

# Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır?

Do the core competencies of family medicine relevant to patients' expectations?

Dilek Güldal<sup>1</sup>, Tolga Günvar<sup>2</sup>, Vildan Mevsim<sup>3</sup>, Emel Kuruoğlu<sup>4</sup>, Ediz Yıldırım<sup>2</sup>

## Özet

**Amaç:** Bu niteliksel çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda hasta beklentilerinin ne olduğu, bu beklentilerin, aile hekiminin özellikleri ve tanımlanmış temel yeterlilikleri ile ne kadar örtüştüğünün araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Nitel araştırma olarak planlanan bu çalışmada, teori geliştirme modeli kullanılmıştır. Örneklem seçimi tipik olgu örneklem yöntemiyle yapılmıştır. Veriler odak grup görüşmeleri ile toplanmış, içerik analizinde teori geliştirme metodu kullanılmış, NVivo 8 paket programından yararlanılmıştır.

**Bulgular:** İyi bir hasta hekim iletişimi, kapsamlı ve sürekli bakım, yakınma ve hastalık ayırımı yapmaksızın kolayca ulaşılabilecekleri bir hekim, kendileri ile empati yapılması ve tıbbi kararlarda kendilerine rehberlik edilmesi hastaların birinci basamakta çalışan aile hekimlerinden temel beklentilerini oluşturmaktadır. Aile hekimlerinin tıbbi bilgilerinin bu taleplerine yanıt verecek düzeyde olmasını, gerekli durumlarda bakımı kendileri adına koordine etmesini istemektedirler.

**Sonuç:** Araştırmaya katılanların aile hekimlerinden beklentileri tanımlanmış aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ile örtüşmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Aile hekimliği temel yeterlilikleri, hasta memnuniyeti, birincil sağlık bakımı, nitel araştırma.

## Summary

**Objective:** The aim of the study is to determine patients' expectations from primary health care services and their family doctors; and the congruency of these expectations with the core competencies of family physicians.

**Methods:** A qualitative research is designed in grounded theory model. Typical case sampling is used for selecting participants. Data is collected by focus groups. NVivo 8 software is used for content analysis based on grounded theory method.

**Results:** Good doctor patient relationship, comprehensive and continuous care, easy access to the physician regardless from the symptom or disease, empathy and guidance for medical decisions are the basic expectations of patients from their family physicians. They also expect their physicians to have relevant and sufficient medical knowledge and to provide them whenever it is necessary.

**Conclusions:** The expectations of participants were matching up with the core competencies of family medicine.

**Key words:** Core competencies of family medicine, patient satisfaction, primary care, qualitative research.

Aile Hekimliği'nin tanımı, bir tıp disiplini olarak ortaya çıktığı 1900'lü yılların başından itibaren Leuwenhorst,<sup>[1]</sup> Gay,<sup>[2]</sup> Dünya Sağlık Örgütü<sup>[3]</sup> ve Olesen<sup>[4]</sup> tarafından geliştirilerek 2002 yılında WONCA tarafından en üst noktasına ulaştırılmıştır.<sup>[5]</sup>

WONCA'nın tanımına göre; Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli

bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirir.<sup>[5]</sup> Bu disiplinin ilkelerine göre yetiştirilen uzmanların sahip olmaları beklenen altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar kısaca; birincil bakım yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum temellilik ve bütüncül yaklaşım olarak özetlenebilir (Tablo 1).

