



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

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN PAYLAŞILMIŞ
KARAR ALMA KONUSUNDA TUTUM VE
DÜŞÜNCELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nur Yağmur KUŞ ALAGÖZ

Antalya, 2020



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

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN PAYLAŞILMIŞ
KARAR ALMA KONUSUNDA TUTUM VE
DÜŞÜNCELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nur Yağmur KUŞ ALAGÖZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, ilgisini hiç esirgemeyen ve tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve raporlandırılması aşamasında her kademedeki gösterdiği desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

İhtisasıma katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Tez araştırma ve yazımı sürecinin her noktasında desteklerini hiç esirgemeyen elinden gelenin en iyisini yapan eşim, yol arkadaşım ve aynı zamanda meslektaşım Dr. Hilmi ALAGÖZ'e,

Bugünlere gelmemde en büyük payı olan, tüm imkanlarını benim için seferber eden aldığım her kararda arkamda olan kıymetli babam Dt. Bekir KUŞ'a ve kıymetli annem İnci KUŞ'a,

Birlikte çalıştığım Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personellerine özellikle değerli Mine KOCAGÖZ'e,

Rotasyon yaptığım kliniklerde bize bilgi ve emek veren, zaman ayıran tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
Şekiller Dizini	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Sağlık ve Sağlık Bakımı	7
2.2. Hasta-Hekim İlişkisinin Tarihçesi	8
2.3. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar ve Görüşme Süreci	9
2.4. Hasta-Hekim İlişkisinde Ekoller	12
2.4.1. Paternalistik Model	13
2.4.2. Bilgilendirici Model	14
2.4.3. Yorumlayıcı Model	15
2.4.4. Görüşmecî Model	16
2.5. Hasta Merkezli Yaklaşım	18
2.6. Paylaşılmış Karar Alma	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Etik Kurul ve İzinler	27
3.2. Araştırmanın Tipi	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	28
3.6. Veri Toplama Araçları	28
3.7. İstatistiksel İncelemeler	28
4. BULGULAR	29
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	29
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	56
7. ÖZET	59

8. ABSTRACT	60
9. KAYNAKLAR	62
10. EKLER	69
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	69
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	70
Ek 3. Tedavi Sürecinde Paylaşılmış Karar Alma ve Karara Katılımı Konusunda Hastaların Düşüncelerinin Değerlendirilmesi Anketi Formu	73



KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HMG	Hasta Merkezli Görüşme



ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Emanuel’ın hasta hekim iletişimi modelleri	17
4.1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri	30
4.2. Katılımcıların bilinen hastalık olma durumu, sağlık durumları, ilaçlar hakkında yapılan açıklama ve yan etkileri bilmek isteme konusunda beklentileri ve doktorlarına olan güven durumu ile ilgili sorulan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	33
4.3. Katılımcıların tedavi süreci ve bu süreçte bilgi edinme durumları, ortak karar verme sürecini etkileyen faktörler	35
4.4. Katılımcılara göre doktorların tedavi süreci ve karar aşamasında tutumları	37
4.5. Katılımcıların doktorlar hakkında genel görüşleri	38
4.6. İlaçların yan etkilerini bilmek gerektiğini düşünme durumunu etkileyen faktörler	40
4.7. Hekime güven durumunu etkileyen faktörler	41
4.8. Tedavinin düzenlenme sürecine dair katılımcıların görüşleri	44
4.9. Tedavi sürecinde hastanın fikrini söyleme durumunu etkileyen faktörler	45
4.10. Kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması	47
4.11. Tıbbi bakımla ilgili kararlara hastanın katılmasını etkileyen faktörler	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Çalışmaya katılan katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları	29
4.2. Çalışmaya katılan katılımcıların yaşlarına göre dağılımı	29
4.3. Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri	31
4.4. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre eğitim düzeyleri	31



1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Aile hekimleri, birinci basamakta sağlık bakımı sunmada merkezi konumdadırlar ve genellikle hastanın ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık hizmetlerini sunarlar. Birinci basamağın odağı hastalık değil, hasta olan kişilerdir. Bu nedenle aile hekimlerinin nitelikli sağlık hizmeti sunmalarında asal bileşenlerden biri kişi merkezli bakımdır. Hastanın arkasındaki kişiyi tanımının önemini vurgulayan kişi merkezli bakım, hastaların bakımının planlanması, geliştirilmesi ve sunulmasında hasta ve hekimin eşit ortaklar olarak görüldüğü bir yaklaşımdır. Kişi merkezli bakımın temel özelliklerinden birisi de etkili hasta hekim ilişkisi kurulmasıdır (1).

Hekim-hasta ilişkisi sağlık bakımının temel taşlarından biridir ve sağlık hizmetlerinde, özellikle aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunduğu birinci basamakta önemli bir kavramdır (2,3). Hekimler ve hastaları arasındaki ilişki, Hipokrat'tan bu yana tartışılmaktadır. Hipokrat dönemlerinden 1970'lere kadar hekim – hasta ilişkisi paternalistiktir. 1970'li yıllardan başlayarak, hekim-hasta dinamiği, karar vermede hasta özerkliğinin öneminin giderek artmasıyla dramatik bir şekilde değişmeye başlamıştır. Hekim-hasta ilişkisinin yeni modelleri, sağlık bakımında karar verme sürecinde hasta ve hekim arasında daha fazla etkileşim ve diyaloga doğru bir eğilimi yansıtmaktadır (3,4).

Hasta özerkliğinin güçlü bir savunucusu ve Hipokrat geleneğin eleştirmeni olan Robert Veach, 1972'de, hekim hasta ilişkisinde işbirlikçi bir model öneren ilk kişi olmuştur. *Sözleşmeli İşbirliği Modelinde*, hekim ve hasta arasında karar verme konusunda gerçek bir paylaşım vardır. Hekim ve hasta, açık tartışma ve görüş alışverişi yoluyla, tıbbi karar alma için karşılıklı olarak kabul edilebilir bir değer çerçevesi oluşturur. Bu şekilde hekimin, tıbbi bakım konusundaki sayısız kararı hastaya her ayrıntıda danışmadan verebileceği savunulmaktadır (4).

Veach'den yirmi yıl sonra Ezekiel Emanuel ve Linda Emanuel hekim-hasta ilişkisinin 4 modelini tanımlamıştır: paternalistik model, bilgilendirici model, yorumlayıcı model ve müzakereci model (5). Paternalistik model, doktorların otoritesini ve özerkliğini vurgular ve doktorların hastalarını değerlerini paylaştığı, hekimin hasta için en iyi kararı vereceği kabul edilir. Paternalistik modelde hekim karar verir ve hastayı karara uyması için zorlar. Bilgilendirici modelde hekim

hastalara riskler, faydalar ve alternatifler dahil olmak üzere tüm ilgili bilgileri verir ve ardından kendi tıbbi girişimlerini seçmelerini ister. Ancak, en iyi çabalara rağmen, çok az hasta hekimin ne söylediğini gerçekten kavramaktadır. Pek çok tıbbi terim hasta için yabancısıdır ve verilen istatistikleri anlamaları zordur. Bu nedenle bilgilendirici model karar almada çok uygun değildir. Yorumlayıcı (açıklayıcı) modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın klinik durumda gerçekleştirilebilecek en iyi sağlıkla ilgili kararı belirlemesine ve vermesine yardımcı olmaktır. Hekim olası girişimin yararları, riskleri gibi konularda bilgi verir ve hasta onaylar. Görüşmecisi modelde hekim ve hasta birlikte karar verirler (5).

Görüşme tıbbın merkez eylemidir. Tüm iyi görüşmeler ideal sonuçları başaramasa da düzenli olarak yapılan görüşme süreçleri etkilidir (2,3). Aile hekimleri ve hastalar arasında yapılan her görüşme, yavaş yavaş gelişen bir öyküye zemin hazırlar. Her görüşme bir önceki görüşme üzerine kurularak hekim ve hasta için bu zeminde güven ortamına dayalı ortak deneyim oluşturmaktadır (1,3).

Bindokuzyüzyetmişlere kadar hastalıklara klinik bakış açısı genelde biyomedikaldir. Biyomedikal yöntem hastalık merkezli bir yaklaşımdır. Hastalıkların organik nedenlerden kaynaklandığı ve hastadan bağımsız olarak ortaya çıktığı, her hastalık için özgün ilaçların kullanılması gerektiği kabul edilmektedir. Bu yöntemde hekimin görevi, hastanın hastalıklarını belirlemek, etkenleri ve nedenlerini ortaya koyarak hastalığın önlenmesi ve tedavi edilmesini sağlamaktır. Bu nedenle hasta hekim görüşmesindeki amaç tanı koymak üzerine odaklanmıştır (2,3,7). Bu yöntem de karar verici, hastalıklar konusunda uzman olan hekimdir. Hekim-hasta görüşmesinde, hekim liderliği üstlenir; hastalık veya rahatsızlığa tanı koyarak tedavi için gerekli olan girişimleri planlar ve hastadan bunlara uymasını bekler (2,3,7).

Hasta merkezli yaklaşım George Engel'in 1977'de tıbbi bakış açısının genişletilmesini savunması ile ilk kez gündeme gelmiştir (8). Engel'e göre hastalık hastadan bağımsız değildir ve sağlık ve hastalığı tam olarak açıklayabilmek için insanın varoluşunun sosyal ve psikolojik boyutlarının biyomedikal verilerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım

biyopsikososyal yaklaşım olarak adlandırılmaktadır (9). Biyopsikososyal yaklaşım en iyi hasta merkezli görüşme (HMG) yöntemiyle sunulmaktadır. HMG yönteminin esası hekimlerin hastanın bütüncül bir fotoğrafını görmek için hastanın dünyasına girmeye çalışmalarıdır. Hedef hasta ile paylaşılmış uzmanlığa erişmektir. Hasta merkezli bakım, hastanın özerkliğini desteklemekte; kendi bakımlarının planlanmasında hastayı bir ortak olarak kabul etmeyi ve kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları için onları yüreklendirmeyi, güçlendirmeyi içermektedir (10,11). Hasta merkezli görüşmenin temel görevi hastaların sorunun doğasını, olası nedenlerini, yönetim seçeneklerini ve korunma için fırsatları anlamasını sağlamaktır. Bu anlayış hastaları aydınlanmış seçimler yapma, kendi bakımına katılma, gelecekte sağlık bakımını uygun kullanma konularında yetkin kılmakta; anlayışı paylaşmak belirsizliği azaltarak tedavi edici etki sağlamaktadır. Bu yaklaşım sadece hastaya güvence vermez, hastayı tanıdan tedaviye tüm yönetim sürecinde aydınlatan bir yaklaşımdır (10, 11).

Görüşmelerin çoğu hastanın sorununun yönetimi konusunda bir karar almayı içerir. Hekimlerin hastaları adına karar verdikleri karar almanın geleneksel paternalistik modeli giderek güncelliğini kaybediyor görünmektedir (12). Son zamanlarda hasta ve hekimin birlikte tedavi kararlarına katılımı önem verilen bir konu haline gelmiştir (13,14). Üstelik hasta merkezli stratejilerin benimsenmesi ile görüşmede hastanın rolü artırılmıştır. Hastaların tedavi konusunda karar almaya etkin katılımını artıran modeller geliştirilmiştir. Paylaşılmış karar almanın hasta merkezli tıpla birçok benzerlikleri vardır. Paylaşılmış karar alma kavramı da hastanın tedavi kararına etkin katılmasını gerektirir. Paylaşılmış karar almada hekim ve hasta karar verme ve tedavi sürecini planlama sorumluluğunu üstlenirler. Hasta ve hekim birbirlerinin beklentilerine, bakış açılarına ve değerlerine saygılıdır (12-16). Hekimler, hastanın tercihleri hakkında analiz yaparak onların bir tedavi seçeneğine veya diğer klinik uygulamalara karşı tutumunu ortaya koymak istemektedirler (15).

Paylaşılmış karar alma birinci basamak hekimlikte mutlaka olması gereken bir anlayıştır. Hastayı, kendi tıbbi bakımına katılma, seçimlerine karar verme, gelecekte sağlık bakımını uygun kullanma konularında etkin kılmaktadır. Hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır. Böylece hasta hekim arasındaki

belirsizliği azaltarak tedavi edici yönünü geliştirmeyi sağlamaktadır (14). Paylaşılmış karar alma hasta memnuniyetini artırmaktadır (15,17).

Çeşitli kavramsal modeller, hekimler ve hastalar arasındaki paylaşılmış karar verme sürecinin neyi gerektirdiğini açıklamaktadır. Bu modellerin çoğu, paylaşılmış karar vermenin bir parçası olarak atılması gereken adımları açıklamaktadır. Tıbbi karşılaşmada paylaşılmış karar alma modelinin 4 temel özelliği vardır (14):

1. Hasta ve hekimin her ikisi de tedaviye karar verme sürecine katılır.
2. Her iki taraf da karşılıklı bilgi paylaşımında bulunur.
3. Hasta ve hekimin her ikisi de tercih edilen tedavi konusunda bir uzlaşma oluşturmak için çalışır.
4. Tedavinin uygulanması üzerinde uyuşmaya varılır.

Paylaşılmış karar almada bilgi alışverişi iki yönlüdür. Hekim, hastanın karar verme sürecini etkileyecek olan bilgileri yani mevcut tedavi seçeneklerini, her birinin yararları ve riskleri ile hastanın psikolojik ve sosyal refahı üzerindeki potansiyel etkileri hakkında bilgilendirmelidir. Hastanın da kendi değerleri, tercihleri, yaşam tarzı, hastalığı ve inançları konusunda hekimi bilgilendirmesi gerekir. Bu bilgi alışverişi, tüm tedavi seçeneklerinin masada olmasını sağlamakla birlikte hastanın ihtiyaçları doğrultusunda değerlendirmesini sağlar. Nitekim bazı durumlarda hem hasta hem de doktor için paylaşılmış olan ortak bir karara varmak her zaman kolay olmayabilir. Hastaların tercihleri hekimleriyle aynı değilse fikir birliğine varmak zordur. Hastalar ve doktorlar arasındaki tercih farklılıkları birçok klinik ortamda gösterilmiştir (16).

Bir diğer makalede, Stiggelbout ve arkadaşları tarafından paylaşılmış karar vermenin dört temel adımı tanımlanmıştır: (1) *Hekim hastaya karar verileceğini ve hastanın görüşünün önemli olduğunu bildirir*; (2) *Hekim seçeneklerin neler olduğunu ve artılarını ve eksilerini açıklar*; (3) *Hekim ve hasta, hastanın tercihlerini tartışır, hekim görüşmede hastayı destekler*; (4) *Hekim ve hasta, hastanın karar verici rol tercihini tartışır, kararı verir veya erteler* (17).

Ülkemizde, paylaşılmış ortak karar alma yeni bir anlayıştır. Fakat pek çok ülke (bunların arasında ABD, İngiltere ve Norveç), hastanın kendi sağlığıyla ilgili kararlarda yer alma hakkını sağlamak için yasalar çıkarmıştır (14).

Tüm dünyada paylaşılmış karar almaya hastaların katılma tercihlerini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Benbassat ve arkadaşları 1998’de, bu konuda yapılan çalışmaların metaanalizini yapmışlardır (18). Bu metaanalizde, katılımcıların çoğu aktif bir rol istemediğini, ancak doktor-hasta ilişkisinde tamamen pasif olmak da istemediklerini bildirmiştir. Bu sonuç, katılımcıların sadece %3 ila %8’inin tamamen pasif bir rol tercih ettiğini göstermiştir. Çalışılan hastaların büyük çoğunluğu hastalıkları hakkında bilgilendirilmek ve değişen oranlarda karar alma sürecine dahil olma isteğini dile getirmiştir. Çalışma, ayrıca, hasta olmayanların %80’inin, hastalıkları ile ilgili kararlara aktif veya işbirlikçi katılmayı tercih edeceğini; soru soran, tedavi seçeneklerini ortaya koyan ve tercihlerini ifade eden hastaların sağlık sonuçlarının daha iyi olduğunu göstermiştir.

Hastaların üçte birinden fazlası doktorlara danışırken karar vermede istenen rolünü başaramayabilmektedir. İngiltere’de Keating ve ark.’nın birinci basamakta yaptıkları bir çalışmada, hastaların %60’ı hekimleriyle istedikleri karar alma rolünü başarmıştır (19). Bununla birlikte, hastaların %25’inin aktif rolünün daha az, hastaların %15’inin istediğinden daha olduğu bulunmuştur. ABD’de yapılan hastane temelli bir araştırmada, Ford ve ark. karar alma sürecine katılımının tercih edilenden daha çok veya daha az olan hastaların, katılımları istenen rolüyle eşleşen hastalardan daha az memnun oldukları görülmüştür (20). Carlsen ve ark.’nın 2006 yılında yaptığı çalışmada hastaların paylaşılmış karar almayı kuvvetle tercih ettiği görülmüştür. Yine aynı çalışmada paylaşılmış karar almaya olumlu bakan aile hekimlerinin hasta gereksinimlerini daha iyi yanıtladıkları ve bu nedenle hastaların tutumunun hekimlerinin tutumundan farklı olduğu zaman bile hastaların memnun oldukları görülmüştür (21).

ABD’deki araştırmalar, doktorların hastalarının karar verme tercihlerine ilişkin algılarının çoğunlukla yanlış olduğunu göstermiştir (19,22). O’Connor ve ark., Kanada’daki genel nüfusun katıldığı bir telefon araştırmasında, en yaygın tercihin paylaşılan kararlar için olduğunu ve katılımcıların sadece %6’sının karar almada katılımcının görüşünü dikkate alarak ya da almadan doktor tarafından alınmasını istediği bulunmuştur (22). Bu çalışmada araştırmacılar *“hastaların, kendi tedavi süreçlerine aktif katılım sağlamaları sonucunda, bu durumun onları*

güçlendirdiği ve kendi kendilerine yeterlilik duygularını arttırdığını; ayrıca, paylaşılmış karar verme stratejilerinin, hastaları kendi tedavileri için daha büyük sorumluluk almaya teşvik etme fırsatı sunduğunu” bildirmişlerdir.

İngiltere’de yaşamı tehdit eden hastalık üzerine yapılan çalışmada, hastanede çalışan genç doktorların, tıbbi değerlendirmeleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda doktorların, tıbbi değerlendirme konusunda iyi oldukları; ancak hastaların isteklerini kabul etmede pek gönüllü olmadıkları tespit edilmiştir (23).

Covvey ve ark. tarafından yapılan çalışma, meme, prostat, gastrointestinal veya akciğer kanseri olan onkoloji hastalarını kapsamaktadır. Bu çalışma, hastaların sağlık bakımları üzerinde, paylaşılmış karar verme konusunda engelleyen ve kolaylaştıran durumları ortaya koymuştur. Paylaşılmış ortak karar alma sürecinde ortaya çıkan ana engellerin; hastaların ilaç yan etkileri konusundaki endişeleri, en iyi tedavi seçeneği konusundaki belirsizlik durumu ve hasta-hekim iletişimindeki zayıflık olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, daha çok onkoloji hastalarının ilaç tedavisi konusundaki kararlarına odaklanmış olsa da, elde edilen bulguların sağlık hizmetlerinde geniş uygulanabilirliğe elverişli olduğu bulunmuştur (24).

Literatür taramasında hasta katılımı ve ortak karar verme konusunda Türkiye’de yapılmış çalışma bulunamamıştır. Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına ait polikliniklere herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren kişilerin paylaşılmış karar alma konusunda tutum ve düşüncelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. İkincil amaçlarımız polikliniklerimize başvuran kişilerin yönetimlerinde ne kadar paylaşılmış karar alındığını ve paylaşılmış karar alma yaklaşımına bakış açılarını saptamak, konu ile ilgili farkındalık yaratmak ve literatüre katkıda bulunmaktır.

Bu çalışma sonunda elde edilecek bulgular ışığında, sağlıkları konusunda daha kapsamlı bilgilenmiş, kendilerine daha iyi bakan, sağlıklarıyla ilgili kararlara daha iyi uyan, tıbbi hizmetleri daha akılcı kullanan hastaların sayısını arttırmak hedefler arasındadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlık Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948’de yapılan sağlığın tanımı, sadece hastalık ya da sakatlığın olmamasından ibaret olmayıp, fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halinin olması şeklinde yapılmıştır (25). DSÖ, 1984’de bu tanıma 2 önemli ek yapmıştır. Sağlıklı sayılabilmesi için bireyin özlemlerini gerçekleştirme ve gereksinimlerini karşılamada yetkin olması yanında çevreyle başa çıkma ve onları değiştirebilmede yetkin olması da gerekmektedir (26).

