	66,52±20,84	0,558**	67,80±14,79	0,677**	67,70±15,89	0,900**
Lise ve	69,39±18,82		68,56±21,53		68,28±15,27		68,78±16,89	
Üniversite ve üzeri	69,19±18,33		69,57±21,42		66,71±13,66		68,43±15,84	
Medeni durum:								
Bekar	68,10±18,78	0,393*	67,94±21,55	0,732*	65,31±14,40	**0,026***	67,09±16,11	0,238*
Evli	69,83±17,62		68,75±21,02		68,83±14,02		69,19±15,90	
Boşanmış/Dul	-		-		-		-	

* Student t testi, **ANOVA

Tablo 10. (Devamı)

Özellikler	5.Hizmet memnuniyeti		6.Kişisel yaklaşım		7.Güven		Hekim-hasta ilişkisi	
	Ort±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p
Meslek:								
Ev hanımı	68,60±17,04	0,982*	67,07±19,56	0,962*	68,06±14,99	0,482*	67,99±15,31	0,958*
Emekli	70,40±16,94		69,44±22,97		70,00±11,83		70,00±15,76	
Memur	68,71±18,98		68,82±21,99		64,65±15,72		67,33±16,91	
İşçi	70,77±17,34		70,31±22,32		68,27±11,95		69,77±15,90	
Öğrenci	69,05±18,69		68,51±21,02		67,21±13,99		68,26±16,02	
İşsiz	66,51±20,74		66,67±23,20		69,62±10,10		67,63±16,43	
Diğer	71,28±20,81		72,42±24,55		70,56±15,98		71,34±19,01	
Başvuru Nedeni:								
Muayene	68,77±17,74	0,613*	68,57±20,69	0,749*	66,83±14,38	0,105*	68,04±15,85	0,485*
Kontrol	69,83±19,63		69,25±22,34		68,09±14,37		69,07±17,31	
Enjeksiyon/ Pansuman	73,93±19,26		71,00±19,46		68,75±18,26		71,33±16,75	
Aşı	68,99±13,39		67,85±17,10		72,34±11,19		69,85±11,81	
Rapor	64,91±18,36		63,20±25,43		61,75±14,21		63,35±16,05	
Aile planlaması	-		-		-		-	
Sevk	-		-		-		-	
Diğer	-		-		-		-	
Başvuru Sıklığı:								
Haftada bir veya sık	70,86±22,58	0,161*	66,93±24,12	0,177*	70,00±17,79	0,054*	69,49±20,13	0,104*
Ayda bir	72,21±17,92		72,30±21,27		69,81±14,90		71,40±16,35	
Altı ayda bir	67,28±17,42		66,82±21,01		67,44±12,94		67,21±15,46	
Yılda bir veya az	67,58±18,46		66,69±20,95		64,45±14,65		66,25±15,70	

*ANOVA

65 yaş üstü katılımcıların, 30-44 yaş grubu katılımcılara göre ulaşılabilirlik boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulundu (p=0,013). 65 yaş üstü katılımcıların diğer yaş gruplarına göre süreklilik boyut puanını daha yüksek değerlendirdiği tespit edildi (p=0,009, p=0,002, p=0,018) (Tablo 11).

Tablo 11. Ulaşılabilirlik, Süreklilik, Kapsayıcılık, Yapısal Özet Puanının Yaş Gruplarında İncelenmesi

	Yaş grubu	n	Ort. ±SS	F	p*	Anlamlı Fark
Ulaşılabilirlik	18-29	154	61,26±14,56	3,86	0,010	65 yaş üstü ile 34-44 yaş grubu arasında
	30-44	103	**57,69±14,72**			
	45-64	69	62,28±14,29			
	65 üstü	15	**70,00±14,17**			
Süreklilik	18-29	154	62,80±17,47	4,20	0,006	65 yaş üstü ile diğer yaş grupları arasında
	30-44	103	60,54±18,05			
	45-64	69	63,04±18,73			
	65 üstü	15	**78,09±16,96**			
Kapsayıcılık	18-29	154	**55,63±19,32**	4,28	0,006	65 yaş üstü ile 18-29 yaş ve 30-44 yaş grupları arasında
	30-44	103	**53,61±18,03**			
	45-64	69	60,78±19,79			
	65 üstü	15	**68,93±13,11**			
Yapısal Özet	18-29	154	**59,15±13,61**	4,57	0,004	65 yaş üstü ile 18-29 yaş ve 30-44 yaş grupları arasında
	30-44	103	**56,83±12,92**			
	45-64	69	60,57±14,60			
	65 üstü	15	**70,18±11,63**			

*ANOVA

65 yaş üstü katılımcılar 18-29 ve 30-44 yaş gruplarına göre kapsayıcılık ve yapısal özet puanlarını daha yüksek verdiler (p=0,046, p=0,018, p=0,015, p=0,002).

Ayda bir kere aile hekimliği birimine başvuranlar ile altı ayda bir başvuranların eşgüdüm boyutuna verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,021) (Tablo 12).

Tablo 12. Eşgüdüm Puanının Başvuru Sıklığı Gruplarında İncelenmesi

	Başvuru Sıklığı	n	Ort. ±SS	F	p*	Anlamlı Fark
Eşgüdüm	Haftada 1 veya daha sık	15	54,22±20,18	2,95	0,033	Ayda bir ile Altı ayda bir
	Ayda bir	106	**62,26±21,69**			
	Altı ayda bir	122	**54,21±20,27**			
	Yılda bir veya daha az	98	57,31±21,07			

*ANOVA

Aile hekimliği birimine kayıtlı olunan süre (yıl) ile süreklilik hariç PCAS tüm boyutlarından alınan puanlar arasında Pearson korelasyon testine göre negatif korelasyon bulundu. Süreklilik puanı ile kayıtlı olunan süre arasında pozitif korelayon olduğu bulundu. Ulaşılabilirlik ve yapısal özet puanlarının kayıtlı olunan süre ile negatif korelasyonu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Bekleme süresi arttıkça PCAS boyutlarının tamamında puanların düştüğü ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (Tablo 13).

Tablo 13. PCAS Boyutlarının Kayıt Süresi ve Bekleme Süresi ile Karşılaştırılması

	1.Ulaşılabilirlik	2.Süreklilik	3.Kapsayıcılık	4. Eşgüdüm	5.Hizmet memnuniyeti	6.Kişisel yaklaşım	7.Güven	Yapısal	Hekim-hasta ilişkisi
Kayıt Süresi (yıl)									
r	**-0,104**	**0,191**	**-0,110**	**-0,135**	**-0,190**	**-0,187**	**-0,115**	**-0,101**	**-0,184**
p	0,055	**0,000**	**0,042**	**0,013**	**0,000**	**0,001**	**0,034**	0,064	**0,001**
Bekleme Süresi (dakika)									
r	**-0,253**	**-0,177**	**-0,177**	**-0,136**	**-0,220**	**-0,203**	**-0,184**	**-0,243**	**-0,225**
p	**0,000**	**0,001**	**0,001**	**0,012**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**

