

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK İLETİŞİMİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ VE ERZURUM İLİ ÖRNEĞİ (Araştırma Makalesi)

Ülhak ÇİMEN (*)

Öz

Sağlık iletişimi geniş bir yelpazeyi içerimleyen, kapsamlı çalışmaların yapılabileceği güncel ve yeni bir alandır. Kişinin kendi kendine gerçekleştirdiği içsel iletişimden med- yada yer alan sağlık iletişimi kampanyalarına kadar sağlığa ilişkin bütün çalışmalar sağlık iletişiminin disiplin alanında yer almaktadır. Kısacası insan ve toplum sağlığının korunmasını, sürdürülmesini, geliştirilmesini ve kalıcı bir bilincin oluşturulmasını hedef-leyen çalışmaların tamamı sağlık iletişimi alanına girmektedir. Gelişmiş ülkelerde en üst değerlerden biri olarak görülen sağlık iletişimi akademik çalışmaların kapsamının gide- rek genişlediği bir disiplin alanıdır. Gelişmesini tamamlamış ülkeler sağlık iletişimini alt başlıklara bölerek daha verimli sonuçlar alma çabası içerisine girmişlerdir. Bu ülkeler hasta-hekim ilişkisinin yer aldığı kişilerarası iletişim için farklı, kitle iletişim araçları ça- lışmaları için farklı, sağlık pazarlamaları için farklı iletişim yöntemleri geliştirmişlerdir. Sağlık bireysel, sosyal ve ekonomik anlamda verimli olabilmeyi sağlayan yaşam kalitesi unsuru olarak görülmeye başlandığından beri sağlık iletişiminin önemi giderek artmış ve alt başlıklar düzleminde bile ayrıntılı yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. İletişimin insan, top- lum, ülke ve dünya için önemi göz önüne alındığında doğru sağlık iletişimi çalışmalarının insanlık için faydalı olacağı düşünülmektedir. İletişim bütün bilim alanlarına etki ettiği gibi sağlık bilimine de etki ederek hastalıkların engellenmesi; sağlığın sürdürülebilmesi ve devamlılığı; sağlığın geliştirilmesi vb. konularda önemli hale gelmiştir. Sağlığın ge- liştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için iletişimin ne şekilde etki edebileceği sağlık iletişiminin temel sorunudur. Ülkemizde gerçekleştirilen aile hekimliği uygulamasında hasta ile hekim arasındaki yüz yüze iletişimin ne derece başarılı olduğu merak edilen konulardandır. Bu anlamda çalışmamız Erzurum il merkezinde hizmet vermekte olan A

*) Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi İletişim Fakültesi RTS Bölümü, Temel İletişim Bilimleri Ana Bilim Dalı
(e-posta: ulhacimen@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7307-4874>

sınıfı aile sağlık merkezinden tedavi hizmeti alan hastaların hekimlerle iletişimdeki memnuniyetlerini belirlemeyi hedeflemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İletişimi, Yüz Yüze İletişim, Aile Sağlık Merkezi, Aile Hekimliği Uygulaması, Erzurum.

Evaluation of Family Practice Application in the Context of Health Communication and Erzurum Province Example

Abstract

Health communication is a new and up-to-date field that covers a wide range of comprehensive studies. From internal self-communication to health communication campaigns in the media, all studies related to health are in the discipline of health communication. In short, all activities, that aims to protect, sustain, improve and create a permanent consciousness of human and community health, are all within the field of health communication. Health communication which is regarded as one of the highest values in developed countries, is a discipline field in which the scope of academic studies is expanding gradually. Developed countries are in a struggle for achieving more efficient results by dividing health communication into subheadings. These countries have developed different communication methods for interpersonal communication where the patient-physician relationship takes place, for mass media studies, for health marketing, and for public spot studies. Since health has started to be seen as an element of quality of life, which provides efficiency in individual, social and economic terms, the importance of health communication has gradually increased and detailed approaches have emerged even on the subheadings. In order to fact that the importance of communication for people, society, country and the world, it is thought that proper health communication studies will be beneficial for humanity. Communication has become important in issues such as preventing diseases, maintaining and sustaining health, improving health and by affecting all sciences as well as health sciences. The main problem of health communication is how and under what conditions communication can affect people in order to improve health and prevent diseases. How successful the face-to-face communication between the patient and the physician in family practice practiced in our country is one of the wondered subjects. Within this context, our study aims to determine the satisfaction of the patients receiving treatment services from class A family health centres in Erzurum province in communication with physicians.

Keywords: Health Communication, Face to Face Communication, Family Health Center, Family Prctatice Application, Erzurum.

1. Giriş

Sağlık iletişimi Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yıllardan beri tartışılan, gelişen, paylaşılan, yaygınlaşan ve alt disiplinlere göre kategorize edilen bir disiplindir.

2000’li yıllarda Avrupa’da da ele alınmaya başlayan bu disiplinin ülkemizde değerlendirilmesi ise Avrupa ile aynı döneme denk gelmektedir. Ülkemizde sağlık iletişiminin geliştirilebilmesi amacıyla çeşitli programlar faaliyete geçirilmiştir. Bu faaliyetlerin en bilinenleri Aile Hekimliği, Anne ve Çocuk Sağlığı, Bağışlama Programı, Sağlıklı Çevre-Sağlıklı İnsan Programı, Şehir Hastaneleri, Merkezi Hastane Randevu Sistemi, Halkla İlişkiler Stratejileri Geliştirme, Sağlık İletişimi ve Medya, Kamu Spotu ve Sağlık Bilinci Eğitimi programlarıdır.

Sağlık alanının iletişim alanıyla kaynaştırılmaya çalışılmasında konunun yüzeysel bırakılması yanlış çıkarımlara yol açabilmektedir. Sağlık iletişimi insanı temele alan bütün alanlara uyarlanabilmektedir. Sağlık iletişimi, insanın sağlığa ilişkin gerçekleştirdiği içsel iletişimden kitle iletişim araçlarıyla yayınlanan kıtalararası sağlık turizmi iletişimi çalışmalarına kadar genişletilebilmektedir. Başka bir ifadeyle sağlık iletişiminin ilgi alanı bireyin sağlığından ve bu sağlığın sürdürülmesinden evrensel düzeydeki sağlık programları ve sağlık politikalarına kadar genişletilmektedir. Kişisel düzeyden kitle iletişim düzeyine kadar bütün alanlara etki eden sağlık iletişimi sağlığa ilişkin hizmetlerin herkes tarafından alınabilmesi; doğru sağlık bilgilerine ulaşılabilmesi; doğru sağlık edinimlerinin kazanılabilmesi ve tutum, kanaat, inanç, davranış sürekliliğinin öğrenilmesi amaçlarını taşımaktadır.

Sağlık ve iletişim kavramları kişisel ve sosyal yaşamın en önemli kavramlarının başında gelmektedir. Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir çevrede yaşamın sürdürülmesi, toplumun sağlık farkındalığının yükseltilmesi ve hastalığa ilişkin uygun tedavilerinin belirlenmesi amacıyla önem kazanan sağlık iletişiminin farkındalığı ülkelerden ülkelere farklılık göstermektedir. Yaşanılan ülkenin sağlık kriterinin yüksekliği (ortalama ömür, tedaviye ulaşma ve faydalanma, önleyici sağlık hizmetleri vb.) ülke imajının diğer ülkelere karşı üstün olmasında son derece etkilidir. Ülkemizde sağlık iletişiminin geliştirilmesi amacıyla teşhis, tedavi ve çeşitli rehabilitasyon faaliyetlerinin sağlanması amacıyla uygulamaya konulan aile hekimliğinin son derece önemli olduğu kabul edilmektedir. Herkesin bedensel, zihinsel ve toplumsal anlamda tam bir iyilik hali içerisinde yaşamını idame ettirmesinin hedeflendiği sağlık iletişiminde aile hekimliği uygulaması bu hedefin en önemli vitrinlerinden birisidir.

2. Çalışmanın Önemi ve Amacı:

Ortalama insan ömrünün giderek yükseldiği ve yaşlı nüfusunun sayısal olarak arttığı bir dünyada yaşamaktayız. Bu yükselmeye insanların bilinçlenmeleri, sağlık ürünlerinin gelişmesi, tedaviye yardımcı teknolojik etmenler, sosyo-ekonomik değişimler ve sağlık iletişiminin doğru yapılması gibi birçok sebep gösterilmektedir. Çalışmamız sağlık iletişimi bağlamında uygulamaya konulan aile hekimliği uygulamasında hastaların hekimlerden ne derece memnun olduklarını göstermeyi amaçlamaktadır.