Sağlık, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşamı devam ettirmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve ayrıca sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir. Ottawa Sözleşmesi’nde sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik üç temel strateji belirlenmiştir. Bunlar gerekli sağlık koşullarının yaratılması için sağlığın desteklenmesi; insanların tam sağlık potansiyellerine erişmelerinin sağlanması ve sağlık arayışında toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılmasıdır (27).

Sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi sürecinde önemli payı hekimler almaktadır. Hekim, hastalarının sağlığını koruma, geliştirme ve onları yüreklendirme konusunda toplumda anahtar role sahiptir. Özellikle aile hekimleri hasta ile ilk temas noktasında ve sağlık bakımı sunmada merkezi konumdadırlar. Yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirerek ve sağlık kaynaklarını etkili kullanarak, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sağlamadan sorumlu hekimlerdir. Birinci basamak hekiminin temel görevi kişinin sağlığını korumak kadar, uygun ve etkili girişimlerle sağlığın geliştirilmesini de sağlamaktır. Hasta ile her temas, onların sağlığını geliştirme, kendi sağlıkları konusunda bilgilendirme ve güçlendirme için bir fırsat olarak görülmektedir (1).

2.2. Hasta-Hekim İlişkisinin Tarihçesi

Tarihsel açıdan bakıldığında zaman, hasta-hekim ilişkisi ile yaşanan çağ arasında süregelen bir bağlantı ve gelişme olduğu görülmektedir. Belli bir çağda, belli toplumlarda ortak özelliklere sahip bir tür hasta-hekim ilişkisi yaşanmıştır. Bu toplumlarda yaşanan benzer özellikleri açıklamada belirleyici öğelerden biri o çağın tıp bilgisi düzeyidir (28).

Szasz ve Hollender (1956) tarafından hasta -hekim ilişkisi türlerinde bir psikoanalitik yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre ilişki kavramı, gözlemlenebilen durumların uygun yönde soyutlanması olarak görülür. Szasz ve Hollender, hasta ve hekim arasındaki ilişki şekillerinin aynı zamanda diğer insanlar arası etkileşimlerde de bulunduğunu, fakat bu ilişkinin bulunulan ortamın özgünlüğü nedeniyle benzersiz olduğunu ileri sürmektedir (29). Szasz ve Hollender tarafından hasta ve hekim arasında üç tür ilişki modeli tanımlanmıştır (29):

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

Eski Mısır, Eski Yunan Uygarlığı ve Ortaçağ Avrupa'sı özellikle Engizisyon dönemlerinde etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin geçerli olduğu görülmektedir (30). Bu dönemdeki hastalık kavramı mistik öğeler taşımaktadır. Genellikle hekim iyileştirici güçleri eyleme dönüştüren ve bu güçler sayesinde hasta ile arasında bağlantı kuran bir üstün kişi durumundadır. Hekimler, bu özelliklere sahip olması nedeniyle din adamlarının en önemli rakipleri olmuştur. Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki modeli, hastanın tamamen edilgin olduğu, hekimin ise tek başına tanı ve tedavi şeklini belirleyip, hastasını yönlendirdiği modeldir. Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta hekim ilişki modelinde aynı zamanda hastanın onamı olmaksızın hastanın iyiliği ve yararı göz önüne alınarak hekimin hasta adına karar verdiği ilişki türüdür (28).

Çağdaş ruh hekimliğinin kurucusu Philippe Pinel'in hastaya insancıl yaklaşımı sayesinde hasta-hekim arasında etkinlik-edilgenlik kavramına dayanan ilişki yerini, yol gösterme- iş birliği yapma kavramına dayanan ilişkiye bırakmıştır

(31). Yol gösterme-işbirliği yapma temeline dayanan ilişki modelinde, tanı ve tedavi sorumluluğu tamamen hekimde olmasına rağmen hasta belli ölçüde etkindir. Bu model de hekim kendi bilgi becerilerini kullanarak hastaya ne yapılması gerektiğini söylemekte ve yapılması gerekenleri hasta kabul ederek hekim ile iş birliği yapmaktadır (28,32). Böylece hekim, hastanın düşüncelerini önemseyerek hastanın değerleri doğrultusunda “yol gösterici”, “yorumlayıcı” bir yaklaşım göstermektedir (28,30).

On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda bilim ve tıp alanında meydana gelen gelişmelerin sayesinde ve zamanla bilgi birikiminin artması ile hastanın hekim karşısındaki edilgin konumunu ve bağımlılığını artırmıştır (30). Karşılıklı katılım temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin ortaya çıkışı ise 19. Yüzyıl sonlarında psikiyatrinin bir tıp dalı olarak gelişmeye başlaması ile olmuştur. Joseph Braurer ve Sigmond Freud’un hastayı dinlemeyi bir tanı ve iyileştirme yöntemi olarak geliştirmeleri, hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı katılım yolunda en büyük adımdır. Bu dönemde sağlıklılık ve hastalığı ak ve kara gibi birbirinden ayıran Kraepelin’ci görüşle, hastalığı biyopsikososyal bir olgu olarak kapsamlı bir şekilde tanımlayan bugünkü görüş bir süre birlikte etkili olduktan sonra, tıp bilgisinin de gelişmesiyle günümüzdeki geniş kapsamlı tanıma ulaşılmıştır (28,30)

Hasta-hekim ilişkisi eski çağlardan günümüze kadar birçok değişim yaşamıştır. Hasta-hekim arasındaki ilişki toplumun geçerli değerlerinin ve zaman içindeki evriminin bir belirteci olarak görülebilir. Bu ilişki her ne kadar değişime uğramış olsa da çağımızın bütün teknolojik gelişmelerine rağmen, Tıp biliminde hasta-hekim ilişkisi günümüze kadar her zaman merkezi konumunu korumuştur.

2.3. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar ve Görüşme Süreci

Hasta-hekim görüşmesindeki ilişkiyi etkileyen etmenler hasta hekim arasındaki güven ilişkisi, hekimin ve hastanın ruhsal durumları ve bu ilişkiden beklentileri, hekim ve hastanın iletişim becerileri, hekimin ve hastanın benimsediği hastalık kavramının topluma ve gerçekleştiği zaman dilimine göre değişmesi, hastadan kaynaklanan durumlar, hastalıktan kaynaklanan durumlar, hekimden kaynaklanan durumlar(hastayı yetersiz bilgilendirme, dinleme

eksiklikleri ve teknik dil kullanımının ağırlıklı olması), sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar, zaman sorunu gibi daha birçok etkindir.

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen en önemli özelliklerinden biri de hastanın hekimine duyduğu güvendir. Bu güven duygusu, hastanın hekimine varoluşsal bağımlılık içinde, hekimin hem insan olma özelliklerine, hem de klinik alanda mesleki yeteneğini kapsamaktadır (33). Aynı zamanda hastanın hekimine karşı duyduğu güvenin artmasıyla birlikte hasta memnuniyeti ve tedaviye uyumu da pozitif yönde etkilenmektedir (34). Aksi halde güven duygusu olmadan hastanın tedaviye uyumu zorlaşmaktadır (35). Güven duygusu hasta-hekim ilişkisinde sürekliliği de sağlamaktadır. Bu özellikle hastaların sürekli bakımını sağlayan birinci basamak hekimleri için çok önemlidir. Hastaya karşı dürüst, sevecen ve samimi olunması güven duygusunun daha da sağlamlaşmasını sağlamaktadır (34). Sonuç olarak hasta-hekim arasında oluşan güven duygusu sayesinde hastanın tedaviye olan yanıtı ve hasta memnuniyeti artmaktadır (36).

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen bir diğer unsur iletişim becerisidir. Klinik uygulamalarda ciddi ve çok yaygın iletişim yetersizliklerinin varlığı dikkati çekmektedir (37). Hekimler ve hastalar arasındaki iletişim, uygun tıbbi bakımın sağlanmasında ve alınmasında temel bir bileşen olarak kabul edilir. Allen ve ark. tarafından yapılan çalışmada, iletişim sorunlarının tıbbi uygulama ile hasta beklentileri arasındaki uyumsuzluğun bir sonucu olabileceği gösterilmiş; bazı hekimlerin iletişim becerilerinde eksik oldukları ve hastalarının tedavi alternatiflerini açıklamada yetersiz kaldıkları ve sordukları sorulara cevap vermede başarısız oldukları bulunmuştur (38). Nitekim hastaların hekimleriyle olan iletişiminden memnun olmadıkları zaman tedaviye uymama ve yanlış tedavi için dava açma gibi bazı sorunların görülme sıklığı artmaktadır (39).

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen etkenlerden diğeri hastayı yetersiz ve eksik bilgilendirmedir. Eksik ve belirsiz açıklamada bulunmak, hastalarda endişe ve tatminsizliğe neden olmaktadır (37). Hastayı yeterli bilgilendirmeme farklı nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerden ilki, hekimin kendi rolünü nasıl algıladığı ile ilgilidir. Hekim kendisini hastanın duygularını anlamaya çalışan onunla empati kuran ve karar verme sürecine hastayı da katan biri olarak görebilir (40). Eğer hekim kendisini hastanın iyiliği için en iyi bilen kişi olarak

görüyorsa hastayı bilgilendirmeye gerek duymayacaktır. Diğer bir bilgilendirmeme nedeni ise, hastaların sosyoekonomik statü düzeyleri ile ilişkilendirmeleridir. Magnus ve ark.'nın yaptığı bir araştırma sonucunda, yüksek eğitim gören ve yüksek sosyoekonomik statüye sahip hastaların hekimlerinden daha fazla bilgi aldıkları, fakat düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip hastaların istemelerine rağmen fazla bilgi alamadıkları bulunmuştur (41).

Hasta-hekim ilişkisini zamanda etkilemektedir. Bu zaman sorunu hem hasta hem de hekim için olumsuz algılanmaktadır. Burks'a göre algılanan zaman kavramının hasta ve hekim için farklıdır. Burks, hastaların hekimlerin kendilerine gerekli zamanı ayırmadıklarını, hekimlerin ise hastaların çoğu sorusunu yanıtladıkları halde onları tatmin edemediklerini düşündüklerini belirtmiştir (42).

Hasta-hekim ilişkisinde dinlemenin yeri önemlidir. Hastasının anlattıklarını iyi dinlemeyen, onunla iletişim kurmayan, bir zorunluluk ve görev gereği ilişki içerisinde olan hekimin sağlıklı hasta-hekim ilişkisi kurması olanaksızdır (30). Hekimin hastayı yeterince dinlememesi hasta-hekim ilişkisinde bir engel olmaya başlamaktadır. Nitekim hastalar hekimlerin kendilerini dinlememelerinden çoğu zaman yakınmaktadırlar (43). Oysaki hastasını dikkatli dinleyen bir hekim, hastanın sosyokültürel seviye ve iç dünyası hakkında bazı ipuçları bularak, kendi kültürü ve eğitiminin ışığında sentez edip hastayla nasıl konuşması gerektiğini belirleyebilir (34). Böylece hastasını dikkatli dinleyen hekim doğru bir öykü alarak, tanı koymasını kolaylaştırdığı gibi hastasına önemsendiğini ve değer gördüğünü hissettirmiş olur; sağlıklı hasta-hekim ilişkisinin devam etmesini sağlar.

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen diğer unsur hekimlerin kullandığı dildir. Hekimlerin kullandığı dilin sade ve anlaşılır olmaması hastanın rahatsızlığı konusunda yeterli bilgilenmesine ve anlamasına engel olmaktadır. Bu durum hastanın tedaviye uyumunu, hekime olan güvenini ve bakımın sürekliliğini olumsuz etkilemektedir. Hastanın rahatsızlığı ve sağlığı konusunda kaygı duymasına neden olarak, hasta-hekim iletişimini negatif yönde etkiler. Hekimler hastalarının anlayabileceği seviyede, sade ve tıbbi terimlerden uzak, açık, net anlaşılabilir bir şekilde iletişim kurmalıdır.

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen, aynı zaman da geliştiren ve hasta memnuniyetini de arttıran diğer unsur hekimin empati kurabilme yeteneğidir (44). Genel anlamı ile empati; durumun kendisini yaşamadan diğer kişinin hissettiklerini bilme ve diğer kişinin bakış açısından dış dünyayı görebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (45). Tıp uygulamaları açısından empati (klinik empati), hekimin, hastasının bakış açısını ve düşüncelerini anlayabilme ve bunu hastaya geri iletebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (46-48). Bu becerinin 3 elemanı vardır(45): Hekimin hastanın durumunu, bakış açısını ve duygularını anlaması, (46) bu anlayışı hastaya iletmesi ve doğruluğunu kontrol etmesi ve (47) sonra yararlı ve/veya terapötik bir tutumla hareket etmesi (49). Empati, tüm uzmanlık alanları için önemli olmakla birlikte, hasta ile sürekli ilişkinin ön planda olduğu aile hekimliğinde için çok daha önemlidir. Aile hekimliğinin öncülerinden olan McWhinney empatiyi başka bir kişinin deneyimine dahil olma kapasitesi olarak tanımlamaktadır. McWhinney'e göre hekim için empati hasta olmanın nasıl bir şey olduğunu duyumsama kapasitesidir ve bir hastanın hastalık/rahatsızlık deneyimini anlamadan hastalığının/rahatsızlığının yönetilmesi çok zordur (50). Empatik tıbbi bakım hekime duyulan güveni ve tedaviye ve sağlıklı yaşam biçimi önerilerine uyumu artırmakta ve hasta sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (49,50). Ayrıca, empatinin, sonuçlardan bağımsız olarak hasta memnuniyetini artırabileceğini gösteren kanıtlar da vardır (51). Empatik yaklaşımın hasta sonuçlarını iyileştirdiğini gösteren pek çok çalışma vardır (52-54).Van Dulmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada empatik yaklaşımın hastaların anksiyetesini ve sıkıntılarını azalttığı gösterilmiştir (53). Hastalar empatik bir hekimle psikosozal sorunlarını daha rahat tartışmaktadır. Çok sayıda hasta, empatik bir hekimi diğer kişilere tavsiye etmektedir (46,53).

2.4. Hasta-Hekim İlişkisinde Ekoller

Hasta-hekim ilişkisi her iki tarafında birbirinden etkilendiği bir süreçtir. Eski çağlardan günümüze kadar değişimlere uğramıştır. Zamanla hasta hekim ilişkisini açıklayan çeşitli modeller tanımlanmıştır. Szasz ve Hollender tarafından 1956 yılında hasta -hekim ilişkisi türlerinde bir psikoanalitik yaklaşım

ve üç tip ilişki modeli geliştirilmiştir. Bunlar;1. Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki, 2. Yol gösterme-işbirliği yapma temeline dayanan ilişki, 3.Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişkidir (29).

Hasta-hekim arasındaki ilişki Hipokrat'tan bu yana tartışılmaktadır. Hipokrat dönemlerinden 1970'lere kadar hekim - hasta ilişkisi paternalistik yapısını korumuştur. Karar verme sürecinde, 1970'li yıllardan itibaren, hasta özerkliğinin öneminin giderek artmasıyla hasta-hekim ilişkisi değişime uğramıştır. Robert Veach, 1972 yılında, hasta-hekim ilişkisinde işbirlikçi model öneren kişi olmuştur (4).

Szasz ve Hollender'in psikoanalitik yaklaşımla tanımladığı hasta-hekim ilişkisi modelinden sonra, bazı sorunlar ortaya çıkmıştır. Hastanın tıbbi kararlardaki rolü üzerinde hasta özerkliği ile sağlığı, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasında karışıklık meydana gelmesiyle hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiği sorusunu ortaya çıkarmıştır. Bu sorunlardan yola çıkarak ve Robert Veach'den yirmi yıl sonra Ezekiel Emanuel ve Linda Emanuel hekim-hasta ilişkisinin 4 modelini tanımlamıştır (5):

1. Paternalistik model,
2. Bilgilendirici model,
3. Yorumlayıcı model
4. Görüşmeci model

2.4.1. Paternalistik Model

Paternalistik model, yardım ve bakım bekleyen bir hasta ile tanısal değerlendirmeleri ve kararı tartışmasız yerine getirilmesi gereken hekim arasında meydana gelen ilişki modelidir. Hasta-hekim ilişkisinin bu modelinde hastanın sağlığını iyileştirip, acısını hafifletmek için gerekli müdahaleleri ve tedavileri seçmek için hekimlik becerilerini kullanır. Tedavi seçiminde verilecek kararlarda hekimin yetkisi ve üstünlüğü mevcuttur. Bu durum hekimin rolünün baskın, hastanın rolünü sınırlı kılmaktadır (55). Bu modelde, hasta-hekim etkileşimi, hastaların sağlıklarını ve refahlarını en iyi şekilde destekleyen kararları almalarını sağlar. Bu amaçla, hekimler hastanın tıbbi durumunu ve hastalık sürecindeki evresini belirlemek ve hastanın sağlığını iyileştirmek veya ağrısını hafifletmek

için en muhtemel tıbbi test ve tedavileri belirlemek için becerilerini kullanır. Daha sonra hekim, kendisinin en iyi düşündüğü tedavi kararına ve müdahalesine uyması için hastayı cesaretlendirir. Hekim müdahalenin ne zaman başlayacağı konusunda hastayı bilgilendirir. Hastanın koruyucusu rolünü üstlenerek hasta için en iyi kararın ne olduğunu ifade eder ve uygular (5).

Karar verme sürecinde, kararın tamamen hekime ait olduğu bu paternalistik ilişki modeli uzun yıllar boyunca etkisini korumuştur. Tedavi kararını verirken bu model ağırlıklı bir şekilde kullanılmıştır (5,56). Bu yaklaşımda hasta hekimin profesyonel otoritesini kabul ederek, hekimin tercih ettiği tedavi seçeneğini kabul eder. Hekimin her şeyi ve her şeyin en iyisini bildiği ve hastası için doğru tercihin ne olduğuna karar verdiği varsayılarak, hasta da pasif rolü ile otoriteye boyun eğer (57).

Klinik karar verme aşamasında herhangi bir basamak bu modelde yer almaz. Karar verme adımlarından hiçbirisi paternalistik model de yer almadığı için hasta-hekim ortaklığından söz edilemez (56). Bu model daha çok hasta-hekim arasında ortaklık olmasını savunan hekimler, hastalar ve araştırmacılar tarafından değişime uğratılmıştır (58).

2.4.2. Bilgilendirici Model

Bilgilendirici model, hekim ve hasta arasında bir iş bölümüne dayanan bir ortaklığı içerir. Örneğin bilgi alışverişinde hekim önderlik eder ve iletişim hekimden hastaya bir yoldur. Hekim, hastaya tüm tedavi seçenekleri konusunda faydalarının ve risklerinin ne olduğu hakkında bilgi verir. İletilen bilginin miktarı ve türü, hastanın bilgilendirilmiş bir tedavi kararı vermesini sağlamak için en azından yeterli bilgiyi içerir (56). Bu modelde, hekim-hasta etkileşiminin amacı, hekime, hastaya istediği tıbbi müdahaleleri seçmesi ve hekimin seçilen müdahaleleri gerçekleştirmesi için ilgili tüm bilgileri sağlamasıdır. Bu amaçla, hekim hastayı hastalığının durumu, olası teşhis ve tedavi edici müdahalelerin doğası, müdahalelerle ilgili risklerin ve faydaların doğası ve olasılığı ve bilinenlerin belirsizlikleri hakkında bilgilendirir. Hastalar hastalıkları ve mevcut müdahalelerle ilgili tüm tıbbi bilgileri öğrenebilir ve en iyi şekilde gerçekleştiren müdahaleleri seçebilir (5).

Bilgilendirilmiş model, paternalistik modeldeki kusurları telafi etmek için geliştirilmiştir. Bu modelde, hekim hastanın rehberi rolünü üstlenerek hastayı her konuda bilgilendirir, tıbbi ve bilimsel konular hakkında birincil bilgi kaynağını oluşturur. Karar verme sürecinde hekimin bilgileri sayesinde hasta karar verme görevini üstlenir (59).