Pearson korelasyon

PCAS'ta mevcut olan, puanlamaya dahil edilmeyen ve katılımcıların hekimlerinden ortalama memnuniyet düzeyini ölçen yedili likert tipi 'Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?' sorusu ayrıca değerlendirildi (Şekil 10). Memnuniyet yelpazesi 'Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı' ile 'Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı' arasında değişmektedir. Cevaplar ters kodlama yapılarak değerlendirildi. Memnuniyet düzeyi ortalaması 5,61±1,14 olarak hesaplandı. Bu değer biraz memnunum-çok memnunum seçeneklerine denk gelmektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Memnuniyet Düzeyinin Değerlendirilmesi

Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?	n	%
1. Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı	2	0,6
2. Hiç memnun değilim	7	2,1
3. Biraz memnun değilim	10	2,9
4. Ne memnunum ne de değilim	32	9,4
5. Biraz memnunum	59	17,3
6. Çok memnunum	173	50,7
7. Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı	58	17

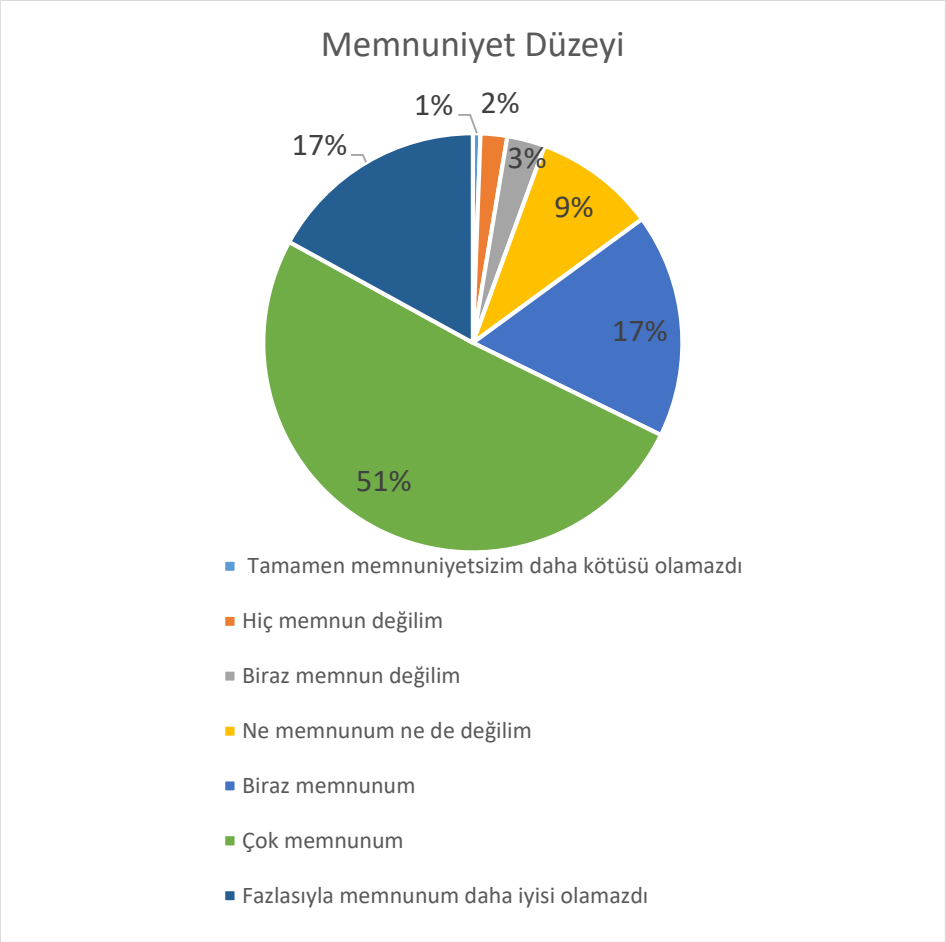
Memnuniyet düzeyi cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, başvuru nedeni faktörlerine göre fark göstermedi (p>0,05). Bekleme süresi ve kayıtlı olunan süre ile memnuniyet düzeyi arasında negatif korelasyon bulundu (r=-0,159, p=0,003) (r=-0,114, p=0,036) (Tablo 15).

Ayda bir başvuranların yılda bir başvuranlara göre memnuniyet düzeyi anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,008) (Tablo 16).

Tablo 15. Memnuniyet Düzeyi ile Kayıt ve Bekleme Süresinin Karşılaştırılması

	Memnuniyet Düzeyi
Kayıt Süresi (yıl)	
r	**-0,114**
p	**0,036**
Bekleme Süresi (dakika)	
r	**-0,159**
p	**0,003**

Pearson Korelasyon



Şekil 10. Memnuniyet Düzeyinin Değerlendirilmesi

Tablo 16. Başvuru Sıklığı ile Memnuniyet Düzeyinin Karşılaştırılması

	Başvuru Sıklığı	n	Ort. ±SS	F	p	Anlamlı Fark
Memnuniyet Düzeyi	Haftada 1 veya daha sık	15	5,53±1,76	3,77	***0,011****	Ayda bir ile Yılda bir veya daha az grupları arasında
	Ayda bir	106	**5,90±1,14**			
	Altı ayda bir	122	5,53±1,06			
	Yılda bir veya daha az	98	**5,39±1,08**			

*ANOVA

Memnuniyet düzeyi ile diğer ölçekler arasında yapılan Pearson korelasyon testi ile pozitif korelasyon bulundu (Tablo 17). Korelasyon katsayısının en yüksek bulunduğu boyut hasta-hekim ilişkisi (r=0,768) ve hizmet memnuniyeti (r=0,712), en düşük ise süreklilik (r=0,303) olarak bulundu.

Tablo 17. Memnuniyet Düzeyinin Diğer Ölçeklerle Karşılaştırılması

	Memnuniyet Düzeyi
CARE r p	 **0,620** **0,000**
Ulaşılabilirlik r p	 **0,388** **0,000**
Süreklilik r p	 **0,303** **0,000**
Kapsayıcılık r p	 **0,646** **0,000**
Eşgüdüm r p	 **0,675** **0,000**
Hizmet memnuniyeti r p	 **0,712** **0,000**
Kişisel yaklaşım r p	 **0,701** **0,000**
Güven r p	 **0,677** **0,000**
Yapısal r p	 **0,695** **0,000**
Hekim-hasta ilişkisi r p	 **0,768** **0,000**

*Pearson Korelasyon

CARE ölçeği ve PCAS güvenirliklerini değerlendirmek amacıyla iç tutarlılık açısından cronbach alfa değerleri hesaplandı. CARE ölçeği Cronbach alfa değeri 0,964 olarak bulundu. PCAS boyutlarının Cronbach alfa değeri ise ulaşılabilirlik (0,778), süreklilik (**0,352**), kapsayıcılık (0,875), eşgüdüm (0,942), hizmet memnuniyeti (0,939), hekimin kişisel yaklaşımı (0,958) ve güven (0,732) olarak elde edildi (Tablo 18).

Tablo 18. Ölçeklerin Güvenirlik Değerlendirilmesi

	Cronbach Alfa Değeri
CARE	0,964
Ulaşılabilirlik	0,778
Süreklilik	0,352
Kapsayıcılık	0,875
Eşgüdüm	0,942
Hizmet Memnuniyeti	0,939
Hekimin Kişisel Yaklaşımı	0,958
Güven	0,732

Katılımcıların CARE ölçeğinden ve PCAS tüm boyutlarından aldıkları puanlar Pearson korelasyon testi ile değerlendirildi. CARE ölçek puanı ile PCAS boyut puanlarının tamamı ile arasında korelasyon mevcuttu (Tablo 19).