Uğurlu (2016) yapmış olduğu araştırmalarda hasta ile hekim arasındaki iletişim problemlerinin olduğunu saptamış ve bu sorunları aşağıdaki gibi sıralamıştır:

1. Doktor hastaya yeterince konuşma fırsatı vermemektedir. Hastalar şikâyetlerini anlatmaya başladıklarında veya soru sorduklarında sözleri sürekli kesilmektedir.
2. Doktorlar selamlaşma ve el sıkışma gibi günlük nezaket davranışlarını göstermemektedir.
3. Hastalar doktorlara soru sormaktan çekinmektedir. Birçok hasta aptalca bir şey söyleme, yanlış yapma ve kötü hasta olarak etiketlenme korkusu yüzünden rahatlıkla iletişime geçmemektedir.
4. Doktorlar genellikle jargon kullandıkları için hastalar konuyu anlamamakta ama anlamış gibi gözükmektedir. Hastalar basit ve anlaşılır bir dilin kullanılmasını istemektedir; teknik ve bilgi merkezli görüşmeden uzak durmaktadır.
5. Hastalar genellikle bir nesne muamelesi gördüğünden şikâyet etmekte; uygulanacak tedavi ve ilerisi için açıklayıcı bilgi istemektedir.
6. Doktorlar hastalara sıcak ve kibar davranmamaktadır.
7. Hastalar tedavilerine etkin olarak katılmak istemektedir. Katılımcı yöntemle tedavi uygulanan hastalar tıbbi bakımdan hoşnut kalmakta, tedaviye daha istekli olmakta ve iletişime daha hazır hale gelmektedir.
8. Hastalara yüreklendirici ve duygudaş bir anlayışla yaklaşılmamaktadır.

Çalışmamız ülkemizde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla uygulamaya konulan aile hekimliği uygulamasının hasta ile hekim arasındaki iletişim problemlerini ortadan kaldırıp kaldırmadığını göstermesi nedeniyle önemli görülmektedir. Bu çalışmanın özgül odağı aile hekimliği uygulamasında hasta hekim iletişiminin ne derece başarılı olduğunu göstermektir.

2.1. Çalışmanın Yöntemi:

Çalışmada yöntem olarak yapılan değişikliklerin, uygulamaların ve sosyal olguların alana inilerek birey ve toplum üzerinde çeşitli tekniklerle araştırılması olarak tanımlanan *alan araştırması* kullanılmıştır. Yine çalışmada var olan bir uygulamanın insanlar üzerinde ne derece etkili olduğunun anlaşılması amacıyla *anket tekniği (sormaca)* uygulanmıştır. Anket çalışmasında sorular 5'li likert ölçüm sistemine göre hazırlanmıştır. Anket çalışmamız ile elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programına girilerek analizleri yapılmıştır. Yine çalışmada hastaların hekimleri değerlendirmelerine ilişkin EUROPEP ölçeği (Aktürk ve diğerleri, 2002, s.153-160) referans alınarak bu ölçek yüz yüze iletişim bağlamında genişletilmiştir. Kavramsal çerçeve ortaya konulurken ve literatür taraması yönteminden faydalanılmıştır.

2.2. Çalışma Evreni, Örneklemi, Örneklemesi:

Çalışmamızın evrenini Türkiye'de aile sağlık merkezinden hizmet almakta olan has-

talar oluşturmaktadır. Ancak böyle bir çalışmada araştırma evreninin bütününe ulaşip tam sayımlı bir çalışmanın imkânsızlığı çalışma örneklemini zorunlu hale getirmiştir. Çalışmada örnekleminizi Erzurum'daki aile sağlık merkezlerinden hizmet alan hastalar; çalışma örnekleminizi ise Erzurum il merkezindeki A sınıfı aile sağlık merkezlerinden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışma örnekleminizi oluşturan hastalar ise rastgele/seçkisiz yöntemle belirlenmiştir.

2.3. Çalışmanın Sınırlılıkları:

Çalışma Erzurum il merkezinde A sınıfı hizmet vermekte olan sağlık merkezinden hizmet alan hastalarla sınırlıdır. A sınıfı aile sağlık merkezinden hizmet alan 237 hastaya anket talebimiz iletilmiş ve bunlardan 203 tanesi talebimize olumlu karşılık vermiştir. Ankete katılan şahıslar için herhangi bir sınırlama (unvan, iş, yaş, cinsiyet) söz konusu olmamıştır.

2.4. Araştırma Etiği

Bu çalışma etik ilkelere uygun olarak hazırlanmıştır. Çalışmada kaynakların gösterimi için düzenlenen intihal raporunda alıntılar ayrıntılı şekilde gösterilmiştir. Çalışmadan önce “*Etik Kurulu*” raporu alınmış ayrıca anket çalışmasını dolduran katılımcılar “*Aydınlatılmış Onam Formu*” okuyarak imzalamıştır.

2.5. Kavramsal Çerçeve:

Çalışmanın kavramsal çerçevesini aile sağlığı merkezi, aile hekimi, aile sağlık elemanı, hasta, sağlık, sağlık iletişimi kavramları oluşturmaktadır.

2.4.1. Aile sağlığı merkezi: Aile sağlık merkezi; bağlı bulunan il sağlık müdürlüğü tarafından öngörülen nüfus kriterlerine bağlı olarak bir ya da birden çok aile hekimi tarafından açılan ve çeşitli sözleşmelerle çalışma şartları belirlenen; çeşitli yardımcı elemanlar (ebe, hemşire, sağlık görevlisi, tıbbi personel, güvenlik, temizlik, sekreteryaya vb.) yardımıyla hizmet yürüten; kanun ve yönetmelikle belirlenmiş fiziki şartları ve teknik donanımları olan yerlerdir. Aile sağlık merkezleri A, B, C ve D sınıflı üzere 4 gruptan oluşmaktadır. Sınıf ayrımı yapılırken personel durumu (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter, diyetisyen, laborant çalışıp/çalışmaması ve bunların sayıları v.b.), fiziksel koşullar(aile sağlık merkezi ve odaların metrekare ölçüleri, ortam sıcaklığı, bekleme, aşı, bebek/çocuk izlem, emzirme, kan alma odalarının mevcut olup/olmaması v.b), teknolojik özellikler(elektronik takip sistemi, karekod sistemi, rahim içi araç cihazı, ultrasonografi cihazı, dijital ilaç takip sisteminin olup/olmaması v.b.) ve iletişim durumu (sağlıkla ilgili broşürlerin, sağlığı geliştirici eğitim yayın odalarının, şikâyet-öneri kutularının bulunup/ bulunmaması v.b) kıstasları göz önünde bulundurulmaktadır. A sınıfı aile merkezleri belirtilen özelliklerin hepsini sunan tıbbi hizmet kuruluşlarıdır.

2.4.2. Aile hekimi: *Aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (Aile Hekimliği Kanunu-Madde-2).* Aile hekimleri, anne rahmindeki bebekten başlayıp ailenin en yaşlı kişisine kadar toplumun her ferdinin sağlıklarından ve bütün sağlık problemlerinden mesuldür. Bu hekimler sorumluluğunu aldığı bireylerin hastalıklardan uzak tutulması için lüzumlu tedbirleri almakta ve hastalık durumunda hastalığın tedavisini gerçekleştirmektedir (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2012, s.106).

2.4.3. Aile sağlık elemanı: Aile sağlık elemanı; aile hekimi ile koordine şekilde çalışıp hizmet vermekte olan hemşire, ebe, sağlık memuru vb. sağlık elemanlarıdır. Bu elemanlar aile hekiminin koordinasyonunda ekip mantığıyla şahıslara yönelik önleyici, tedavi uygulayıcı ve iyileştirici sağlık hizmetlerini sunan; sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlü personellerdir. Aile sağlık elemanlarının görev, yetki ve sorumlulukları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin beşinci maddesiyle düzenlenmiştir.

2.4.4. Hasta: Sağlık hizmetini alan ve sağlık hizmetinden faydalanan kişilere hasta denilmektedir. Başka bir ifadeyle bir hekim veya sağlık personeli tarafından tedavi edilen ve sağlık hizmetinden yararlanan kişiler hasta olarak tanımlanmaktadır (Okay, 2014, s.7-8). Türk Dil Kurumu ise hastayı; *hastalık, kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse, rahatsız şekilde tanımlamıştır* (<http://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 16.08.2018).