Karar verme görevini üstlenen hastalardan çok azı hekimin söylediklerini kavrar. Çoğu tıbbi terim hastalar için anlaması zor olduğu gibi istatistikleri de kavramaları bir o kadar zordur. Bu nedenlerden dolayı bilgilendirici model karar verme sürecinde çok uygun bir yaklaşım değildir (5).

2.4.3. Yorumlayıcı Model

Üçüncü model, yorumlayıcı (açıklayıcı) modeldir. Bu modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın değer ve yargılarını göz önünde bulundurarak hastanın klinik ortamda sağlıkla ilgili en iyi kararları belirlemesine ve vermesine yardımcı olmaktır. Hekim, hastanın değerlerine uygun olan ve gerçekten isteklerinin ne olduğuna karar vermesini sağlayacak, tıbbi müdahaleler konusunda hastaya uygun olan girişimin ve tedavinin seçiminde yardımcı olur. Yorumlayıcı model hastanın değerlerini en iyi şekilde açıklamasına yardımcı olduğu gibi, belirlenen müdahalelerin değerlerine en iyi şekilde uygunluğunu tespit etmesini de sağlamasında yardım eder. Yorumlayıcı modele göre hastanın değerleri mutlak ve sabit olmayıp tam olarak hasta tarafından da bilinmemektedir. Hasta ile iletişim kurularak o değerlerin ne olduğunu anlamasına destek olunur. Fakat hasta bu değerlerin bir kısmını anlayabilmektedir. Hasta ile ortak çalışan hekim bu değerleri tutarlı hale getirir. Böylece hekim hastanın değerlerini onun adına yorumlamada yardım eder ve yol gösterir (5).

Bilgilendirici model de olduğu gibi yorumlayıcı modelde de hekim, hastanın tedavi süreci ve tıbbi müdahaleleri konusunda durumun olası tüm riskleri ve faydaları konusunda hastaya bilgi verir. Fakat yorumlayıcı model de, hastaya sağlanan bilgi alışverişinden öte, hastayla ortak bir anlama sürecine girilir ve hastayla ilgilenme gerekliliğini doğurur (5).

Hekim hastanın tüm yaşamını ve değerlerini bir bütün olarak algılayarak hasta adına yorumlamış olur. Bu değerler çerçevesinde hastaya önerilerde bulunur ve olası tüm riskler, faydalar ve zararları konusunda bilgilendirilmiş hasta kendi seçimini onaylar. Bilgiler ışığında seçimini belirten hastayı, hekim herhangi bir şekilde yargılamaz.

2.4.4. Görüşmeci Model

Dördüncü model “Görüşmeci model”dir. Bu modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı ise hastanın kendi sağlığı ile ilgili değerleri belirlemesine ve klinik bir durumda gerçekleştireceği en iyi seçeneği seçmesine olanak sağlamaktır. Hekim hastanın kendisi için en iyi olanı seçmesi konusunda hastayı ikna eder, fakat zorlamaz. Bu amaçla hekim hastanın iyiliği için klinik durumu hakkında tüm seçenekleri belirleyerek bu seçeneklerin hangisinin hasta için en iyisi olduğu konusunda hastayı aydınlatır. Hekim hastanın sağlığı ile ilgili değerlerin hangisinin onun için en iyi olduğunu ve neden istenilmesi gerektiğini açıklamayı hedefler. Böylece hasta ve hekim sağlıklı ilgili tüm klinik durumunu göz önünde bulundurarak, olası tedavi seçenekleri konusunda karara varır. Bu durum Hasta ve hekimin birlikte karar vermesini sağlar. Görüşmeci modelde hasta-hekim etkileşiminde hekimin rolünü bir öğretmen ya da bir arkadaş benzemek mümkündür. Hangi davranış tarzının daha iyi olacağı konusunda bir öğretmen veya arkadaş gibi hasta ile karşılıklı konuşur. Hasta özerkliği kavramı ahlâki öz gelişim (kendini geliştirmek) ile ilgilidir. Hasta yalnızca daha önce incelenmemiş seçeneklerini ya da incelemiş olduğu değerleri izlemez, karşılıklı görüşme yoluyla sağlıklı ilişkili farklı değerleri, bunların önemini ve tedavideki yerini değerlendirmeyi de öğrenir (5).

Bu modelde yer alan önemli bir nokta, hekimin önerdiği uygulamaların ve yapılacak tedavilerin hastadan çok hekimin ahlâki değerlerine bağlı kalmaması, hasta görüşünün alınmasıdır (32).

Hasta- hekim arasındaki etkileşim zamanla tıp alanının gelişmesiyle ve hastalıkların klinik durumlarında farklılıkların ortaya çıkmasıyla nasıl bir ilişki modeli benimseneceği tanımlanmıştır. Bu gibi durumlarda benimsenen ideal ilişki danışan-danışman ilişkisi ya da görüşmeci model olmuştur. Fakat bu ilişki

modelleri hastanın mevcut durumuna göre değişim göstermektedir. Bunlar hastanın kişiliği, eğitim düzeyi, algılama ve anlama kapasitesi veya hastalığının akut/kronik seyir izlemesi, hastanın hayatını etkileme düzeyine göre değişiklik gösterir. Bu durumda her hastayla kurulan ilişki türü ve modelinin değişiklik göstermesi yadsınamaz. Hangi ilişki türünün kurulması gerekliliğine karar verirken hastanın iyiliği göz önünde bulundurulur. Nitekim olası bazı durumlarda bu iyiliğe zarar verebilir. Çünkü toplumun sosyokültürel yapısında farklılıkların bulunduğu, hasta profilinin çeşitli olduğu, hasta sayısının fazla olduğu, alt yapı eksikliklerinin giderilmediği, personel yetersizliğinin bulunduğu, sağlık çalışanının haklarının gözetilmediği koşullarda uygun hasta-hekim ilişkisinin kurulması zorlaşır ve bu gibi durumlar zarar verici olabilir (60). Çizelge 2.1’de Emanuel’in hasta hekim iletişimi modellerinin özellikleri özetlenmiştir.

Çizelge 2.1.Emanuel’in hasta hekim iletişimi modelleri (5)

	Paternalistik	Bilgilendirici	Açıklayıcı	Görüşmeci
Hasta Değerleri	Hekim ve hasta tarafından paylaşılır.	Tanımlanmış, netleştirilmiş ve hastanın bilgisi dahilindedir.	Gelişmemiş ve tutarsızdır.	Yeniliklere ve gelişmelere açıktır.
Hekimin sorumlulukları	Hastanın tercihlerinden bağımsız olarak hastanın iyiliği için çalışır.	Gerekli bilgiyi hastaya verir ve onun seçtiği tedaviyi uygular.	Hastaya yönelik değerler belirlenir. Hastanın seçiminin avantaj ve riskleri açıklanır.	Hastanın tercihine yönelik bilgilendirme yapar.
Hasta özerkliği kavramı	Değerler kabul edilir.	Tıbbi müdahale üzerine seçme hakkı vardır.	Tıbbi bakıma yönelik kişisel anlayış belirlenir.	Tıbbi bakıma yönelik bireysel anlayış geliştirilir.
Hekimin rolü	Koruyucu	Yetkili teknik uzman	Danışman, rehber	Arkadaş, öğretmen

2.5. Hasta Merkezli Yaklaşım

Eski zamanlarda baskın hastalık modeli olarak hastalık merkezli biyomedikal yaklaşım benimsenmiştir. Biyomedikal yaklaşım, öncelikli olarak bir soyut varlık olan hastalıklarla ve onun tüm organizmadan çok organlar üzerine etkisi ile ilgilenmiştir. Hastalık hastadan bağımsız bir varlık olarak değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım da hastanın sosyal, psikolojik, davranışsal boyutları yer almamaktadır. Bu nedenle biyomedikal model hastanın bakımında yeterli olamamıştır. Çağdaş hasta bakım modelinde hastalığın belirleyici faktörlerini anlamak ve gerekli tedaviler için sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması; ayrıca hastanın toplumsal ve sosyal bağlamda değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu kapsamda geliştirilen biyopsikososyal yaklaşım, tıbbi yardım arayan hastayı sosyal, biyolojik, psikolojik bağlamda değerlendiren ve hastalığı içinde kapsamlı yaklaşım sunan bir modeldir. BPS yaklaşım ilk kez 1977’de, bir psikiyatrist olan ve tıbbi bakış açısının genişletilmesini savunan George Engel, tarafından ortaya konmuştur. Engel, hastalık ve rahatsızlıkta çok önemli belirleyiciler olarak sosyal ve ruhsal değişkenlerin de dikkate alınmasını önermiştir (8). Engel’e göre hastalık hastadan bağımsız değildir. Sağlık ve hastalığı tam olarak açıklayabilmek için insanın varoluşunun sosyal, biyolojik, psikolojik boyutlarının biyomedikal verilerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir(9).

Gelişen biyopsikososyal model tıp eğitimi ve araştırmalar konusunda çok büyük katkı sağlamıştır. Biyopsikososyal modelin hastayı değerlendirme konusunda çok faydalı olduğunun kabul görmesinin ardından bu modelin klinik uygulamalar da kullanılabilirliği ortaya konulmuştur. Biyopsikososyal yaklaşımın klinik uygulamalarda kullanılan tipi hasta merkezli yaklaşım olarak adlandırılmaktadır. Hasta merkezli klinik yöntem Levenstein tarafından 1986 yılında tanımlanmış ve aynı zamanda da Ian McWhinney tarafından önerilmiştir (61). McWhinney 1986 yılında Engel’in oluşturduğu biyopsikososyal modeli göz önüne alarak klinik yöntemin hekim-merkezli olmasından ziyade hasta-merkezli olması gerektiğini bildirmiştir. Hekim merkezli yaklaşım da hekim hastanın sağlık durumunu edinilmiş tıbbi bilgilerine göre değerlendirmekte, hasta merkezli yaklaşımda ise bunu hastanın içinde bulunduğu sosyal çevreyi de dikkate alarak

yapmaktadır (62). Hasta merkezli yaklaşım hastayı bir bütün olarak ele alıp, onu yaşam öyküsü, sorunları, ailesi ve fiziksel çevresi ile değerlendirmektedir. Bu yaklaşımda hekim hasta ile birlikte çalışarak öncelikleri ve hastalığın yönetiminde rollerin belirlenmesini sağlamaktadır (62).

Biyopsikososyal yaklaşım en iyi hasta merkezli görüşme (HMG) yöntemiyle sunulmaktadır. HMG yönteminin esası hekimlerin hastanın bütüncül bir fotoğrafını görmek için hastanın dünyasına girmeye çalışmalarıdır. Bu duruma hastanın gözüyle dünyayı görmek de denilebilir. Hedef hasta ile paylaşılmış uzmanlığa erişmektir. Hasta merkezli bakım, hastanın özerkliğini desteklemekte; kendi bakımlarının planlanmasında hastayı bir ortak olarak kabul etmeyi ve kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları için onları yüreklendirmeyi, güçlendirmeyi içermektedir. Hasta merkezli görüşmenin temel görevi hastaların sorunun doğasını, olası nedenlerini, yönetim seçeneklerini ve korunma için fırsatları anlamasını sağlamaktır. Bu anlayış hastaları aydınlanmış seçimler yapma, kendi bakımına katılma, gelecekte sağlık bakımını uygun kullanma konularında yetkin kılar. Anlayışı paylaşmak hasta-hekim arasında doğacak belirsizliği azaltarak tedavi edici etki sağlar. Bu yaklaşım sadece hastaya güvence vermez, hastayı tanıdan tedaviye tüm yönetim sürecinde aydınlatır (10,11).

Hasta merkezli iletişim, hastaların bakış açılarını ortaya çıkaran ve dikkate alan ve hastaları kişi olarak benimseyen iyileştirici ilişkileri teşvik eder. Hastaların kendi öz değerlerine dayalı olarak kendi tercihlerini dile getirebilmeleri gerekir. Bu tercihler ailenin, arkadaşların ve medyanın durumuna göre şekil alabilir. Hastanın tedaviye katılımı tercihlerin şekillenmesine olanak sağlamaktadır. Bakımda pasif role almış hastaya soru sorma fırsatı verilmesi ve ziyaretin sonunda “Herhangi bir sorunuz var mı?” şeklinde soru yöneltilmesi hastanın önemlidir. Hasta merkezli yaklaşım ise daha fazlasını yapmaya olanak sağlar. Hekim hastanın hastalığı hakkında her şeyi anlamasına yardımcı olur ve anladığından emin olmak ister. Hekim hastasına “Bana ne anladığınızı söyleyebilir misiniz ve sonra açıklığa kavuşturmaya yardımcı olabilirim” benzer şekilde yönelim yaparak hastanın bakımında hasta merkezli yaklaşım geliştirir (63).

Hasta merkezli iletişimin amacı, hastanın değerleri, ihtiyaçları ve tercihleri ile uyumlu olan ve hastanın sağlık ve sağlık bakımıyla ilgili kararları sağlamasına ve aktif olarak katılmasına olanak tanıyan bu doğrultuda bakım almalarına yardımcı olmaktır. Hasta merkezli iletişim sağlık hizmetlerinin merkezi bir bileşeni olarak geniş çapta kabul görmüştür. Hasta merkezli iletişim dört alan içermektedir. Bunlar; hastanın bakış açısı, psikososyal bağlamı, paylaşılan ortak anlayışı, paylaşım gücü ve sorumluluğudur (64).

Hasta merkezli görüşme yönteminin esası hekimlerin hastanın bütüncül bir fotoğrafını görmek için hastanın dünyasına girmeye çalışmalarıdır. Bu, biyopsikososyal modelin tüm düzeylerinden bilgi içerir. Hedef hasta ile paylaşılmış uzmanlığa erişmektir. Hasta merkezli görüşme hastanın özerkliğini destekler. HMG aynı zamanda hekim ve hasta arasındaki iletişimi, hastanın ve aile üyelerinin iyileşme sürecinde kendi bakımlarını destekleyen bir yönde değiştirir (65).

Hasta merkezli yaklaşım birbiriyle etkileşen 6 bileşen içerir. İlk üç bileşen hasta ve hekim arasındaki süreci kapsar. Diğer üç bileşen ise daha çok hasta ve hekim etkileşimindeki içeriğe odaklanır. Bunlar (10, 62, 66);

1. Birinci bileşen: Hastalık ve rahatsızlık deneyiminin her ikisinin de araştırılması,
2. İkinci bileşen: Kişiyi bir bütün olarak anlamak,
3. Üçüncü bileşen: Ortak zemin bulmak,
4. Dördüncü bileşen: Koruma ve sağlığı geliştirmeyi uygulamanın içine katma,
5. Beşinci bileşen: Hasta hekim ilişkisini güçlendirme,
6. Altıncı bileşen: Zaman ve kaynaklar konusunda gerçekçi olma.

Hasta merkezli yöntemi ardışık basamaklar, standart haline getirilmiş prosedür ve görüşme yöntemleri ile kalıp bir şekilde tanımlanmış bir süreç olarak algılamamak önemlidir. Görüşme hastanın verdiği ipuçları doğrultusunda gerçekleştiği için görüşme süreci de hastanın bu ipuçlarını nasıl ve ne zaman verdiğine bağlı olacak ve hastadan hastaya değişiklik gösterecektir. Hasta ile görüşme sürecini doğru veya yanlış bağlamında değerlendirmek, sonucundan bağımsız bir uyumsuzluğa neden olabilir (10).

Griffin ve ark. tarafından yapılan bir derlemede hasta merkezli bakım sağlamak için yapılan 35 girişimin çoğunun hasta hekim iletişimi skorlarını arttırdığı, yarıdan fazlasının da hastanın başağrısı, boğaz ağrısı, anksiyete gibi semptomlarında gerileme sağladığı ve fizyolojik durum göstergelerini olumlu etkilediği saptanmıştır (67).

Yapılan başka bir çalışmada, hastalar yaptıkları görüşmeyi hasta merkezli olarak algıladıklarında daha iyi iyileştikleri, belirgin bir şekilde daha az tanısal test istendiği ve sevk yapıldığı saptanmıştır (68).

Hasta-hekim iletişimi sadece hastanın öyküsünü yakalamaya ve bilgi aktarmaya yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda terapötik bir etkiye de sahiptir ve hastanın iyileşme sürecini desteklemektedir. Hasta-hekim iletişiminin psikososyal sonuçlar örneğin yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon gibi konular üzerinde olumlu etkisi gösterilmiştir (67). Stewart ve arkadaşlarının yaptığı bir gözlemsel kohort çalışmasında birinci basamak ziyaretlerinde hasta merkezli iletişim ile sağlık ve tıbbi bakım kullanımı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hastalardan ziyaretin hasta merkezli olup olmadığına dair algıları istenmiştir. Bu kohort çalışmasında hasta merkezli bakımın hastanın geri bildirimi ve sağlık durumu ile korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Ve hastanın kendisini daha iyi hissetmesine rahatsızlıklarının ve endişelerinin daha iyi iyileşme gösterdiği tespit edilmiştir. Hasta merkezli iletişimin katkısıyla hasta ziyaretlerinde sağlık durumunu iyileştirdi ve bakım verimliliğinin artmasını sağlayarak daha az tanı testlerinin kullanılması ve daha az sevk edildiği saptanmıştır (69).

2.6. Paylaşılmış Karar Alma

Hasta hekim görüşmelerinin büyük bir kısmı hastanın sorununun yönetimi konusunda bir karar almayı içermektedir. Hekimlerin hastaları adına karar alma sürecinde rol sahibi olduğu, karar almanın geleneksel paternalistik modeli gün geçtikçe güncelliğini kaybediyor görünmektedir (12). Hekim en iyisini bilir (paternalizm) anlayışı yerine artık hastalar ile daha eşitlikçi “kararlara hastaları dahil etme” anlayışı hakim olmaya başlamıştır. Hasta ile hekimin ortak karar verdikleri, ‘karar vermede paylaşım’ şeklinde yeni bir kavram öne sürülmüştür. Sağlıkla ilgili kararlara hastaları da katmanın, hasta ile tıbbi kararı paylaşmanın,

sağlık sonuçları üzerine belirgin ve sürekli bir farklılık yarattığı bildirilmektedir (70). Son zamanlarda hasta ve hekimin tedavi kararlarına birlikte katılımı önem verilen bir konu haline gelmiştir (13,14).

Hasta hekim görüşmesinde hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ile hastaya düşen rol arttırılmıştır. Tedavi sürecinde hastanın karar almaya etkin bir şekilde katılmasını sağlayan modellerde geliştirilmiştir. Hasta merkezli yaklaşım ile paylaşılmış karar alma (SDM) arasında birçok benzerlikler vardır (12-16). Hasta merkezli klinik yöntemin merkezinde de hekim ile hastanın ortak bir zeminde buluşması yer almaktadır. Etkili bir tedavi planı oluşturabilmek için hekim ve hasta üç önemli noktada ortak zemin oluştururlar. Bunlardan birincisi sorunların doğası ve öncelikler; ikincisi tedavide hedefler; üçüncüsü ise hasta ve hekimin rolleridir. Bu üç önemli noktada hasta ve hekim birbirinden farklı bakış açılarına sahiptir. İki tarafın en sık ayrılığa düşeceği nokta ise tedavi önerisi ve beklentileridir (61). Bu düşünce ayrılığının giderilmesi ve bir çözüme ulaşabilmesi için her iki tarafında ortak bir zeminde buluşması gerekir. Hekimin tek başına karar vermek yerine, hastayı da karara dahil ederek birlikte ortak bir kararın verilmesini sağlaması gerekmektedir (71). Böylece hastanın tedavi kararına etkin katılımı sağlanmış olur. Paylaşılmış karar almada hekim ve hasta karar verme ve tedavi sürecini planlama sorumluluğunu birlikte üstlenirler. Hasta ve hekim birbirlerinin beklentilerine, bakış açılarına ve değerlerine her zaman saygılıdır (12-16).

Paylaşılmış karar alma (PKA) hastaya kendi sağlık bakımına katılma, seçimlerine karar verme, gelecekte sağlık bakımını uygun kullanma konularında önemli rol vermektedir. Aynı zamanda hastaların tedaviye olan uyumunu kolaylaştırmaktadır. Böylece hasta hekim arasındaki belirsizliği azaltarak ilişkinin tedavi edici yönünü geliştirmeyi sağlamaktadır (14). Bu durum hastanın tedaviye olan uyumunu da arttırmaktadır (71).