CARE ölçek puanı ile Pearson katsayısı en yüksek kişisel yaklaşım (r=0,762), hekim-hasta ilişkisi (r=0,775) özet boyutu oldu. En düşük korelasyon katsayısı ile süreklilik (r=0,287) boyutunda saptandı.

Tablo 19. Ölçeklerin Pearson Korelasyon Testi ile Değerlendirilmesi

Pearson Korelasyon		CARE	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Hizmet memnuniyeti	Kişisel yaklaşım	Güven	Yapısal	Hekim-hasta ilişkisi
CARE	r	**1**	**0,429**	**0,287**	**0,593**	**0,603**	**0,755**	**0,762**	**0,569**	**0,661**	**0,775**
	p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Ulaşılabilirlik	r	**0,429**	**1**	**0,400**	**0,435**	**0,347**	**0,553**	**0,533**	**0,386**	**0,746**	**0,549**
	p	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Süreklilik	r	**0,287**	**0,400**	**1**	**0,376**	**0,219**	**0,365**	**0,364**	**0,275**	**0,539**	**0,373**
	p	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Kapsayıcılık	r	**0,593**	**0,435**	**0,376**	**1**	**0,696**	**0,662**	**0,632**	**0,667**	**0,847**	**0,719**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Eşgüdüm	r	**0,603**	**0,347**	**0,219**	**0,696**	**1**	**0,621**	**0,654**	**0,642**	**0,818**	**0,701**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Hizmet memnuniyeti	r	**0,755**	**0,553**	**0,365**	**0,662**	**0,621**	**1**	**0,896**	**0,652**	**0,753**	**0,953**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Kişisel yaklaşım	r	**0,762**	**0,533**	**0,364**	**0,632**	**0,654**	**0,896**	**1**	**0,629**	**0,749**	**0,939**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**
Güven	r	**0,569**	**0,386**	**0,275**	**0,667**	**0,642**	**0,652**	**0,629**	**1**	**0,682**	**0,816**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**
Yapısal	r	**0,661**	**0,746**	**0,539**	**0,847**	**0,818**	**0,753**	**0,749**	**0,682**	**1**	**0,804**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**
Hekim-hasta ilişkisi	r	**0,775**	**0,549**	**0,373**	**0,719**	**0,701**	**0,953**	**0,939**	**0,816**	**0,804**	**1**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisi ile hasta memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyi CARE ölçeği ve PCAS kullanarak incelemeyi amaçladık. Çalışmamızın bulgularına göre aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin hasta memnuniyetini olumlu etkilediği bulundu. CARE ölçeği puanı ile en fazla korelasyon gösteren PCAS boyut puanları hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım ve hekim-hasta ilişkisi boyutu olarak tespit edildi. PCAS sonundaki memnuniyet düzeyi ile CARE ölçeği arasında pozitif korelasyon bulundu.

Ölçeklerden alınan puanları sosyodemografik özelliklere göre inceledik. CARE ölçeği ve PCAS puanları ile bekleme süresi arasında negatif korelasyon saptandı. Bekleme süresi uzadıkça katılımcıların verdiği puanların düştüğü tespit edildi. Bu sonuçlara göre memnuniyet düzeyi bekleme süresinden olumsuz etkilenmektedir. Kayıtlı olunan süre arttıkça CARE ölçeği ve PCAS boyutlarının çoğuna verilen puanın düştüğü tespit edildi. 65 yaş üstü katılımcılar tüm yaş gruplarına göre süreklilik puanını, 18-29 yaş ve 30-44 yaş gruplarına göre kapsayıcılık ve yapısal özet puanlarını, 30-44 yaş grubuna göre ulaşılabilirlik puanını daha yüksek verdiği tespit edildi. Evli olanların bekar olanlara göre PCAS güven boyutuna daha yüksek puan verdiği görüldü. Ayda bir aile hekimine başvuranlar altı ayda bir başvuranlara göre eşgüdüm puanını daha yüksek verdiği saptandı. Ayda bir aile hekimliğine başvuranlar yılda bir başvuranlara göre daha memnun bulundu.

CARE ölçeği hastalar tarafından algılanan görüşme ve ilişkisel empatiyi ölçmektedir. PCAS ise hasta tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti değerlendirmektedir. Sonuçlarımıza göre hastaların algıladığı hekim empatisi ile memnuniyet düzeyi arasında olumlu bir ilişki mevcuttur. Empati, PCAS boyutlarından en çok hekim-hasta ilişkisi, kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ile uyum göstermektedir. Bu durum empatinin diğer boyutlardan ziyade hekim-hasta ilişkisinde daha önemli olduğunu göstermektedir. Katılımcıların hekimlerinden algıladığı empati düzeyi arttıkça hekimlerinden memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Kim ve ark. çalışmasında ve Lelorain ve ark. çalışmasında da hastaların

hekimlerinden algıladığı empati ile hasta memnuniyeti arasında olumlu ilişki olduğu gösterilmiştir (95, 96).

Çalışmamızın sonuçlarına göre bekleme süresi arttıkça hastaların hekimde algıladığı empati ve hasta memnuniyeti azalmaktadır. Literatürde de bekleme süresi ile hasta memnuniyeti arasında olumsuz bir ilişki mevcuttur (97, 98). Beklenen sürenin gerçekte olandan daha az algılanması dahi hasta memnuniyetini artırmaktadır (99). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bekleme süresi ile hasta memnuniyeti arasında ilişki olmadığı ancak katılımcıların bekleme sürelerinin kısa olmasından kaynaklanabileceği vurgulanmıştır (100). Bekleme sürelerinin uzunluğu aile sağlığı merkezlerindeki yoğunluk ile açıklanabilir. Aile sağlığı merkezlerine hastalar muayene, kontrol, çeşitli sağlık raporları, enjeksiyon, pansuman, aşılama vb. çok çeşitli sebeplerle başvurmaktadır. Randevu sisteminin ülkemizde oturmaması nedeniyle de özellikle belli saatlerde, bazı aile sağlığı merkezlerinde ise tam gün yoğunluk oluşabilmektedir. Bu durum bekleme sürelerinin uzamasına, sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olmaktadır. Tükenmişliğin bir sonucu olarak hekimlerin empati becerisini kullanma yetisi azalmaktadır (101). Aile sağlığı merkezlerindeki yoğunluk, bekleme süreleri birim başına düşen nüfus azaltılarak ve etkin bir randevu sistemine geçilerek düşürülebilir. Böylece hastanın hekiminde algıladığı empati, aldığı sağlık hizmetinden memnuniyeti ve hekimin empati yeteneği de artırılmış olur.