2.4.5. Sağlık: Her şeyden önce bilinmesi gereken nokta sağlık kavramına verilen anlam ve değer in ülkelerden ülkelere hatta aynı ülke içerisinde bölgelerden bölgelere farklılık gösterdiğiidir. Herhangi bir ülkede hasta sayılan bir birey farklı bir ülkede sağlıklı olarak görülebilir. Bu durum ülkelerin sağlığa bakış açılarıyla ilişkilidir. Ülkelerin ve toplumların sağlığa ilişkin tanımlamaları sağlık iletişiminin sınırlarını da belirlemektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece engelli veya hasta olma durumuyla sınırlandırmayıp fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak bütünüyle rahat ve iyi olmayı sağlık kavramının tanımlaması içerisine dâhil etmiştir (<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> Erişim: 01.07.2018). Sağlık, birbirini tamamlayan üç bileşenin yani biyolojik sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal sağlığın bir arada bulunması ile tanımlanmaktadır (Yakut, 2008, s.23). Dolayısıyla bir bireyi sağlıklı olarak tanımlayabilmemiz için kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak iyilik halinde olması gerekmektedir. Bu üç bileşenden birinin eksik olması hastalık anlamına gelmektedir. Dolayısıyla bu bileşenlerin birbirini tamamlayan, destekleyen ve bütünleşik bir yapıda olması gerekmektedir.

Sağlığa verilen değer insani bir hak olmasının yanında toplumların gelişmişlik seviyesini göstermesi açısından da oldukça önemlidir. Bütün insan haklarının uygulanabil-

mesi için sağlık hakkı en başta gelmektedir. Beslenme, yaşama, çalışma, eğitim, etnik ayrımcılığa ve işkenceye uğramama, özel hayata saygı, bilgi hakkı, toplanma ve gösteri yürüyüşü gibi hak ve özgürlüklerin gerçekleşebilmesi sağlık hakkıyla yakından ilişkili ve sağlığa bağımlı haklardır (Çınarlı, 2008, s.5). Naidoo ve Wills sağlığın boyutlarını çevresel (yaşanılan çevrenin insanların sağlıklı yaşamalarına uygun olması); toplumsal (yaşanılan toplumdaki bireylerin sağlığa eşit olarak erişmeleri), fiziksel (bedenin zinde ve sağlıklı olması); zihinsel (pozitif düşünme ve özgüveni); duygusal (duyguları rahatlıkla ifade edebilmeyi ve bunların ilişkilere yansımaları); sosyal(aile ve arkadaş grubunda değer görmeyi); ruhsal(ahlaki ve dini yaşam tarzını rahat biçimde yaşamayı) ve cinsel (bireylerin cinselliklerini rahat şekilde konuşmalarını) olmak üzere 8 boyutta ele almıştır (2011, s.6).

2.4.6. Sağlık iletişimi: Sağlık iletişiminin literatürde oldukça fazla tanımını görmekteyiz. Çünkü sağlık iletişimi sağlığa ilişkin bütün alanları içerimlediği gibi iletişime dair bütün alanları da içerimlemektedir. Örneğin hasta-hekim arasındaki iletişimden kitle iletişim araçlarındaki sağlık kampanyalarına kadar bütün sağlık ve iletişim alanları sağlık iletişiminin tanımlama alanına girmektedir. Kısacası iletişim ve sağlık alanlarına birbirine bağlayan ve iki alan arasındaki geçirgenliği sağlayan sağlık iletişimi; sağlığın korunmasında, sürdürülmesinde, tedavi edilmesinde ve sağlığa ilişkin bilincin sürekli kılınmasındaki bütün iletişim tekniklerinin doğru kullanılmasını sağlayan kuram ve uygulamaların bütünüdür. Sağlık iletişimini CDC (Centers for Disease Control and Prevention); sağlığı geliştirmek, bireyin ve toplumun sağlıkla ilgili kararlarında etkili olmak, bireyi ve toplumu bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin kullanılması ve incelenmesi olarak tarif etmiştir (<https://www.cdc.gov/healthcommunication/> Erişim Tarihi: 27.09.2018). Çınarlı, sağlık iletişimini *sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanması* (2008, s.43), Tabak, *bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanması*(2006, s.29), Thomas, *önemli sağlık sorunları hakkında bireysel, kurumsal ve kamu izleyicilerini bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı ve tekniği*(2010, s.198), Ertekin, *sağlık ve sağlığı ilgilendiren konularda bireylerin, örgütlerin, toplumların bilinçlendirilmesi, farkındalık yaratılması, bilgi ihtiyacının giderilmesi, doğru bilgilerin verilmesi, sağlık bilincinin oluşturulması, sağlık okuryazarlığının oluşturulması, yükseltilmesi, hasta ya da birey olarak sağlık hakkının tanınması ve bu konuda bilinç oluşturulması ve sağlıklı çevrede yaşama hakkının korunması için iletişim strateji ve yöntemlerinin kullanılması*(2017, s.95), Mutlu *sağlık kurumlarındaki (doktor, hasta, hasta yakını, hemşire, hasta bakıcı v.b arasındaki) iletişimi araştıran bir iletişim alanı* (2012, s.22) şeklinde tanımlamıştır. Bilişli ise sağlık kavramının dönemsel ve kültürel olarak farklı tanımlamalara oturtulduğunu vurgulayarak sağlık iletişimini organizmanın veya organizmaya ait bir parçanın iyi olması (biyomedikal yaklaşım); bireylerin sağlık hususundaki algılarının ve inançlarının sağlık problemlerine karşı sergileyecekleri davranış ve tepkilerin düzeltilmesi (psikolojik yaklaşım) ve kişinin sağlıklı olarak toplumdaki sorumluluklarını doğru biçimde yerine getirebilmesi için (sosyolojik yaklaşım) yürütülen bütün iletişim çalışmaları şekliyle tanımlamıştır(2018, s.43-44).

3. Aile Hekimliği Uygulaması:

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, vatandaş merkezli bir program olup birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı veren motive edici ve gelişmelere açık bir uygulamadır (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, s.106).

Aile Hekimliği Kanunu, 24.11.2004 tarihinde kabul edilerek 25655 sayı ile 09.12.2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanmış olan 5258 sayılı kanundur. Bu kanunun amacı;

Sağlık Bakanlığı’nın belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştıracak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir (Madde-1).

Aile hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce’de geçilmiştir. 13 Aralık 2010 tarihinde ise ülkemizin bütününde aile hekimliği uygulamasına geçildiği anlaşılmaktadır

Aile hekimliği ilk derece sağlık hizmeti, sağlığın özendirilmesi, önleyici sağlık bakımı ile ilk derecedeki tanı ve tedavi hizmetlerinin birlikte verildiği, şahısların sağlık yardımına kolayca erişebildikleri hizmet sunumudur. Aile hekimliği uygulamasının temel amacının sağlığın önemine binaen sağlıklı olmanın kapsamının genişletilmesi, sağlığa ilişkin yenilikçi politikaların desteklenmesi, hastaların pasif durumdan sıyrılarak aktif bir biçimde karar verme mekanizmalarının motive edilmesi, hasta ve hekim arasındaki etkili iletişimin geliştirilmesi ve bilinçli bireyler olunmasına katkı sağlaması olduğunu söyleyebiliriz.

Aile hekimliği hizmetleri için kişilerin sigortalı olup olmamasına bakılmaksızın herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre; birinci kademe sağlık hizmetlerini güçlendirerek verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak amacıyla hizmet veren aile hekimliği uygulamasında aile hekimi şahsına kayıtlı şahısları bütünsel anlamda ele alarak kişileri önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerini koordinasyon içinde sunmakta (Madde-4/2); şahsına kayıtlı şahısların temel değerlendirmelerini yapmak amacıyla ilk altı ay içerisinde ev ziyaretinde bulunmakta veya şahıslarla iletişime geçmekte (Madde4/3c); sağlıkla alakalı kayıtlı şahıslara danışmanlık yapmakta, sağlığı kaliteli hale getirici ve önleyici hizmetleri sağlamakta (Madde4/3d) ve şahsına kesin kayıtlı bireyleri yıl içerisinde en az 1 defa değerlendirmeye alarak sağlık kayıtlarını revize etmektedir (Madde4/3i). Ayrıca aile hekimi hastanın ikinci veya üçüncü kademe bir kuruluşa başvurmasına kanaat getirdiğinde hastasına verilen sağlık hizmetini geri bil-

dirimler vasıtasıyla takip etmektedir (Madde 28). Şahıslara ait kişisel sağlık dosyalarını tutmak; kayıtların güvenilirliğini ve mahremiyetini muhafaza etmek yine aile hekiminin sorumluluğundadır.