Tıbbi karşılaşmada paylaşılmış karar alma modelinin 4 temel özelliği vardır. Bunlar (12,14);

1. Hasta ve hekimin her ikisi de katılır.
2. Her iki taraf bilgiyi paylaşır.
3. Hasta ve hekimin her ikisi de tercih edilen tedavi konusunda bir uzlaşma oluşturmak için çalışır.
4. Tedavinin uygulanması üzerinde uyuşmaya varılır.

Paylaşılmış ortak karar alma modelinde, hekim öncelikle hastanın çeşitli tedavi seçeneklerinin değeri ve gereksinimi konusundaki duygularını ifade edebileceği bir atmosfer kurar. İkinci olarak hastaların tercihleri tartışılan bir tedavi seçeneğinin hastanın yaşam biçimi ve değerleri ile uyumlu olduğunu gösterecek şekilde açığa çıkarılır. Üçüncü olarak seçenekler, riskler, olası yararlar konusundaki teknik bilgi mümkün olduğu kadar açık, tarafsız ve basit bir şekilde hastaya aktarılır. Dördüncü olarak hekim katılımı da hastanın risk ve yararları tartma sürecinde hastaya yardımcı olur ve tedavi tercihlerinin altında yatan varsayımların gerçek ve yanlış anlamaya dayanmamasını sağlamak için hastaya sorular sorulur. Beşinci olarak paylaşılmış karar alma hasta ile paylaşılmış tedavi önerisini ve hastanın tercihlerini içerir. Hastalar için paylaşılmış karar alma karar alma süreçlerine katılmaya gönüllü olma ve tercihlerini açıklamak için sorumluluk alma, sorular sorma, tedavi seçeneklerini tartma ve değerlendirme demektir. Bu düşünceler bilgi değiş tokuşu, tedavi seçenekleri konusunda kafa yorma, uygulama için tedavi üzerinde bir sonuca ulaşma olarak adlandırılmaktadır (14).

Makoul ve ark.'nın hazırladığı derlemede, tedavide ortak karar vermenin önemi ele alınmıştır. Hasta hekim görüşmelerindeki tutum ve gözlemlenebilir davranışların ortak karar verme sürecinde yer alan sekiz aşaması belirtilmiştir (72):

1. Sağlık sorununun tanımlanması ve açıklanması,
2. Mevcut seçeneklerin belirlenmesi,
3. Faydaların, risklerin ve maliyetin tartışılması,
4. Hastanın değerlerinin veya tercihlerinin belirlenmesi,
5. Hastanın yeteneğinin veya öz-yeterliliğinin tartışılması,

6. Hekimin bilgisi ve önerilerde bulunulması,
7. Hastanın durumu kavrayıp kavrayamadığının kontrol edilmesi,
8. Ortak bir karar vermenin görüşülmesi veya karar verildiyse uygulanması.

Paylaşılmış karar almanın sağlanabilmesi için hastalar ve hekimlerin öncelikle karşılıklı tartışarak sorunu tanımlaması ve açıklaması gereklidir. Bu tartışma muhtemelen seçeneklerin sunumuna yol açacaktır. Hekimler, varsa, seçenekleri gözden geçirme fırsatı yakalayarak hastalarının da farkında olabilecekleri seçenekleri göz önüne getirecektir. Hekimler ve hastalar bu seçeneklerin kolaylık sağlayacak fırsatlarını maliyet etkin bir şekilde faydaları ve riskleri hakkında farklı bakış açılarına sahip olabileceklerinden dolayı, sunulan seçeneklerin artılarını ve eksilerini tartışırlar. Bu bakış açıları hastanın değerleri ve tercihleri ön planda olması halinde fikirleri, endişeleri ve sonuç beklentileri de dahil bir karara bağlanmasında hekim bilgisi ve önerilerinin açıklanması ile ortak zeminde buluşulmasına olanak sağlamaktadır (72).

PKA'nın yol gösterici etik ilkelerini kabul etmedikçe, PKA becerilerinin geliştirilmesi mümkün görünmemektedir. Kavramın özü, kişilerin bireysel kendi kaderini tayin etme hakkının istenilen bir hedef olduğunu ve hekimlerin mümkün olan her yerde bu hedefe ulaşmak için hastaları desteklemeleri gerektiğini kabul etmeye dayanmaktadır. Paylaşılmış karar alma bağlamında hastaların kendi kaderini tayin etme, bireylerin terk edildiği anlamına gelmez. PKA karşılıklı saygı çerçevesinde iyi ilişkiler kurarak bireysel özerkliği desteklemeye dayanmaktadır. Paylaşılmış karar almayı başarmak, klinik karşılaşmada iyi bir ilişki kurmaya bağlıdır. Böylece bilgi paylaşılır ve hastalar karar verme sürecinde tercihlerini ve görüşlerini ifade etmeleri için desteklenir. Elwyn ve ark.'ları bu görevleri yerine getirmek için bir model önermektedir. Model üç adımdan oluşmaktadır. Bunlar; a) Hastaya seçimin tanıtılması, b) genellikle hastaya karar desteği bağlamında seçenekleri tanımlamak ve c) Hastaların tercihleri keşfetmelerine ve kararlar vermelerine yardımcı olmayı içermektedir. Seçimin tanıtılması, hastaların makul seçeneklerin mevcut olduğunu bilmesini sağlama adımını ifade eder. Seçenekleri tanımlamak ve karar verme sürecinde yardımcı olmak daha ayrıntılı bilgi sağlamayı ifade eder. Bu model bir karar verme sürecini desteklemeye ve

kararların hastaların bireyler olarak “en önemli olanı” keşfedip bunlara saygı göstermesi gerektiğini ve bu keşiflerin bilinçli tercihler geliştirmelerine bağlı olduğuna inanmaya dayanmaktadır. Gerekli bilgiler hastaya verilerek onların katılmasına yardımcı olunmaktadır. Hastalar bilgilendirilmezse kendileri için neyin önemli olduğunu değerlendiremezler ve bilinçli tercihler yapamazlar. Ayrıca hastaların sahip olduğu bilgilerin doğru olup olmadığını ortaya çıkarılması gerekir (73).

Paylaşılmış karar verme zemininde motivasyonel görüşmenin sağlanması tıbbi kanıtların belirli davranış değişikliklerini desteklediği ve en uygun eylemin hastanın tercihlerine bağlı olduğu durumlarda iyi tanımlanmış yöntemler sağlar. Motivasyonel görüşme ile hekimlerin bireylerin tercihlerini değiştirme konusundaki bağlılıklarını ve farklılıklarını kabul ederken ve keşfederken danışmanlık için bir hedefe sahip olmalarını sağlar. Hekimler bu yöntemin en uygun olduğu durumları tanımlayabilmelidir. Örneğin, birçok sorunun daha etkili bir seçeneği olabilir. Ancak yine de hastanın tercihleri göz önüne alındığında birden fazla kabul edilebilir seçeneğe sahip olabilir. Diğer bir örnek ise hekim obez bir hastayı kilo vermeye teşvik etmek için motivasyonel görüşme yapmak isteyebilir. Bununla birlikte, hastanın kilo vermek için en iyi yöntemi, diyet, egzersiz veya tıbbi müdahaleler belirlemek için paylaşılan karar verme yöntemini kullanmak en uygun olabilir. Bu yaklaşımda hekimlerin rolü, hastaların iyi bilgilendirilmelerine yardımcı olmak, mevcut seçenekler için kişisel tercihlerini geliştirmelerine yardımcı olmak ve uygun olduğunda profesyonel rehberlik sağlamaktır (74). Nitekim birçok hasta karar almaya katılmayı ister. Carlsen ve ark.’nın yaptığı çalışmada hastaların paylaşılmış karar almayı kuvvetle tercih ettiği görülmüştür. Paylaşımlı karar almayı benimseyen ve uygulayan hekimler de hasta isteklerini daha iyi anlayıp soruları daha etkin yanıtladıkları görülmüştür. Böylece paylaşılmış karar alma aynı zamanda hasta memnuniyetini artırmaktadır. Bu nedenle bazı hastalar edilgen rolü tercih etmekle birlikte tıbbi görüşmelerde hasta katılımı yönünde olumlu tutumları desteklemek önemlidir (21).

Paylaşılmış karar alma yaklaşımı; hasta ve hekim arasındaki iletişimi arttırmakta ve hastanın tedaviye olan uyumunu daha fazla sağlamayarak hastanın tedaviden fayda görmesini arttırmaktadır. Paternalistik modele göre

karşılaştırdığımızda hasta kendi değer yargıları ve yaşam koşullarına uygun olan tedaviyi özgür bir şekilde hekimin rehberliğinde seçmesi sağlanmaktadır. Paylaşılmış karar alma yaklaşımı ile hastanın tedaviye katılımı ve hasta için en uygulanabilir tedavinin birlikte kararlaştırılarak; hastanın hekimle daha fazla iletişim kurması ve arada kalınan belirsizliklerin giderilerek tedavinin ideal süre boyunca uygulanması hedeflenmektedir. Böylece kendi bakımına katılan ve tedavisine karar veren hastalarla etkin bir sağlık hizmeti sağlanmış olur.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 24/07/2019 tarih ve 70904504 / 384 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma 18 yaş üzerindeki katılımcıların paylaşılmış karar alma konusunda tutum ve düşüncelerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel niteliklerde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde Ağustos 2019- Mart 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Ağustos 2019- Mart 2020 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üzeri katılımcılar oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N * P * Q * Z_{\alpha}^2}{(N - 1) * d^2}$$

Formülüyle N=1150 (evren), p=0,35 (prevalans), q=0,65 (1-prevalans), z=1,96 (0,05 hata payına karşılık gelen değer, d=0,05 (tolerans) olarak alındığında araştırmanın örneklemine alınacak kadın sayısı 246 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmaya 246 kişi dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyarak katılmaya gönüllü olan 18 yaş üzerindeki kişiler çalışmaya alınmıştır (Ek-2).

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 37 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve paylaşılmış karar alma konusunda tutum ve düşüncelerini değerlendiren araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3).

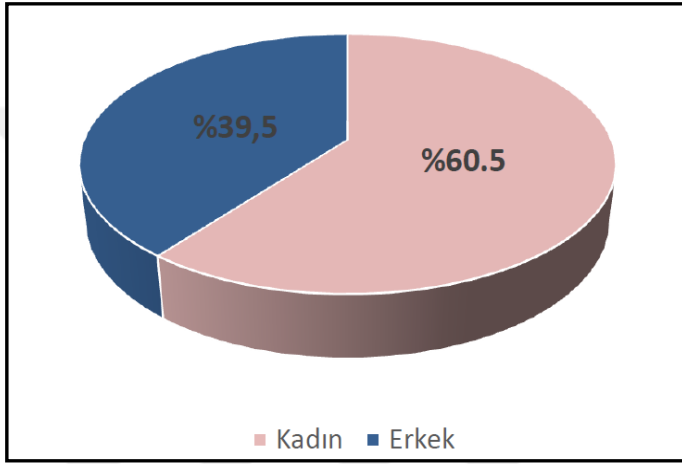
3.7. İstatistiksel İncelemeler

Veriler SPSS 22 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı (yüzde), kullanılmıştır. Sayım verilerinin gruplar arası karşılaştırmalarındaki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Çapraz tablolarda satır yüzdeleri kullanılmış olup, satır yüzdeleri kullanılan tablolarda tablo altında satır yüzdesi olduğu belirtilmiştir. Tip 1 hata düzeyi α 0.05 olarak alınmıştır. Tüm karşılaştırmalarda $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

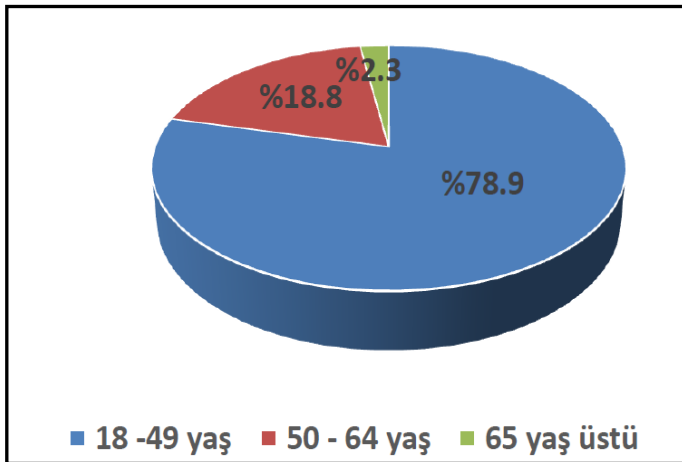
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamıza katılan toplam 256 kişilerin sosyodemografik verileri değerlendirildi. Katılımcıların %60,5'i (n:155) kadın, %39,5'i (n:101) erkekti. Şekil 4.1'de araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyete göre dağılımları yer almaktadır.



Şekil 4.1. Çalışmaya katılan katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları

Katılımcıların %18,8'i (n:48) 50-64 yaş grubunda, %2,3'ü (n:6) 65 yaş üstü grubundadır. Şekil 4.2'de katılımcıların yaşlarına göre dağılımı görülmektedir.



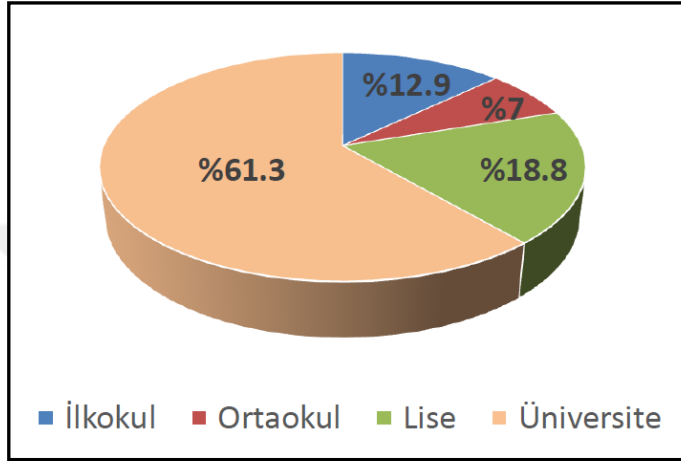
Şekil 4.2. Çalışmaya katılan katılımcıların yaşlarına göre dağılımı

Katılımcıların %60,5'i (n:155) evli, %39,5'i (n:101) bekardı. Katılımcıların %48,8'inin (n:125) gelir durumu 3.000 TL'den az, %48,4'ünün (n:124) gelir durumu 3.000-10.000 TL arasında, %2,7'sinin (n:7) gelir durumunun ise 10.000 TL'den fazla idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.1'de özetlenmiştir.

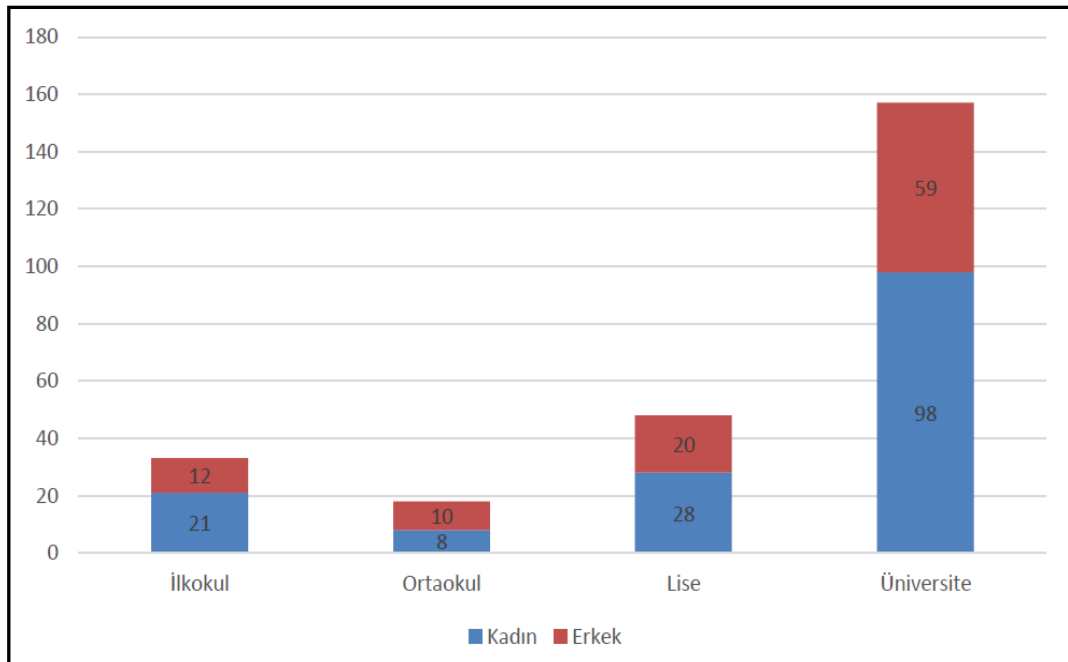
Çizelge 4.1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri (n=256)

Değişkenler	n	%
Yaş Aralıkları		
18-49	202	78,9
50-64	48	18,8
65 yaş üstü	6	2,3
Cinsiyet		
Kadın	155	60,5
Erkek	101	39,5
Medeni Durum		
Evli	155	60,5
Bekar	101	39,5
Eğitim Durumu		
İlkokul	33	12,9
Ortaokul	18	7,0
Lise	48	18,8
Üniversite/Yüksek Lisans	157	61,3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	204	79,7
Çalışmıyor	36	14,1
Emekli	16	6,2
Meslek		
Memur	95	37,1
İşçi	80	31,3
Esnaf	8	3,1
Ev Hanımı	15	5,9
Öğrenci	18	7,0
Çiftçi	3	1,2
Diğer*	37	14,5
Gelir Durumu (TL)		
< 3000	125	48,8
3000-10000	124	48,4
> 10000	7	2,7
*Öğretmen, Özel sektör		

Katılımcıların 33'ü (%12,9) ilköğretim mezunu, 18'i (%7) ortaokul mezunu, 48'i (%18,8) lise mezunu, 157'si (61,3) ise üniversite ve yüksek lisans mezunuydu. Şekil 4.3'de katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı; Şekil 4.4'de çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre eğitim düzeylerinin dağılımı verilmiştir.



Şekil 4.3. Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri (%)



Şekil 4.4. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre eğitim düzeyleri

Katılımcıların %35,5'inin (n:91) kronik bir hastalığa sahip olduğu ve %64,5'inin (n:165) bilinen bir hastalığa sahip olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcılara “Sizce şu anda sağlık durumunuz nasıl?” diye sorulduğunda %12,9'u (n:33) çok iyi, %53,5'u (n:137) iyi, %30,1'i (n:77) orta, %3,5'i (n:9) kötü şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcılar “En son reçete yazılan muayenenizde, doktorunuz reçetenizi yazmadan önce size diğer tedavi seçenekleri ve ilaçlar hakkında bilgi verdi mi?” sorusuna %64,5'i (n:165) evet, %35,5'i (n:91) hayır olarak cevap vermiştir. Katılımcıları %97,3'ü (n:249) hekimleri tarafından hastalıklarıyla ilgili ilaçlar ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmek istediklerini bildirmiştir. Ankete katılan katılımcılara “Sizce ilaçların yan etkilerini bilmeniz gerektiğini düşünüyor musunuz?” diye sorulduğunda %96,1'i (n:246) evet diyerek yanıtlamıştır. Katılımcıların %51,2'si (n:131) doktorunun reçete yazarken hastanın da fikrini sorup sormadığı sorusuna “evet” olarak, %48,8'i (n:125) ise “hayır” olarak cevap vermiştir.

Katılımcılara “Doktorunuz ilaç yan etkileri konusunda size açıklama yaptı mı?” sorusu yöneltilmiş ve %53,5'i (n:137) evet, %46,5'i (n:119) hayır diyerek cevap vermiştir. Muayene oldukları polikliniği başkalarına tavsiye eder misiniz sorusuna katılımcıların %86,3'ü (n:221) evet, %13,7'si (n:35) hayır olarak yanıtlamıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin hekimiyle en son yaptığı görüşmeyi değerlendirdiklerinde “hekimine olan güveniniz ne kadardır” sorusu yöneltildiğinde %5,9'u (n:15) az güveniyor, %17,2'si (n:44) kararsız, %52'si (n:133) güveniyor, %25'i (n:64) çok güveniyor şeklinde yanıtlanmıştır.