Günümüz yaklaşımlarında, insanı merkeze alan bir sağlık bakımı benimsenmesi nedeniyle, toplumun ve has-

<sup>1)</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İzmir

<sup>2)</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Öğretim Görevlisi, Dr., İzmir

<sup>3)</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İzmir

<sup>4)</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi Bilgisayar Bilimleri Bölümü, Yard. Doç. Dr., İzmir

**Tablo 1.** Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri

<p><b>1. Birinci basamak yönetimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalarla ilk teması yönetmek ve bütün sorunları ile ilgilenmek</li> <li>Tüm sağlık durumlarını kapsamak</li> <li>Birinci basamakta çalışan diğer sağlık çalışanları ve diğer dal uzmanlarının verdiği hizmetin eşgüdümünü sağlamak</li> <li>Hizmetin temini ve sağlık kaynaklarının kullanımının etkin ve uygun bir şekilde yapılmasını sağlamak</li> <li>Hastanın sağlık sistemi içinde gereksinim duyduğu hizmetlere ulaşımını sağlamak</li> <li>Hastanın savunuculuğunu yapmak</li> </ul> <p><b>2. Birey merkezli bakım</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta ve sorunları ile hastanın koşulları bağlamında ilgilenen birey merkezli bir yaklaşım benimsemek</li> <li>Görüşme sürecini hasta ile etkin bir ilişki geliştirecek ve sürdürülecek ve hastanın otonomisine saygı gösterecek şekilde gerçekleştirmek</li> <li>İletişim kurmak, öncelikleri belirlemek ve ortaklaşa hareket etmek</li> <li>Hastanın gereksinimleri doğrultusunda bakımın sürekliliğini sağlayarak sürekli ve eşgüdümlü bir bakım yönetimi yapmak</li> </ul> <p><b>3. Özgün sorun çözme becerileri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Özgün karar verme süreçlerini hastalıkların toplumdaki prevalans ve insidansları ilişkilendirmek</li> <li>Öykü, fizik bakı ve tetkikler aracılığı ile amaca yönelik bilgi toplayıp yorumlayarak bu bilgi ile hasta ile işbirliği içinde yapılan bir yönetim planı oluşturmak</li> <li>Uygun çalışma prensipleri benimsemek (örn. Tetkikleri aşamalı olarak yapmak, zamanı bir araç olarak kullanmak ve belirsizliği yönetebilmek)</li> <li>Gerekli olduğunda acilen müdahale etmek</li> <li>Erken ve ayrılmamış bir şekilde kendini gösteren durumları yönetmek</li> <li>Tanı ve tedaviye yönelik girişimleri etkin ve yeterli bir şekilde yapmak</li> </ul> <p><b>4. Kapsamlı yaklaşım</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Birden fazla hastalık ve yakınmayı eş zamanlı olarak yönetmek ve bireyin hem akut hem de kronik sağlık sorunları ile ilgilenmek</li> <li>Sağlığı koruma ve geliştirme stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak genel sağlık durumunun iyileşmesini sağlamak</li> <li>Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve esenlendirme etkinliklerini yürütmek ve eşgüdümünü sağlamak</li> </ul> <p><b>5. Toplum yönelimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bireylerin sağlık gereksinimleri ile toplumun sağlık gereksinimleri arasındaki dengeyi eldeki kaynakları kullanarak gözetmek</li> </ul> <p><b>6. Bütüncül yaklaşım</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kültürel ve varoluşsal boyutların dikkate alındığı biyopsikososyal bir model kullanmak</li> </ul>
---

ların sağlık hizmetlerinden beklentileri önemsenerek dikkate alınmaktadır. Bu durum sadece hizmetin organizasyonunda değil, sağlık çalışanlarının nitelikleri ve yeterliliklerinin tanımlanmasında da etkili olmaktadır.