Elde ettiğimiz bulgulara göre aile hekimliği birimine kayıtlı olunan süre arttıkça hastaların hekimlerinde algıladığı empati ve memnuniyet azalmaktadır. Literatürde ise çalışmamızın aksine süreklilik ile memnuniyet ve algılanan empati arasında olumlu bir ilişki olduğu gösterilmiştir (102, 103). Çalışmamızdaki bu farklılıkta katılımcıların bağlı olduğu birimlerin eğitim aile sağlığı merkezi olması nedeniyle altı ayda bir hekiminin değişmesi rol alabilir. Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan sürekli bakımın yetersizliği buna sebep olabilir. Ayda bir başvuran katılımcıların memnuniyet düzeyi yılda bir başvuranlara göre daha yüksek bulundu. Yılda bir başvuranlar her başvurusunda başka bir hekimle tanışmaktadır. Ayda bir başvuran katılımcılar bir süre aynı hekimi gördüğü için memnuniyetin daha yüksek olmasının nedeni süreklilik olabilir. Kayıtlı olunan süre uzadıkça memnuniyetin azalması CARE ölçeği ve PCAS puanlarındaki azalmayı açıklayabilir.

65 yaş üstü diğer yaş gruplarına göre birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sürekliliği daha yüksek olarak değerlendirdi. Bu grupta kronik hastalıkların olması ve kontrol muayenelerinin aylık üç aylık olması bu durumu etkileyebilir. Eğitim aile sağlığı merkezlerinde hekimlerin altı aylık çalışma sürelerinde daha sık başvuru ile süreklilik daha yüksek algılanıyor olabilir. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da 65 yaş üstü diğer yaş gruplarına göre daha fazla birinci basamak sağlık hizmeti için başvuruda bulunmaktadır (104). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada 60 yaş üzeri hastalarda memnuniyeti etkileyen en önemli unsurlardan biri süreklilik olarak belirtilmiştir (105). Eser ve ark. yaptığı çalışmada da 65 yaş üstü diğer yaş gruplarına göre sürekliliği daha yüksek değerlendirmiştir (106).

Bulgular evli olanların hekimlerine daha çok güvendiğini göstermektedir. Yapılan araştırmalar hastaların medeni durumları ile hekimlerine duyduğu güven arasında bir ilişki olmadığı yönündedir (90, 106). Çalışmamızda evli olanların hekimlerine daha çok güvendiği görülmüştür. Bu durum evli olanların evlilik öncesi danışmanlık, doğurganlık çağı, doğum öncesi ve sonrası, bebek ve çocuk izlemleri periyodik sağlık muayeneleri nedeniyle daha sık başvuru yapması ile açıklanabilir. Daha sık başvuru ile süreklilik artacağı için daha fazla güven duyuyor olabilirler.

Ayda bir aile hekimine başvuranlar altı ayda bir başvuranlara göre hekimlerinin diğer sağlık çalışanları, yönlendirdiği hekimler arasındaki integrasyonun daha fazla olduğunu belirttiler. Bu durum aile hekimlerinin altı ayda bir değişmesinden kaynaklanabilir. Dolaylı olarak süreklilik ile eşgüdüm arasında olumlu ilişki olabilir. Lağarlı ve ark. yaptığı çalışmada da eşgüdüm ile süreklilik ve ulaşılabilirlik arasında olumlu bir ilişki olduğu bulunmuştur (107). Ancak bizim çalışmamızda eşgüdüm ile ulaşılabilirlik arasında bir etki yoktur.

Kadınlar muayene ve kontrol için daha fazla başvururken, erkekler rapor ve aşı olmak için daha fazla başvurmaktadır. Ancak başvuru sıklığı ile cinsiyet arasında bir ilişki yoktur. Literatürde kadınların erkeklere göre daha sık başvuruda bulunduğu belirtilmiştir (104, 108). Kadınların kontrol ve muayene için başvurularının nedeni kadınların doğurganlık çağı ve gebelik periyodik sağlık muayenelerinin olmasından kaynaklanıyor olabilir. Haftada bir ve ayda bir başvuranlar kontrol için daha fazla başvururken, altı ayda bir ve yılda bir başvuranlar rapor ve aşı olmak için daha fazla başvurmaktadır.

65 yaş üstü diğer yaş gruplarına göre aşı olmak için daha fazla başvuruda bulundu. Bu durum ülkemizde 13 Ocak 2021 tarihinde başlayan Covid-19 aşılaması ile bu yaş grubunun aşılamasından kaynaklanıyor olabilir (109).

Evli olanlar aile sağlığı merkezine aşı ve kontrol nedeniyle daha fazla başvururken, bekar olanlar muayene ve rapor nedeniyle daha fazla başvuruda bulunduğu saptandı. Bu durum evli olanların gebelikte yapılan aşılar ve periyodik sağlık muayeneleriyle açıklanabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada evli olanların bekarlara göre önerilen aşıları yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (110).

Elde ettiğimiz verilere göre 45-64 yaş grubu ve 65 yaş üstü grubu aile sağlığı merkezine daha sık başvurmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü ve 1-6 yaş grubunun daha sık başvuruda bulunduğu gösterilmiştir (104). Çalışmamız 18 yaş üstü katılımcılarla yapıldığı için 1-6 yaş grubu değerlendirilmemiştir. İlkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanlar diğer gruplara göre, evli olanlar bekarlara göre aile sağlığı merkezine daha sık başvurmaktadır. Ülkemizde hastanelere başvuruları inceleyen bir çalışmada eğitim düzeyi ve medeni durum ile başvuru sıklığı arasında bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (111).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada PCAS süreklilik boyutuna kadınlar tarafından daha fazla puan verilmesine rağmen bizim çalışmamızda boyut puanları ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunmamaktadır (106). Yaş arttıkça tüm boyut puanlarında artış varken bizim çalışmamızda ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, süreklilik, yapısal özet puanlarında bu artış mevcuttu. Bahsedilen çalışmada aile fertlerinin aynı aile hekimine kayıtlı olma durumunun verilen puanlara olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu durum sorgulanmamıştır.

Bizim çalışmamızda kayıtlı olunan süre, bekleme süresi, başvuru sıklığının, memnuniyet düzeyine etkisi olmasına rağmen benzer çalışmalarda bu faktörler değerlendirilmemiştir.

2011 yılında yapılan bir çalışmada kapsayıcılık ve eşgüdüm puanları diğer boyutlara göre düşük bulunmuştur (106). Bizim çalışmamızda bu iki boyut puanları diğer boyutlarla eşit hatta bazen yüksekti. Bu durum diğer çalışmanın 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama

Yönetmeliği'nin yayınlanmasından bir yıl sonra yapılmasıyla açıklanabilir (112). Yeni geçilen sistemde aile hekimliği uzmanlarının olmayışı, sahadaki hekimlerin gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olması için gerekli eğitimi almamış olması kapsayıcılık puanındaki düşüklüğe sebep olmuş olabilir. Çalışmanın yapıldığı yılda teknoloji bugün bulunduğu yerin çok gerisindeydi. Hastaların yönlendirildiği hekimlerle iletişim kurulabilen, onların yaptığı işlemlerin, düştüğü notların kayıt altına alındığı bir platform yoktu. 2015 yılından itibaren kullanılmaya başlanan e-nabız elektronik sağlık platformu ile hekimler arasındaki eşgüdümün arttığını söyleyebiliriz. Bu durum önceki çalışmadaki eşgüdüm puanı düşüklüğünü açıklayabilir.