Katılımcıların bilinen hastalık olma durumu, sağlık durumları, ilaçlar hakkında yapılan açıklama ve yan etkileri bilmek isteme konusunda beklentileri ve doktorlarına olan güven durumu ile ilgili sorulan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Çizelge 4.2'de verilmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların bilinen hastalık olma durumu, sağlık durumları, ilaçlar hakkında yapılan açıklama ve yan etkileri bilmek isteme konusunda beklentileri ve doktorlarına olan güven durumu ile ilgili sorulan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Değişkenler	n	%
Kronik Hastalık Olma Durumu		
Var	91	35,5
Yok	165	64,5
Sağlık Durumunu Tanımlama		
Kötü	9	3,5
Orta	77	30,1
İyi	137	53,5
Çok iyi	33	12,9
Doktorun Tedavi ve İlaç Hakkında Bilgi Verme Durumu		
Evet	165	64,5
Hayır	91	35,5
Bilgilendirme İsteme Durumu		
Evet	249	97,3
Hayır	7	2,7
Doktorun Reçete Yazarken Hastaya Fikrini Sorup Sormama Durumu		
Evet	131	51,2
Hayır	125	48,8
İlaç Yan Etki Konusunda Açıklama Yapma Durumu		
Evet	137	53,5
Hayır	119	46,5
İlaç Yan Etkilerini Bilmek Gerekliğini Düşünme Durumu		
Evet	246	96,1
Hayır	10	3,9
Muayene Olunan Polikliniği Tavsiye Etme Durumu		
Evet	221	86,3
Hayır	35	13,7
Hekime Güven Durumu		
Az Güveniyorum	15	5,9
Kararsızım	44	17,2
Güveniyorum	133	52,0
Çok Güveniyorum	64	25,0

Katılımcılar muayeneleri sırasında doktoruna, kendi hastalıkları ya da tedavilerine dair aklına takılan soruları sorabilip soramadıkları değerlendirilmiş ve %77'si (n:197) sorabildiğini, %21,5'i (n:55) bazen sorabildiğini, %1,6'sı (n:4) soramadığını belirtmiştir. Katılımcılara “Doktorunuz soru sormanız için sizi teşvik ediyor mu?” sorusuna katılımcıların %39,8'i (n:102) evet, %40,2'si (n:103) bazen, %19,9'u (n:51) hayır şeklinde yanıt vermiştir. Katılımcıların %82'si (n:210) doktorunun tedavi ile ilgili sorularını cevapladığını, %16,4'ü (n:42) bazen cevapladığını, %1,6'sı (n:4) ise soruları cevaplamadığını belirtmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Sizce doktorunuzun tedavinizi düzenlerken sizin fikrinizi de almasını ve tedavinize birlikte karar vermenizi engelleyecek faktörler nelerdir?” sorusuna katılımcıların %53,5'i (n:137) “doktorumun yeterli zamanı yoktu”, %2'si (n:5) “benim yeterli zamanım yoktu”, %7'si (n:18) “doktorum benim fikrimi önemsemiyor”, %8,6'sı (n:22) “kendi bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum, bu nedenle fikrimi söylemiyorum”, %4,3'ü (n:11) “doktorumdan çekiniyorum, bu nedenle fikrimi söyleyemiyorum”, %24,6'sı (n:63) fikrim yok şeklinde yanıtlar vermiştir.

“Doktorunuzla görüşmenizi etkileyen en önemli sorun nedir” sorusuna katılımcıların %34,8'u (n: 89) doktorlarıyla görüşmede doktorunun yeterli zamanı olmaması şeklinde yanıt vermiştir. Katılımcıların %27'si (n:10,5) sorduğu soruları doktorunun kendisinin anlayamayacağı şekilde cevaplamasını, %20'si (n:7,8) doktoru tedaviyi düzenlerken fikrini almamasını, %14'ü (n:5,5) doktorunun tedaviyi nasıl kullanacağını açıklamamasını en önemli sorun olarak belirtirken %41,4'ü (n:106) ise herhangi bir sorun olmadığını söylemiştir.

Katılımcılar “Hekiminize tedaviniz hakkında merak ettiklerinizi sorar mısınız?” sorusuna katılımcıların %69,9'u (n:179) “evet”, %19,9'u (n:51) “çekinerek sorarım”, %7,8'i (n:20) “doktorum merak ettiğim bir şey olup olmadığını sorarsa sorabilirim”, %2,3'ü (n:6) “soramam” şeklinde cevap vermiştir.

Katılımcıların %52,7'si (n:135) hekiminin verdiği her tedaviyi kullandığını, %44,1'i (n:113) bazen kullanmadığını, %2,7'si (n:7) çoğu zaman kullanmadığını, %0,4'ü (n:1) hiç kullanmadığını belirtmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Sizce tedavinin düzenlenme süreci nasıl olmalıdır?” sorusuna %29,7’si (n:76) doktor tedaviyi söylemeli ben uygulamalıyım şeklinde, %65,6’sı (n:168) hekim tedavi seçeneklerini söylemeli ve birlikte karar vererek bana uygun olanı beraber belirlemeliyiz şeklinde, %4,7’si (n:12) hekim tedavi seçeneklerinin sunulması ve ben kendim karar vermeliyim şeklinde cevaplamıştır.

Katılımcıların tedavi süreci ve bu süreçte bilgi edinme durumları, ortak karar verme sürecini etkileyen faktörler Çizelge 4.3’de verilmiştir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların tedavi süreci ve bu süreçte bilgi edinme durumları, ortak karar verme sürecini etkileyen faktörler

Değişkenler	n	%
Doktora Soru Sorabilme		
Evet	197	77,0
Bazen	55	21,5
Hayır	4	1,6
Doktorun Soru Sorma İçin Teşvik Etme Durumu		
Evet	102	39,8
Bazen	103	40,2
Hayır	51	19,9
Doktorun Soru Cevaplama Durumu		
Evet	210	82,0
Bazen	42	16,4
Hayır	4	1,6
Doktorun Hasta ile Birlikte Tedaviye Karar Vermeyi Engellleyen Faktörler		
Doktorun Yeterli Zamanının Olmaması	137	53,5
Hastanın Yeterli Zamanının Olmaması	5	2,0
Doktorun Hastanın Fikrini Önemsememesi	18	7,0
Bilgi Yetersizliğinden Hastanın Fikrini Söyleyememesi	22	8,6
Doktordan Çekinildiği İçin Hastanın Fikrini Söyleyememesi	11	4,3
Hiçbiri	63	24,6
Doktorla Görüşmede En Önemli Sorun		
Doktorun Yeterli Zamanı Olmaması	89	34,8
Hastanın Anlayamayacağı Şekilde Cevap Verilmesi	27	10,5
Doktorun Hastaya Fikrini Sormaması	20	7,8
Doktorun Tedaviyi Nasıl Kullanılacağını Açıklamaması	14	5,5
Herhangi Bir Sorun Yok	106	41,4

Çizelge 4.3 (Devam). Katılımcıların tedavi süreci ve bu süreçte bilgi edinme durumları, ortak karar verme sürecini etkileyen faktörler

Hekime Tedavi Hakkında Merak Ettiklerini Sorma Durumu		
Rahatlıkla Sorarım	179	69,9
Çekinirim Ama Sorarım	51	19,9
Doktor İsterse Sorarım	20	7,8
Çekinirim Soramam	6	2,3
Hekimin Verdiği Tedaviyi Kullanma Durumu		
Evet, Her Zaman	135	52,7
Bazen Kullanmam	113	44,1
Çoğu Zaman Kullanmam	7	2,7
Hiç Kullanmam	1	0,4
Tedavinin Düzenlenme Süreci Nasıl Olmalı		
Doktor Söylemeli, Hasta Uygulamalı	76	29,7
Doktor Seçenekleri Söylemeli, Birlikte Karar Verilmeli	168	65,6
Hekim Seçenekleri Söylemeli, Hasta Karar Vermeli	12	4,7

Katılımcıların “Doktorlar benim için en doğru kararı verir.” ibaresine %29.3’ü (n:75) tamamen katıldığı, %48.8’i (n:125) kısmen katıldığı, %15.2’si (n:39) kararsız kaldığı, %4.3’ü (n:11) katılmadığı, %2.3’ü (n:6) hiç katılmadığı saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan katılımcıların “Genellikle doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklar.” ifadesine %20.7’si (n:53) tamamen katıldığını, %37.5’i (n:96) kısmen katıldığını, %17.2’si (n:44) kararsız kaldığını, %16.8’i (n:43) katılmadığını, %7.8’i (n:20) hiç katılmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %61.3’ünün (n:157) tedavi süreci sırasında fikrini söylemek istediği, %7.8’inin (n:20) kararsız kaldığı, %2.7’sinin fikrini beyan etmek istemediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların %13.3’ü (n:34) tedavisinin bazen yanlış olduğundan endişe duyduğunu, %19.5’i (n:50) kararsız kaldığını, %12.1’i (n:31) hiç endişe duymadığını bildirmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.” ifadesine katılımcıların %38.3’ü (n:98) tamamen katıldığını, %39.5’i (n:101) kısmen katıldığını, %12.5’i (n:32) kararsız kaldığını, %7.8’i (n:20) katılmadığını, %2’si (n:5) hiç katılmadığını bildirmiştir.

“Kullanılacak ilaçlara karar verme konusunda doktorlar aktif rol almalıdır.” ifadesine katılımcıların %55.1’i (n:141) tamamen katıldığını, %34.4’ü (n:88) kısmen katıldığını, %5.5’i (n:14) kararsız kaldığını, %3.5’i (n:9) katılmadığını, %1.6’sı (n:4) hiç katılmadığını bildirmiştir. Katılımcılara göre doktorların tedavi süreci ve karar aşamasında tutumları Çizelge 4.4’de belirtilmiştir.

Çizelge 4.4. Katılımcılara göre doktorların tedavi süreci ve karar aşamasında tutumları

Değişken	Hiç Katılmıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Kısmen Katılmıyorum n (%)	Tamamen Katılmıyorum n (%)
Doktorlar benim için en doğru kararı verir	6 (2,3)	11 (4,3)	39 (15,2)	125 (48,8)	75 (29,3)
Genellikle doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.	20 (7,8)	43 (16,8)	44 (17,2)	96 (37,5)	53 (20,7)
Tedavi sürecim sırasında ben de fikrimi söylemeliyim	7 (2,7)	17 (6,6)	20 (7,8)	55 (21,5)	157 (61,3)
Tedavimin bazen yanlış olduğundan endişelenirim	31 (12,1)	42 (16,4)	50 (19,5)	99 (38,7)	34 (13,3)
Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar	5 (2,0)	20 (7,8)	32 (12,5)	101 (39,5)	98 (38,3)
Kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorlar aktif rol almalıdırlar	4 (1,6)	9 (3,5)	14 (5,5)	88 (34,4)	141 (55,1)

Katılımcıların %27’si (n:69) görüşmeler sırasında yeterli zamanının olduğunu hissetmesi sorusuna çok iyi; %73,8’i (n:189) doktorunun kendi şikayetlerini dinlemesini iyi ve çok iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcılar “Sorunlarınızı doktorunuza söylemenizi kolaylaştırması konusunda doktorunuzu

nasıl değerlendirirsiniz” sorusuna %5,9’u (n:15) kötü ve çok kötü, %26,2’si (n:67) orta, %68’i (n:174) iyi ve çok iyi olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların %40.2’si (n:103) hekimlerinin tıbbi bakımlarıyla ilgili kararlara kendilerini de katması konusunda orta, kötü ve çok kötü olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların %66’sı (n:169) hekimlerinin tedavi sürecinde test ve tedavilerin amacını açıklama konusunda iyi ve çok iyi olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılar “Doktorunuzu şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi konusunda nasıl değerlendirirsiniz” sorusuna %69.1’i (n:177) çok iyi ve iyi, %25.8’i (n:66) orta, %5.1’i (n:13) çok kötü ve kötü yanıtı vermiştir. Çizelge 4.5’de Katılımcıların doktorlar hakkında genel görüşleri yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Katılımcıların doktorlar hakkında genel görüşleri

Değişken	Çok Kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok İyi n (%)
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	6 (2,3)	19 (7,4)	93 (36,3)	69 (27,0)	69 (27,0)
Sizin şikayetlerinizle ilgilenmesi	3 (1,2)	0 (0,0)	64 (25,0)	115 (44,9)	74 (28,9)
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	3 (1,2)	12 (4,7)	67 (26,2)	107 (41,8)	67 (26,2)
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	3 (1,2)	28 (10,9)	72 (28,1)	95 (37,1)	58 (22,7)
Sizi dinlemesi	3 (1,2)	10 (3,9)	56 (21,9)	107 (41,8)	80 (31,3)
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	7 (2,7)	13 (5,1)	67 (26,2)	106 (41,4)	63 (24,6)
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	3 (1,2)	10 (3,9)	66 (25,8)	106 (41,4)	71 (27,7)

Katılımcılardan 18-49 yaş aralığındakilerin %97,5'i (n:197), 50-64 yaş aralığındakilerin %89,6'sı (n:43), 65 yaş üstü katılımcıların ise %100'ü (n:6) ilaçların yan etkilerini bilmek istediklerini bildirmiştir. Katılımcıların yaş aralıkları ile ilaç yan etkilerini bilmek isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Fisher's ki kare testi, $p<0.05$).

Katılımcılardan lise ve altındaki eğitim düzeyinde olanların %91,9'u (n:91), üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olanların ise %98,7'si (n:155) ilaçların yan etkilerini bilmek istediklerini bildirmiştir. Katılımcıların eğitim durumu ile ilaçların yan etkilerini bilmek isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Fisher's ki kare testi $p<0.05$).

Kadın katılımcıların %96.1'inin (n:149), erkek katılımcıların %96'sının (n:97) ilaçların yan etkilerini bilmek istedikleri saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyeti ile ilaç yan etkilerini bilmek isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Katılımcıların evli olanların %98.1'inin (n:152), bekar olanların ise %93,1'inin (n:94) ilaçların yan etkilerini bilmek istedikleri belirlenirken, medeni durum ile ilaç yan etkilerini bilmek isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan ve herhangi bir işte çalışan katılımcıların %97,1'i (n:198), herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların ise %92,3'ü (n:48) ilaç yan etkilerini bilmek istemektedir. Katılımcıların çalışma durumları ile ilaç yan etkilerini bilmek isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan hastaların gelir durumu ile ilaç yan etkilerini bilmek isteme durumu arasında ve bilinen bir hastalık olması ile ilaç yan etkilerini bilmek isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Fisher's ki kare testi $p>0.05$). Çizelge 4.6'da katılımcıların ilaçların yan etkilerini bilmek gerektiğini düşünme durumunu etkileyen faktörler yer almaktadır.

Çizelge 4.6. İlaçların yan etkilerini bilmek gerektiğini düşünme durumunu etkileyen faktörler

Değişken		Yan Etki Bilmek İsteme Durumu n(%)		P değeri
		Evet	Hayır	
Yaş	18 – 49	197 (97,5)	5 (2,5)	0,034
	50 – 64	43 (89,6)	5 (10,4)	
	65 yaş üstü	6 (100,0)	0 (0,0)	
Cinsiyet	Kadın	149 (96,1)	6 (3,9)	1,000*
	Erkek	97 (96,0)	4 (4,0)	
Medeni Durum	Evli	152 (98,1)	3 (1,9)	0,053*
	Bekar	94 (93,1)	7 (6,9)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	91 (91,9)	8 (8,1)	0,015*
	Üniversite ve üstü	155 (98,7)	2 (1,3)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	198 (97,1)	6 (2,9)	0,122*
	Çalışmıyor	48 (92,3)	4 (7,7)	
Gelir Durumu	< 3000 TL	118 (94,4)	7 (5,6)	0,208*
	≥ 3000 TL	128 (97,7)	3 (2,3)	
Tanı Konulmuş Bir Hastalığı Olma	Var	87 (95,6)	4 (4,4)	0,747*
	Yok	159 (96,4)	6 (3,6)	
Toplam		246	10	

*Fisher'in kesin testi

Katılımcılardan 18-49 yaş aralığındakilerin %73,8'i (n:149); 50-64 yaş aralığındakilerin %89,6'sı (n:43); 65 yaş üstündekilerin %83,3'ü (n:5) hekimine güvendiğini bildirmiştir. Katılımcıların yaşları ile hekime güvenmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Kadın katılımcıların %75,5'i (n:117), erkek katılımcıların %79,2'si (n:80) hekimlerine güvendiklerini bildirmiştir. Erkek katılımcıların hekimlerine güven duyma oranı daha fazla olmakla birlikte arada istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Evli olan katılımcıların %78,2'si (n:122), bekar olan katılımcıların %74,3'ü (n:75) hekimlerine güvendiklerini bildirmiştir. Medeni durum ile hekime güven arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Lise ve altı eğitime sahip katılımcıların %73,7'si (n:73); üniversite ve üstü katılımcıların %79'u (n:124) hekimlerine güven duyduklarını bildirmiştir.

Katılımcıların eğitim durumu ile hekime güven arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Gelir getiren bir işte çalışan katılımcıların %76,5'i (n:156), çalışmayan katılımcıların %78,8(n:41.1) hekimlerine güven duyduğunu bildirmiştir. Çalışma durumu ile hekime güven arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$). Gelir durumu ≥ 3000 TL olan katılımcıların %80,2'si (n:105), gelir durumu <3000 TL olan katılımcıların ise %73,6'sı (n:92) hekimlerine güven duyduğunu bildirmiştir. Gelir durumu ile hekime güven durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Katılımcılardan bilinen bir hastalığı olanların %79,1'inin (n:72), bilinen bir hastalığı olmayan katılımcıların %75,8'inin (n:125) hekime güven duyduğunu saptanmıştır. bilinen herhangi bir hastalığı olma durumu ile hekime güven duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$). Çizelge 4.7 katılımcıların hekime güven durumunu etkileyen faktörlerin oranları görülmektedir.