Bu niteliksel çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda hasta beklentilerinin neler olduğu, bu beklentilerin aile hekiminin özellikleri ve tanımlanmış temel yeterlilikleri ile ne kadar örtüştüğünün araştırılması amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışma halkın aile hekimi seçme kriterleri için “analitik hiyerarşi süreci” yönteminin sınanması ile ilgili projenin ilk aşamasında gerçekleştirilmiştir. Hastaların hekim seçme kriterlerini anlamak üzere niteliksel bir çalışma planlanarak hastaların “aile hekimlerinden neler beledikleri” araştırılmıştır. Bu amaçla gerçekleştirilen teori üretme çalışmasında üç ayrı aile sağlığı merkezinde (ASM) 30 hasta ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Katılımcıların belirlenmesinde ilgili ASM’lerde çalışan hekimlerden destek alınarak tipik olgu örnekleme (*typical case sampling*) yöntemi uygulanmıştır. Bu örnekleme yönteminin seçilmesindeki amaç araştırmanın uç durumlardan çok tipik olan durumları anlamaya odaklanmış olmasıdır. Bu amaçla hekimlerden kendilerine kayıtlı hastalar arasından sorunları, sağlık merkezine başvuru nedenleri ve sıklıkları, sağlık personeli ile ilişkileri açısından her gün karşılaştıkları türde, ek olarak konuşmaya ve anlatmaya istekli olabilecek hastaları önermeleri istenmiştir. Bu hastalardan görüşmeyi kabul edenlerle araştırma gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde araştırmacılardan birisi toplantıyı yönetirken birisi gözlem yapmış bir araştırmacı da görsel kayıt ve ses kaydı yapmıştır. Açık uçlu görüşme sorusundan sonra konuşmacılar serbest bırakılmış, konudan uzaklaşmalar olduğunda yönetici tarafından konuya odaklanmaya yönlendirilmişlerdir. Yeni verilere ulaşılmadığının gözlenmesi üzerine görüşmelere son verilmiştir. Kayıt altına alınan görüşmeler çözümlendikten sonra içerik analizi iki ayrı araştırmacı tarafından yine teori geliştirme yöntemine göre gerçekleştirilmiş ve karşılaştırılarak uzlaşma sağlanmıştır. Analizlerde NVivo8 bilgisayar programı kullanılmıştır. Araştırmanın etik kurul onayları Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

## Bulgular

Hastalar birinci basamakta aldıkları ve almak istedikleri hizmetin tarzı, kapsamı ve içeriğine ilişkin birçok özellik saymışlardır. Hekimin yaşı ve cinsiyetinden çok bilgisi, iyi bir gözlemci olması ve derdini çabuk anlaması ön plana çıkmıştır.

### İletişim

Hastalar kendilerine saygı gösterilmesini, güler yüze davranılmasını istemektedirler. Bir erişkin olarak fark edilmeyi, kendilerine değer verilmesini beklemektedirler. Bu tür davranışların kendilerini rahat hissetmelerine neden olduğunu, böylece dertlerini daha iyi anlatabildiklerini, hekimin söylediklerini de daha kolay anlayabildiklerini belirtmektedirler.

“Ben mesela ilk girdiğim zaman ki topluma önce günaydın deyip karşılığımı aldığı zaman daha bir rahat hissediyorum ve ben daha bir rahat hissettiğimi karşı taraftan elektrik geldi mi artı olarak yansıtıyorum.”

Hekimlerin kendilerini dinlemelerini, hastalıkları hakkında sorular sormalarını, kendileri ve sorunları ile ilgilendiklerini göstermelerini istemektedirler.

“...Her gittiğimizde hastalığımızla ilgilenmesi ya da üzzerimde durması, ilgilenmesi biraz da bizi hoşnut ediyor. Mesela nasıl oldun? Nasıl gitti ilaçların? Falan. gayet memnunuz...”

“T. Hanıma (Aile Hekimi) gittiğimde bunu gördüm. İşte Doktor Hanım şuram ağrıyor, buram ağrıyor. O da hiçbir şey demeden dinliyor. Dinlediğinin de farkındayım. Hiç dinlermiş gibi yapmıyor.”

Hekimlerin sorular sorarak ilgilenmeleri aynı zamanda tereddüt ettikleri konuları, kaygılarını paylaşabilme cesareti bulmalarına yardımcı olmaktadır. Hastalar, sorunlarını önemseyerek ayrıntılı sorularla anlamaya çalışan, kendi görüşlerini hastalara aktarmakta anlaşılır bir dil kullanan ve gerektiğinde çekinmeden soru sorabilecekleri hekimlere değer vermektedirler. Katılımcılardan birisi daha önce sağlık merkezinden hastaneye çok sık sevk edildiklerinden yakınlıkla var olan aile hekiminin yaklaşımı ile ilgili şunları söylemektedir.