PCAS geçerlik çalışmasında Cronbach alfa değeri ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, koordinasyon, hizmet memnuniyeti, hekimin kişisel yaklaşımı ve güven boyutları için sırasıyla 0,62, 0,47, 0,56, 0,84, 0,89, 0,90, 0,97, 0,57 olarak bulunmuştur (94). Bizim çalışmamızda ise süreklilik boyutu güvenirliği düşük bulundu. Bu boyutta bulunan 'Aile hekiminize ne kadar süredir kayıtlısınız' sorusuna cevap verirken aile hekimliği birimine kayıtlı olunan süre ve şahıs olarak aile hekimine kayıtlı olunan süre olarak algılandığı düşünülmektedir. Bu çıkarım sosyodemografik veri formunda yer alan birime kayıtlı olunan süre sorusu ile PCAS'daki soruya verilen cevapların farklılığından yapıldı.

Çalışmamızın güçlü yönleri; zaman bağımlı örneklem hesabı yapılarak uygun sayıda katılımcı ile çalışmamızın tamamlanması, katılımcıların Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. Araştırma Görevlilerinin hizmet verdiği beş özdeş aile hekimliği birimlerinde uygun randomizasyon ile seçilmesidir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; eğitim aile sağlığı merkezlerinde altı ay süreyle çalışılması nedeniyle süreklilik boyutunun güvenirliğinin düşük olması, katılımcılara tüm ailenin aynı hekime kayıtlı olma durumunun sorulmamış olmasıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı birimlerine başvuran hastalarda algılanan aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisi artıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi de artıyordu. Tüm sağlık hizmeti sunumlarında olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda da verilen hizmetin kalitesi ve bildirilen memnuniyet hasta-hekim ilişkisinden etkilenmektedir. Aile hekimleri de empati becerilerini geliştirerek bu sürece olumlu katkı verebilir.

Ayrıca çalışmamızın bir başka sonucuna göre hastaların aile hekimleriyle görüşmeden önce beklediği süre arttıkça memnuniyet düzeyi ve hekiminden algıladığı empati düzeyi azalmakta idi. Aile hekimliği sisteminde randevulu hasta kabulü ile hastaların bekleme süreleri kısaltılarak hasta-hekim görüşmesini olumsuz etkileyebilecek faktörler elimine edilebilir.

Ayda bir aile sağlığı merkezine başvuranların yılda bir başvuranlara göre daha memnun olması dolaylı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde sürekliliğin memnuniyet düzeyini artırdığını göstermektedir. Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden olan hizmetin sürekliliğinin sağlanması hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyeti ve algılanan empati düzeyini artıracaktır.

Hasta memnuniyetini artırmak için hastaların hekimlerinde algıladığı empati düzeyi artırılmalıdır. Bu durum hekimlerin empati becerisini artırmakla veya hekimlerin empati becerisini kullanabileceği bir ortam hazırlamakla mümkün olabilir. Empati bilgi, beceri ve donanımını artırmak için eğitimler içerisinde empati ve iletişim ile ilgili programlar gerek tıp fakültesi müfredatı gerek uzmanlık eğitimi içinde daha fazla yer almalıdır. Algılanan empati düzeyini artırmanın diğer yolu ise hastaların bekleme sürelerini kısaltmaktır. Aile hekimliği birimleri başına düşen nüfus azaltılarak, randevu sistemleri daha aktif kullanılarak, aile hekimliği birimlerindeki iş yükü azaltılarak bekleme sürelerinin azalacağı öngörülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Sözlükleri [Available from: https://sozluk.gov.tr/.
2. Zıllıoğlu M. İletişim Nedir? İstanbul: Cem Yayınevi; 2014.
3. Maly RC, Frank JC, Marshall GN, DiMatteo MR, Reuben DB. Perceived efficacy in patient-physician interactions (PEPPI): validation of an instrument in older persons. Journal of the American Geriatrics Society. 1998;46(7):889-94.
4. RE. R, Establishingrapport. Textbook of familymedicine. 9th.ed.: Philadelphia: ElsevierSaunders; 2016. 141-56 p.
5. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1994.
6. Löffler-Stastka H, Datz F, Parth K, Preusche I, Bukowski X, Seidman C. Empathy in Psychoanalysis and Medical Education-what can we learn from each other? BMC medical education. 2017;17(1):1-6.
7. Bird G, Silani G, Brindley R, White S, Frith U, Singer T. Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. Brain. 2010;133(5):1515-25.
8. Psychiatrists RCo, editor The Psychological Care of Medical Patients: A Practical Guide2003: Royal College of Physicians.
9. Hojat PhD M, Louis MS DZ, Maxwell BS K, Gonnella MD JS. The Jefferson Scale of Empathy (JSE): An update. Population Health Matters (Formerly Health Policy Newsletter). 2011;24(2):5.
10. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Family practice. 2004;21(6):699-705.
11. Stock MK, Green L, Kahn N, Phillips R, McCann J, Fryer G. What people want from their family physician. American family physician. 2004;69(10):2310-.
12. Vural İ. İletişim. Ankara: Pegem Akademi. 2012.
13. Peters JD. Speaking into the Air: A History of the Idea of Communication: University of chicago Press; 2012.
14. Mısırlı İ. Genel iletişim: ilkeler, yöntemler, teknikler: Detay Yayıncılık; 2003.
15. Zıllıoğlu M, Yüksel AH. İletişim bilgisi. Anadolu Üniversitesi Yayın. 2000(739).
16. Tutar H, Yılmaz MK, Erdönmez C. Genel ve teknik iletişim: Nobel Yayın Dağıtım; 2004.
17. Berko RM, Wolvin AD, Wolvin DR. Communicating: A social and career focus: Houghton Mifflin College Division; 2001.
18. Yürük Kayapınar P. İletişimde Geri Besleme Sürecinin Önemi.
19. Güngör N, Aydın D. İletişim. Ankara: Siyasal Kitabevi. 2011.
20. Taşer S. Konuşma Eğitimi, İstanbul: Papirüs Yayınları. 2000.
21. Nunan D. Designing tasks for the communicative classroom: Cambridge university press; 1989.
22. Kaya F, Özcan A, Yılmaz M. Comparing communication and empathic ability levels of nurses with patients' perception of nursing care. Peak J Public Health Management. 2013;1(1):8.
23. Gökçe O. İletişim Bilimi. Ankara: Siyasal Kitabevi. ; 2006.
24. Altıntaş E, Çamur D. Sössüz iletişim ve beden dili: Nobel; 2001.
25. Wood J. Interpersonal Communication: Everyday Encounters Boston. MA: Wadsworth, Cengage Learning. 2012.
26. Tuna M, Tuna AA. Büro Yönetimi ve İletişim Teknikleri (5. baskı). Detay Yayıncılık, Ankara; 2006.