Çizelge 4.7. Hekime güven durumunu etkileyen faktörler

Değişken		Hekime Güven Durumu n(%)		P değeri
		Güvenmiyor / Kararsız	Güveniyor	
Yaş	18 – 49	53 (26,2)	149(73,8)	0,060
	50 – 64	5 (10,4)	43 (89,6)	
	65 yaş üstü	1 (16,7)	5 (83,3)	
Cinsiyet	Kadın	38 (24,5)	117 (75,5)	0,489
	Erkek	21 (20,8)	80 (79,2)	
Medeni Durum	Evli	33 (21,3)	122 (78,7)	0,408
	Bekar	26 (25,7)	75 (74,3)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	26 (26,3)	73 (73,7)	0,332
	Üniversite ve üstü	33 (21,0)	124 (79,0)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	48 (23,5)	156 (76,5)	0,717
	Çalışmıyor	11 (21,2)	41 (78,8)	
Gelir Durumu	< 3000 TL	33 (26,4)	92 (73,6)	0,213
	≥ 3000 TL	26 (19,8)	105 (80,2)	
Tanı Konulmuş Bir Hastalığı Olma	Var	19 (20,9)	72 (79,1)	0,541
	Yok	40 (24,2)	125 (75,8)	
Toplam		59	197	

Katılımcılardan 18-49 yaş arasında olanların %26,7'si (n:54) tedavinin düzenleme sürecinde doktorun tedaviyi söyleyip uygulamasını uygun bulurken; %69,3'ü (n:140) tedavinin düzenleme sürecinde doktoruyla birlikte tedavi kararı alınarak uygulanmasının uygun olduğunu; katılımcıların %4'ünün (n:8) ise doktorun tedavi seçeneklerini sunması gerektiğini ve tedavinin hasta tarafından belirlenmesinin uygun olduğunu bildirmiştir. Katılımcılardan 50-64 yaş aralığındakilerin %41,7'si (n:20) tedavinin düzenleme sürecinde doktorun tedaviyi söyleyip uygulamasını uygun bulurken; %52,1'i (n:25) tedavinin düzenleme sürecinde doktoruyla birlikte karar alınarak uygulanmasının uygun olduğunu; %6,3'ünün (n:3) ise doktorun tedavi seçeneklerini sunması gerektiğini ve tedavinin hastanın belirlenmesinin uygun olduğunu bildirmiştir. Altmışbeş yaş üstü katılımcıların %50'si (n:3) tedavinin düzenleme sürecinde doktoruyla birlikte tedavinin karar alınarak uygulanmasının uygun olduğunu; %33,3'ünün (n:2) tedavinin düzenleme sürecinin doktorun tedaviyi söyleyip uygulamasını uygun olduğunu; %16,7'sinin (n:1) ise tedavinin düzenleme sürecinde doktorun tedavi seçeneklerini sunması gerektiğini ve tedavinin hastanın belirlenmesinin uygun olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların yaşları ile tedavinin düzenleme sürecinde karar alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Tedavinin düzenleme sürecinde kadın katılımcıların %27,1'i (n:42) doktorun tedaviyi söylemesi gerektiğini ve hastanın uygulaması gerektiğini uygun bulurken; %69,7'si (n:108) tedavi sürecinde hekimin tedavi seçenekleri söylemesi gerektiğini ve birlikte karar vererek uygun olan tedaviyi belirlemesi gerektiğini; %3,2'sinin (n:5) ise tedavi sürecinde hekimin tedavi seçeneklerini sunması gerektiğini ve tedavinin hasta tarafından belirlenmesinin uygun olduğunu bildirmiştir. Erkek katılımcıların tedavinin düzenleme sürecinde %33,7'sinin (n:34) doktorun tedaviyi söylemesi gerektiğini ve hastanın uygulaması gerektiğini; %59,4'ünün (n:60) sürecin hekim tedavi seçeneklerini söylemesi gerektiğini ve birlikte karar verilerek hastaya uygun olanı beraber belirlemek gerektiğini; %6,9'u (n:7) hekimin tedavi seçeneklerini sunması gerektiğini ve hastanın tedavi sürecine karar vermesi gerektiğini uygun bulduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların cinsiyetleri ile tedavinin düzenleme sürecinde karar alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Medeni durum ile tedavinin düzenleme sürecine baktığımızda evli olan katılımcılar ile bekar olan katılımcılar karşılaştırıldığında medeni durum ile tedavi düzenleme süreci arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Tedavinin düzenleme süreci ile eğitim durumu ilişkisinde ise lise ve altı eğitime sahip olan katılımcıların %34,2'si ($n=53$) süreçte doktorun tedaviyi söylemesi gerektiğini ve hastanın uygulaması gerektiğini uygun bulurken; %47,5'i ($n=47$) süreçte hekimin tedavi seçeneklerini söylemesi gerektiğini ve tedavinin birlikte karar verilerek hastaya uygun olanı beraber belirlenmesi gerektiğini; %6,1'i ($n=6$) sürecin hekim tarafından tedavi seçeneklerin sunulması gerektiğini ve hastanın kendisinin karar vermesi gerektiğini uygun bulduğunu bildirmiştir. Üniversite ve üzeri mezun olan katılımcıların %19,1'inin ($n=30$) tedavi düzenleme sürecinin doktor tarafından tedavinin söylenmesinin ve hastanın uygulamasının doğru olduğunu düşünürken; %77,1'i ($n=121$) hekimin tedavi seçeneklerini söylemesi gerektiğini ve birlikte karar vererek hastaya uygun olanı beraber belirlenmesi gerektiğini; %3,8'i ($n=6$) ise hekimin tedavi seçeneklerini sunması gerektiğini ve hastanın tedaviye kendisinin karar vermesi gerektiğinin uygun olduğunu düşünmektedir. Eğitim durumu ile tedavinin sürecinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Fisher's ki kare testi $p<0.05$).

Katılımcıların çalışma durumu ile tedavinin düzenlenme süreci ilişkisinde ve bilinen bir hastalık olma ile tedavinin düzenlenme sürecinde şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Katılımcıların gelir durumu 3000 Türk Lirası altı olanların %37,6'sı ($n=47$) tedavinin düzenleme sürecinde doktorun tedaviyi söylemesi ve hastanın uygulaması gerektiğini düşünürken; %57,6'sının ($n=72$) hekimin tedavi seçeneklerini söylemesi gerektiğini ve tedaviye birlikte karar vererek hastaya uygun olanı beraber belirlemesi gerektiğini; %4,8'inin ($n=6$) ise hekimin tedavi seçeneklerini sunması gerektiğini ve hastanın kendisi karar vermesi gerektiğinin uygun olduğunu düşünmektedir. 3000 Türk Lirası ve üstünde geliri olan

katılımcıların ise %22,1'inin (n:29) tedavinin düzenleme sürecinde doktorun tedaviyi söylemesi ve hastanın uygulaması gerektiği; %73,3'ü (n:96) süreçte hekim ve hastanın ortak karar alması gerektiği; %4,6'sı(n:6) ise hekimin tedavi seçeneklerini sunması ve hastanın kendisinin karar vermesi gerektiğinin uygun olduğunu bildirmiştir. Bireylerin gelir durumu ile tedavinin düzenlenme sürecinde karar alma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Fisher's ki kare testi $p<0.05$). Çizelge 4.8'de katılımcıların tedavinin düzenlenme sürecini etkileyen faktörlerinin oranları görülmektedir.

Çizelge 4.8. Tedavinin düzenlenme sürecine dair katılımcıların görüşleri

Değişken		Tedavinin Düzenlenme Süreci n(%)			P değeri
		Doktor	Ortak Karar	Hasta	
Yaş	18 – 49	54 (26,7)	140 (69,3)	8 (4,0)	0,124
	50 – 64	20 (41,7)	25 (52,1)	3 (6,3)	
	65 yaş üstü	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	
Cinsiyet	Kadın	42 (27,1)	108 (69,7)	5 (3,2)	0,160
	Erkek	34 (33,7)	60 (59,4)	7 (6,9)	
Medeni Durum	Evli	53 (34,2)	95 (61,3)	7 (4,5)	0,147
	Bekar	23 (22,8)	73 (72,3)	5 (5,0)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	46 (46,5)	47 (47,5)	6 (6,1)	<0,001*
	Üniversite ve üstü	30 (19,1)	121 (77,1)	6 (3,8)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	56 (27,5)	140 (68,6)	8 (3,9)	0,115
	Çalışmıyor	20 (38,5)	28 (53,8)	4 (7,7)	
Gelir Durumu	< 3000 TL	47 (37,6)	72 (57,6)	6 (4,8)	0,023*
	≥ 3000 TL	29 (22,1)	96 (73,3)	6 (4,6)	
Tanı Konulmuş Bir Hastalığı Olma	Var	29 (31,9)	57 (62,6)	5 (5,5)	0,736
	Yok	47 (28,5)	111 (67,3)	7 (4,2)	
Toplam		76	168	12	

*Fisher'in kesin testi

Katılımcılardan 18-49 yaş aralığında olanların %15,3'ü (n:31) hastaların tedavi süreci sırasında fikrini söylemesi gerektiği düşüncesinde kararsız ya da katılmıyorken; %84,7'si (n:171) tedavi süreci sırasında doktorun fikrini söylemesi gerektiğini belirtmiştir. Elli-64 yaş aralığındakilerin ise %20,8'i (n:10) hastanın fikrini söylemesine kararsız ya da katılmıyorken; %79,2'si (n:38) tedavi süreciyle

ilgili hastanın fikrini söylemesi gerektiğini belirtmiştir. Altmışbeş yaş üstündeki katılımcıların %50'si (n:3) tedavi süreci sırasında hastanın fikrini söylemesi gerektiğine kararsız ya da katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların yaşı ile tedavi süreci sırasında hastanın fikrini söylemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Kadın olan katılımcıların %16,1'i (n:25) tedavi süreci sırasında hastanın fikrini söylemesi ile ilgili kararsız ya da katılmadığını belirtirken; %83,9'u (n:130) fikrini söylemesi gerektiğini belirtmişler. Erkek katılımcıların ise %18,8'i (n:19) fikrini söyleme ile ilgili kararsız ya da katılmadığını belirtirken; %81,2'si (n:82) tedavi süreci sırasında hastanın fikrini söylemesi gerektiğini belirtmiştir. Cinsiyet ile tedavi süreci sırasında hastanın fikrini söylemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çizelge 4.9 katılımcıların tedavi sürecinde hastanın fikrini söyleme durumunu etkileyen faktörlerin oranları yer almaktadır.

Çizelge 4.9. Tedavi sürecinde hastanın fikrini söyleme durumunu etkileyen faktörler

Değişken		Hastanın Fikrini Söylemesi n(%)		P değeri
		Katılmıyor / Kararsız	Katılıyor	
Yaş	18 – 49	31 (15,3)	171 (84,7)	0,065
	50 – 64	10 (20,8)	38 (79,2)	
	65 yaş üstü	3 (50,0)	3 (50,0)	
Cinsiyet	Kadın	25 (16,1)	130 (83,9)	0,578
	Erkek	19 (18,8)	82 (81,2)	
Medeni Durum	Evli	31 (20,0)	124 (80,0)	0,140
	Bekar	13 (12,9)	88 (87,1)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	25 (25,3)	74 (74,7)	0,007*
	Üniversite ve üstü	19 (12,1)	138 (87,9)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	35 (17,2)	169 (82,8)	0,979
	Çalışmıyor	9 (17,3)	43 (82,7)	
Gelir Durumu	< 3000 TL	27 (21,6)	98 (78,4)	0,068
	≥ 3000 TL	17 (13,0)	114 (87,0)	
Tanı Konulmuş Bir Hastalığı Olma	Var	19 (20,9)	72 (79,1)	0,245
	Yok	25 (25,2)	140 (74,8)	
Toplam		44	212	

*Fisher'in kesin testi

Katılımcılardan 18-49 yaş aralığında olanların %89,6'sı (n:181), 50-64 yaş aralığındakilerin %91,7'si (n:44) ve 65 yaş üstündekilerin %66,7'si (n:4) kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol almasına katıldığını bildirmiştir. Yaş ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çalışmaya katılan kadın katılımcılardan %88,4'ü (n:137), erkeklerden ise %91,1'i (n:92) kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması gerektiğine katıldığını bildirmiştir. Cinsiyet ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan katılımcıların büyük çoğunluğu (n:155, %60,5) evli bireylerden oluşmaktadır. Bekar olan katılımcı oranı %39,5 (n:101) idi. Evli olanların %86,5'i (n:134), bekar olanların %94,1'i (n:95) kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol almasına katıldığını bildirmiştir. Medeni durum ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorların aktif rol alması arasındaki ilişkiye bakıldığında, üniversite ve üstü eğitim almış bireylerin %89,2'si (n:141); lise ve altı eğitim almış bireylerin %88,9'u (n:88) doktorların aktif rol almasına katıldığını belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Bireylerin gelir durumu 3000 TL ve üzeri olanların %89,3'ünün (n:117), 3000 TL altı olanların ise %89,6'sının (n:112) kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol almasına katıldığı saptanmıştır. Gelir düzeyi ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çalışmaya katılanların büyük kısmının (n:165, %64,5) tanı konulmuş bilinen bir hastalığı yoktur. Bu grubun %89,1'inin (n:147) kullanılacak ilaçlara

karar vermede doktorun aktif rol almasına katıldığı saptanmıştır. Katılımcıların %35,5'inin (n:91) bilinen bir hastalığı vardı. Bilinen hastalığı olanların %90,1'inin (n:82) kullanılacak ilaçlarda karar vermede doktorun aktif rol almasına katıldığı saptanmıştır. Bilinen bir hastalık olma durumu ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$). Çizelge 4.10 kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol almasını etkileyen faktörleri ve oranlarını göstermektedir.

Çizelge 4.10. Kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması

Değişkenler		Kullanılacak İlaçlara Doktorun Karar Vermesi n(%)		P değeri
		Katılmıyor / Kararsız	Katılıyor	
Yaş	18 – 49	21 (10,4)	181 (89,6)	0,169
	50 – 64	4 (8,3)	44 (91,7)	
	65 yaş üstü	2 (33,3)	4 (66,7)	
Cinsiyet	Kadın	18 (11,6)	137 (88,4)	0,492
	Erkek	9 (8,9)	92 (91,1)	
Medeni Durum	Evli	21 (13,5)	134 (86,5)	0,053
	Bekar	6 (5,9)	95 (94,1)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	11 (11,1)	88 (88,9)	0,815
	Üniversite ve üstü	16 (10,2)	141 (89,2)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	21 (10,3)	183 (89,7)	0,794
	Çalışmıyor	6 (11,5)	46 (88,5)	
Gelir Durumu	< 3000 TL	13 (10,4)	112 (89,6)	0,940
	≥ 3000 TL	14 (10,7)	117 (89,3)	
Tanı Konulmuş Bir Hastalığı Olma	Var	9 (9,9)	82 (90,1)	0,799
	Yok	18 (10,9)	147 (89,1)	
Toplam		27	229	

Katılımcılardan 18-49 yaş aralığında olanların %57,4'ünün (n:116), 50-64 yaş aralığında olanların %64,6'sının (n:31) ve 65 yaş üstünde olanların %100'ünün (n:6) kendi tıbbi bakımları ile ilgili kararlara katılmak istedikleri saptanmıştır. Yaş ve tıbbi bakımı ile ilgili kararlara hastanın katılma istemesi

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çalışmaya katılan kadın katılımcılardan %61,3'ü (n:95), erkeklerden ise %57,4'ü (n:58) kendi tıbbi bakımları ile ilgili kararlara katılmak istediklerini bildirmiştir. Cinsiyet ve tıbbi bakımı ile ilgili kararlara hastanın katılma istemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Çalışmada evli olanların %62,6'sı (n:97), bekar olanların %55,4'ü (n:56) tıbbi bakımları ile ilgili kararlara katılmak istediklerini bildirmiştir. Medeni durum ve tıbbi bakımıyla ilgili kararlara hastanın katılma istemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Bireylerin eğitim düzeyleri ile kendi tıbbi bakımları hakkındaki kararlara katılma istekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, üniversite ve üstü eğitim almış bireylerin %56,1'i (n:88); lise ve altı eğitim almış bireylerin %65,7'si (n:65) tıbbi bakımlarıyla ilgili kararlara doktorun hastayı da katması gerektiğini belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi ve tıbbi bakım ile ilgili kararlara hastanın katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Bireylerin gelir durumu 3000 TL ve üzeri olanların %59,5'i (n:78), 3000 TL altı olanların ise %60'ı (n:75) tıbbi bakımları ile ilgili kararlara katılmak istediklerini bildirmiştir. Gelir düzeyi ve tıbbi bakım ile ilgili kararlara hastanın katılma istemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$).

Katılımcılardan bilinen hastalığı olanların %67'si (n:61), bilinen bir hastalığı olmayanların ise %55,8'i (n:92) tıbbi bakım ile ilgili kararlara katılmak istediğini bildirmiştir. Bilinen bir hastalığı olma durumu ve tıbbi bakım ile ilgili kararlara katılma istemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Fisher's ki kare testi $p>0.05$). Çizelge 4.11 tıbbi bakım ile ilgili kararlara hastanın katılmasını etkileyen faktörleri göstermektedir.

Çizelge 4.11. Tıbbi bakımla ilgili kararlara hastanın katılmasını etkileyen faktörler

Değişkenler		Doktorun Kararlara Hastayı da Katması n(%)		P değeri
		Katılmıyor / Kararsız	Katılıyor	
Yaş	18 – 49	86 (42,6)	116 (57,4)	0,084
	50 – 64	17 (35,4)	31 (64,6)	
	65 yaş üstü	0 (0,00)	6 (100,0)	
Cinsiyet	Kadın	60 (38,7)	95 (61,3)	0,538
	Erkek	43 (42,6)	58 (57,4)	
Medeni Durum	Evli	58 (37,4)	97 (62,6)	0,255
	Bekar	45 (44,6)	56 (55,4)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	34 (34,3)	65 (65,7)	0,127
	Üniversite ve üstü	69 (43,9)	88 (56,1)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	83 (40,7)	121 (59,3)	0,770
	Çalışmıyor	20 (38,5)	32 (61,5)	
Gelir Durumu	< 3000 TL	50 (40,0)	75 (60,0)	0,940
	≥ 3000 TL	53 (40,5)	78 (59,5)	
Tanı Konulmuş Bir Hastalığı Olma	Var	30 (33,0)	61 (67,0)	0,078
	Yok	73 (44,2)	92 (55,8)	
Toplam		103	153	

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, polikliniklerimize başvuran kişilerin yönetimlerinde ne kadar paylaşılmış karar alındığını ve kişilerin kendi tedavi süreçlerinde paylaşılmış karar alma yaklaşımına bakış açılarını ortaya koymak üzere yapılmıştır.

Paylaşılmış karar alma birinci basamak hekimlikte mutlaka olması gereken bir anlayıştır. Hastayı, kendi tıbbi bakımına katılma, seçimlerine karar verme, gelecekte sağlık bakımını uygun kullanma konularında etkin kılmaktadır. Hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır (14).

Tedavide “paylaşılmış karar alma (PKA)” son zamanlarda önem kazanan bir konu olmasına rağmen henüz tam olarak klinik pratiğe geçirilememiştir. Paylaşılmış ya da ortak karar almanın uygulanamamasının nedenleri ve hastaların bu konudaki düşünce ve yaklaşımları konusunda yurtdışında yapılmış birçok çalışma bulunurken ülkemizde böyle bir çalışmaya rastlanmamaktadır.

Hasta-hekim ilişkisini oluşturan temel yapıtaşları arasında güven kavramı yer almaktadır. Hastanın hekime duyduğu güven sayesinde tedaviye uyum ve başarı oranı artmaktadır. Bizim çalışmamızda hekime duyulan güven duygusu yüksek (18-49 yaş aralığındakilerin %73,8'i (n:149); 50-64 yaş aralığındakilerin %89,6'sı (n:43); 65 yaş üstündekilerin %83,3'ü (n:5), p:0,060) bulunmuştur. Bu durum hasta-hekim ilişkilerinin etkin ve iyi olması ile açıklanabilir. Katılımcıların yaşları ile hekime güvenmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamış iken, hekime olan güven puanı eğitim düzeyinin artması [Lise ve altı eğitime sahip katılımcıların %73,7'si (n:73); üniversite ve üstü katılımcıların %79'u (n:124)] ve kronik hastalığı olma durumuyla [bilinen bir hastalığı olanların %79,1'inin (n:72), bilinen bir hastalığı olmayan katılımcıların %75,8'inin (n:125)] artmaktadır. Kayaniyil ve arkadaşlarının Kanada Güney Ontorio'da yaptığı çalışmada (75) bağımlı değişken hekime güven (TIP) ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya göre, hastanın eğitim seviyesi (%52,9'u lise ve üstü eğitime sahip kişiler) düştükçe ve düşük sosyoekonomik seviyeli hastalarda hekime olan güvenin daha yüksek ($p:0.000$) olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi ve güven skoru arasında anlamlı fark ($p < .001$) saptanmıştır. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip hastaların hasta memnuniyetinin daha düşük olduğu sonucuna

varılmıştır. Benzer şekilde, Bonds ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (76) düşük sosyoekonomik düzeyi olan hastalarda, yüksek olan hastalara kıyasla güven duygusunun önemli ölçüde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada anketler, farklı zaman aralıklarında, yüz yüze 41 ve telefonla 176 kişiye yapılmıştır. Hastanın gizliliğini korumak için görüşmelerin çoğu telefonla yapılmıştır. Birinci basamak hekimine hasta güveni, daha önce onaylanmış bir ölçek olan Wake Forest Hekim Güven Ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Bizim çalışmamızda ise sosyoekonomik düzeyi yüksek hastaların (%80,2'si) hekime güven duygusu daha yüksek olarak bulunmuştur.

Bonds ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (76) cinsiyetler ile hekime olan güven duygusu karşılaştırıldığında kadın hastaların erkeklere oranla hekimine daha fazla güvendiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise erkek hastaların %79,2'sinin hekimlerine daha fazla güven duyduğu bulunmuştur. Bu ters ilişkinin nedeni katılımcılar arasındaki kültürel farklılıklar olabilir.