Aile hekimliği uygulaması ile hekim, şahsına kesin kayıtlı bireylerin eş zamanlı sağlık iletişim rehberi, sağlık hususlarında yol gösterici ve hak savunucu şahıs konumundadır. Bu uygulamada hekimin hizmet sağladığı insanları ayrıntılı tanınması ve kişi/aile sürekli iletişim halinde olması beklenmektedir. Hekimlerden bireylerin sağlık durumlarını, yaşam koşullarını, önleyici sağlık sunumlarını ve sağlık eğitiminin etkili bir iletişimle anlatması beklenmektedir. Bu anlamda aile hekimi, sorumluluğundaki şahısları sadece bir hastalık bağlamında değil bütünsel bir anlayışla, hasta ile ortak kararlar olarak sağlık açısından gerçekleşmesi muhtemel olasılıklar, hali hazırda sağlık koşulları, psiko-sosyal ortam ve varsa diğer süregelen sağlık problemleri ile birlikte bütünsel değerlendirmekte ve hasta ile iletişim yöntemlerini geliştirmektedir (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, s.107).

Aile sağlık merkezlerinin kurum içi hedef kitlesi hekimler, ebeler, hizmetliler, çalışan diğer personelken kurum dışı hedef kitlesi ise hastalar, eczaneler, tıbbi malzeme tedarikçileri ve sağlık merkezi çevre sınırlarıdır. Yine aile sağlığı merkezinin öncelikli hedef kitlesi sağlık merkezi çalışanları ve kesin kayıtlı hastalarken, ikincil hedef kitlesi eczane ve malzeme tedarikçileri, marjinal hedef kitlesi ise farklı illerde yaşayıp küçük tedavi amaçlı (pansuman, aşı vb.) geçici hizmet alanlardır.

Sağlık iletişiminde etkili iletişimi göz önünde bulunduran Uğurlu (2016) uygulamanın temel amaçlarını şöyle sıralamıştır:

- Sağlık personelinin iletişim yeteneklerini geliştirmek
- Hasta ve yakınlarıyla etkili iletişim kurmak, ikna etmek
- Empati kurabilmek
- Sağlık kuruluşunun yapısını, koordinasyonunu ve sağlık hizmetleri paylaşımını hasta kişi ve yakınları ile etkili bir iletişim bileşeni olarak belirlemek
- Önleyici hastalık bilinçlendirmesini yapmak
- İletişim araçları aracılığıyla hastaların, yakınlarının ve genelde sağlıklı kişilerin sağlıkla ilgili kanaatlerini daha anlaşılabilir hale getirmek
- Sağlık kuruluşunun marka ve itibarını korumak, olumlu izlenimler bırakmak
- Sağlık hizmeti sunanların, daha kaliteli hizmet vermek için örgüt içerisinde kendi aralarında kurdukları iletişimin yanı sıra hasta ve hasta yakınları arasında ki iletişimi sağlamak
- Kişilerin sağlıklıla ilgili tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkilemek
- Hasta ve yakınlarıyla doğru ve etkin bir iletişim kurarak olumlu izlenimler bırakmak ve tavsiye edilir hale getirmektir.

3.1. Aile Hekimliği Uygulamasında Karar Alma Sürecine İlişkin Yaklaşımlar:

Berry (2007) hasta-hekim iletişiminin niteliğini belirleyen 4 temel faktörden bahsetmiştir:

- a) Hekimin karakteri (hekimlikteki tecrübesi, cinsiyeti, yaşı vb.)
- b) Hastanın karakteri (tedaviye ilişkin isteği, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşı vb.)
- c) Hasta ve hekim arasındaki inanç, tutum, beklenti ve değer farklılıkları
- d) Durumsal faktörler (hastanın korkuları, problemin niteliği, hekimle tanışıklık derecesi vb.)

Hasta ve hekim arasında gerçekleşen iletişimde hastanın tedavi sürecine katılıp katılmaması veya ne derece katılması gerektiğine ilişkin farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bazı yaklaşımlar hastanın karar ve tedavi sürecine müdahil edilmemesi gerektiğini savunurken bazı yaklaşımlar ise kararın ortak şekilde verilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Emanuel ve Emanuel (1992) bu bağlamda dört farklı model ileri sürmüştür;

3.1.1. Paternalistik model: Bu modelde hekim bütün sorumluluğu üzerine alarak hastayı her türlü sorumluluktan kurtarmıştır. Hastanın tedaviye ilişkin konumlandırılacağı yer hekim tarafından belirlenmekte ve hasta hekimin vermiş olduğu talimatları yerine getirmektedir. Hasta kendisine yol gösteren hekimin tedavi sınırlarını aşmamalı ve mutlak itaat ederek sonucu beklemelidir. Sahip olunan bilgi ve deneyimle hekim hasta için mutlak anlamda iyilik sağlayıcısıdır. İyiliği sağlarken hekim kurulacak iletişimin seviyesini kendisi belirlemektedir; iletişime geçip geçmemeye kendisi karar vermekte ve söylenenlerden ziyade çıktılara önem vermektedir (laboratuvar, tahlil, Mr vb.). Aktif konumdaki hekimin pasif konumdaki hastayı teşhis ettiği, yönlendirdiği ve tedavi uyguladığı bu modelin acil müdahaleler haricinde uygulanmasının azaldığı iddia edilmektedir.

3.1.2. Bilgi verici model: Bilimsel örnek veya tüketici mostra şekliyle de bilinen bu modelde doktor, hastaya hastalığına ilişkin bütün bilgileri ve tedavi yöntemlerini aktardıktan sonra hastanın değerlerine ve beklentilerine en uygun tedaviyi seçmesini istemektedir (Okay, 2014, s.103). Hekimin sunmuş olduğu bilgiler demografik özelliklere bağlı bazı avantaj ve riskleri içeren bilgilerdir. Örneğin hastanın cinsiyeti, yaşı, fiziksel durumu vb. diğer özelliklere ilişkin bilgiler ve bu bilgilere ilişkin tedavi yöntemleri ayrıntılı bir şekilde hastaya iletilmekte; hasta ise karar mercii olarak tercihler içerisinde uygun seçeneği seçmekte; denilebilirse aktif konumda yer alarak iletişim süreci ve tedaviyi yönlendirmektedir. Bu modelde hekimin görevi hedefe ulaşmada bütün bilgileri hastaya sunmaktır. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki hasta profilinin çok yönlü araştırmalar yapması, bilgi seviyesinin yüksek olması ve enformasyona ilişkin sağlık okuryazarlığı bakış açısı bu modelin uygulanabilirliğinin mümkün olabileceğini göstermektedir.

3.1.3. Yorumsal model: Bu modeldeki uygulamada hekim hasta ile bir görüşme gerçekleştirmekte; bu görüşme esnasında hastanın fikirlerini, değer yargılarını, beklentilerini, endişelerini vb. öğrenmekte ve uygun olan tedavi yöntemini kendisine tavsiye etmektedir. Yorumsal modelin bilgi verici modelden farkını şöyle açıklayabiliriz: Bilgi verici modelde hekim hastaya bütün bilgileri sunduktan sonra karar verme noktasında

pasifken yorumsal modelde tedaviye ilişkin kararlarda ve yönlendirmelerde hekim sürece müdahalede bulunabilmektedir. Nihai karar merciinin hasta olduğu bu modelde iletişimin sağlıklı sonuçlanmasında hekimin hastanın değerlerine ilişkin bilgisi tedavinin yönüne doğrudan etki etmektedir.

3.1.4. Müzakereci model: Görüşmeye dayalı model olarak da bilinen bu modelde yine hekim hasta ile gerçekleştirdiği görüşmeden sonra hastanın değer yargıları ve düşüncelerine en uygun tedavi yöntemini ve farklı seçenekleri hastaya iletir. Hastanın endişelerini giderme konusunda çözüm odaklı davranarak yol gösterici olur; lakin hasta kesin olarak hekimin istediği tedavi yöntemini uygulama hususunda zorlanmaz.