27. Küçük M, Vural İ. Yazılı iletişim Vural İ, editor. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2012. 77–113 p.
28. Çetinkaya Ö, Alparslan AM. Duygusal zekânin iletişim becerileri üzerine etkisi: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştirma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2011;16(1):363-77.
29. Eroğlu E, Ataizi M, Yüksel NA, Yüksel AH. Etkili iletişim teknikleri. Anadolu Üniversitesi. 2014;3.
30. Özçakır A. Hekim-hasta ilişkisi: karar verme sürecinde hastanın yeri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2004;24(4):411-5.
31. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. Jama. 1992;267(16):2221-6.
32. Kıyunat Z, Dağdeviren HN. Hasta Merkezli Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2017;8(2):89-92.
33. Parsons T. The Social System. London: Routledge and Kegan Paul. 1951.
34. Turner BS. Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi (Çev. Ü. Tatlıcan). Sentez Yayıncılık: Bursa. 2011.
35. Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. Journal of Family Practice. 2002;51(10):835-41.
36. İşnas C, Tatar M. Doktor-Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2000;5(3).
37. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. AMA archives of internal medicine. 1956;97(5):585-92.
38. Morgan M. Social roles of doctors and patiens, Scambler, G. Sociology As Applied To Medicine In. 2003:49-54.
39. Krupat E, Yeager CM, Putnam S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. Psychology and Health. 2000;15(5):707-19.
40. ÖZÇAKIR A. Hekim-hasta ilişkisi: karar verme sürecinde hastanın yeri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2004;24(4):411-5.
41. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul. 2004;188.
42. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:412-8.
43. Ungan M, Özdemir K. Aile Hekimliği Ağacı. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2016;7(6):8-14.
44. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(3):412-8.
45. Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015;17(1):160-79.
46. Heyrman J. EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice. 2005.
47. Gülseren Ş. Eşduyum (Empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(2):133-45.
48. Cotton K. Developing empathy in children and youth: Northwest Regional Educational Laboratory; 1992.

49. Smith A. Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. The Psychological Record. 2006;56(1):3-21.
50. De Vignemont F, Singer T. The empathic brain: how, when and why? Trends in cognitive sciences. 2006;10(10):435-41.
51. De Waal F, Macedo SE, Ober JE. Primates and philosophers: How morality evolved: Princeton University Press; 2006.
52. De Waal FB. Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. Annu Rev Psychol. 2008;59:279-300.
53. Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. Nature neuroscience. 2012;15(5):675-80.
54. Hurlemann R, Patin A, Onur OA, Cohen MX, Baumgartner T, Metzler S, et al. Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. Journal of Neuroscience. 2010;30(14):4999-5007.
55. Weisman O, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Oxytocin administration to parent enhances infant physiological and behavioral readiness for social engagement. Biological psychiatry. 2012;72(12):982-9.
56. Meltzoff AN, Prinz W. The imitative mind: Development, evolution and brain bases: Cambridge University Press; 2002.
57. Starcke K, Polzer C, Wolf OT, Brand M. Does stress alter everyday moral decision-making? Psychoneuroendocrinology. 2011;36(2):210-9.
58. Youssef FF, Dookeeram K, Basdeo V, Francis E, Doman M, Mamed D, et al. Stress alters personal moral decision making. Psychoneuroendocrinology. 2012;37(4):491-8.
59. Carlsmith JM, Gross AE. Some effects of guilt on compliance. Journal of personality and social psychology. 1969;11(3):232.
60. Decety J, Yang C-Y, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. Neuroimage. 2010;50(4):1676-82.
61. Barrett-Lennard GT. The phases and focus of empathy. British Journal of Medical Psychology. 1993;66(1):3-14.
62. Davis MH. Empathy: A social psychological approach: Routledge; 2018.
63. Çelik E. Okul öncesi eğitim öğretmenlerinin empatik eğilimlerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2008.
64. Dökmen Ü, empati İçv. Küçük şeyler: Sistem Yayıncılık; 2005.
65. Gürüz D, Temel Eğinli A. İletişim becerileri. Ankara: Nobel Kitapevi. 2008.
66. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanilarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1988;21(1):155-90.
67. Zhou Q, Valiente C, Eisenberg N. Empathy and its measurement. 2003.
68. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. Psychological medicine. 2004;34(5):911.
69. Valdesolo P, DeSteno D. Manipulations of emotional context shape moral judgment. Psychological Science Cambridge. 2006;17(6):476.
70. Williamson A, Andersen M, Redman S, Dadds M, D'Este C, Daniels J, et al. Measuring mental health in Indigenous young people: A review of the literature from 1998–2008. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2014;19(2):260-72.
71. Gold M. Is honesty always the best policy? Ethical aspects of truth telling. Internal medicine journal. 2004;34(9-10):578-80.
72. Güldal D, Yıldırım E, Kuruoğlu E, Günvar T, Mevsim V. Do the core competencies of family medicine relevant to patients' expectations? Turkish Journal of Family Practice. 2012;16(3):107-12.
73. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.

74. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB-Quality Review Bulletin. 1992;18(11):356-60.
75. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2007;5(3):140-3.
76. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi: Siyasal Kitabevi; 2015.
77. Tengilimoğlu. D. Sağlık hizmetleri pazarlaması: Siyasal Kitabevi; 2016. 333,7 p.
78. Türkgöz Y, Aksoy A, Perçin A. Hasta Tatmininin Sosyo-demografik Değişkenler ve Tedaviye Özgül Değişkenler Yönünden İncelenmesi. içinde Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Ankara, Haberal Eğitim vakfı Yayını. 1998:33-43.
79. Kısa A, Tokgöz N. Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları. Eskişehir; 2007.
80. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. Journal of advanced nursing. 1995;22(2):316-22.
81. Kalender A, Uludağ A. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor-Hasta İlişkisinin Rolü. Amme İdaresi Dergisi. 2004;37(4):117-32.
82. Becker MH. Patient adherence to prescribed therapies. Medical care. 1985;23(5):539-55.
83. Kalaça S. Sağlık hizmetlerinde kalite" nin yeniden keşfi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul. 1994:279-81.
84. Esatoğlu AE. Hastanelerde hasta tatmininin hastane yönetimi açısından değerlendirilmesi ve kullanıma yönelik model önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. 1997.
85. Yordy KD, Vanselow NA. Defining primary care: An interim report: National Academies; 1994.
86. Molla S. Primary care: america's health in a new era. committee on the future of primary care. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, DC; 1996.
87. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):70-8.
88. Whitney J. 0.(1994). The Trust Factor: Liberating profits and restoring corporate vitality. New York, McGraw-Hill.
89. Karsavuran S, Kaya S, Akturan S. Hasta Hekim İletişiminde Güven Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği. 2011.
90. Gülcemal E, Keklik B. Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği-An Investigation On Factors Affecting The Confidence of Patients to Physicians: A Research In Isparta. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;8(14):64-87.
91. Press I. Patient satisfaction: understanding and managing the experience of care: Health Administration Press Chicago; 2006.
92. Oğulata Anıl Ö. Görüşme (Konsültasyon) Ve İlİşkİsel Empatİ Ölçeğİnİn Türkçe Geçerlİlİk Ve Güvenİrlİk Çalişmasi. Adana: Çukurova Ünİversİtesİ; 2019.
93. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Medical care. 1998:728-39.
94. Eser E LTva. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Pcas;Primary Care Assessment Survey) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerine Ayaktan Tanı Tedavi İçin Başvuranlardaki Psikometrik Özellikleri. 6 Saykad Kongresi 2007.
95. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Evaluation & the health professions. 2004;27(3):237-51.

96. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. Psycho-Oncology. 2012;21(12):1255-64.
97. Eilers GM. Improving patient satisfaction with waiting time. Journal of American College Health. 2004;53(1):41-8.
98. Pala T, Ergin S. İnönü sağlık ocağı bölgesinde hizmet alan kesimin hoşnutluk ve beklentileri. Sağlık ve Toplum. 1999;9(4):3-8.
99. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Annals of emergency medicine. 1996;28(6):657-65.
100. Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T. Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. Pamukkale Tıp Dergisi. 2014(1):57-62.
101. Şahin S, Özgen D, Özdemir K, Ünsal A. Bir hastanede çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2018;10(3):318-25.
102. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. The Annals of Family Medicine. 2004;2(5):445-51.
103. Amador JA, Flynn PM, Betancourt H. Cultural beliefs about health professionals and perceived empathy influence continuity of cancer screening following a negative encounter. Journal of behavioral medicine. 2015;38(5):798-808.
104. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1).
105. Mahfouz A, Al Sharif A, El Gamal M, Kisha A. Primary health care services utilization and satisfaction among the elderly in Asir region, Saudi Arabia. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 10 (3), 365-371, 2004. 2004.
106. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, Aydoğdu B, Baklaya Ü, Fıra C, et al. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ)(Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2011;9(1):16-32.
107. Lağarlı T, Eser E, Baydur H. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2014;12(3):162-77.
108. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi. 2009;10(1):49-56.
109. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu Erişim Tarihi: 02.05.2021 [Available from: https://covid19asi.saglik.gov.tr/.
110. Yaş OS, Aşılar ÜEB. Aşılama Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. FLORA. 2019;24(4):288-94.
111. Şantaş F, Kurşun A, Ahmet K. Hastane tercihine etki eden faktörler: Sağlık hizmetleri pazarlaması perspektifinden alan araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19(1):17-33.
112. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 27591 sayılı Resmi Gazete; 25.05.2010.

8. EKLER

Ek 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen "Aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisin gösterilmesi'' amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)**
   a. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.
   b. Araştırmanın İçeriği:
   c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma x Tez çalışması
   d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 ay
   e. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:
(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:
Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı
Adı-Soyadı:.....
İmzası:
Araştırmacının
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu

1-Cinsiyetiniz? Kadın ( ) Erkek ( )

2- Yaşınız?.....

3- Eğitim düzeyiniz? İlkokul-ortaokul ( ) Lise ve dengi ( ) Üniversite ve üzeri ( )

4- Medeni durumunuz? Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış/Dul ( )

5- Mesleğiniz?

Ev hanımı( ) Emekli( ) Memur( ) İşçi( ) Öğrenci( ) İşsiz( ) Diğer(……..)

6- Aile hekiminize bugünkü başvuru nedeniniz?

Muayene( ) Kontrol( ) İğne yaptırma/ Pansuman( ) Aşı( )

Rapor alma( ) Aile planlaması( ) Sevk( )

Diğer( ) Lütfen açıklayınız.…….....

7- Kaç yıldır bu aile hekimliği birimine kayıtlısınız?.....

8- Ne kadar sıklıkta aile hekimine gelirsiniz?

Haftada bir veya daha sık ( ) Ayda bir ( ) Altı ayda bir ( ) Yılda bir veya daha az ()

9- Muayene olmak için ne kadar süre beklediniz?

…….Dakika

Ek 4. CARE Ölçeği Anket Formu

Hekiminiz/Doktorunuz ne kadar iyiydi?	Kötü	Vasat/İdare eder	İyi	Çok İyi	Mükemmel	Soru Uygun Değil
1)Kendinizi rahat hissetmenizi sağlaması (Kendisini tanıtması, konumunu açıklaması, size karşı arkadaşça ve sıcak davranması, size saygı göstermesi, soğuk davranmaması ya da ani çıkışlarının olmaması)						
2)'Öykünüzü' anlatmanıza izin vermesi (Durumunuzu tamamen kendi ifadelerinizle tanımlamanız için size zaman vermesi, sözünüzü kesmeden, acele etmeden veya sizi yönlendirmeden)						
3)Gerçekten dinlemesi (Söylediklerinizi can kulağı ile dinlemesi, siz konuşurken bilgisayar ekranına veya notlarına bakmaması)						
4)Sizinle bir insan olarak her yönüyle ilgilenmesi (Size sadece bir numara olarak yaklaşmak yerine hayatınız ve konumunuzla ilgili detayları sorması ve bilmesi						
5)Kaygılarınızı tam olarak algılaması (Yüksekten bakmadan veya bir şeyi atlamadan veya bir şeyi atlamadan sizin kaygı ve hassasiyetlerinizi anladığını belirtmesi)						
6)İlgi ve merhamet göstermesi (İçtenlikle ilgilenildiğinin hissedilmesi, size insan olarak yaklaşması, kayıtsız veya ilgisiz davranmaması)						
7)Olumlu olması (Olumlu bir yaklaşım ve tutum sergilemesi, sorunlarınız hakkında dürüst davranması ama olumsuz olmaması)						
8)Konuları anlaşılır biçimde anlatması (Sorularınızı eksiksiz yanıtlaması; belirsiz ifadeler kullanmadan yeterli bilgiyi tüm açıklığıyla ifade etmesi)						
9)Kontrolü almanıza yardımcı olması (Sağlığınızı kendinizin geliştirmesi için neler yapabileceğinizi sizinle birlikte araştırması; 'ders vermek' yerine sizi cesaretlendirmesi						
10)Sizinle bir yönetim planı yapması (Seçenekleri size izah etmesi, kararlara sizi dahil olmak istediğiniz kadar dahil etmesi; görüşlerinizi dikkate alması)						

Ek 5. PCAS Formu

Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS)

The Health Institute
New England Medical Center

NOT: 51 sorudan oluşan bu ankette ☐ ile çevrelenmiş olan sorular ölçeğin puanlamasında kullanılan sorulardır.

AÇIKLAMALAR

Her bir soru için kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi _____ içine uygun cevabı yazın.

Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Lütfen bütün soruları (soru atlamanız istenmedikçe) cevaplayın. Anketi bir seferde doldurmak zorunda değilsiniz, dilerseniz anketi doldururken ara verebilirsiniz.

Bazı soruları çok özel veya kişisel bulursanız soruyu atlayıp diğer soruya geçiniz. Her koşulda verdiğiniz cevapları kimse bilmeyecek gizli kalacaktır.

Sorularınız olursa bilgi almak için lütfen _____ nolu telefonu arayınız.

Anketi bitirdiğinizde gerektiğinde size verilmiş olan zarfla anketi postalayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

1

Düzenli olarak sizi takip eden Doktorunuzla ilgili sorular

1. **Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız bir doktorunuz var mı?**

evet [1] ↓ hayır [2] →

Diğer ankete geçiniz. Anket sorularımıza yanıt vermek istemeyenler için de yalnızca diğer anketin (sosyodemografik bilgiler) yanıtları alınacak

2. **Bu doktorun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?**

6 aydan daha az	6ay-1yıl arası	1-2 yıl arası	3 – 5 yıl arası	5 yıldan çok
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

3. **Bir sağlık sorununuz ya da sağlığınızla ilgili öğrenmek istediğiniz bir konu olduğunda bu doktoru muararsınız?**

evet [1] hayır [2]

4. **Bu doktor sağlık gereksinimlerinizin çoğuna yanıt verebiliyor mu?**

evet [1] hayır [2]

5. **Bu doktora bir sağlık sorunu nedeniyle bundan bir önceki başvurunuz ne kadar zaman önceydi?**

Bir aydan daha kısa	1-3 ay	4-6 ay	7ay-1yıl	Bir yıldan daha çok
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

6. **Bu doktoru ailenizin diğer üyelerine ve arkadaşlarınıza, komşularınıza tavsiye eder misiniz?**

Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Emin değilim	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Aşağıdaki sorular **düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız doktorla** ilgili sorulardır.