“(daha önceleri sağlık merkezine başvurulduğunda) çocuğu çocuk hastanesine götürürün. Çocuk zatiürre başlangıcı. (Hastanedeki) doktorun verdiği ilacı içti. Sabah çocuk nefes alamıyor. Çocuk güüm güüm atıyor kalbi. Sonra bende gidip niye yaptınız bunu (çocuğuma iyi bakmadınız) diyemedim. Ama şimdi ki doktora... Ben çocuğumu önceden götürmezdim sağlık ocağına şimdi götürüyorum. Kadın (doktor) soruyor Doktor Hanım: ‘Anlat bakalım neyi var?’ Kulaklarma, arkasına varana kadar anlattırıyor. Neyin nasıl olduğunu ve nasıl yaptığını anlatıyor”

“Bir de gidip anlayacağımız dilde anlatması çok önemli.”

Hekimlerin kendi durumlarına empati yapmaları önemli bir beklenti olarak öne çıkmaktadır. Hastalar zaten hasta olmaktan dolayı mağdur olduklarını ve bu durumlarını göz önüne almayan davranışların çatışmaya yol açtığını belirtmektedirler. Hastayı ikna amacı ile de olsa hekimlerin olumsuz yaklaşımları hastaların tepkisine neden olmaktadır.

“Zaten senin de hastalığım var üzüntülerin var doktorlarla da stresleri var. Tek taraflı değildir bu çift taraflıdır ama ben zaten aksiyim karşı taraf da aksi olursa cereyanlar çarptırır kavrulur. Bu sefer ne olur: ben doktoru beğenmem.”

“...Babamı götürdüğüm kalp doktoru şu ilaçları içeceksin yoksun bir an önce gidersin öteki tarafa dedi. Kalp büyümesi varmış. Babamın morali bozuldu. 68-69 yaşında adam. İnsan böyle mi der? Ölmeden mezara soku babamı. (Babam) ben o doktora bir daha hayatta gitmem dedi. İlacını da içmedi. Hiçbir şey de kullanmadı.”

## Bakımın Niteliği

Aile hekimlerinin verdiği bakımın belli bir hastalık ya da yakınma ile sınırlı olmaması, hekimin hastalıklarını izlemesi, ortaya çıkan sorunları zamanında fark etmesi istenirken hastalarını belli aralıklarla sağlık kontrolü için çağırması da beklenmektedir. Pek çok hasta uzun süredir devam eden ve hala var olan sorunları için yardım istemekten birden fazla yakınma için aynı anda başvurabilmektedir.

“...İlk gittiğimde rahatsızlığım bağırsaklarımdandı. Anlattım durumu, bana ilaçları verdi. Bu arada tansiyonumun yüksekliği dedim, ona bir ilaç verdi. Kolesterolüme bakalım dedim, kolesterolüme ilgilendi. Hatta kolesterolüm çok yüksek çıkınca, bu kolesterolle gezilmez ilaç vereceğim dedi.”

“Şöyle senede bir ailecek check-up yapsalar iyi olur. Hadi bakalım sizin zamanınız geldi. Artık işte ben üç kişilik aileyim diyelim. Sizin zamanınız geldi işte, şurada anlaşmalı yer var, orada bütiin tablilleri falan yapıp, doktorun denetiminde, kontrolü altında olsun”.

Aynı hekim tarafından sürekli bakım veriliyor olması hastaların yakından izlenmesini sağladığı kadar oluşan güven ailenin diğer üyelerinin de başvurmasına yol açmaktadır. Hastalar aile fertlerinin sorunlarında aynı hekime başvurmanın avantajlarından söz etmektedirler. Kronik hastalığı olanların bakımları daha kolay yapılmakta, reçeteleri yakınları aracılığı ile iletilebilmekte, hastaların tedavilerinde gerekli değişiklikler daha hızlı ve uygun olarak yapılabilmektedir.