3.1.5. Paylaşılan karar verme modeli: Müzakereci model 2000’li yılların başında geliştirilerek adına Paylaşılan Karar Verme Modeli denilen yeni bir model türetilmiştir. Bu modelde hasta ve hekim uygulanacak tedavi noktasında eşit oya sahiptir. Yani tedavi için karar vermede taraflar eşittir. Hekim tedavi uygulayacağı hastanın değer yargılarını, beklentilerini, endişelerini ve ruhsal durumunu mutlak anlamda hesaba katmalı hasta ise simülatif görünümlerden, imkânsız beklentilerden uzak durarak hekiminin bilgisine güvenmelidir. Nihai çıktıda her iki tarafın onayladığı ve hemfikir oldukları bir tedavi beklenmektedir. Başarılı bir paylaşılan karar verme modelinin gerçekleşmesi her iki tarafında karar verme sürecine dâhil olmasına, bütün bilgi ve alternatifleri paylaşmasına, fikir birliği için atılan uygun adımlara ve fikir birliğinin uygulamaya geçirilmesine bağlıdır (Okay, 2014). Paylaşılan karar verme modelinde hasta katılımının sağlanması sağlık hizmetini sunan aile hekimi ile bu hizmeti almakta olan hasta arasındaki etkili iletişimle sağlanmakta, ortak katılım sağlanmakta ve hasta sağlık hizmet sürecinin tüm kademelerinde aktif rol almaktadır (Yakut, 2008).

Bilinçli insanların hastalıklar ve tedavi yöntemlerine ilişkin daha fazla bilgi sahibi oldukları gerçektir. Bu insanlar muhtemel hastalıklara karşı kontrolü ellerinde tutmayı önemli görmektedir. Özellikle tıbbi gelişim ve karar sürecinde bilinçli bireylerin bulunması sağlık iletişiminin alanını sosyal, ekonomik, kültürel ve hukuki olarak genişletmiştir. Son dönemin en popüler kitle iletişim aracı olan internetin gelişip yaygınlaşmasıyla birlikte insanlar sağlık hususundaki bilgilere kolayca ulaşabilir hale gelmişler ve sağlıkla ilgili karar noktasında hekimlerle işbirliği içerisine girmişlerdir. Paylaşılan karar verme modeli her şeyden önce hasta merkezli bir yaklaşıma sahiptir. Bu modelde doktor hastasının iç dünyasına girmekte, hastalığı analiz ederken hastanın niteliklerini göz önüne almakta ve hastayı merkeze konumlandırmaktadır. Bu modelde hekim ve hasta bütün teşhis ve tedavi süresince birlikte yöntemler sunmakta; yapılacaklar ile ilgili koordine hareket etmekte; duygudaş davranmakta; destekleyici, paylaşımcı ve işbirliği içeren bir iletişimle hareket etmektedir (Yakut, 2008).

Hekim ve hasta arasındaki iletişim sürecinde hekim merkezli ve hasta merkezli iki ana yaklaşımın olduğu söylenmektedir. İlk akım yaklaşımlarda hekim odaklı anlayış daha kıymetli görülürken gelişen şartlar itibarıyla hasta odaklı anlayışlar daha önemli görülmeye başlamıştır. Bu bağlamda Schweickhardt (2006, s.67) hasta ve hekim merkezli görüşme tekniklerini şu şekilde tablolastırmıştır.

Tablo 1: Hasta ve Hekim Merkezli Görüşme Teknikleri

Hasta Merkezli Görüşmede Yapılanlar	Hekim Merkezli Görüşmede Yapılanlar
Görüşmede hastanın söylediklerinin sonlanmasını beklemek	Konuşmada hasta ile görüşmeye başlanırken kendisine ayrılan zamanı belirtmek
Anlaşılır ve kapsamlı sorular yöneltmek	Kapalı uçlu sualler sormak
Aralar vermek, dinlenmek	Konudan konuya geçişler yapmak
Hastanın konuşmasını sürdürmesi için sözlü ve sözsüz etmenleri devreye sokmak	Hastanın sözünü kesmek
Hastanın söylediklerine önem vermek, detaya götüren sorular sormak	Kendi öncelikleriyle iletişimi yönetmek
Hastanın söylediklerini toplayarak hekim söylemiyle yinelemek	Anlaşmaya varıldığını belli etmek
İletişim kurarken duyguları yansıtmak	Görüşmenin bittiğini sözlü olarak beyan etmek

Cirhinlioğlu (2001, s.72) ise hasta merkezli yaklaşımlarda doktorun gündemi ile hastanın gündeminin nihai aşamada bütünleşmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Bu bütünleşmede hasta ve hekime tanınan öncelik eşit derecededir. Hasta ve hekim mutlak anlamda art niyetli olmaksızın birbirlerine saygı duymalıdır.

3.2. Aile Hekimliğinde Hasta Hekim İletişimi: Sağlık iletişiminde iletişim birbirinden farklı şekillerde gerçekleşebilmektedir. Ancak hasta- hekim arasındaki yüz yüze iletişimin en etkili iletişim yöntemi olduğu kabul edilmektedir. Bu bağlamda hasta hekim iletişimini geliştirmek amacıyla ortaya çıkan aile hekimliği uygulamasının sağlık iletişimi açısından oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu yöntemde hasta hekimi hekim de hastayı tanımaktadır. İnsanlar bildikleri insanlara daha fazla güvenirler. Güvenilen insanların söylemleri değerli görülmekte ve bu değer daha kolay iletişime imkân sağlamaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında çoğunlukla yüz yüze iletişimin olduğu kişilerarası iletişim gerçekleşmektedir. Yüz yüze iletişim, en az iki birey arasında sözlü veya sözsüz semboller aracılığıyla gerçekleştirilen iletişim türüdür. Hasta hekim iletişimi bağlamında kişilerarası iletişimi hasta ve hekim arasında gerçekleşen ileti alış veriş; duygu ve düşüncelerin karşılıklı olarak paylaşılması şekliyle değerlendirebiliriz. Hasta hekim arasında gerçekleşen kişilerarası iletişimde iletişimin tarafları çoğunlukla belirli bir yakınlık içerisinde ve yüz yüzedir. Etkili bir hasta hekim iletişiminin gerçekleşmesi için iletişimin tek taraflı değil çift taraflı olması yani hastanın pasif değil aktif katılımı gerekir. Etkili bir

hasta hekim iletişiminde geri bildirim sürekli sağlanmalı ve yüz yüze görüşme ile iletişim etkili kılınmalıdır. Bunun olabilmesi için iletişimi başlatan tarafın ileteceği mesajı her iki tarafın da anlayabileceği uygun bir kodla oluşturması ve alıcının da bu mesajı doğru bir şekilde alarak kod açması gerekmektedir. Kodlama ve kod açmanın anında olması yani iletişimin eş zamanlı olarak gerçekleşmesi geri bildirim açısından önemlidir.

Doğru bir iletişimin olabilmesi için hekimin hastaya ilişkin sağlık özgeçmişini bilmesi son derece önemlidir. Sadece teknolojik yardımlarla doğru teşhis ve tedaviler uygulanamamaktadır. Çeşitli tahliller, röntgen çekimleri, hasta takip izlem çıktıları büyük çoğunlukla hekime yardımcı olsa bile insanları davranış değişikliğine iten tedaviler doğru hasta hekim iletişimiyle gerçekleşmektedir. Bu bağlamda doğru tedavi yöntemi salt hekimlik eğitimi ve teknolojik çıktularla değil hasta ile gerçekleştirilen doğru iletişimle sağlanmaktadır.

Hasta hekim iletişimi bilinen iletişim biçimlerinden oldukça farklı ve zor bir iletişim biçimidir. Çünkü çoğu zaman hedef ve kaynak aynı konumda olmadıkları için asimetrik bir iletişim biçimi gerçekleşmekte ve ortaya çıkan iletişim gönülsüzce olmaktadır (Berry, 2007, s. 42). Bu türden bir iletişimde tarafların ilgileri, kültür yapıları, endişeleri, hastalığa bakış açıları ve duyu halleri birbirinden oldukça farklı olabilmektedir. Hasta belirli bir rahatsızlıkla, hekim ise hastalıkla uğraşan taraftır. Konunun sadece rolleri yerine getirme bağlamında ele alınması doğru sağlık iletişiminin gerçekleşmesini engellemektedir. Bu yüzden tarafların doğru bir iletişim kurabilmeleri için yakın işbirliği içerisinde olmaları ve olumlu fedakârlık yapmaları gerekmektedir ki buradaki sorumluluğun asıl sahibi hekimlerdir. Hekimlerim hem kendilerini hem de muhatap oldukları hastaları tanımaları iletişim sürecinin doğru ve etkili olması açısından oldukça önemlidir. Hasta ve hekim arasında gerçekleşen iletişimde hekimden beklenenler 6 madde ile özetlenmiştir (Sezgin, 2010):

- 1- Hastayı bilgilendirmek ve bireysel kararları etkilemek
- 2- Hastaları motive etmek
- 3- Davranış değişikliği oluşturmak
- 4- Sağlığa ilişkin hususlarda bilgi ve yeteneği artırmak, bireyi güçlü hale getirmek
- 5- Çift yönlü iletişim kurmak
- 6- Bilgi alış verişinde bulunmak.