Bizim yürüttüğümüz çalışmada, hastalar tedavi süreçlerinde hekimleriyle ortak karar vermeyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Hasta ve hekimin birlikte tedaviye karar vermesini engelleyen faktörler arasında hekimin yeterli zamanının olmaması (%53,5) ana etmen olarak belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada ortak karar vermenin önündeki bir diğer engelin ise bilgi yetersizliğinden dolayı hastanın fikrini söyleyememesi (%8,6) ve hekimin hastanın fikrini önemsememesi (%7) olarak bildirilmiştir. Hekimin yeterli zamanının olmadığı algısının nedeni Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hasta sayısının fazla olmasından dolayı hasta başına düşen zaman yetersizliğinden kaynaklanmış olabilir. Covvey ve arkadaşları tarafından yapılan nitel bir çalışmada (24), onkoloji hastalarının bakımında paylaşılmış karar almanın hasta ile ilgili engelleri ve kolaylaştırıcı yönleri araştırılmıştır. Çalışmaya meme, prostat, gastrointestinal veya akciğer kanseri olan onkoloji hastaları alınmıştır. İncelenen en yaygın kanserler meme (%62,9) ve prostat (%25,7) kanserleridir. Paylaşılmış ortak karar alma sürecinde ortaya çıkan ana engellerin; hastaların ilaç yan etkileri konusundaki endişeleri, en iyi tedavi seçeneği konusundaki belirsizlik durumu ve hasta-hekim iletişimindeki zayıflık olduğu bulunmuştur. Paylaşılmış karar alma sürecinde ortaya çıkan kolaylaştırıcı faktörler ise hekimin, hastanın tercihlerini, olumlu eylemlerini ve davranışlarını

dikkate alarak destek veya teşvik edilmesi olarak gösterilmiştir. Bu çalışma, daha çok onkoloji hastalarının ilaç tedavisi konusundaki kararlarına odaklanmış olsa da, elde edilen bulguların sağlık hizmetlerinde geniş uygulanabilirliğe elverişli olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda bilgi eksikliklerini belirlemede ve gelecekteki paylaşılmış karar alma girişimlerinin geliştirilmesine rehberlik etmek için kullanılabileceği ileri sürülmüştür.

Moreau ve arkadaşları 2011 yılında yaptıkları bir nitel çalışmada (77), hastaların karar verme algılarını anlamak ve karar verme modelleri arasındaki ilişkileri tanımlamak amacıyla, dört odak görüşmesi yaparak (yaşlılar, sağlık destek gruplarının kullanıcıları, öğrenciler ve kırsal bölge sakinleri), belirlenen üç klinik senaryo üzerinden (hipertansiyon, meme kanseri, prostat kanseri) hastaların karar verme algılarını belirlemişlerdir. Bu çalışmada çoğu hasta kendi bakım süreçlerine katılmalarını sağlayan paylaşılmış karar vermeyi benimseyerek net bilgi edinme sürecini yakalamıştır. Paylaşılmış ortak karar almanın uygulanmasını kolaylaştırıcı faktörler arasında güven, sözsüz iletişim, düşünmek için hastaya zaman verilmesi olarak belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada, hasta merkezli bakımın temelinde, ortak karar alma esnek olabilir ve paternalistik ve bilgilendirici modellere entegre edilebilir sonucuna varılmıştır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %96,1'i tedavi sürecinde reçetelenen ilaçların yan etkilerini bilmek istediklerini bildirmiştir. Ek olarak bizim çalışmamıza katılan kişilerin %53,5'i hekimlerin ilaç yan etkilerini açıkladığını ifade etmiştir. Sosyoekonomik durumu yüksek olan hastaların (%97.7), düşük olanlara göre (%94.4) daha fazla ilaç yan etkilerini bilmek istedikleri bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumu ile ilaçların yan etkilerini bilmek isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Goff ve arkadaşlarının yaptığı nitel bir çalışmada (78) hastaların ilaç uyumunu etkileyebilecek faktörleri anlamak için hastaların ilaç reçetesi ile ilgili inançları ve tercihleri araştırılmıştır. Katılımcıların ilaç reçetelenmesine ilişkin inançları ve tercihleri üç ana alanı içermektedir. Bunlar dış etkenler, hasta-hekim ilişkisi ve hekimin profesyonelliğidir. Hastalar tedavi sürecinde ilaca karar verme aşamasında ortak karar almayı istemişlerdir. Özellikle katılımcılar ilaç seçeneklerini bilmek ve her seçeneğin risklerini ve faydalarını anlamak

istediklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi hekimin reçete edilen ilacın yan etkileri konusunda hastasını bilgilendirmesi gerektiği görüşüne varılmıştır.

Bizim çalışmamızda, tedavi planına kim karar vermeli sorusuna, katılımcıların %4,7'si "*ben karar vermeliyim*", %65,6'sı "*ortak karar verilmeli*", %29,7'si "*hekimin karar vermeli* şeklinde yanıt vermiştir. Ford ve arkadaşlarının ABD'de genel klinik uygulama alanında hastalarının bilgi ve karar verme beklentilerini araştırmak amacıyla yaptığı hastane temelli bir çalışmada (20), katılımcıların %18'si ben karar vermeliyim, %47'si ortak karar, %35'i hekim karar vermeli (pasif rol) şeklinde yanıt vermiştir. Toplamda, hastaların %61'i tercih ettikleri karar verme rolüne ulaştıklarını algılamıştır. Hastaların karar verme sürecinde istedikleri rol ile görüşme sonrasında belirtilen tercihleri arasında önemli bir uyumsuzluk olduğu tespit edilmiştir.

O'Connor ve arkadaşları (22), Kanada'daki genel nüfusun katıldığı bir telefon araştırması yapmışlardır. Bizim araştırmamızdan farklı olarak yüz yüze yapılmamıştır. Çalışma hastaların karmaşık bir sağlık kararı ile karşı karşıya kaldıklarında karar verme tercihlerini tanımlamak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların %29'u "*kendi kendime karar verdim*", %39'u "*doktorumun fikrini düşündükten sonra karar verdim*", %23'ü "*doktorumla karar verdim*", %2'si "*fikrimi aldıktan sonra doktorum karar verdi*", %4'ü "*doktorum kendi başına karar verdi*", %3'ü diğer şeklinde yanıtlamıştır. Katılımcıların sadece %6'sının karar almada katılımcının görüşünü dikkate alarak ya da almadan doktor tarafından alınmasını istediği bulunmuştur. Daha az eğitime sahip olmak karar vermede daha bağımlı bir role sahip olmakla ilişkilendirilmiştir ($P < 0.05$). Araştırmaya katılanların %88'i kararı tekrar vermek zorunda kalırlarsa, aynı şekilde vereceğini belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğunluğu genellikle neyin seçileceği konusunda belirsizliklerini ifade ederek, kişisel değerleri sorguladıklarını ve seçeneklerin istenmeyen sonuçları hakkında endişelendiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada araştırmacılar hastaların kendi tedavi süreçlerine aktif katılım sağlamaları sonucunda güçlendiklerini ve kendi kendilerine yeterlilik duygularının arttığını ifade etmişlerdir.

Benbassat ve arkadaşlarının 1998’de yapmış olduğu bir metaanalizde (18), hastaların çoğu aktif bir rol istemediğini, ancak doktor-hasta ilişkisinde tamamen pasif olmak da istemediklerini bildirmiştir. Bu sonuç, katılımcıların sadece %3 ila %8’inin tamamen pasif bir rol tercih ettiğini göstermiştir. Çalışmada, ayrıca, hasta olmayanların %80’inin, hastalıkları ile ilgili kararlara aktif veya işbirlikçi katılmayı tercih edeceği bulunmuştur.

İngiltere’de Keating ve arkadaşları birinci basamakta yaptıkları bir çalışmada (19), erken evre meme kanseri olan hastalar arasında tedaviye karar verme sürecinde istenen ve gerçek rolleri tanımlamak, hastaların gerçek rollerinin istenen rollerle ne sıklıkta eşleştiğini belirlemek ve gerçek ve istenen rollerin eşleştirilmesinin alınan tedavi türü ve memnuniyet ile ilişkili olup olmadığını araştırmışlardır. Hastaların istenen rolleri incelendiğinde %64’ü hekimin hastasıyla alternatif tedavi seçeneklerini tartıştığı ve birlikte nasıl ilerleyeceğine karar verdiklerini, %24’ü hekimin tüm seçenekleri sunduğu ve karar vermesine izin verdiğini, %9’u hekimin önerilerini sunduğunu, %3’ü hekimin ne yapılmasına karar verdiğini belirtmiştir. Nitekim hastaların meme kanseri tedavi kararı verme sürecinde cerrahlarıyla rapor ettikleri gerçek rolleri incelendiğinde ise; %40’ı hekimin tüm seçenekleri sunduğu ve karar vermesine izin verdiğini, %33’ü hekimin hastasıyla alternatif tedavi seçeneklerini tartıştığı ve birlikte nasıl ilerleyeceğine karar verdiklerini, %18’i hekimin önerilerini sunduğu şeklinde belirtmişlerdir. Çalışmanın sonucunda, hastaların %49’u rapor edilen gerçek rolün istedikleri rollerine uyduğunu, %25’i istediklerinden daha az aktif rolü olduğunu, %26’sı istediklerinden daha fazla aktif bir rolü olduğunu bildirmiştir.

Deber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (79) hastaların karar verme sürecinde hangi rolü kabul ettikleri araştırılmıştır. Katılımcıların alt grupları şu şekildedir: meme kanseri, prostat hastalığı, kırıklar, kontinans, ortopedik ve romatolojik rahatsızlıklar, multipl skleroz, HIV/AIDS, infertilite problemi, iyi huylu prostat hiperplazisi ve kalp hastalığı olanlar. Araştırmacılar bu çalışmada Problem-Solving Decision-Making (PSDM) adlı skalayı kullanmışlardır. Çalışmanın sonucunda katılımcıların %1,2’si “*ben karar vermeliyim*”, %77,8’i “*ortak karar verilmeli*”, %20,3’ü “*hekim karar vermelidir*” (pasif rol) şeklinde yanıt vermiştir. Bu çalışmada ortak karar yüzdesinin fazla ve pasif rol yüzdesinin az

olmasının nedeni bizim çalışmamıza katılanlara (%35.3 kronik hastalığa sahip) göre, daha fazla (%98.1) kronik hastalığa sahip olmaları olabilir.

Deber ve arkadaşlarının çalışmasında (79), karar verme sürecinde tercih edilen rol, eğitim düzeyi ve yaş arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Katılımcıların ortak karar vermeyi tercih etmeleri hastalıklarını ve kendilerine sunulan seçenekleri anlamak ve yaşam kalitelerini etkileyecek karar alma yönlerine dahil olmak istediklerini göstermiştir. Bu çalışmada tedavi tercihi ile eğitim düzeyi ve yaş arasında anlamlı ilişki ($p<0.005$) bulunmasına rağmen bizim çalışmamızda yaş ile anlamlı ilişki ($p:0.124$) bulunmamıştır. Ancak bu çalışmaya benzer olarak eğitim düzeyi ile karar verme sürecinde tercih ettikleri rol arasında anlamlı ilişki ($p<0.001$) bulunmuştur.

Carlsen ve arkadaşının 2006 yılında yaptığı çalışmada (21) hekimlerin ve hastaların ortak karar verme tutumları ve bu tutumların hasta memnuniyetini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Paylaşılan karar verme tercihlerini ölçmek için Hasta-Uygulayıcı Oryantasyon Ölçeği'ni (PPOS) kullanmışlardı. Bu çalışmada hastaların %53'ünün paylaşılmış karar vermeyi tercih ettiği görülmüştür. Paylaşılmış karar verme sürecinin tercihler farklılık gösterse de, hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Paylaşılmış karar almayı tercih eden Aile Hekimlerinin bu süreçte hastanın beklentilerini daha iyi karşıladıkları ve hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etki yarattığı bulunmuştur. Bu nedenle hastaların tercihlerinin hekimin tercihlerinden farklı olduğu zaman bile hastaların tatmin olmasını sağlamıştır. Bizim çalışmamızla benzer olarak hastaların hekimleriyle tedavi sürecinde %65.6 ortak karar vermek istedikleri bulunmuştur. Fakat bizim çalışmamız da bazı kısıtlılıklar yer almaktadır. Araştırmamız hekimlere yönelik olmadığı için paylaşılmış karar almayı benimseyen hekimlerin hastanın beklentilerini daha iyi karşıladığını ve hastanın memnuniyetinin daha fazla olduğunu söyleyemiyoruz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına ait polikliniklere herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü kişilerin paylaşılmış karar alma konusunda tutum ve düşüncelerini ayrıca kişilerin yönetimlerinde ne kadar paylaşılmış karar alındığını ve paylaşılmış karar alma yaklaşımına bakış açılarını tespit etmek amacıyla gerçekleştirdiğimiz araştırmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Katılımcıları %97,3'ü hekimleri tarafından hastalıklarıyla ilgili ilaçlar ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmek istediklerini bildirmiştir.
2. Katılımcılara yöneltilen “Sizce doktorunuzun tedavinizi düzenlerken sizin fikrinizi de almasını ve tedavinize birlikte karar vermenizi engelleyecek faktörler nelerdir?” sorusuna katılımcıların %53,5'i “doktorumun yeterli zamanı yoktu”, %2'si “benim yeterli zamanım yoktu”, %7'si “doktorum benim fikrimi önemsemiyor”, %8,6'sı “kendi bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum, bu nedenle fikrimi söylemiyorum”, %4,3'ü “doktorumdan çekiniyorum, bu nedenle fikrimi söyleyemiyorum”, %24,6'sı fikrim yok şeklinde yanıtlar vermiştir.
3. Katılımcılara yöneltilen “Sizce tedavinin düzenlenme süreci nasıl olmalıdır?” sorusuna %29,7'si “hekim tedaviyi söylemeli ben uygulamalıyım” şeklinde, %65,6'sı “hekim tedavi seçeneklerini söylemeli ve birlikte karar vererek bana uygun olanı beraber belirlemeliyiz” şeklinde, %4,7'si “hekim tedavi seçeneklerinin sunmalı ve ben kendim karar vermeliyim” şeklinde cevaplamıştır.
4. Katılımcıların %61,3'i tedavi sürecinde fikrini bildirmek istediğini bildirmiştir.
5. Katılımcıların %55,1'i “kullanılacak ilaçlara karar verme konusunda doktorlar aktif rol almalıdır.” ifadesine tamamen katılırken, %34,4'ü kısmen katıldığını bildirmiştir.

6. Katılımcılar hekimlerinin tıbbi bakımlarıyla ilgili kararlara kendilerini de katması konusunda %28,1'i orta, %10,9'u kötü ve %1,2'si çok kötü olarak değerlendirmiştir.
7. Katılımcıların yaşıları arttıkça ilaç yan etkilerini bilmek isteyenlerin oranı da artmaktadır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
8. Eğitim durumu arttıkça ilaçların yan etkilerini bilmek isteme durumunda da artış saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumu ile ilaçların yan etkilerini bilmek isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).
9. Katılımcıların yaşıları ile hekime güvenmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).
10. Katılımcıların yaşıları arttıkça tedavinin düzenlenme sürecinde karar almaya katılma isteği de artmaktadır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p>0.05$).
11. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça tedavinin düzenlenme sürecinde karar almaya katılma isteği de artmaktadır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p>0.05$).
12. Bireylerin gelir durumu arttıkça tedavinin düzenlenme sürecinde hekimin tedavi seçeneklerini söylemesi gerektiği ve tedaviye birlikte karar vererek hastaya uygun olanı beraber belirlenmesi düşüncesinin arttıği saptanmıştır. Bireylerin gelir durumu ile tedavinin düzenlenme sürecinde karar alma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).
13. Çalışmamızda yaş ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol almasına katılma durumunun etkilenmediği saptanmıştır. Yaş ile kullanılacak ilaçlara karar vermede doktorun aktif rol alması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).
14. Yaş ve tıbbi bakımı ile ilgili kararlara hastanın katılma istemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

15. Eğitim düzeyi ve tıbbi bakım ile ilgili kararlara hastanın katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Çalışmamıza katılan kişilerin büyük çoğunluğu tedavi sürecinde ortak karar almayı istediklerini belirtmişlerdir. Bu yaklaşımın birinci basamakta sağlık hizmeti, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan sağlıklı ya da rahatsız bireylerin sağlık bakımı ile ilk temas noktasını oluşturan Aile Hekimleri tarafından benimsemesi ve tedavi sürecine katılması gerektiği inancındayız. Bunun sağlanabilmesi için; hasta hekim ilişkisinin etkin ve doğru bir şekilde kurulması, başta Aile Hekimleri olmak üzere tüm hekimler tarafından hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ve buna yönelik tıp eğitimi boyunca hasta-hekim iletişimi ve paylaşılmış karar alma yaklaşımı konusunda eğitimlerin verilmesi gerektiği inancındayız. Paylaşılmış karar alma yaklaşımı uygulanarak hastanın tedavilerine katılmaları, kendilerine daha iyi bakmaları ve tedavinin daha uyumlu olabileceğini düşünmekteyiz. Paylaşılmış karar almanın klinik alanda uygulanabilmesi için gerekli şartların sağlanması açısından, ülkemizde yeterli çalışma olmaması sebebiyle bu konuyu içeren geniş kapsamlı, nitel çalışmaların yapılması gerekmektedir.

7. ÖZET

Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Paylaşılmış Karar Alma Konusunda Tutum Ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı polikliniğimize başvuran 18 yaş üstü bireylerin paylaşılmış karar alma konusunda tutum ve düşüncelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan araştırmamız, bir anket seti yoluyla yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Veriler, SPSS version 22 kullanılarak analiz edilmiştir. Karşılaştırmada; Ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmış ve $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 18 yaş ve üzeri 256 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %60,5'i kadın, %60,5'i evli, %80,1'i en az lise mezunudur. Yüzde 48,4'ü orta gelir düzeyine sahiptir. Yüzde 35'inde en az bir kronik hastalık vardır. Tedavi sürecinde %96,1'i ilaçların yan etkilerini bilmek istediklerini bildirmiştir. Katılımcıların tedavi düzenlenme sürecindeki tercihleri 3 grupta kategorize edilmiştir. Bunlar; %65,6 "*hekimle ortak karar verelim*", %29,7 "*hekim karar versin*", %4,7 "*hekim tedavi seçeneklerini sunsun kendim karar vereyim*" şeklindedir.

Sonuç: Aile Hekimliği polikliniğinden hizmet alan hastalar ilaç yan etkisi konusunda bilgilendirme, fikirlerini söyleme ve tıbbi bakım ile ilgili kararlara katılma beklentileriyle ağırlıklı olarak hasta merkezli bir yaklaşım istemektedirler. Hastaların büyük çoğunluğunun şikayeti doktorun hastasına yeterli zaman ayıramamasıdır. Bu duruma rağmen hastaların hekimine güvendiği görülmüştür. Paylaşılmış karar alma hastalar için, kendilerine daha iyi bakan, sağlıklarıyla ilgili kararlara daha iyi uyan, tıbbi hizmetleri daha akılcı kullanan bireyler geliştirmesine olanak sağlamaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda ve güçlü hasta-hekim ilişkisi kurulmasında önemlidir. Çağdaş tıp uygulamasında, Aile Hekimleri başta olmak üzere tüm hekimler tarafından hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ve yönetim sürecine hastanın da katılması önemlidir ve hastalar tarafından da tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta-Hekim İlişkisi, Yönetimde Ortak Karar Verme

8. ABSTRACT

Evaluation of Attitudes and Thoughts of the People Over the Age of 18 Who Applied to Family Medicine Outpatient Clinics About Shared Decision Making

Objective: The aim of this study was to evaluate the attitudes and thoughts of individuals over the age of 18 who applied to our Akdeniz University Faculty of Medicine Family Medicine Department outpatient clinic about shared decision-making.

Methods: Our descriptive and cross-sectional study was conducted by face-to-face interview through a questionnaire set. The data were analyzed using SPSS version 22. In comparison, Chi-square test and Fisher's exact test were used and $p < 0.05$ was considered significant.

Findings: Working was aged 18 and over 256 people were included. 60.5% of the participants are women, 60.5% are married and 80.1% are at least high school graduates. 48.4 percent of them have a middle income level. There is at least one chronic disease in 35 percent. 96.1% of them stated that they wanted to know the side effects of the drugs during the treatment process. The preferences of the participants in the process of arranging treatment were categorized into 3 groups. These; It was 65.6% "making a joint decision with the physician", 29.7% "let the doctor decide", 4.7% "let the doctor decide the treatment options myself".