“Sonra ben eve gidip anlatınca ‘sıra beklemek yok, doktorumuz çok iyi, çok güzel ilgileniyor’ diye anlatınca eşimde geldi benimle. O da çok memnun kaldı. Sonra ben geldiğim zaman eşimi bana sordu. Aileyi tanıma oldu. hem doktor açısından hem bizim açımızdan çok iyi oldu.”

“Ama burada hekim beni tanırsa beni daha iyi yönlendirir. ...Şimdi beni 10 dakika ya da 1 saat gören bir doktor neyimi anlayacak?”

## Hasta Hekim İlişkisi

Hastalar hekimleri ile ilişkilerinin resmîyetten uzak ve samimi olmasını tercih etmektedirler. Hekimlerinin kendilerini her bir görüşmeden sonra daha iyi tanıyacağını bu nedenle hekimlerinden herhangi bir nedenle ayrılmalarının sonuçlarının olumsuz olacağını belirtmektedirler. Hastalar ancak zaman içerisinde hekime güvenebilmekte ve gerçek duygu ve düşüncelerini açabilmektedirler.

“Hayatındasın devamlı bakıyor bazıları ne oldu hayatım, neyin var böyle...”

“Aileden biriyim gibi doktor hanımımız. Aileden bir bireymiş gibi.”

“Ki doktor beni tanıdıkça ve ben de doktoru tanıdıkça ve benim bayal kırıklıklarımın sebebini öğrendikçe bana karşı yaklaşımı hoşuma gidiyor.”

“Ona güvenmişim bütün icabında aile sırlarımı bilir doktorum olduğu için”

Sağlık bakımı ilişkisinin diğer hizmetlerden farklı olduğunu düşünmekte olup sağlık hizmeti verenlerin hastalarının yaşam tarzlarını, alışkanlıklarını ve gereksinimlerini dikkate almaları gerektiğini belirtmektedirler.

“Ramazan’ın 15’inde telefon açtılar safra kesesinden ameliyat olacaksın hastanenin yaptığı olaya bakın. Ben niyetliyim gelemem dedim akşamına da misafir alacağım”

“Benim ilaçlar için sigortam falan hiçbir şeyim yok. Şeker bastasıym gidiyorum muayene oluyorum. Allah razı olsun A. Hanım sağ olsun bana uygun ilaçları seçip bana temin ediyor.”

Farklı hekimlerin önerilerini aile hekimleri ile tartışmayı ve ona göre karar vermeyi tercih etmektedirler.

“(Kardiolog) şimdi bana bir sintigrafi öneriyor. Ben tek başıma kalsaydım bu bir siirü aşamaları seçmezdim. Şimdi sintigrafiyi yaptırayım mı yaptırmayayım mı son bir kez T. Hanım ile konuşacağım. Çok gerekliyse yaptıracığım, gerek değilse yaptırmayacağım.”

### Hizmetin Sunumu

Hastalar önce aile hekimleri tarafından değerlendirilmek daha sonra gereksinimleri doğrultusunda sağlık sisteminin diğer kaynaklarından yine aile hekimlerinin yönetiminde faydalanmak istemektedirler.

“Yani, benim beklentimde bu. Yani ben (aile hekimi) buraya kadar bunları yapabildim, sizinde şunları yapmanız gerek, bundan sonrada şu doktora gitmeniz gerek diye, bizi yönlendirmesi iyi olur.”

Aile hekimlerine ulaşmakta kolaylık önemli bir memnuniyet faktörüdür. Hekimlerin olumlu davranışları bu ulaşımı kolaylaştırırken aşırı kalabalık ve sıra bekleme ulaşımı engelleyen en önemli faktör olarak sayılmıştır.

“...Hem sıra bekleme olayı yok hem gideceğiniz adres belli ve doğru. Şimdi başka bir yere gitmeyi düşünmüyorum. Ben devlet hastanesini filan hiç bilmiyorum. Çünkü devlet hastanesi devamlı kalabalık, devamlı değişik doktorlar olduğu için. Bilmiyorum ben mi çok seçiciyim, ben doğru doktoru bulduğuma inanıyorum ve çok yakımda olduğunu biliyorum.”