Gordon ve Edwards ise hasta-hekim iletişiminde doğru bir iletişime ilişkin hekimlere şu önerilerde bulunmuştur (2014):

- a) Sorun merkezli olmak yerine bireysel merkezli olmak
- b) Hastalarla yakın iletişimde bulunmak, hastaların mesuliyetini yüklenmek
- c) Teknolojiyi merkeze koymak yerine bireysel sağaltıcımlar sunmak
- d) Hekim merkezli anlayış yerine hasta merkezli anlayışta olmak
- e) Hasta yatağının yanında durur gibi davranmak

- f) Hastalara bazı zamanlardan gerektiğinden daha fazla ilgi göstermek
- g) Tedavi etmek kadar sevecen olmaya önem vermek
- h) Hastalara eşduyumsal davranmak
- i) Hastalara karşı saygılı olmak
- j) Diğer hekimleri hastalarla daha fazla ilgilenmeleri konusunda özendirmek
- k) Hastalara iyimser davranmak
- l) Hastalarla bir köprü oluşturmak
- m) Hastalar arasında ayırım yapmaksızın hastalara karşı pozitif olmak
- n) Hastaları ilgilenmeye değer bireyler olarak görmek
- o) Hastaların söylediklerine daha fazla önem vermek
- p) Hastalar için rehber olmak

İlhan (2018) ise hasta hekim iletişiminin olumlu gerçekleşmesi için hekimlerden beklenenleri şöyle sıralamıştır:

- a) Hastalarla rahatsızlık vermeyecek ölçüde ancak mümkün olduğunca fazla göz teması kurulmalıdır.
- b) Var olan farklı duygu halleri haricinde hastalarla güler yüzlü biçimde konuşulmalıdır.
- c) Hekimlerin yüz ifadeleri mümkün olduğunca canlı, sıcak, samimi ve dostvari olmalıdır.
- d) Hasta konuştuğu esnada sık sık kafa aşağı yukarı hareket ettirilerek sözsüz iletişim dönütleriyle hastaya dinlendiği mesajı verilmelidir.
- e) Gerektiği durumlarda jest, mimik ve beden duruşuyla hastaya önem verildiği hissettirilmelidir.
- f) İnsanlarla yakınlık içerisinde bulunulurken mahrem mesafe, kişisel mesafe, sosyal mesafe ve genel mesafeye dikkat edilmelidir.
- g) Hastalarla iletişim kurulurken vücudun ve başın yönü hastaya doğru olmalıdır.
- h) Hasta tokalaşmak istediğinde buna olumlu karşılık verilmeli; sosyal, dini ve kültürel değer yargılar gereğince tokalaşmanın olumsuz değerlendirilebileceği göz önüne alınarak eli ilk uzatan hasta olmalıdır.
- i) Ses tonu iletişimin özelliğine göre ayarlanmalıdır. Ses tonunun konuya ve ortama göre ayarlanması iletişimi daha da etkili kılmaktadır.
- j) Akıcı konuşmaya özen gösterilmelidir. Ancak salt sözcüklere sığmılamamalıdır. İletişimde bazen ses bazen de sessizlik etkiyi artırmaktadır.
- k) Hasta sabırla ve can kulağıyla dinlenilmelidir. Verilmek istenen mesajın ne olduğunu anlayabilmek için doğru dinleme önemlidir.
- l) Hastalara karşı nezaketli olunmalı ve nezaket sadece sözcüklerle değil jest ve mimiklerle hissettirilmelidir.

- m) Hastanın hekimden ne beklediğinin farkında olunarak iletişim sürdürülmelidir.
- n) Hastaya her zaman için seçme hakkı tanınmalıdır.
- o) Hasta utandırılmadan iletişim yönlendirilmelidir
- p) Hastanın olumsuz yönlerinden ziyade olumlu yönleri ön plana çıkartılmalıdır.
- q) Hastanın tedaviye ilişkin tavsiye edeceği yardım önerileri ciddiye alınmalıdır. Çünkü hastayı hastadan daha iyi tanımak mümkün değildir.
- r) Etkili konuşmanın yolu etkili dinlemeyi bilmektir. İletişimin etkili olabilmesi için her şeyden önce hekimin dinlemeyi bilmesi gerekmektedir.
- s) Hekim hastasının karşısına temiz, düzenli ve uygun kıyafetlerle çıkmalıdır. Kılık kıyafette aşırılığın olması iletişime engel oluşturacağından bu bağlamda önemlidir.
- t) Bazı özel durumların anlatılmasındaki problemler nedeniyle erkek hekim erkek hastayla, bayan hekim bayan hastayla iletişim kurmalıdır.
- u) İletişimde bulunduğunuz hastanın söylediklerinin basit tekrarı yapılmalı, anlatılanlar özetlenmeli ve konuya ilişkin geri bildirimde bulunulmalıdır.
- v) Hastanın söylediği şeylere karşı ilgi duyulduğu hissettirmeli, maksatlı ara ara sorular sorulmalıdır.
- w) Şahısların, inanç, değer ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak hizmet sunulmalıdır.
- x) Hizmet sunumunda ırk, cinsiyet, yaş, inanç, dil, sosyal ve ekonomik durum, siyasi düşünce ayrımına gidilmemelidir.

Hekim ile hasta arasında uzlaşımçı, paylaşımcı ve tartışmasız bir iletişimin oluşabilmesi sonuçların verimli olması açısından oldukça önemlidir. Böyle bir iletişimin gerçekleşebilmesi için hasta ve hekimin iletişim sürecinde aktif rol almaları gerekmektedir. Katılımın oldukça önem kazandığı hasta hekim iletişiminde hastanın geri bildirimlerde bulunduğu yüz yüze iletişimin gerçekleşmesi, tedavi hakkında bilgi sahibi olması ve tedaviyi yorumlaması, karşılıklı katılımın sağlanması oldukça kabul gören bir yöntemdir. Yüz yüze paylaşım ve görüşmede iletişim sağlıklı şekilde kurulmakta, iki tarafta birbirini doğru şekilde anlamakta denilebilirse iletişimi bozan gürültü mümkün olduğunca fazla devre dışı bırakılmaktadır. Yakut'a göre (2008, s.48):

Doktor ve hasta arasında kurulacak etkili ve verimli bir iletişim, iletişim sürecinde sözlü ve sözsüz iletişimin özelliklerini ve etkilerini değerlendirerek etkili bir şekilde kullanabilmeyi ve empatik bir yaklaşımla hareket edebilmeyi, sağlıkla ilgili mesajları hastanın özelliklerini(demografik-yaş, , eğitim, cinsiyet, sosyo-kültürel v.s) göz önünde bulundurarak oluşturmayı ve sunmayı, geri bildirim olanak taşıyıcı koşulları gerçekleştirmeyi ve tüm süreçlerde oluşabilecek iletişim engellerini ortadan kaldırmayı gerektirmektedir.

Doktor-hasta iletişiminde etkili iletişimin gerçekleşebilmesinde yüz yüze iletişim oldukça önemlidir. Yüz yüze iletişimin gerçekleşmesi için Dökmen(2004) bazı ön koşulları ortaya koymuştur.

- a) İletişim tarafları arasında ortak amacın olması
- b) Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerinin yerinde kullanılması
- c) Dilin açık ve anlaşılır olması
- d) Simgelerin benzer biçimde tanımlanması/ortak anlam taşıması
- e) Mesajın muhatap kitlenin özelliklerine uygun biçimde hazırlanması
- f) Hedefin iletişimi sürdürmeye istekli olması
- g) Geri dönütlerin gerçekleşmesi
- h) İletişimin gerçekleştiği mekânın uygun olması.