7a. **Evinizden doktorunuzun muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?**

[1] 15 dakikadan az
[2] 16 – 30 dakika
[3] 31- 60
[4] 60 dakikadan uzun

B. **Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

8a. **Doktorunuzun çalışma saatlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

[1] sabahları erkenden
[2] akşamları ve geceleri
[3] hafta sonları
[4] çalışma saatlerinden memnunum

B. **Sağlık gereksinimleriniz açısından doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

9a. **Hastalandığınızda genellikle doktorunuzdan telefonla kaç gün sonrası için muayene randevusu alabiliyorsunuz?**

[0] Telefonla randevu alamıyorum
[1] aynı gün içinde
[2] ertesi gün için
[3] 2 veya 3 gün içinde
[4] 4-5 gün içinde
[5] 5 günden daha çok

B. **Bu randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

10a. **Size verilen randevu saatinde doktorunuza gittiğinizde muayeneniz genelikle randevu saatinden ne kadar sonra başlıyor**
(randevu almadıysanız sağlık ocağına ulaştıktan sonra muayene için ne kadar bekliyorsunuz?)

[1] zamanında başlıyor
[2] beş dakikadan daha az
[3] 6-10 dakika geç
[4] 11-20 dakika geç
[5] 21-30 dakika geç
[6] 31-45 dakika
[7] 45 dakikadan daha fazla

B. **Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

11a. **Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç doktora gitmeyi erteledğiniz oldu mu?**

[0] hiç para ödemiyorum *(12a sorusuna geçiniz)*

evet Çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle olmadı
[1]	[2]	[3]

B. **Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

12a. **Size oldukça pahalı geldiği için için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?**

evet çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle
[1]	[2]	[3]

B **İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını(tedavi maliyetini)nasıl değerlendirirsiniz ?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

13. **Doktorunuzu görmek veya konuşmak ihtiyacı duyduğunuzda aşağıdaki durumlara göre doktorunuzu nasıl değerlendirirdiniz?**

A. **Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda?**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bir sorununuz veya sorunuz olduğunda telefonla doktorunuzdan tıbbi öneri alabilmek konusunda**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

14a. **Düzenli kontrolleriniz veya Genel muayene (Çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz ?** →

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?** →

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

15a. **Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)** →

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?** →

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

5

16. **Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz**

A. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B. sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17. **Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)						
B. Anlattıklarınızla ilgili dikkati						
C. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar						
D. Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine (hastaneye veya uzman doktora) yönlendirdiğinde hazırladığı ve size verdiği (sevk) raporları						
E. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri						

18. **Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?**

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

19. **Doktorunuzdan aldığımız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirsiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Size ayırdığı **zaman**						
B. Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği **sabır**						
C. Size karşı olan **dostluk ve yakınlığı**						
D. **İlgisi ve bakımı**						
E. Size karşı **saygısı**						

20. **Doktorunuzun sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

Her şık için ayrı yanıt işaretlenecek	[1] Evet	[2] Hayır
A. Oldukça **az** öneride bulunuyor		
B. Oldukça **çok** öneride bulunuyor		

7

21. **Doktorunuz bugüne kadar aşağıdakilerden hangisi/hangileriyle ilgili sizinle konuştu** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

Her şıkkı ayrı yanıtlayınız	[1] Evet üç yıl içinde	[2] Evet 3 yıldan daha uzun	[3] Evet zamanını hatırlamıyorum	[4] hayır
A. Sigara içme				
B. Alkol kullanımı				
C. Aile planlaması				
D. Beslenme (gebe,bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi.				
E. Egzersiz ve spor yapma				
F. Kişisel temizlik (eller, dişler vb.)				
G. Güvenli, sağlıklı cinsel ilişki				

22. **Aşağıdakilerden hangilerini onun önerilerine uyarak gerçekleştirdiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

(answer each line)	[1] Evet	[2] Hayır
A. Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak		
B. Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak		
C. Aile planlaması yöntemi kullanmak		
D. Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek		
E. Egzersiz ve spora başlamak		
F. Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstemek		
G. Güvenli cinsel ilişkide bulunmak (örneğin cinsel ilişkide gerektiğinde kılıf kullanmak gibi)		

8

23.**Doktorunuza olan güveninizle ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Kesinlikle atılıyorum	[2] Katılıyorum	[3] Emin Değilim	[4] Katılmıyoru	[5] Kesinlikle katılmıyorum
A. Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim					
B. Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar					
C. Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim					
D. Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder					
E. Sağlığımla ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler					
F. Sağlığıma benim kadar dikkat eder					
G. Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır					

24. **Tüm bunları dikkate aldığınızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç güvenmiyorum — Tam olarak güveniyorum

9

25. **Doktorunuzun sizinle ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi						
B. Evde ve işyerindeki sorumluluklarınızla ilgili bilgisi						
C. Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi						
D. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi						

26. **Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir**

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

27. **Doktorunuzun çalıştığı sağlık biriminde diğer doktorlar veya hemşireler sizin sağlık bakımınızda önemli bir rol üstleniyorlar mı** ?

[1] evet [2] hayır → 30. Soruya geçiniz

↓

28. **Diğer doktor ve hemşirelerin bakımınızda önemli bir rol oynadığını düşünüyorsanız aşağıdaki verilen durumları nasıl değerlendirirsiniz?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgileri						
B. Tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgileri						
C. Onlardan aldığınız hizmetin kalitesi						
D. Sürekli doktorunuzla onların arasındaki eşgüdüm						
E. Sağlık sorunlarınız ya da tedavilerinizle ilgili gereksinim duyduğunuz açıklamalar						

29. **Düzenli doktorunuzun <u>sizin</u> diğer doktor ve hemşirelerden aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgilerinin düzeyini nasıl değerlendirirsin?**

Herşeyi biliyor	Çoğunu biliyor	Bazı şeyleri biliyor	Çok az şeyi biliyor	Hiçbir şeyi bilmiyor
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

30. **Doktorunuz size özel bir sağlık sorununuz için farklı bir doktoru önerdi mi ?**

[1] Evet

[2] Hayır → 32.soruya geçiniz

↓

31. **Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdiğinde aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Gideceğin uzman hekimi seçmene yardımı						
B. Uzman hekimden gerekli randevuyu almana yardımı						
C. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi						
D. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi						
E. Diğer pratisyen hekim veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı						
F. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi						

32. **Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

[1] Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı
[2] Çok memnunum
[3] Biraz memnunum
[4] Ne memnun ne de değilim
[5] Biraz memnun değilim
[6] Hiç memnun değilim
[7] Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı

33. Bize verdiğiniz bilgiler **tamamen kişisel bilgilerdir** ve doktorunuzla ya da herhangi başka birisi bu bilgileri **hiçbir zaman** bilmeyecektir. Araştırmanın amacı nedeniyle doktorunuzun adını bilmemiz gerekiyor.

Doktorunuzun adını yazınız _____

Teşekkür ederiz