Aile hekimlerinin bilgi ve becerilerinin yeterliliği yanı sıra tanı ve tedavi olanaklarının durumu, geri ödeme kurumlarının ve sağlık otoritelerinin getirdiği düzenlemeler aile hekimlerinin sunduğu hizmetlerin kapsamını ve sürekliliğini belirlemektedir.

“Yani o da bir faydasıdır ki sigortam yok sağlık karnem yok hiçbir şeyim yok sadece Allah’a sigortalıyım diyorum normal hayatımda da yani açık konuşmak gerekirse şu an şeker

hapları kullanıyorum. Şeker haplarının da binlikleri çok pahalı 60-70 milyon. Alamam 378 yani 500 milyon aylıkla geçiniyorum o parayı ona nasıl ayıracağım”

“(Eczanede ilaçları) Bilgisayardan çıkarıyorlar, ödemeyin diyorlar. Neymiş pahalıymış. Peki ben nereye gideyim? Hastaneye de gitsem devlet hastanesinde gitsem aynı ilacı yazacak.”

### Tartışma

Birinci basamakta her yaş ve cinsten hastalar herhangi bir yakınma, belirti, hastalık, ayırımı yapmaksızın başvurabilmektedirler. Bu durum aile hekimlerinin oldukça geniş ve kapsamlı bir klinik bilgi yelpazesine gereksinim duymalarına neden olmaktadır. Tıbbi bakım aramadaki en önemli neden fiziksel şikayetler konusundaki kişilerin deneyimleridir. Ancak, fiziksel yakınması olanların çok az bir kısmı iki hafta içinde doktoruna başvurmaktadır.<sup>[6,7]</sup> Bu durum da hastaların yardım arama davranışında, sadece fiziksel bulguların yeterli olmadığını göstermektedir. Öte yandan bir çok hastada, tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler olarak adlandırılan, herhangi bir kanıtlanabilir patolojisi olmayan ve geleneksel olarak tanım yapılamayan hastalıkların bedensel belirtileri ortaya çıkar. Birinci basamakta bu tür yakınmaları olan hastalar ile çok sık karşılaşılır (birinci basamak hasta başvurularının %10’unu oluşturur)<sup>[8-10]</sup> ve bu tür bulguları olan hastalar da en sık bu basamakta sağlık bakımı alır (yaklaşık %96’sı).<sup>[11]</sup> Bu koşulları anlamadaki ve tedavideki başarı-sızlıklar, hastalar için ciddi sonuçlara neden olabilir.

Bu bilgiler hastaların hekime başvurduklarındaki talep ve beklentilerine tanı ve tedaviden daha fazla bir anlam yüklediklerini göstermektedir. WONCA, bu gerçekten yola çıkarak aile hekimlerinin temel yeterliliklerini belirleyerek bunları altı kategoride toplamıştır.<sup>[5]</sup> Araştırmamızın sonuçları irdelendiğinde hastaların taleplerinin bu yeterlilikler ile büyük ölçüde örtüştüğü gözlenmiştir.

Aile hekimleri ile kurdukları hasta hekim ilişkisinin ve iletişimin çalışmamıza katılan hastalar için önemli ölçütlerden biri olduğu görülmektedir. Katılımcılar hekimlerinden kendilerine iyi davranmalarını ve onları dikkate almalarını beklemekte; bunu güvene dayalı bir ilişki kurulabilmesi için temel şart olarak görmektedirler. Hasta hekim ilişkisi ve iletişimi sağlık çıktıları ile ilişkilidir. Bireyselleştirilmiş iletişim hastaların verilen bilgileri daha kolay anımsanmasını sağlamakta, ilaç ve tedavi uyumunu arttırmakta, hastanın gereksinimlerinin karşılanmasına ve sonucunda ilişkinin sürekliliğine katkıda bulunmaktadır.<sup>[12]</sup> Sağlık çalışanları da iletişimin hastalık yönetimindeki önemini vurgulamaktadırlar.<sup>[13]</sup> Hekimin empatisi hastanın o görüşmeden aldığı verimi olumlu yönde etkilemektedir.<sup>[14]</sup>

EURACT, aile hekimliği çekirdek yeterliliklerini tanımladığı Eğitim Ajandası’nda hasta hekim ilişkisi ve iletişimin vazgeçilmezliğine pek çok yerde vurgu yapmıştır.