4. Bulgular ve Sonuç

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Frekans(f)	Yüzde (%)
<i>Erkek</i>	111	54.7
<i>Kadın</i>	92	45.3
Medeni Durum		
<i>Evli</i>	117	57.6
<i>Bekâr</i>	86	42.4
Yaş		
<i>18-30</i>	77	37.9
<i>31-40</i>	58	28.6
<i>41-50</i>	32	15.8
<i>51-60</i>	28	13.8
<i>61-90</i>	8	3.9
Eğitim Durumu		
<i>İlköğretim</i>	25	12.3
<i>Lise</i>	64	31.5
<i>Üniversite</i>	80	39.4
<i>Yüksek Lisans</i>	11	5.4
<i>Doktora</i>	23	11.3
Aile Sağlık Merkezine Gelme Sıklığınız		
<i>Haftada 1 ve daha az</i>	7	3.4
<i>1 hafta 15 gün</i>	8	3.9
<i>15 gün 1 ay</i>	26	12.8
<i>1 ay-3 ay</i>	65	32.0
<i>3 aydan daha fazla</i>	97	47.8

Çalışmaya katılan 203 kişinin demografik özellikleri ve aile sağlık merkezine gelme sıklıkları Tablo 1’de verilmiştir. Çalışmaya alınan 203 kişinin 111’i (%54,7) erkek, 92’si (%45,3) ise bayandır. Medeni durumları incelendiğinde ise 117 kişinin (%57,6) evli, 86 kişinin ise (42,4) bekâr olduğu; eğitim durumlarına bakıldığında; 25 (%12,3) kişinin ilköğretim, 64 (%31,5) kişinin lise, 80 (%39,4) kişinin üniversite, 11 (%5,4) kişinin yüksek lisans ve 23 (%11,3) kişinin ise doktora mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Hastaların aile sağlık merkezine gelme sıklıkları incelendiğinde ise 97 (%47,8) kişinin 3 aydan daha fazla, 7 (%3,4) kişinin haftada 1 ve daha az geldikleri tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Aile Hekimleri İle İletişim Hakkındaki Düşünceleri

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	\bar{x} (Aritmetik ortalama)	S.S. (Standart Sapma)
Kayıtlı olduğum aile hekimimin adını soyadını bilmekteyim.	N	99	40	16	25	23	2,1773	1,43440
	%	48,8	19,7	7,9	12,3	11,3		
Kayıtlı olduğum aile hekimim benim adımlı soyadımı bilmektedir.	N	46	35	46	38	38	2,9360	1,42149
	%	22,7	17,2	22,7	18,7	18,7		
Kayıtlı olduğum aile hekimim ismimin sonuna hanım veya bey ekleyerek hitap etmektedir.	N	78	53	36	27	9	2,1921	1,20951
	%	38,4	26,1	17,7	13,3	4,4		
Kayıtlı olduğum aile hekimim görüşme saatlerine riayet etmektedir.	N	79	63	39	16	6	2,0493	1,07976
	%	38,9	31,0	19,2	7,9	3,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimim görüşme saatine geç kaldığında bunun nedenini tarafıma açıklamaktadır.	N	57	53	59	21	13	2,4089	1,18377
	%	28,1	26,1	29,1	10,3	6,4		
Kayıtlı olduğum aile hekimim beni güler yüzlü bir şekilde karşılamaktadır.	N	87	57	33	20	6	2,0197	1,12118
	%	42,9	28,1	16,3	9,9	3,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimim oturmam için bana uygun bir yer göstermektedir.	N	94	61	21	21	6	1,9360	1,11730
	%	46,3	30,0	10,3	10,3	3,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimimin yanında kendimi rahat ve iyi hissetmekteyim.	N	87	66	26	18	6	1,9655	1,08719
	%	42,9	32,5	12,8	8,9	3,0		

Kayıt olduğum aile hekimime her türlü problemimi rahatlıkla anlatabilmekteyim.	N	84	69	31	12	7	1,9606	1,05700
	%	41,4	34,0	15,3	5,9	3,4		
Kayıtlı olduğum aile hekimim benimle konuştuğunda yüzüme bakmakta ve göz teması kurmaktadır.	N	83	73	28	16	3	1,9310	0,99761
	%	40,9	36,0	13,8	7,9	1,5		
Kayıtlı olduğum aile hekimim ile yapmış olduğum görüşme süresi yeterlidir.	N	75	76	33	15	4	2,0000	1,00494
	%	36,9	37,4	16,3	7,4	2,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimim şikâyetlerimi dikkatli bir biçimde dinlemektedir.	N	89	78	21	13	2	1,8227	0,92708
	%	43,8	38,4	10,3	6,4	1,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimim sorularıma anlayabileceğim şekilde cevap vermektedir.	N	86	81	18	14	4	1,8621	0,97528
	%	42,4	39,9	8,9	6,9	2,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimime problemimi anlatırken çekindiğimde kendisi konuşmam için beni teşvik etmektedir.	N	61	72	43	21	6	2,2069	1,07471
	%	30,0	35,5	21,2	10,3	3,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimime problemimi anlattıktan sonra kendisi problemi özetleyerek doğru anlayıp anlamadığımı teyit etmektedir.	N	59	64	47	29	4	2,2857	1,09325
	%	29,1	31,5	23,2	14,3	2,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimime sorduğum sorulara ilişkin tatmin edici cevaplar alabilmekteyim.	N	69	84	31	16	3	2,0148	0,97228
	%	34,0	41,4	15,3	7,9	1,5		
Kayıtlı olduğum aile hekimim mesleki terimler yerine benim anlayabileceğim kelimeler kullanmaktadır.	N	73	82	28	15	5	2,0000	1,00985
	%	36,0	40,4	13,8	7,4	2,5		
Kayıtlı olduğum aile hekimimle özel mahrem konularımı konuştuğumuzda oda kapısı kapalı tutulmaktadır.	N	86	69	36	8	4	1,8916	0,96374
	%	42,4	34,0	17,7	3,9	2,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimim sözümü bitirinceye kadar beni dinlemektedir.	N	84	79	22	16	2	1,8818	0,95742
	%	41,4	38,9	10,8	7,9	1		
Kayıtlı olduğum aile hekimimin tedavi yöntemi hoşuma gitmediğinde bunu kendisine söyleyebilmekteyim.	N	56	58	52	27	10	2,3941	1,16567
	%	27,6	28,6	25,6	13,3	4,9		

Kayıtlı olduğum aile hekimim tedavime ilişkin benden görüş almaktadır.	N	56	56	49	30	12	2,4384	1,20638
	%	27,6	27,6	24,1	14,8	5,9		
Kayıtlı olduğum aile hekimimle tedavime ilişkin ortak karar vermekteyiz.	N	59	45	61	27	11	2,4384	1,19400
	%	29,1	22,2	30,0	13,3	5,4		
Kayıtlı olduğum aile hekimim kılık-kıyafetine dikkat etmektedir.	N	84	70	29	11	9	1,9704	1,08505
	%	41,4	34,5	14,3	5,4	4,4		
Kayıtlı olduğum aile hekimimle görüşme yaptığımız esnada hekimin telefonu çalarsa telefonuna cevap vermemektedir.	N	59	40	59	28	17	2,5271	1,27155
	%	29,1	19,7	29,1	13,8	8,4		
Kayıtlı olduğum aile hekimimle görüşme yaptığımız sürece bilgisayar ve telefonda herhangi bir müzik sesi gelmemektedir.	N	94	53	32	19	5	1,9557	1,10490
	%	46,3	26,1	15,8	9,4	2,5		
Kayıtlı olduğum aile hekimim söylediklerime önem vermektedir.	N	83	70	33	13	4	1,9409	1,00319
	%	40,9	34,5	16,3	6,4	2,0		
Kayıtlı olduğum aile hekimim bana karşı sıcak, kibar ve samimi davranmaktadır.	N	84	69	30	15	5	1,9557	1,04028
	%	41,4	34,0	14,8	7,4	2,5		
Kayıtlı olduğum aile hekimimle görüşmem bittiğinde kendisi beni güler yüzle geçmiş olsun diyerek uğurlamaktadır.	N	93	58	28	15	9	1,9606	1,13819
	%	45,8	28,6	13,8	7,4	4,4		

Hasta hekim arasındaki iletişimi etkili hale getirmek için yürürlüğe konulan Aile Sağlığı Merkezi Uygulamasında hastalara yukarıdaki sorular sorulmuştur. Hastalar tarafından verilen cevaplar göz önüne alındığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir:

1-Ankete katılanların büyük bir kısmı aile hekiminin adını soyadını bildiği gibi; aile hekiminin de kendi adlarını ve soyadlarını bildiğini düşünmektedir. Yine aile hekimliği hizmeti alan insanların çoğunluğuna hekimlerin saygı hitaplarıyla seslendiği anlaşılmaktadır.

2- Anketten anlaşıldığı noktada aile hekimleri mesai saatlerine riayet etmekte ve görüşmeye geç geldiklerinde bunun nedenini hastalara açıklamaktadır.

3- Ankete katılan hastaların çoğu hekimlerin kendilerini güler yüzle karşıladıklarını, oturmaları için uygun yer gösterdiklerini, hekimlerin yanında kendilerini rahat ve iyi hissettiklerini, hekimlerin oturmaları için kendilerine uygun yer gösterdiğini, her türlü problemlerini hekimlere rahatlıkla anlatabildiklerini, hekimle konuştuklarında hekimlerinin kendileriyle göz teması kurduklarını, hekimlerin sıcak ve samimi olduklarını düşünmektedir.