Conclusions: Patients receiving services from the Family Medicine Outpatient clinic generally want a patient-centered approach, with the expectation of informing them about the side effects of the medication, speaking their opinions and participating in medical care decisions. The complaint of the majority of patients is that the doctor cannot allocate enough time for his patient. Despite this situation, it has been observed that patients trust their physician. Shared decision-making enables patients to develop individuals who take better care of themselves, better fit their health-related decisions, and use medical services more rationally. It is important in providing health services and establishing a strong patient-physician relationship. In contemporary medicine

practice, it is important that all physicians, especially Family Physicians, adopt a patient-centered approach and involve the patient in the management process and it is preferred by patients.

Key Words: Patient-Physician Relationship, Shared Decision Making in Treatment



9. KAYNAKLAR

1. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition. Revised in 2011 by a Commission of the WONCA Eur Counc led by Dr. Mola E, Eriksson T. Erişim: <https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> Erişim tarihi: Temmuz 2019
2. Kinmonth AL, Stewart M. The patient-doctor relationship in: Oxford Textbook of Primary Medical Care. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Grol R, Mant D, Silagy C (eds). Oxford University Press, 2004.
3. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The New Consultation: Developing Doctor - Patient Communication. J R Soc Med 2004; 97(1): 45. PMID: PMC1079275
4. Goold SD, Lipkin M. The Doctor-Patient Relationship. Challenges, Opportunities, and Strategies. J Gen Intern Med 1999; 14(Suppl 1): 26-33. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.00267.x
5. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267(16): 2221-6. PMID: 1556799
6. Smith RC. Patient-centered interviewing: an evidence-based method. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
7. şahin G, Artıran İğde F. Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014; 5(3): 38-43.
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196(4286): 126-36. doi: 10.1126/science.847460
9. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137(5): 535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
10. Mc Whinney IR, Freeman T. Hasta-Hekim İlişkisi. Aile Hekimliğı Türkçe Üçüncü Baskı (Ed. Güldal D) Nobel Tıp Kitabevi, Adana 2016; ss. 173-264.
11. Epstein RM, Street RL Jr. The Values and Value of Patient-Centered Care. Ann Fam Med 2011; 9(2): 100-103. doi: 10.1370/afm.1239
12. Chan CSY, Wun YT, Cheung A, Dickinson JA, Chan KW, Lee HC, Yung YM. Communication skill of general practitioners: any room for improvement? how much can it be improved? Medical Education 2003; 37(6): 514-26. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01533.x

13. Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions – challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327(7414): 542-5. doi: 10.1136/bmj.327.7414.542
14. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44(5): 681-92. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00221-3
15. Landmark AMD, Ofstad EH, Svennevig J. Eliciting patient preferences in shared de-cision-making (SDM): comparing conversation analysis and SDM measurements. *Patient Educ Counsel* 2017; 100: 2081–7. doi: 10.1016/j.pec.2017.05.018
16. Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare witht hose of clinicians? *Qual Health Care* 2001; 10(suppl I): 39–43. doi: 10.1136/qhc.0100039..
17. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling* 2015; 98: 1172–9. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.022
18. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' Preferences for Participation in Clinical Decision Making: A Review of Published Surveys. *Behavioral Medicine* 1998; 24(2): 81-8. doi: 10.1080/08964289809596384
19. Keating NL, Guadagnoli E, Landrum MB, Borbas C, Weeks JC. Treatment decision making in early-stage breast cancer: Should surgeons match patients' desired level of involvement? *J Clin Oncol* 2002; 20(6): 1473-9. doi: 10.1200/JCO.2002.20.6.1473
20. Ford S, Schofield T, Hope T. Are patients' decision-making preferences being met? *Health Expectations* 2003; 6(1): 72–80. doi: 10.1046/j.1369-6513.2003.00211.x
21. Carlsen B, Aakvik A. Patient involvement in clinical decision making: The effect of GP attitude on patient satisfaction. *Health Expect* 2006; 9(2): 148-57. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00385.x
22. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations* 2003; 6(2): 97–109. doi: 10.1046/j.1369-6513.2003.00215.x
23. Corke CF, Stow PJ, Green DT, Agar JW, Henry MJ. How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. *BMJ* 2005; 330(7484): 182. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38293.435069.DE>

24. Covvey RJ, Kamal KM, Gorse EE, Mehta Z, Dhumal T, Heidari A, et al. Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology a systematic review of the literature. *Support Care Cancer* 2019; 27(5): 1613-37. doi: 10.1007/s00520-019-04675-7
25. World Health Organization. 1948 WHO definition of health – WHO/Europe. Erişim: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf
26. Larson JS. The World Health Organization's Definition Of Health: Social Versus Spiritual Health. *Social Indicators Research* 1996; 38: 181-92.
27. World Health Organization – Europe. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 Erişim: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
28. Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. *Tıbbi Etik* 1995; 3(2-3): 59-65.
29. Habiba MA. Examining consent with in the patient-doctor relationship. *J Med Ethics* 2000; 26(3): 183-7.
30. Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. *Tıp Dünyası* 1975; 48(6): 224-30
31. Çobanoğlu N. Hasta yönetimi ve hekim-hasta ilişkisinde özerklik sorunu (Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.
32. Erdemir AD. Hekim-hasta ilişkileri ve etik sorunlar. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2003; 130-48.
33. Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürler arası yönleri: Bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15 (1): 64-9.
34. Dinççağ A. Hasta ile iletişim, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.
35. Dibben MR, Morris SE, Lean ME. Situation altrust and co-operative partnerships between physicians and their patients: a theoretical explanation transferable from business practice. *QJM* 2000; 93(1): 55-61. <https://doi.org/10.1093/qjmed/93.1.55>
36. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004; 42(11): 1049-55. doi: 10.1097/00005650-200411000-00003

37. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-Patient Communication: The Toronto Consensus Statement, BMJ 1991; 303(6814): 1385-7. doi: 10.1136/bmj.303.6814.1385
38. Allen SM, Petrisek AC, Laliberte L. Problems in doctor-patient communication: the case of younger women with breast cancer. Crit Public Health 2001; 11: 39-58.
39. Gordon T, Edwards S. Doktor-hasta işbirliği (çeviri: Emel Aksoy), Sistem Yayıncılık 1995.
40. Bellet PS. How Should Physicians Approach the Problems of their Patients? Pediatrics 1994; 94: 928-30.
41. Magnus SA, Mick SS. Medical Schools, Affirmative Action and the Neglected Role of Social Class, Am J Public Health 2000; 90(8): 1197-201. doi: 10.2105/ajph.90.8.1197
42. Burks JS. How to Talk to Your Doctors, Inside MS, 1994;12(1):6 Erişim:<http://www.jackburks.com/Jack's%20artickes/How%20to%20Talk%20to%20your%20Doctor.pdf> Erişim tarihi:21.11.19
43. Meryn S. Improving doctor patient communication. BMJ 1998; 316: 19–22.
44. Gomez G, Aillach E. Ways to improve the patient-physician relationship. Curr Opin Psychiatry 2013; 26(5): 453-7. doi: 10.1097/YCO.0b013e328363be50
45. Cuff B, Brown SJ, Taylor L, Howat D. Empathy: A review of the concept. Emotion Review. 2014, Published online <http://emr.sagepub.com/content/early/2014/12/01/1754073914558466>
46. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract 2013; 63(606): 76-84. doi: 10.3399/bjgp13X660814
47. Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med 2003; 18(8): 670-4. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x
48. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen JM, Gonnella JS, Erdmann JB et al. The Jefferson scale of empathy: development and preliminary psychometric data. Educ Psychol Measurement 2001; 61(2): 349-65.
49. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract 2002; 52(suppl): 9–13.

50. McWhinney IR, Freeman T. Patient-Physician Communication in Textbook of Family Medicine third ed. Oxford University Press, Inc 2009; 115-40.
51. Riess H. The Science of Empathy. *Journal of Patient Experience* 2017; 4(2): 74-77. <https://doi.org/10.1177/2374373517699267>
52. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med* 2011; 43(6): 412-7. PMID: 21656396
53. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2006; 56(528): 496-503.
54. Dambha-Miller H, Feldman AL; Kinmonth AL, Griffin SJ. Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Ann Fam Med* 2019; 17: 311-8. <https://doi.org/10.1370/afm.2421>.
55. Falkum F, Forde R. Paternalism, patient autonomy and moral deliberation in the physician-patient relationship. *Soc Sci Med* 2001; 52(2): 239-48. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00224-0
56. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999; 319(7212): 780-2. doi: 10.1136/bmj.319.7212.780
57. Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ* 1999; 319(7212):719-20. doi: 10.1136/bmj.319.7212.719
58. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996; 125(9): 763-9. doi: 10.7326/0003-4819-125-9-199611010-00010
59. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49(5): 651-61. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00145-8
60. Atıcı E. Hasta hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 33(1): 45-50.
61. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient

- interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986; 3(1): 24-30. doi: 10.1093/fampra/3.1.24
62. McWhinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *Canadian Medical Association Journal* 1986; 135(8): 873-8.
 63. Epstein RM, Peters E. Beyond information: exploring patients' preferences. *JAMA* 2009; 302(2): 195–7. doi: 10.1001/jama.2009.984
 64. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005; 61(7): 1516–28. Doi: 10.1016/j.socscimed.2005.02.001
 65. Larivaara P, Kiuttu J, Taanila A. The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment'. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19(1): 1-8. doi: 10.1080/028134301300034521
 66. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney LR, McWilliam CL, Freedman TR. *Patient centered medicine. Transforming the clinical method.* Sec. Ed. Radcliffe Medical Press. 2003 Oxon
 67. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Annals of Family Medicine* 2004; 2: 595-608. doi: 10.1370/afm.142
 68. Greco M, Brownlea A, McGovern J. Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Medical Education* 2001; 35: 748-56.
 69. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49(9): 796-804.
 70. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999; 319(7212): 753-6.
 71. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322(7284): 468-72. doi: 10.1136/bmj.322.7284.468

72. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient* 2006; 60(3): 301-12.
73. Elwyn G, Frosch DL, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27(10): 1361-7. Doi: 10.1007/s11606-012-2077-6
74. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. **Annals of Family Medicine** 2014; 12(3): 270–5. doi: 10.1370/afm.1615
75. Kayaniyil S, Gravely-Witte S, Stewart DE, Higginson L, Suskin N, Alter D, et al. Degree and correlates of patient trust in their cardiologist. *J Eval Clin Pract* 2009; 15(4): 634–40. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01064.x
76. Bonds DE, Foley KL, Dugan E, Hall MA, Extrom P. An exploration of patients' trust in physicians in training. *J Health Care Poor Underserved*. 2004; 15(2): 294–306. doi: 10.1353/hpu.2004.0018
77. Moreau A, Carol L, Dedienne MC, Dupraz C, Perdrix C, Laine X, Souweine G. What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. *Patient Educ Couns* 2012; 87(2): 206-11. doi: 10.1016/j.pec.2011.08.010
78. Goff SL, Mazor KM, Meterko V, Dodd K, Sabin JJ Patients' beliefs and preferences regarding doctors' medication recommendations. *Gen Intern Med* 2008; 23(3): 236-41. doi: 10.1007/s11606-007-0470-3
79. Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expectations* 2007; 10(3): 248-58. Doi: 10.1111/j.1369-7625.2007.00441.x

10. EKLER

Ek 1.Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Melahat AKDENİZ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin paylaşılmış karar alma konusunda tutum ve düşüncelerinin değerlendirilmesi	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 729	Tarih: 24.07.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Veli YAZISIZ
Üye (izinli)

Doç.Dr. Gülsüm Özge BAYSAL
Üye

Doç.Dr. Mehmet TÜRKAY
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye (izinli)

Doç.Dr. Dilek KILIMEN KORGUN
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (izinli)

Turgut ALTUN
Üye

Prof.Dr. Dilara İNAN
Üye (izinli)

Prof.Dr. Oguz DURSUN
Üye

Doç.Dr. Banu NUR
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Ek 2.AsgariBilgilendirilmişGönüllüOlurFormu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Adı:** ‘Aile hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin paylaşılmış karar alma konusunda tutum ve düşüncelerinin değerlendirilmesi’
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Paylaşılmış karar verme, tıbbi görüşmeler esnasında ideal bir tedavi karar verme modelidir. Hastanın da ortak karara katılımıyla birlikte, bireyin sağlık hizmetlerindeki rolünü aktif hale getirerek sağlık hizmetleri ve tedavi sürecinin geliştirilmesini, daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesini ve daha etkin sağlık hizmetlerinin belirlenmesini sağlamaktadır. Bu çalışmamızda hastaların tedavi sürecinde paylaşılmış karar alma olarak adlandırılan kendi tıbbi bakımlarına dair karar alma sürecine katılıp katılmadıklarını ve katılmak isteyip istemedikleri ve bakış açıları incelenecektir.
- c. **Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmayı yapmamızdaki amaç, bireylerin tedavilerinde ne kadar paylaşılmış ortak karar aldıklarını ve bu tedavi modeline bakış açılarını tespit etmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerle kişilerin sağlıklarını ve tedaviye uyumlarını artırmak için hekimlerin yapması gerekenlere dair bilgilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Sağlıkları konusunda daha kapsamlı bilgilenmiş, kendilerine daha iyi bakan, sağlıklarıyla ilgili kararlara daha iyi uyan, tıbbi hizmetleri daha iyi kullanan hastaların sayısını arttırmak hedefler arasındadır.
- d. **Araştırmanın Nedeni:**
☐ Bilimsel araştırma
☒ Tez çalışması
- e. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 8 ay
- f. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 246
- g. **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:**
Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad Soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bu çalışma ile sağlıkları konusunda daha kapsamlı bilgilenmiş olmaları, kendilerine daha iyi bakmayı sağlamaları, sağlıklarıyla ilgili kararlara daha iyi uymaları, tıbbi hizmetleri daha iyi kullanmaları sağlanacak yararlar arasındadır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarını konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Nur Yağmur KUŞ ALAGÖZ, Telefon:0546 737 32 88

5. Zararların Karşlanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Melahat AKDENİZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3.Tedavi Sürecinde Paylaşılmış Karar Alma ve Karara Katılımı Konusunda Hastaların Düşüncelerinin Değerlendirilmesi Anketi Formu

TEDAVİ SÜRECİNDE PAYLAŞILMIŞ KARAR ALMA VE KARARA KATILIMI KONUSUNDA HASTALARIN DÜŞÜNCELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen hastaların yönetiminde paylaşılmış karar alma olarak adlandırılan kendi tıbbi bakımlarına dair karar alma sürecine katılıp katılmadıklarını ve katılmak isteyip istemediklerini araştırmak için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerle kişilerin sağlıklarını ve tedaviye uyumlarını artırmak için hekimlerin yapması gerekenlere dair bilgilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle soruların tamamının cevaplanmış olması önemlidir. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir. İkinci bölümde ise sağlıkla ilgili görüşlerinize ait sorular vardır ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. Veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız:

☐18-49 yaş ☐49-65 yaş ☐65 yaş üstü

2.Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3.Medeni haliniz: ☐ Evli ☐ Bekâr

4.Eğitim durumunuz: ☐ Okur-yazar değil ☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu/yüksek lisans

5.Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emekli

6.Mesleğiniz: ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Esnaf ☐ Ev hanımı ☐ Çiftçi
☐ Diğer (lütfen yazınız)

7.Ekonomik durumunuz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

☐ 3000'den az ☐ 3000-10.000 arası ☐ 10.000'den fazla

8.Bilinen bir hastalığınız var mı?

☐ Evet (lütfen yazınız),,

☐ Hayır

9.Sizce şu anda sağlık durumunuz nasıl?

☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

10.En son reçete yazılan muayenenizde, doktorunuz reçetenizi yazmadan önce, size diğer tedavi seçenekleri ve ilaçlar hakkında bilgi verdi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

11.Doktorunuzun hastalığınızla ilgili ilaçlar ve diğer tedavi seçenekleri konusunda sizi bilgilendirmesini ister miydiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

12. Doktorunuz reçete (ilaç) yazarken sizin fikrinizi sordu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

13. Doktorunuz ilaç yan etkileri konusunda size açıklama yaptı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

14. Sizce ilaçların yan etkilerini bilmeniz gerektiğini düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

15.Başvuru yaptığınız (muayene olduğunuz) polikliniği başkalarına tavsiye eder misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

16.Hekiminizle en son yaptığınız görüşmeyi değerlendirdiğinizde hekiminize güveniniz ne kadardır? (Lütfen 1 ile 5 arasında bir puan vererek değerlendiriniz)

☐ 1 Hiç güvenmiyorum,

☐ 2 Az güveniyorum,

☐ 3 Kararsızım,

☐ 4Güveniyorum,

☐ 5Çok güveniyorum

17. Muayeneniz sırasında doktorunuza hastalığınız ya da tedavinize dair aklınıza takılan şeyleri sorabiliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

18. Doktorunuz soru sormanız için sizi teşvik ediyor mu?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

19. Doktorunuz tedaviniz ile ilgili sorularınızı cevaplar mı?

☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

20. Sizce doktorunuzun tedavinizi düzenlerken sizin fikrinizi de almasını ve tedavinize birlikte karar vermenizi engelleyecek faktörler nelerdir?

- ☐ Doktorumun yeterli zamanının olmaması
- ☐ Benim yeterli zamanımın olmaması
- ☐ Doktorumun benim fikrimi önemsememesi
- ☐ Kendi bilgilerimin yetersiz olduğunu düşünmemden dolayı fikrimi söyleyemem
- ☐ Doktorumdan çekinmemden dolayı fikrimi söyleyememem
- ☐ Hiçbiri

21. Doktorunuzla görüşmede sizin için en önemli sorun nedir?

- ☐ Doktorun bana yeterli zaman ayırmaması
- ☐ Doktorun sorduğum soruları “anlayamayacağım” şekilde cevaplaması
- ☐ Doktorumun tedaviyi düzenlerken bana fikrimi sormaması
- ☐ Doktorun tedaviyi nasıl kullanacağını açıklamaması
- ☐ Herhangi bir sorun bulunmamaktadır

22. Hekiminize tedaviniz hakkında merak ettiklerinizi sorar mısınız?

- ☐ Evet, rahatlıkla sorarım
- ☐ Çekinirim ama sorarım
- ☐ Doktorum merak ettiğim bir şey olup olmadığını sorarsa sorabilirim
- ☐ Hayır, çekinirim soramam

23. Hekiminizin verdiği her tedaviyi kullanır mısınız?

- ☐ Evet, her zaman kullanırım
- ☐ Bazen kullanmadığım olur
- ☐ Çoğu zaman kullanmam
- ☐ Hiç kullanmam

24. Sizce tedavinin düzenlenme süreci nasıl olmalıdır?

- ☐ Doktor tedaviyi söylemeli ve ben uygulamalıyım.
- ☐ Hekim tedavi seçeneklerini söylemeli ve birlikte karar vererek bana uygun olanı beraber belirlemeliyiz.
- ☐ Hekim tedavi seçeneklerini sunmalı ve ben kendim karar vermeliyim

Aşağıdaki ifadeleri size uygun olan şekilde işaretleyiniz.

1 Hiç Katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Kararsızım, 4 Kısmen katılıyorum, 5 Tamamen Katılıyorum

İfade	1.Hiç Katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kararsızım	4.Kısmen Katılıyorum	5.Tamamen Katılıyorum
25. Doktorlar benim için en doğru kararı verir.					
26. Genellikle doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.					
27. Tedavi sürecim sırasında ben de fikrimi söylemeliyim.					
28. Tedavimin bazen yanlış olduğundan endişelenirim.					
29. Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.					
30. Kullanılacak ilaçlara karar verme konusunda doktorlar aktif rol almalıdırlar.					

Lütfen son 12 ayda en sık gördüğünüz doktorunuz veya muayenehanesini göz önünde tutarak değerlendirme yapınız. Sizden sadece bu belirlediğiniz doktor veya muayenehanesi hakkında değerlendirme yapmanızı istiyoruz. (1 = çok kötü ile 5 = çok iyi arasında değerlendiriniz)

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?

İfade	1.Çok kötü	2.Kötü	3.Orta	4.İyi	5.Çok iyi
31. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi					
32. Sizin şikayetlerinizle ilgilenmesi					
33. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması					
34. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması					
35. Sizi dinlemesi					
36. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması					
37. Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi					

Yanıtladığınız için teşekkür ederiz.