Ajanda'ya göre bir aile hekiminin birinci basamak yönetiminde yeterli olabilmesinin koşullarından biri hasta ve ailesine etkin bir danışmanlık, eğitim ve tedavi hizmeti sunabilecek iletişim becerilerine sahip olmasıdır. Aynı kapsamda hastanın savunuculuğunu yapabilmek için hasta ile onun tüm süreçlere katılımını sağlayacak tarzda bir ilişki ve iletişim kurmalı ve bunu sürdürmelidir.<sup>[15]</sup> Bizim çalışmamızdaki katılımcılar da aile hekimlerinin kendilerine sağlık sistemi içinde etkin bir rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunmalarını beklemektedirler.

Aksine bazı çalışmalar olmakla birlikte bir çok çalışmada süreklilik önemli bir beklenti olarak ortaya çıkmış, hastalar aile hekiminin sunduğu sürekli hizmetin kendilerini güvende hissetmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir.<sup>[16,17]</sup> İsrail'de yapılan bir çalışma aile hekimleri ile sürekli bir ilişkisi olan hastaların sevk zincirinde anahtar rolü aile hekimlerinin üstlenmesi gerektiğini düşündüklerini ortaya koymuştur.<sup>[18]</sup> Aile hekiminin sürekli hizmet sunması bizim çalışmamızda da önemli bir tema olarak ortaya çıkmıştır. EURACT'in tanımladığı ikinci temel yeterlilik olan hasta merkezli bakım sunma hem hasta hekim ilişkisi ve iletişime aynı şekilde vurgu yapmakta hem de sürekli bakımın önemine dikkat çekmektedir.<sup>[15]</sup>

Hasta merkezli bakımın sağlık çıktıları üzerindeki olumlu etkisini gösteren pek çok çalışmaya ek olarak Lewin ve arkadaşlarının yaptığı bir sistematik derlemede de bu katkı açık bir şekilde ortaya konmaktadır.<sup>[19]</sup> Hastalar yaşam tarzlarının, alışkanlıklarının ve koşullarının dikkate alınmasını talep ederlerken bir anlamda yine temel yeterlilikler arasında sayılan bütüncül bakım sunma ve hasta merkezli bakıma<sup>[15]</sup> atıfta bulunmaktadır. Hastaların tedavi planı ile ilgili görüşlerinin alınması ise bir aile hekiminin sahip olması gereken özgün sorun çözme becerisinin temel taşlarından biridir. Nitekim bizim çalışmamızda da hastalar tedavi planlarının kendileri dışında şekillendirilmesini bir çok ifadelerinde eleştirmişlerdir. Katılımcıların aile hekimlerinin tüm sağlık sorunları ile ilgilenmesi ve sağlığı koruyucu hizmet vermesi yönündeki beklentileri tanımlanan temel yeterliliklerden birisi olan kapsamlı yaklaşımda karşılık bulmaktadır.

Hastanın beklentilerinin karşılanmamasının hasta doyumsuzluğuna, tedavi uyumsuzluğuna ve tıbbi kaynakların kötü kullanımına yol açtığı bilinmektedir. Bu alanda yapılan bir çalışma hekimlerin bu beklentileri fark etmekte ve dikkate almakta son derece yetersiz olduklarını göstermiştir.<sup>[20]</sup> Bu bulgu uzmanlık eğitiminde hekimlere bu konuda duyarlılık kazandırılmasının önemine işaret etmektedir.

Çekirdek yeterliklerden biri olan toplum yönelimi bizim çalışmamıza katılan hastalar tarafından vurgulanmıştır. Bu durumun toplum yöneliminin, hasta perspektifinden çok disipline ait bir yönelim olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

## Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Hastalar aradan belli bir süre geçmiş olmasına rağmen yeni sisteme ait bazı belirsizlikler yaşamaktadırlar. Katılımcılar birinci basamak hizmetlerinden beklentilerini ifade ederken genel olarak sağlık sistemleri ile ilgili düşünce, eleştiri ve beklentilerini de ifade etmeye çalışmışlardır. Yeni uygulama ile ilgili bilgi eksiklikleri ve eski ve yeni uygulamaları birbirine karıştırmaları ifadelerini daha da karmaşık hale getirmiştir. Bazı durumlarda hastalar aile hekimlerinden beklentilerini bağımsız olarak değil, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veya SGK gibi üçüncül kuruluşlar ile ilişkileri çerçevesinde ortaya koymuşlardır. Bu bazı beklentilerini aile hekimliği tanımı içerisinde değerlendirmeyi zorlaştırmakla kalmayıp bazı beklentilerinin ifade edilmesini engellemiş olabilir. Öte yandan tüm konuşmalar hangi sisteme ilişkin olursa olsun yaşanmış deneyimlere dayanan beklentiler, gereksinimler, memnuniyetler, hoşnutsuzluk ve sorunları çevresinde geliştiği için araştırma sonuçları bu yönde sistemlerden bağımsız olarak oldukça gerçekçi bir perspektife sahiptir. Hastaların aile hekimlerine belli bir süre devam ettikten sonra çalışmanın yapılması beklentilerinin netleşmesi için zaman sağlamıştır.

## Sonuç

Araştırmaya katılanların yaşadıkları, beklentileri ve önerileri ile tanımladıkları aile hekiminin özellikleri aile hekimliği disiplininin kendi adına yaptığı tanım ile birebir örtüşmektedir. Bu çalışma hastaların nasıl bir hekim ve bakım beklediklerinin yanı sıra aile hekimliği eğitiminde varılması hedeflenen çekirdek yeterliliklerin de geçerliliğini/gerçekçiliğini ortaya koymaktadır.

## Kaynaklar

1. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. In: Second European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands; 1974. p. 1-8.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of family practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52:526-7.
3. WHO Regional Office for Europe. Framework for professional and administrative development of general practice/familymedicine in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. p. 5-8.
4. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. *BMJ* 2000;320:354-7.
5. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. p. 6.
6. Kellner R, Sheffield BF. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *Am J Psychiatry* 1973;130:102-5.
7. Pennebaker JW, Burnam MA, Schaeffer MA, ve ark. Lack of control as a determinant of perceived physical symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1977;35: 167-74.
8. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39: 772-81.

9. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470-6.
10. Toft T, Fink P, Oernboel Eve, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005;35:1175-84.
11. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model-an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002;43:93-131
12. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. Could this be something serious? Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007;22:1731-9.
13. Wallace J, McNally S, Richmond J, Hajarizadeh B, Pitts M. Challenges to the effective delivery of health care to people with chronic hepatitis B in Australia. *Sex Health* 2012;9:131-7.
14. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 2012;8:13-6.
15. Heyrman J, editor. The EURACT Educational Agenda of General Practice/Family Medicine. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. Chapter 1, p. 12-5.
16. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract* 2010;27:171-8.
17. Von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Hjorthdal P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006;23:210-9.
18. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients' views on the role of the family physician. *Fam Pract* 2000;17:222-9.
19. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003267.
20. Perron NJ, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Fam Pract* 2003;20:428-33.

Geliş tarihi: 07.06.2012

Kabul tarihi: 18.09.2012

**Çıkar çakışması:**

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

**İletişim adresi:**

Uzm. Dr. Tolga Günvar  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
İnciraltı 35340 İzmir  
Tel: 0232 412 49 51  
e-posta: tolga.gunvar@gmail.com