4- Anketten çıkan sonuca göre hastaların büyük bir kısmı görüşme süresinin yeterli olduğunu, hekimlerin hasta şikâyetlerini dikkatli bir biçimde dinlediğini, aile hekimlerinin sorulara anlayabilecekleri şekilde cevap verdiğini, konuşmakta çekindiklerinde aile hekimlerinin kendilerini konuşmaları için teşvik ettiğini, konuşulan şeylerin anlaşılması hususunda kendilerinden teyit alındığını, sorularına tatmin edici cevaplar aldıklarını, mesleki terimler yerine kendilerinin anlayabileceği kelimelerle iletişim kurulduğunu düşünmektedir.

5- Hastaların sadece 4 tanesi mahrem konular konuşulduğunda görüşme odasının kapalı tutulmadığını ve sadece 2 tanesi aile hekiminin konuşmalarını kestiğini iddia etmektedir.

6- Hastaların yine büyük çoğunluğu tedavi süreçlerinde Paylaşılan Karar Verme Modeli'ne uygun şekilde tedavi aldıklarını belirtmişlerdir.

7- Anket sonuçları bütünsel olarak yorumlandığında Aile Hekimliği Uygulaması'nın hasta ve hekim arasındaki iletişim problemlerini büyük oranda azalttığını ve etkili bir iletişim imkânı sunduğunu göstermektedir.

Katılımcıların aile hekimleri ile iletişim düşünceleri cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumları ve aile sağlık merkezine gelme sıklıkları özelliklerine verdikleri cevaplara göre farklılık gösterip göstermedikleri Chi-square (ki-kare) analizi ile incelenmiştir.

“Kayıtlı olduğum aile hekimim benim adımlı soyadımlı bilmektedir.” İfadesi ile iki cinsiyet arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,011$, $X^2=13,032$) ve “Kayıtlı olduğum aile hekimim beni güler yüzlü bir şekilde karşılamaktadır.” ifadesi ile iki cinsiyet arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,035$, $X^2=10,364$). Diğer anket soruları ile cinsiyet arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Medeni durum ile aile hekimleri ile iletişim soruları arasındaki farklılık tablo 4'de gösterilmiştir.

“Kayıtlı olduğum aile hekimim benim adımlı soyadımlı bilmektedir.” İfadesi ile medeni durumlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,008$, $X^2=13,654$) Ve “ Kayıtlı olduğum aile hekimimin adımlı soyadımlı bilmekteyim.” İfadesi ile medeni durumlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$, $X^2=12,327$). Diğer anket soruları ile medeni durum arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaş gruplarına göre aile hekimleri ile iletişim anketi değerlendirildiğinde anket soruları ile Yaş grupları arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre aile hekimleri ile iletişim anketi değerlendirildiğinde “Kayıtlı olduğum aile hekimim bana karşı sıcak, kibar ve samimi davranmaktadır.” ifadesi ile eğitim durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,013$, $X^2=31,181$).

“Kayıtlı olduğum aile hekimim söylediklerime önem vermektedir.” İfadesi ile eğitim durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,008$, $X^2=32,802$). “Kayıtlı olduğum aile hekimimle tedavime ilişkin ortak karar vermekteyiz.” ifadesi ile eğitim durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,023$, $X^2=29,111$). “Kayıtlı olduğum aile hekimim tedavime ilişkin benden görüş almaktadır.” ifadesi ile eğitim durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,031$, $X^2=28,099$).

“Kayıtlı olduğum aile hekimim sözümü bitirinceye kadar beni dinlemektedir.” ifadesi ile eğitim durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,013$, $X^2=31,223$). “Kayıtlı olduğum aile hekimim ile yapmış olduğum görüşme süresi yeterlidir.” ifadesi ile eğitim durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$, $X^2=34,028$).

“Kayıtlı olduğum aile hekimime problemimi anlatırken çekindiğimde kendisi konuşmam için beni teşvik etmektedir.” ifadesi ile eğitim durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,012$, $X^2=31,384$). Diğer anket soruları ile medeni durum arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Chi-square (ki-kare) analizi ile yapılan değerlendirmelerde ankete katılan kişilere sorulan sorular ile verilen cevaplar arasında anlamlı farkların olduğu görülmüştür. Bu durum ankete katılanların kendilerine yöneltilen soruları okuyarak/anlayarak cevap verdiklerini göstermektedir.

Kaynakça

- Aile Hekimliği Kanunu, Kanun Numarası:5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004.Web: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Web:<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> adresinden 27.10.2018’de alınmıştır.
- Aktürk, Z., Dağderviren, N., Şahin, E. M., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., Filiz, T.M., Topsever, P., Onganer, E., Aydın, S., Yarış, F., Maraş, İ. (2002). Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP Ölçeği. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(16), 153-160.
- Berry, D. (2007). *Health communication: Theory and practice*. maidenhead: Open University Press. https://books.google.com.tr/books?id=AK_Mg2J5EhUC&pg=PA39&hl=tr&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false adresinden 03 Ocak 2019’da alınmıştır.

- Bilişli, Y. (2018). *Sağlık iletişimi-tbbileştirme, bireyselleştirme, "Healthism" ve tüketimle ilişkin sağlık haber çözümlenmeleri*. İstanbul: Nobel Bilimsel Eserler.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). *Sağlık sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık iletişimi ve medya*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Dökmen, Ü.(1995). *Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati*. İstanbul: Sistem Yayınları.
- Emanuel, E. J. ve Emanuel, L. L.(1992). Four models of the physician-patient relationship, Special Communication. *JAMA*; Apr 22, 16 (267), 2221-2226. <https://cyberleninka.org/article/n/434285.pdf> adresinden 06 Ağustos 2018'de alınmıştır.
- Ertekin, İ. (2017). *Sağlık iletişimi*. Ankara: Gece Kitaplığı.
- Gordon, T.ve Edwards S.(2014). *Hasta ve doktor iletişimi*. (Çev. O. Aytolu). İstanbul: Profil Yayıncılık.
- Hasta. <http://sozluk.gov.tr/> adresinden 14 Ağustos 2018'de alınmıştır.
- İlhan, M. (2018). *Sağlık çalışanlarının iletişimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Mutlu, E. (2012). *İletişim sözlüğü*. Ankara: Sofos Yayınları.
- Naidoo, J.ve Wills, J. (2011). *Health promotion: foundations for practice*. London: Baillière Tindall. <https://www.semanticscholar.org/paper/Health-promotion%3A-foundations-for-practice> adresinden 17 Nisan 2018'de alınmıştır.
- Okay, A. (2014). *Sağlık iletişimi*. İstanbul: Derin Yayınları.
- Sağlık. [https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary %201998.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf) adresinden 1 Temmuz 2018'de alınmıştır.
- Sağlık İletişimi. (b.t.). <https://www.cdc.gov/healthcommunication/> adresinden 27 Eylül 2018'de alınmıştır.
- Schweickhardt, A. (2006). Ärztliche Gesprächsführung. Kurt F. and Michael W. (Ed.), *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (65-94). Heidelberg: Springer Medizin Verlag. <http://test.formservices.sk/psychosomatische-medizin-und-psychotherapie-wirsching-michael-fritzsche-kurt-schweickhardt-a.pdf> adresinden 11 Ocak 2019'da alınmıştır.
- Sezgin, D. (2010). *Sağlık iletişim paradigmaları ve Türkiye: Medya sağlık haberlerinin analizi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tabak, R. S. (2006). *Sağlık iletişimi*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Thomas, R. K.(2010). *Health communication*. New York: Springer Science+ Business Media Inc.
- Uğurlu, S. (2016). *Multi disiplinler iletişim*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Yakut, İ. (2008). *Sağlık iletişiminde katılımın işlevi*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Ek 1: Etik Kurul Belgesi

 **ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU** 

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/456
Konu : Etik Kurul Kararı

26.09.2019

Sayın:Dr.Öğr.Üy.Ülhak ÇİMEN
İletişim Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık İletişimi Bağlamında Değerlendirilmesi ve Erzurum İli Örneği" isimli bilimsel çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üy.Ülhak ÇİMEN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık İletişimi Bağlamında Değerlendirilmesi ve Erzurum İli Örneği
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 06 Karar No: 11	Tarih: 26.09.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye

Doç.Dr.Aysenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Yasemin ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Sinan YILMAZ
Üye

Dr.Öğr.Üy.İbrahim KARABULUT
Üye

Dr.Öğr.Üy.Murat KAYABEKİR
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye